

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rokok dan Merokok

Rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm yang berisi daun-daun tembakau yang telah dicacah. Bahan baku utama rokok adalah tembakau, kertas, filter yang terbuat dari gabus, cengkeh, dan kelembak. Rokok dibedakan menjadi beberapa jenis. Perbedaan ini didasarkan atas bahan pembungkus rokok, bahan baku atau isi rokok, proses pembuatan rokok, dan penggunaan filter pada rokok.

A. Rokok berdasarkan bahan pembungkus :

1. Klobot: rokok yang bahan pembungkusnya berupa daun jagung.
2. Kawung: rokok yang bahan pembungkusnya berupa daun aren.
3. Sigaret: rokok yang bahan pembungkusnya berupa kertas.
4. Cerutu: rokok yang bahan pembungkusnya berupa daun tembakau.

B. Rokok berdasarkan bahan baku atau isi :

1. Rokok Putih: rokok yang bahan baku atau isinya hanya daun tembakau yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.
2. Rokok Kretek: rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau dan cengkeh yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.

3. Rokok Klembak: rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau, cengkeh, dan menyan yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.

C. Rokok berdasarkan proses pembuatannya :

1. Sigaret Kretek Tangan (SKT): rokok yang proses pembuatannya dengan cara digiling atau dilinting dengan menggunakan tangan dan atau alat bantu sederhana.
2. Sigaret Kretek Mesin (SKM): rokok yang proses pembuatannya menggunakan mesin. Sederhananya, material rokok dimasukkan ke dalam mesin pembuat rokok. Keluaran yang dihasilkan mesin pembuat rokok berupa rokok batangan.

D. Rokok berdasarkan penggunaan filter :

1. Rokok Filter (RF): rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus.
2. Rokok Non Filter (RNF): bagian pangkal rokok tidak terdapat gabus.

(www.wikipedia.org)

Merokok adalah membakar tembakau yang kemudian dihisap asapnya, baik menggunakan rokok batangan maupun menggunakan pipa. Kebiasaan merokok telah ada sejak dahulu dan terus berkembang dan berlanjut sampai saat ini seiring dengan perkembangan industri yang semakin modern. Manusia di dunia yang merokok untuk pertama kalinya adalah suku bangsa Indian di Amerika, untuk keperluan ritual seperti memuja dewa atau roh. Pada abad 16, Ketika bangsa Eropa menemukan benua Amerika, sebagian dari para penjelajah Eropa tersebut ikut mencoba menghisap rokok dan kemudian membawa tembakau ke Eropa. Kemudian kebiasaan merokok mulai muncul di kalangan bangsawan Eropa. Tapi berbeda dengan bangsa Indian yang merokok untuk

keperluan ritual, di Eropa orang merokok hanya untuk kesenangan semata-mata. Abad 17 para pedagang Spanyol masuk ke Turki dan saat itu kebiasaan merokok mulai masuk negara-negara Islam.

Temperatur pada sebatang rokok yang dibakar adalah 90°C untuk ujung rokok yang dibakar dan 30°C untuk ujung rokok yang terselip diantara bibir perokok. Asap rokok yang dihisap atau rokok yang dihirup melalui 2 komponen : komponen yang cepat menguap berbentuk gas dan komponen yang bersama gas terkondensasi menjadi partikulat. Dengan demikian, asap rokok yang dihisap dapat berupa gas sejumlah 85% dan sisanya berupa partikel (Harissons, 1897 dalam Sitepoe, 2000).

Ada dua macam asap rokok yang mengganggu kesehatan yaitu asap utama (*mainstream*) adalah asap yang dihisap oleh si perokok dan asap sampingan (*sidestream*) adalah asap yang merupakan pembakaran dari ujung rokok, kemudian menyebar ke udara. Asap sampingan memiliki konsentrasi yang lebih tinggi, karena tidak melalui proses penyaringan yang cukup. Dengan demikian penghisap asap sampingan memiliki resiko yang lebih tinggi untuk menderita gangguan kesehatan akibat rokok. Orang-orang yang tidak merokok, namun menjadi korban perokok karena turut menghisap asap sampingan inilah yang disebut perokok pasif. Efek asap rokok pada para perokok pasif ternyata sangat besar. Para perokok pasif mengalami resiko 14 kali menderita kanker paru-paru, mulut, dan tenggorokan, 4 kali menderita kanker esophagus, 2 kali menderita kanker kandung kemih dan 2 kali serangan jantung bila dibandingkan dengan para perokok aktif. (Saleh, 2008)

