

**STUDI MULTIKASUS:  
Epidemi Perilaku Merokok di Kalangan Remaja  
dan Implikasinya dalam Pendidikan**

**Mohammad Efendi**

Universitas Negeri Malang

Email: Efendi@tep.ac.id

**ABSTRAK**

*Penelitian ini memaparkan secara kuantitatif perilaku merokok di kalangan remaja melalui kajian multikasus. Berdasarkan informasi yang ditelaah, disimpulkan bahwa prevalensi perilaku merokok di kalangan remaja berada pada ambang yang memprihatinkan, karena secara kuantitas rentangan frekuensinya berkisar antara 15-50%. Determinan tumbuh-kembangnya perilaku merokok, terutama akibat pengaruh atau tekanan dari lingkungan dan pembelajaran lewat media massa. Untuk itu, disarankan kepada otorita pendidikan untuk meminimalkan frekuensi tumbuh-kembangnya perilaku merokok di kalangan anak dan remaja.*

**Kata kunci:** *epidemi, perilaku merokok, pendidikan*

Salah satu fase penting dalam siklus perkembangan hidup manusia diantara fase yang lainnya adalah fase pubertas (remaja). Urgensinya fase ini diantara fase perkembangan yang lain, dikarenakan dalam fase ini banyak sekali kejutan perubahan yang terjadi sebagai efek dari peralihan atau transisi perkembangan fisik, mental, dan sosial secara bersamaan dari posisi anak menuju dewasa.

Dari aspek fisik yang tampak menonjol dalam fase ini, yaitu bertambahnya secara kuantitas beberapa bagian tubuh yang penting, seiring dengan mulai matangnya beberapa kelenjar yang menggerakkan bagian tubuh tertentu untuk melaksanakan fungsinya. Munculnya organ yang baru pada anak tersebut secara langsung mulai mempengaruhi fungsi fisik, mental dan sosial anak.

Perubahan fisik yang cepat secara tidak langsung telah memberi dampak psikologis pada mereka yang berada di fase

ini. Salah satu masalah pokok yang mereka hadapi adalah terkait dengan tingkah laku dan sikap terhadap perubahan tersebut (Sprinthall & Sprinthall, 1990). Kebanyakan anak-anak pada usia ini memiliki aktivitas sosial dan eksperimenasi sosial yang menjadi lapangan mereka yang terpenting. Mereka setuju untuk menjadikan sekolah sebagai laboratorium sosial, sedangkan di lingkungan teman sejenis mereka juga belajar bertingkah laku sebagai orang dewasa diantara orang dewasa, memilih pemimpin dan menciptakan suatu masyarakat kecil seperti orang dewasa (Havighurst, 1984). Oleh karena itu suatu model perilaku yang berkembang di antara mereka, baik yang berkonotasi negatif maupun positif, yang telah menjadi konvensi bersama, maka kecenderungan yang muncul dalam kelompok berpengaruh terhadap perilaku anggota sangat besar.

Secara empirik salah satu pengaruh yang paling berkuasa selama periode

ini berlangsung, yaitu kekuasaan dari persetujuan kelompok (*group approval*). Seorang anak lelaki misalnya, dalam fase ini akan menjadi “budak” dari hukum kelompoknya. Atas dasar itulah segala atribut yang dikenakan harus mengacu pada anak lain dalam kelompok sebayanya, meskipun dalam kehidupan batiniah sebenarnya mereka juga memiliki kehidupan yang bersifat individual, yang terkadang juga cenderung ekstrim.

Ada tugas pokok penting diantara tugas perkembangan lainnya yang dianggap sebagai hasil dari pendidikan pada anak usia menginjak usia remaja, yakni anak belajar menerima dan memanfaatkan tubuh secara efektif. Indikasi seseorang dikatakan berhasil melewati tugas perkembangan ini, akan tampak pada kemampuannya untuk memimpin diri sendiri dalam memelihara kesehatan sehari-hari melalui berbagai macam kecakapan jasmaniah atau memilih kecakapan yang sesuai. Kegagalan untuk mengelola secara efektif tugas perkembangan ini, akan tercermin pada kebiasaan perilakunya yang buruk, seperti: menolak perbaikan dari orang tua dan orang dewasa, makan tak teratur atau sembarangan, suka merokok dan mengkonsumsi minuman keras.