2.2. Kandungan dalam Rokok

Asap rokok yang dihisap mengandung berbagai jenis bahan kimia yang sangat berbahaya bagi kesehatan. Bahan kimia tersebut dibedakan menjadi fase partikulat dan fase gas. Fase partikulat terdiri dari nikotin, nitrosamine dan N-nitrosornikotin; polisiklik hidrokarbon; logam berat dan karsinogenik amine. Sedangkan fase yang dapat menguap atau seperti gas adalah karbon monoksida, karbon dioksida, benzene, ammonia, formaldehid, hidrosianida, dan lain-lain. Dari sifat aktifitas biologis, asap rokok dibedakan menjadi asfiksant, irritant, siliatoksin, mutagen, karsinogen, enzim inhibitor, neurotoksin dan bahan farmakologi yang aktif antara lain nikotin, tar, gas karbon monoksida. (Sitepoe, 2000). Rokok mengandung kurang lebih 4000 zat toksik (racun) dan 60% diantaranya bersifat karsinogenik (penyebab kanker). Racun utama pada rokok adalah tar, nikotin, dan karbon monoksida.

2.2.1. Nikotin

Zat ini bersifat karsinogen, dan mampu memicu kanker paru-paru yang mematikan. Nikotin bersifat toksik terhadap jaringan syaraf, juga menyebabkan tekanan darah sistolik diastolic mengalami peningkatan denyut jantung bertambah kontraksi otot jantung seperti dipaksa, penggunaan oksigen bertambah, aliran darah pada pembuluh koroner bertambah, dan vasokonstriksi pembuluh darah perifer. Nikotin meningkatkan kadar gula darah, kadar LDL, dan agregasi sel pembekuan darah. Nikotin juga menyebabkan individu menjadi ketagihan rokok.

2.2.2. Tar

Tar adalah substansi hidrokarbon yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru. Sumber tar adalah tembakau, cengkeh, pembalut rokok, dan bahan organik lainnya yang dibakar. Tar hanya dijumpai pada rokok yang dibakar. Di dalam tar dijumpai zat karsinogenik: polisiklik hidrokarbon aromatic yang memicu kanker paru.

2.2.3. Karbon Monoksida (CO)

Sekitar 4% dari asap rokok untuk setiap batang rokok terdiri dari Karbon Monoksida (CO). Karbon Monoksida ini mempunyai daya ikat yang kuat terhadap sel darah merah dibandingkan oksigen sehingga ia dapat menggantikan kedudukan oksigen dalam sel darah merah, dan membentuk *carboxyhemoglobin* (CoHb) akibatnya tubuh akan kekurangan oksigen. Rata-rata perokok mempunyai 2,5%-13,5% lebih banyak CoHb di dalam darah bila dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Karbon monoksida juga meningkatkan penyimpanan kolesterol di pembuluh darah arteri, mengganggu penglihatan serta mengurangi konsentrasi serta kepekaan terhadap suara. (Saleh, 2008)

2.2.4. Timah Hitam (Pb)

Merupakan partikel dalam asap rokok. Setiap satu batang rokok yang dihisap diperhitungkan mengandung 0,5 mikrogram timah hitam. Bila seseorang menghisap rokok lebih dari 20 batang perhari, maka kadar Pb dalam tubuh mencapai lebih dari 20 mikrogram, sedangkan batas bahaya kadar Pb dalam tubuh adalah 20 mikrogram perhari. (Sitepoe, 2000)

2.3. Penyakit Akibat Merokok

Menurut Aditama (1997), kebiasaan merokok telah terbukti berhubungan dengan sedikitnya 25 jenis penyakit seperti kanker paru, bronchitis kronik, emfisema dan berbagai penyakit paru lainnya. Selain itu juga kanker mulut, tenggorokan, pankreas dan kandung kemih, penyakit pembuluh darah, ulkus peptikum, dan lain-lain. WHO menyebutkan beberapa penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokok, kanker paru, bronchitis kronik, emfisema, penyakit jantung iskemik dan penyakit kardiovaskuler lain, ulkus peptikum, kanker mulut, tenggorokan, penyakit pembuluh darah otak, gangguan kehamilan dan Janin. Berikut adalah beberapa penyakit yang berhubungan dengan perilaku merokok, antara lain :

2.3.1. Kanker Paru

Penyakit kanker paru sering dihubungkan dengan kebiasaan merokok sebagai penyebab utamanya. Hal ini telah dibuktikan dalam berbagai penelitian di dalam dan di luar negeri. Di USA, diperkirakan bahwa 80-90% kanker paru pada pria dan 70% pada wanita disebabkan oleh kebiasaan merokok. Penelitian di Inggris menunjukkan bahwa 87% kematian akibat kanker paru penyebab utamanya adalah rokok. Sementara itu, dibandingkan dengan bukan perokok, kemungkinan timbul kanker paru-paru pada perokok mencapai 10-30 kali lebih sering. Paparan asap rokok terhadap mereka yang tidak merokok ternyata meningkatkan risiko terjadinya kanker paru sampai 30% lebih tinggi daripada si perokok. Timbulnya kanker paru berhubungan dengan jumlah rokok yang dihisap, lamanya merokok, jenis rokok yang dihisap dan bahkan berhubungan juga dengan dalam tidaknya hisapan yang dilakukan. (www.pelita.or.id)

2.3.2. Penyakit Neoplasma atau Kanker yang lain

Kebiasaan merokok dapat menyebabkan berbagai kanker yang lain seperti kanker mulut, kanker leher rahim, kanker tenggorokan, kanker kandung kemih, kanker bibir, kanker lidah, dan sebagainya. Kebiasaan merokok juga menyebabkan kanker dari alat-alat tubuh yang tidak berhubungan langsung dengan asap rokok misalnya kanker kandung kemih, kanker ginjal, kanker leher rahim, kanker kelenjar pancreas. Kanker tersebut diduga akibat diserapnya bahan-bahan karsinogen oleh tubuh sehingga sampai ke alat-alat tersebut. (Aditama, 1997).

2.3.3. Penyakit Saluran Pernafasan

Merokok merupakan penyewbab utama penyakit paru-paru bersifat kronis dan obstruktif, misalnya bronchitis kronik dan emfisema. Sekitar 85% dari penyakit ini disebabkan oleh rokok. Pada perokok pria, kematian karena penyakit ini 25 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan bukan perokok. Merokok juga terkait dengan influenza dan radang paru-paru lainnya. Pada penderita asma, merokok akan memperparah gejala asma, sebab asap rokok akan merangsang penyempitan saluran pernapasan. (Harissons, 1987 dalam Sitepoe, 2000).

2.3.4. Penyakit Jantung

Kebiasaan merokok merupakan salah satu faktor utama penyebab terjadinya penyakit jantung koroner, disamping faktor resiko lain seperti tekanan darah tinggi, tingginya kadar lemak dalam darah, kegemukan. 2 zat dalam rokok yang berkaitan dengan penyakit ini adalah nikotin dan gas karbon monoksida (CO). Asap rokok mengandung sekitar 0,5% sampai 3% nikotin, dan jika dihisap maka kadar nikotin

dalam darah mencapai 40-50 mg/ml. nikotin dapat mengganggu kerja jantung, irama jantung tidak teratur, mempercepat aliran darah, menimbulkan kerusakan lapisan dalam dari pembuluh darah dan menimbulkan penggumpalan darah. Nikotin mempengaruhi metabolisme lemak dan mempermudah terjadinya penyempitan pembuluh darah di jantung. Di lain hal, CO akan mengganggu kemampuan darah untuk berikatan dengan oksigen. CO memiliki kemampuan mengikat hemoglobin di dalam darah 200 kali lipat lebih kuat dari oksigen. Sehingga, hemoglobin tidak akan terikat dengan oksigen sehingga tubuh kekurangan oksigen.

Secara umum, kebiasaan merokok berpengaruh pada jantung dan pembuluh darah melalui mekanisme aterosklerosis, gangguan metabolisme lemak, gangguan sistem hemostatik, gangguan irama jantung, serta penurunan kemampuan untuk oksigenisasi. Perokok akan mengalami serangan jantung 3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bukan perokok. (Aditama, 1997)

2.3.5. Penyakit Stroke

Penyumbatan pembuluh darah otak yang bersifat mendadak atau stroke banyak dikaitkan dengan merokok. Risiko stroke dan risiko kematian lebih tinggi pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Hasil penelitian para ahli syaraf dari tim Jurusan Neurologi Universitas of Cincinnati di Amerika Serikat yang telah meneliti selama 20 tahun membuktikan bahwa merokok menyebabkan stroke jenis *subarachnoid hemorrhage* (SAH) yang ditandai dengan pendarahan otak. (www.kompas.com)

2.3.6. Gangguan Perkembangbiakan

Merokok akan mengurangi terjadinya konsepsi atau memiliki anak. Fertilitas pria ataupun wanita perokok akan mengalami penurunan. Merokok juga dapat menimbulkan impotensi. Sebuah penelitian di Amerika Serikat (1994) menunjukkan bahwa perokok mempunyai kemungkinan 50 – 80 % untuk mengalami impotensi. (Chanoine, 1991 dalam Sitepoe, 2000)

2.4. Perilaku

2.4.1. Pengertian Perilaku

Ditinjau dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku (manusia) adalah suatu kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan suatu organisme yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Skinner (1938) mengemukakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respons ini berbentuk dua macam, yakni :

1. Bentuk pasif adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin, dan pengetahuan. Perilaku ini masih terselubung (*covert behavior*).