Perilaku merokok sebagai manifestasi kegagalan remaja dalam mengelola dan memanfaatkan tubuhnya secara efektif, dalam perspektif global secara statistik berada tingkat yang sangat meprihatinkan, sebab keberadaannya dari waktu ke waktu tetap menunjukkan gradasi yang sangat signifikan, meskipun

berbagai upaya telah dilakukan. Secara empirik Yayasan Kesehatan Indonesia mencatat bahwa 18 % remaja yang masih duduk di bangku SLTP diketahui mulai merokok, dan 11% diantaranya mampu menghabiskan 10 batang rokok per hari. Fenomena yang muncul dan berkembang di kalangan anak dan remaja tersebut, dikaitkan dengan upaya Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan Republik Indonesia, sangat kontraproduktif dengan “program Indonesia sehat tahun 2010” yang telah dicanangkan oleh pemerintah.

Untuk menghindari ekses negatif yang lebih besar dan berkepanjangan di kemudian hari, maka intervensi dini pengendalian perilaku yang merugikan seperti kebiasaan merokok di kalangan anak dan remaja mutlak diperlukan. Untuk itu harus menjadi agenda pokok dalam proses pendidikan, baik secara formal maupun informal, dengan harapan agar mereka dapat meniti dengan baik tugas perkembangan yang dilewatinya pada setiap fase.

Begitu besarnya tantangan yang menghadang pada fase perkembangan remaja, Conger & Erikson menyebut fase ini sebagai suatu masa yang sangat kritis, yang mungkin dapat menjadi *the best of times & the worst of times* (Makmun, 1990). Dengan kata lain, jika tugas perkembangan ini berhasil dicapai dengan baik, maka anak dapat menyesuaikan diri pada kehidupan sosial selama hidupnya. Sebaliknya kegagalan menyelesaikan tugas perkembangan ini, berarti akan membawa pada kehidupan berikutnya (pada fase dewasa) yang tidak bahagia,

baik dalam perkawinan, belajar bekerja bersama, pergaulan sehari-hari dengan orang lain di kemudian hari (Havighurst, 1984).

## **KAJIAN LITERATUR**

### **Kajian Teoritik Perilaku Merokok**

Terminologi perilaku dalam *Dictionary of Psychology* diartikan sebagai, “sejumlah respons yang dibuat oleh organisme, suatu aktivitas atau gerakan yang kompleks” (Chaplin, 1979), atau suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya, baik bersifat pasif (tanpa tindakan) maupun aktif (melakukan tindakan) (Solita, 1997). Perilaku sebagai tindakan atau perbuatan suatu organisme merupakan fungsi ruang hidup sebagai hasil interaksi antara pribadi dengan lingkungan psikologis (Suryabrata, 1990).

Dalam perspektif yang lebih luas, perilaku adalah respons organisme terhadap stimulus yang berasal dari luar subyek, baik dalam pasif maupun bentuk aktif (Notoatmodjo, 1997). Yang lebih penting bahwa karakteristik perilaku manusia khususnya dan pada berbagai spesies hewan pada umumnya, memang terdapat berbagai bentuk perilaku yang instinktif yang didasari oleh kodrat untuk mempertahankan kehidupan (Azwar, 2002).

Perilaku menurut Bloom (1965) dalam wujudnya dapat dibedakan menjadi: kognitif, afektif, dan psikomotor. Ranah tersebut merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti: keinginan, kehendak, pengetahuan, emosi, sikap, motivasi, reaksi, dan lain-lainnya

(Notoatmojo, 1993). Perilaku terjadi karena adanya suatu determinan tertentu, baik biologis, psikologis, maupun yang berasal dari lingkungan. Namun, untuk menentukan determinan refleksi dari gejala kejiwaan manakah seseorang itu berperilaku tertentu, memang cukup sulit. Yang lebih penting dari itu, bahwa keberadaan perilaku manusia merupakan manifestasi bahwa ia makhluk hidup (Makmun, 1990). Deskripsi perilaku itu sendiri dapat diukur melalui terminologi, frekuensi, durasi, dan latensi (Grant & Evans, 1994).

Dalam pandangan psikobiologis perilaku manusia merupakan hasil proses dan dinamika syaraf-faali. Sebab tubuh manusia dibekali dengan banyak sel yang berfungsi sebagai penerima rangsang atau reseptor (rangsang panas, mekanis, kimia, photik dan lain-lain), sel syaraf yang berfungsi sebagai penerus rangsang (*neuron*) dan sel syaraf yang berfungsi sebagai penanggap rangsang atau afektor. Contoh, ketika seseorang memerankan perilaku membaca buku atau menyimak tayangan televisi, maka retina mata yang bersangkutan yang jumlahnya kurang lebih 12 juta sel syaraf akan bereaksi pada cahaya dan menyampaikan pesan pada cabang syaraf yang menyambungkan mata dengan syaraf optik. Syaraf optik menyambungkan impuls syaraf ke otak. Sekitar 10 sampai 14 juta

Sel syaraf pada otak (*neuron*) yang bersangkutan dirangsang oleh impuls yang datang, dan terjadilah suatu proses persepsi yang menakjubkan. Peranan masing-masing bagian syaraf seperti *dendrit*

(bagian luar neuron) adalah penerima informasi, *soma* mengolah informasi dan menggabungkannya, dan *axon* adalah kabel miniatur yang menyampaikan informasi dari alat indera ke otak, otak ke otot, atau dari *neuron* satu ke *neuron* lainnya, serta di ujung axon terdapatlah serangkaian knop (terminal knop) yang berfungsi melanjutkan informasi (Rakhmat, 2004).