2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku tersebut dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata (*overt behavior*).

Disimpulkan secara lebih terperinci, perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

2.4.2. Domain Perilaku

Perilaku adalah bentuk respons terhadap suatu stimulus. Meskipun stimulusnya sama, namun respons setiap individu berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni :

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat bawaan, misalnya jenis kelamin, tingkat emosional, tingkat kecerdasan dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mempengaruhi perilaku individu.

Berdasarkan uraian di atas dapat dikatakan bahwa perilaku merupakan hasil bersama atau resultante antara berbagai faktor. Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku manusia ke dalam 3 domain, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor.

(Notoatmodjo, 2003)

2.4.3. Perubahan Perilaku

1. Teori Lawrence Green

Menurut Green seperti yang dikutip Notoatmodjo (2003), perilaku ditentukan oleh 3 faktor, yakni :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya puskesmas, jamban, obat-obatan dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas, termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = f (PF, EF, RF)}$$

Dimana :

B = *Behavior*

EF = *Enabling Factors*

PF = *Prediposing Factors*

RF = *Reinforcing Factors*

2. Teori WHO

Tim kerja WHO sebagaimana dikutip Notoatmodjo (2003) menganalisis bahwa seseorang berperilaku karena 4 alasan pokok, yaitu :

- a. Pemikiran dan Perasaan (*Thoughts&Feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, nilai-nilai seseorang terhadap objek.
- b. Orang penting sebagai referensi.
- c. Sumber-sumber daya (*Resources*), yakni mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya.
- d. Kebudayaan.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = f (TF, PR, R, C)}$$

Dimana :

$B = Behavior$

$R = Resources$

$TF = Thoughts \& Feeling$

$C = Culture$

$PR = Personal Reference$

3. Teori Snehandu B. Kar

Kar dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- a. Niat untuk bertindak (*Behavior Intention*)
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitar (*Social Support*)
- c. Ada tidaknya informasi tentang kesehatan (*Accesibility of Information*)

d. Otonomi pribadi dalam mengambil keputusan atau tindakan (*Personal Autonomy*)

e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*Action Situation*)

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = f (BI, SS, AL, PA, AS)}$$

Dimana :

B = *Behavior*

AI = *Accessability of Information*

BI = *Behavior Intention*

PA = *Personal Autonomy*

SS = *Social Support*

AS = *Action Situation*

(Notoatmodjo, 2003)

2.5. Pengetahuan

2.5.1. Pengertian Pengetahuan

Menurut Bloom, pengetahuan adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses pengingatan atau pengenalan informasi dan ide yang sudah diperoleh sebelumnya. Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk diantaranya adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi menunjuk kepada suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya, yaitu penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode-metode, prinsip-prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis ialah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi ataupun objek. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri ataupun menggunakan kriteria yang sudah ada.

2.5.2. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian. Secara umum, pengukuran pengetahuan dikelompokkan menjadi 2 jenis, yaitu :

1. Pertanyaan Subjektif

Contoh dari pertanyaan ini adalah pertanyaan yang membutuhkan bentuk jawaban dalam bentuk essay.

2. Pertanyaan Objektif

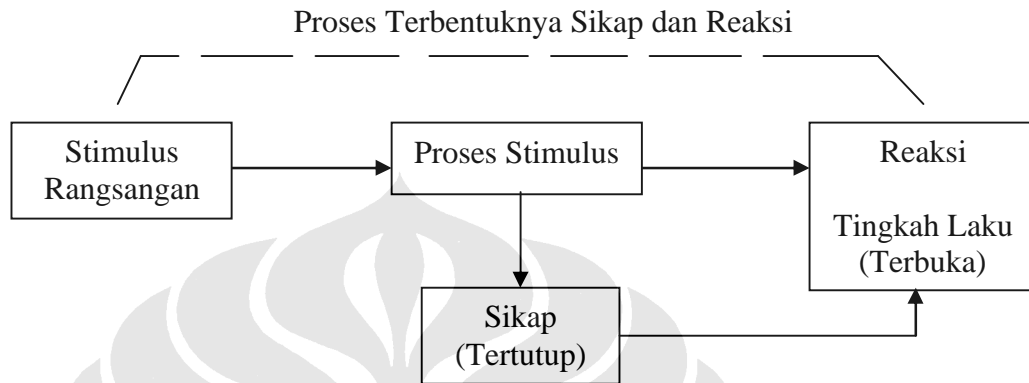
Contoh dari pertanyaan ini adalah pertanyaan yang jawabannya sudah termaktub, misalnya plihan ganda, benar salah, menjodohkan dan sebagainya.

2.6. Sikap

2.6.1. Pengertian Sikap

Thurstone, seperti yang dikutip Azwar (1988) mendefinisikan sikap sebagai total kecenderungan dari perasaan, prasangka, ide, perasaan takut, ancaman dan keyakinan seseorang terhadap topik tertentu. Sedangkan menurut Allport (1954) sebagaimana yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), sikap merupakan keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamika atau

terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya, seperti yang dapat dilihat pada skema berikut :



Sikap menurut Mar'at (1988) memiliki 3 komponen, yaitu :

1. Komponen Kognisi yang berhubungan dengan belief, ide dan konsep
2. Komponen Afeksi yang menyangkut kehidupan emosional seseorang
3. Komponen Konasi yang merupakan kecenderungan individu untuk bertingkah laku

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari individu terhadap satu stimulus atau objek. Respon tersebut bisa berwujud menjadi perasaan suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju terhadap suatu objek. Salah satu faktor yang mempengaruhi sikap seseorang adalah kepercayaan pada dirinya. Hubungan kepercayaan dengan sikap dapat dicontohkan sebagai berikut ; apabila seseorang, dalam hal ini remaja tidak percaya (baik dari hasil pengamatan ataupun informasi yang diterima) bahwa merokok berbahaya bagi kesehatan, maka kemungkinan ia untuk bersikap positif terhadap perilaku merokok adalah besar.

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu,

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu ndikasi dari sikap.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

(Notoatmodjo, 2003)

2.6.2. Pengukuran Sikap

Teknik yang sederhana dalam melakukan pengukuran sikap adalah dengan menempatkan benda atau orang ke dalam dua kategori pilihan, misalnya suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju dan sebagainya. Sementara itu, teknik yang lebih kompleks adalah dengan menempatkan benda atau orang ke dalam kategori yang pilihannya lebih dari dua, biasanya pilihan tersebut merupakan pilihan dari kesukaan atau ketidaksukaan, setuju atau tidak setuju, misalnya sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju. Teknik pengukuran sikap yang sering digunakan adalah dengan menggunakan metode Likert (*Likert Method of Summated Rating*). Teknik ini dilakukan dengan cara menempatkan pilihan terhadap objek sikap dengan rating 1 sampai 5 atau 1

sampai 4, dengan memakai kategori sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. (Azwar, 1988)

2.7. Remaja

2.7.1. Pengertian Remaja

Istilah remaja berasal dari bahasa latin “*adolescentia*” atau remaja, yang berarti tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolesence* seperti yang dipergunakan saat ini mempunyai arti yang lebih luas yang mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik. Secara umum, masa remaja dibagi menjadi 2 bagian, yaitu awal masa remaja dan akhir masa remaja. Garis pemisah keduanya terletak kira-kira di sekitar usia 17 tahun, yaitu saat mereka masih duduk di bangku sekolah (pelajar). Awal masa remaja berlangsung kira-kira dari usia 13-16 tahun dan akhir masa remaja bermula dari usia 17 tahun, yaitu masa dimana seseorang sudah dianggap matang secara hukum. (Hurlock, 1991). Selain itu, batasan remaja menurut WHO terbagi menjadi dua, yaitu remaja awal pada interval usia 10-14 tahun, dan remaja akhir pada interval usia 15-20 tahun. Menurut PBB, batasan remaja adalah interval usia 15-24 tahun. Sementara di Indonesia, batasan remaja yang digunakan mendekati batasan yang dinyatakan PBB yaitu pada interval usia 14-25 tahun seperti yang dinyatakan dalam Sensus Penduduk tahun 1980.

Hurlock (1991) menyatakan bahwa salah satu tugas perkembangan masa remaja yang tersulit adalah yang berhubungan dengan penyesuaian diri dengan lingkungan sosialnya. Untuk menyongsong kedewasaan, remaja harus membuat banyak penyesuaian baru. Hal yang terpenting dan tersulit adalah penyesuaian diri yang dipengaruhi

lingkungan sosial, salah satunya adalah meningkatnya pengaruh dari kelompok teman sepermainan, karena remaja lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah. Dapat dikatakan bahwa pengaruh teman sepermainan/sebaya pada sikap, cara bicara, minat, penampilan, dan perilaku lebih kuat dari pada pengaruh keluarga. Contohnya adalah bila ada beberapa teman satu kelompok berperilaku negatif, misalnya adalah mengkonsumsi alkohol, narkoba, atau merokok, maka kemungkinan besar yang lain akan melakukan hal yang sama tanpa memperdulikan akibatnya.