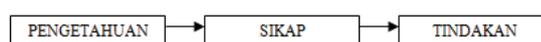
Dengan berfungsinya secara harmonis *dendrit*, *soma*, *axon* tersebut, maka setiap rangsang yang diterima oleh organisme dapat diteruskan atau ditanggapi secara tepat. Misalnya, ketika organisme menerima rangsang bunyi (musik), serta merta setelah rangsang tersebut diteruskan oleh syaraf pengatur bunyi secara tepat ke otak, organisme akan menanggapi melalui respons yang tepat melalui menyanyi atau menari.

Secara fisiologis kemampuan organ manusia dalam menjalankan fungsinya, khususnya dalam menangkap setiap rangsang eksternal tiap bagian mempunyai kapasitas yang berbeda. Penglihatan yang memiliki peran sebagai transmisi visual misalnya, berdasarkan hasil studi diketahui mampu memberikan kontribusi sekitar 80%–85% dari perilaku manusia selama manusia itu dalam kondisi terjaga. Ketika dua unsur indera berkolaborasi dalam menangkap rangsang (mata dan telinga), maka informasi yang terserap ke dalam jiwa manusia mencapai sekitar 95%, dan secara umum orang akan ingat sekitar 85% dari apa yang disimak (dilihat dan didengar) setelah 3 jam peristiwa berlangsung, 65% setelah 3 hari kemudian (Sadiman, 2001).

Memahami latar belakang timbulnya perilaku tertentu seperti merokok, barangkali dapat menyimak determinan (baik internal maupun eksternal) yang mendorong tumbuh-kembangnya perilaku tersebut, dan sekaligus dapat menjadi dasar untuk merencanakan program pencegahan dan penanggulangannya.

Untuk dapat memahami determinan perilaku seseorang, Bandura (1997) menggambarkan hubungan antara tiga komponen besar yang saling berinteraksi satu sama lain pada sebuah perilaku yaitu *behavior* (B), *personal* (P), dan *environment* (E). *Behavior* (B) sebagai representasi dari perilaku dipengaruhi dua komponen yang lain yaitu P dan E. P dalam kaitan ini merepresentasikan faktor interpersonal dalam bentuk afektif maupun peristiwa biologis, sedangkan E merepresentasikan lingkungan eksternal. Dalam hubungan timbal balik antar komponen di atas, ketiganya tidak harus memiliki kekuatan yang sama atau seimbang dalam suatu interaksi, karena pengaruh masing-masing komponen pada individu sangat relatif, tergantung pada aktivitas yang dilakukan oleh individu (Hjelle & Ziegler, 1992, Bandura, 1997).

Bloom menjelaskan mekanisme perilaku individu yang biasa digunakan sebagai rujukan untuk pembelajaran sebagai berikut:



Bagan di atas menunjukkan bahwa tindakan merokok bisa jadi dikarenakan oleh kepemilikan sikap seseorang terkait dengan tindakan merokok. Keberadaan sikap itu sendiri tumbuh dan berkembang

atas dasar referensi pengetahuan yang dimiliki.

### **Efek Rokok Terhadap Kesehatan**

Menyimak secara kuantitas angka kejadian merokok di kalangan anak-anak dan remaja di atas cukup memberikan bukti bahwa kondisi mereka sangat mengkhawatirkan. Hal itu disebabkan dalam kurun waktu tertentu (5, 10, 20 tahunan dan selebihnya) episode terjadinya epidemi penyakit akibat kebiasaan merokok tersebut akan menghadang di depan. Secara empirik risiko yang ditimbulkan akibat perilaku merokok tersebut bukan saja terkena pada diri perokok (perokok aktif), namun berpengaruh pula pada orang yang berada di sekitarnya (perokok pasif).

Sebagaimana bahan kimia jenis lainnya, bahan kimia yang dihamburkan hasil pembakaran tembakau ini untuk sampai pada target organ atau seluler harus melalui sebuah proses yang kompleks. Secara garis mekanisme kerja toksik bahan kimia tersebut melalui fase-fase: eksposisi, toksokinetik atau farmakokinetik, dan toksodinamik atau farmakodinamik (Ariens, 1986).