2.7.2. Remaja dan Rokok

Meski semua orang tahu akan bahaya yang ditimbulkan akibat merokok, perilaku merokok tidak pernah surut. Hal yang memprihatinkan adalah usia mulai merokok yang setiap tahun semakin muda. Menurut Susenas tahun 2001, usia pertama kali merokok terbesar adalah 15-19 tahun (59,8%). Susenas tahun 2004 melaporkan bahwa usia mulai merokok tertinggi masih pada usia 15-19 tahun, jumlahnya mencapai 63,7 persen. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan Perry (1988) dalam Smet (1994) bahwa perilaku merokok terutama dimulai pada masa remaja. Tidak kurang dari 13,2 % remaja di Indonesia adalah perokok aktif. Sekitar 34,4 % penduduk Indonesia usia 15 tahun keatas mempunyai kebiasaan merokok (Susenas 2004). Dari data tersebut, proporsi laki-laki yang merokok sekitar 63% dan perempuan sekitar 5%. Perokok usia muda dalam hal ini remaja di Indonesia semakin meningkat. Prevalensi perokok berumur 15-19 tahun meningkat dari 22,6% (1995) menjadi 27,2% (2001), umur 20-24 tahun meningkat dari 42,6% (1995) menjadi 60,1% (2001). Sebuah survei sosial ekonomi lain memperlihatkan

terjadinya peningkatan yang cukup mengkhawatirkan dari jumlah perokok usia di bawah 19 tahun dari 69% pada tahun 2001 menjadi 78% pada tahun 2004. (www.kompas.com)

Remaja merasa dirinya harus lebih banyak menyesuaikan diri dengan norma-norma kelompok dari pada norma-norma orang dewasa atau penguasa lembaga. Bila remaja ingin diidentifikasi dan diterima oleh kelompoknya, maka ia harus berperilaku seragam dengan kelompoknya. Bila kelompok tersebut berperilaku negatif seperti merokok maka kemungkinan besar remaja tersebut akan terpengaruh kemudian mengadopsi perilaku yang sama dengan mulai mencoba untuk merokok dan akhirnya menjadi ketagihan rokok.

Ada berbagai alasan mengapa remaja merokok. Berbagai penelitian seperti yang dikemukakan Smet (1994), remaja merokok dengan alasan coba-coba, ikut-ikutan teman, ingin tahu enaknyanya, sekedar ingin merasakan, karena kesepian, untuk gaya-gayaan, meniru orang tua, iseng, menghilangkan ketegangan, sebagai alat pergaulan, agar tidak dikatakan banci, ingin terlihat dewasa, dan sumber inspirasi. Menurut Mu'tadin (2002), remaja merokok karena pengaruh orang tua, pengaruh teman, faktor kepribadian, dan pengaruh iklan. Susenas tahun 2001 memperlihatkan bahwa alasan remaja merokok antara lain karena kemauan sendiri, terpengaruh (melihat) teman yang merokok, dan diajari atau dipaksa oleh temannya untuk merokok. Utami, dkk (1993) sebagaimana dikutip Smet (1994) menyatakan bahwa, perilaku merokok remaja dipengaruhi oleh faktor demografis (umur, jenis kelamin) serta faktor sosio cultural (kebiasaan budaya, kelas sosial, tingkat pendidikan, penghasilan, gengsi, pekerjaan). Charles Gilbert & Shirley dalam Nainggolan (1990) menyatakan bahwa remaja mulai

merokok karena ikut-ikutan teman, sekedar iseng, agar lebih tenang, supaya berani dalam mengambil risiko, bosan, dan ingin terlihat dewasa. Kok & De Vries (1985) dalam Smet (1994) menyebutkan bahwa remaja merokok dipengaruhi oleh sikap dan norma sosial (teman-teman, kawan sebaya, orang tua, saudara, media, sosial-politik).

Selain itu, lingkungan bebas rokok juga berperan dalam kebiasaan merokok remaja. Remaja yang tinggal di dalam lingkungan yang mayoritas perokok, biasanya akan terpengaruh untuk merokok. (Aditama, 1997). Keluarga dan kelompok teman sebaya dan atau sepermainan berperan besar dalam kebiasaan merokok remaja. Salah satu pengaruh kuat perilaku merokok remaja adalah orang tuanya sendiri yang menjadi figur perokok. Penelitian di Amerika membuktikan bahwa sekitar 14% remaja dengan orang tua yang merokok juga ikut merokok. Penelitian Chassin, Presson, Sherman, dan Edwards (1991); Murray, Swan, Johnson, dan Bewley (1983) dalam Sarafino (1994) menunjukkan bahwa remaja merokok dipengaruhi setidaknya oleh salah satu orang tuanya perokok, pengaruh saudara kandung atau temannya yang merokok. Penelitian Soemartono (1998) menemukan adanya hubungan antara ayah, saudara yang lebih tua, dan teman terhadap prevalensi merokok remaja.

Utami, dkk (1983) dalam Smet (1994) menyatakan bahwa variabel-variabel demografis (umur, jenis kelamin) dan faktor sosio kultural (kebiasaan budaya, kelas sosial, tingkat pendidikan, penghasilan) berpengaruh terhadap perilaku merokok, terutama pada remaja. Di Indonesia, jenis kelamin merupakan faktor terpenting terhadap perilaku merokok. Suhardi (1997) dalam majalah dunia kedokteran menyatakan bahwa perilaku merokok lebih dominan pada laki-laki dan sedikitnya perempuan yang merokok

terkait dengan kultur yang kurang menerima perempuan yang berperilaku merokok. Hal ini sejalan dengan penelitian Dian (2003), Haryanti (2001) dan Pujiati (2003) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku merokok.

Sementara itu, pengetahuan dan sikap remaja tentang berpengaruh terhadap kebiasaan merokok remaja. Chassin, dkk (1991) dan Murray, dkk (1983) dalam Sarafino (1994) menyebutkan bahwa perilaku merokok remaja disebabkan karena sikap positif mereka terhadap merokok dan kurang percaya bahwa merokok dapat merusak kesehatan. Penelitian Chairunnisa (1999) menunjukkan bahwa sikap positif terhadap bahaya merokok akan menurunkan kemungkinan untuk merokok, demikian pula sebaliknya. Sementara itu, penelitian Haryanti tahun 2001 dan penelitian Aji (2002) menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan perilaku merokok terutama pada remaja. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pengetahuan yang tinggi maka perilaku merokok sangat sedikit dilakukan.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Timbulnya suatu perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor. Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi karakteristik individu yang bersangkutan, jenis kelamin, tingkat emosional, dan sebagainya. Faktor eksternal berupa lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2003)

Tim kerja WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku adalah karena 4 alasan pokok, yaitu pemikiran dan perasaan, dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, nilai-nilai seseorang terhadap objek; orang penting sebagai referensi, misalnya orang tua, teman, idola, guru, ulama, dan sebagainya; sumber-sumber daya, mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya; dan kebudayaan. Sedangkan Kar menganalisis perilaku dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari niat untuk bertindak, dukungan sosial dari masyarakat sekitar, ada tidaknya informasi tentang kesehatan, otonomi pribadi dalam mengambil keputusan atau tindakan, dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak. (Notoatmodjo, 2003)

Oscamp, dkk (1984) menyatakan bahwa seseorang merokok karena pengaruh lingkungan sosial seperti teman, orang tua, saudara, dan media. Utami, dkk (1993)

sebagaimana dikutip Smet (1994) menyatakan bahwa, perilaku merokok remaja dipengaruhi oleh faktor demografis (umur, jenis kelamin) serta faktor sosio cultural (kebiasaan budaya, kelas sosial, tingkat pendidikan, penghasilan, gengsi, pekerjaan). Kok & De Vries (1985) dalam Smet (1994) menyebutkan bahwa remaja merokok dipengaruhi oleh sikap dan norma sosial (teman-teman, kawan sebaya, orang tua, saudara, media, sosial-politik). Penelitian Chassin, Presson, Sherman, dan Edwards (1991); Murray, Swan, Johnson, dan Bewley (1983) dalam Sarafino (1994) menunjukkan bahwa remaja merokok dipengaruhi setidaknya oleh salah satu orang tuanya perokok, pengaruh saudara kandung atau temannya yang merokok. Soemartono (1998) menyatakan bahwa ada hubungan antara ayah, saudara yang lebih tua, dan teman terhadap prevalensi merokok remaja. Chassin, dkk (1991) serta Murray, dkk (1983) menyebutkan bahwa perilaku merokok remaja disebabkan karena sikap positif mereka terhadap merokok dan kurangnya pengetahuan bahwa merokok dapat merusak kesehatan (Sarafino 1994).

Dalam melakukan penelitian ini, penulis menggabungkan teori-teori tersebut menjadi suatu kerangka konsep yang akan digunakan dalam penelitian ini. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok responden dikelompokkan menjadi faktor internal, yang meliputi umur; jenis kelamin; pengetahuan dan sikap tentang rokok; dan faktor eksternal yaitu faktor teman dan keluarga.

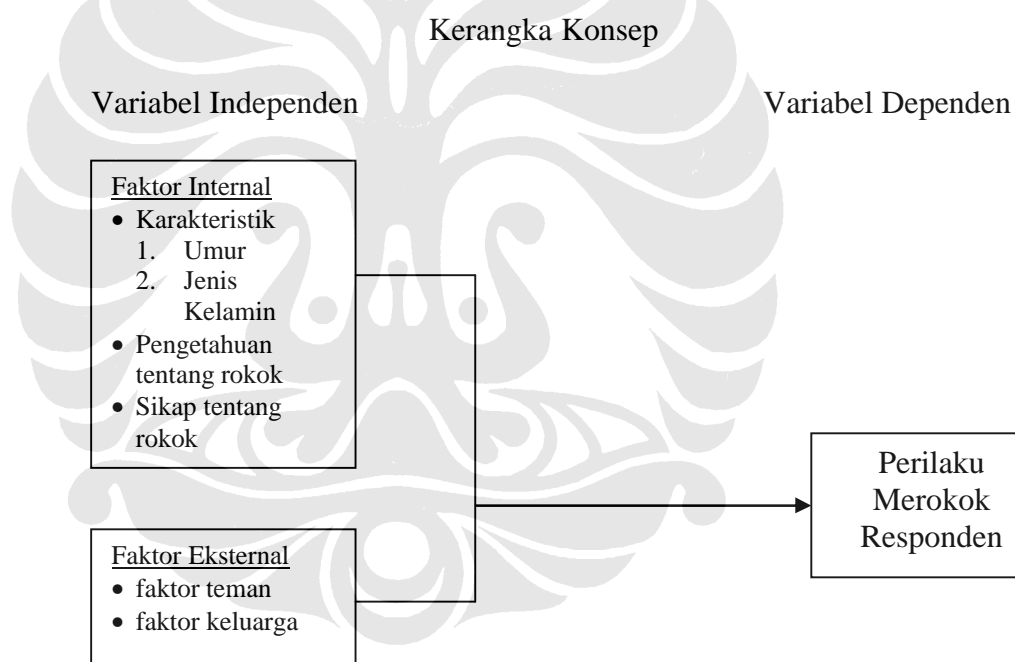
3.2. Kerangka Konsep

3.2.1. Variabel Dependen

Perilaku merokok remaja di lingkungan RW. 22 Kelurahan Sukatani Kecamatan Cimanggis, Depok.

3.2.2. Variabel Independen

Karakteristik responden (umur dan jenis kelamin), pengetahuan dan sikap responden tentang rokok, serta faktor teman keluarga dari responden.



3.3. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Skala Ukur	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Umur	Satuan waktu yang mengukur keberadaan responden sejak lahir hingga penelitian dilakukan.	Interval	Angket	Kuesioner	1. 16-19 tahun 2. 20-25 tahun
2	Jenis Kelamin	Status responden berdasarkan penampilan fisik.	Nominal	Angket	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan
3	Pengetahuan tentang rokok	Hal-hal yang diketahui oleh responden tentang rokok yang meliputi bahaya rokok bagi kesehatan, bahan yang terkandung dalam rokok, penyakit akibat merokok.	Ordinal	Angket	Kuesioner	1. Tinggi, jika total skor responden ≥ 21 2. Rendah, jika total skor responden < 21
4	Sikap tentang	Tanggapan atau pendapat responden	Ordinal	Angket	Kuesioner	1. Positif, jika skor sikap $<$

	rokok	mengenai hal-hal yang berkaitan dengan rokok.				nilai median skor sikap seluruh responden (< 40). 2. Negatif, jika skor sikap • nilai median skor sikap seluruh responden (• 40).
5	Faktor teman	Ada tidaknya teman (salah satu atau lebih) responden yang merokok.	Nominal	Angket	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak ada
6	Faktor keluarga	Ada tidaknya anggota keluarga yang tinggal serumah (ayah, ibu, kakak, adik) dengan responden yang merokok.	Nominal	Angket	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak ada
7	Perilaku Merokok Responden	Tindakan atau aktifitas menghisap rokok yang dilakukan oleh responden minimal 1 batang setiap harinya sampai saat penelitian dilakukan.	Nominal	Angket	Kuesioner	1. Merokok 2. Tidak Merokok

3.4. Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur dengan perilaku merokok pada remaja lingkungan RW. 22 Sukatani Cimanggis-Depok di bulan Juni 2008.
2. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku merokok pada remaja lingkungan RW. 22 Sukatani Cimanggis-Depok di bulan Juni 2008.
3. Ada hubungan antara pengetahuan tentang rokok dengan perilaku merokok pada remaja lingkungan RW. 22 Sukatani Cimanggis-Depok di bulan Juni 2008.
4. Ada hubungan antara sikap tentang rokok dengan perilaku merokok pada remaja lingkungan RW. 22 Sukatani Cimanggis-Depok di bulan Juni 2008.
5. Ada hubungan antara faktor teman dengan perilaku merokok pada remaja lingkungan RW. 22 Sukatani Cimanggis-Depok di bulan Juni 2008.
6. Ada hubungan antara faktor keluarga dengan perilaku merokok pada remaja lingkungan RW. 22 Sukatani Cimanggis-Depok di bulan Juni 2008.