Fase eksposisi yaitu fase dimana penyerapan zat dalam bentuk yang terlarut, terdispersi secara molekul yang dapat diabsorpsi oleh permukaan organisme. Untuk itu konsentrasi dalam arti ukuran secara kuantitas, zat pemapar yang terabsorpsi dan yang berada di lingkungan kerja, serta jangka waktu kontak zat dengan organisme sangat menentukan efek akumulasinya. Faktor lain yang turut menentukan dalam fase ini antara lain:

higiene perorangan, misalnya membatasi atau melindungi diri dengan berbagai alat proteksi serta kondisi fungsi organ yang berkontak dengan zat pemapar.

Kondisi fungsi organ yang berkontak dengan zat toksik akan mempengaruhi kerja eksposisi. Khusus pada respirasi, dapat dibedakan antara zat yang terdapat dalam udara yang dihirup dan jumlah zat yang tertinggal dalam paru-paru. Jumlah yang tertinggal dalam paru-paru sebanding dengan volume pernafasan tiap menit dan perbedaan konsentrasi udara yang dihirup dan udara yang dikeluarkan.

Karena itu, kondisi ini sangat tergantung pada frekuensi pernafasan, beban kerja, usia yang bersangkutan, suhu dan kelembaban udara relatif. Pada keadaan dimana terjadi bioinaktivasi atau bioaktivasi dalam hati, maka cara masuknya zat ke dalam organisme memegang peranan penting. Zat yang diaktivasi dengan cepat di hati akan lebih toksik jika masuk melalui pernafasan atau kulit, daripada pemasukan secara oral (Ariens, 1986). Pada fase ini gas yang terlarut dan diabsorpsi melalui pernafasan. Kebanyakan jenis gas yang dapat beralih dengan mudah melintasi epitel alveolus ke dalam plasma. Karena itu besarnya permukaan epitel alveolus akan memudahkan gas untuk diabsorpsi, yang berarti juga gas tersebut dapat dengan mudah dikeluarkan oleh paru manakala tidak terikat di jaringan.

Fase toksokinetik atau farmakokinetik ini terdapat 2 proses yang memainkan peranan penting: Pertama, adanya proses transport yang meliputi absorpsi, distribusi dan ekskresi. Kedua, adanya perubahan

metabolik (biotransformasi), dimana zat yang diabsorpsi bisa menjadi tidak aktif (bioinaktivasi), atau menjadi sebaliknya yaitu perubahan biokimia yang terjadi dalam organisme dapat mengakibatkan pembentukan senyawa aktif (bioaktivasi). Perubahan bentuk (transformasi) zat kimia di dalam organisme kebanyakan terjadi melalui proses enzimatis. Organ-organ penting untuk biotransformasi selain hati adalah ginjal, pernafasan dan kulit (Koeman, 1987).

Faktor penentu resiko pada fase toksokinetik ini diantaranya: 1). Kondisi fungsi organ yang berperan pada ekskresi dan detoksikasi, dalam hal ini adalah fungsi hati dan ginjal memegang peranan penting, karena pada biotransformasi perubahan *metabolisme xenobiotika* di hati akan menghasilkan produk yang mudah dieskresi oleh ginjal. Karena itu gangguan fungsi kedua organ tersebut akan menghambat detoksikasi dan ekskresi zat toksik. 2). Eksposisi zat yang terjadi sebelumnya yang terakumulasi dalam tubuh, misalnya timbal, karbon monoksida atau yang lain, tentu saja akan mempertinggi resiko pada kontak berikutnya dengan zat tersebut. Makin besar jumlah yang tersimpan dalam tubuh, bahaya yang diakibatkan mobilisasi dari jaringan lemak atau tulang makin tinggi. 3). Perbedaan genetik dapat menjadi penyebab perbedaan kemampuan tubuh untuk menawarkan bahan racun (Ariens, 1986).

Fase toksodinamik atau farmakodinamik meliputi interaksi antara molekul zat kimia dengan bagian organ

kerja yang spesifik berupa reseptor. Konsentrasi zat pemapar pada tempat sasaran menentukan kekuatan biologis yang dihasilkan. Bila dosis yang diserap relatif kecil maka kerusakannya dapat terbatas pada beberapa sel saja, karena itu masih cukup banyak sel sehat untuk dapat tetap menjalani fungsi normal organ. Akan tetapi jika relatif banyak sel yang menderita maka organ tersebut sudah tidak dapat memenuhi lagi fungsinya yang normal. Pada bagian ini kerja toksik menampakkan diri sebagai penyakit yang integral pada individu (Koeman, 1987).

Faktor penentu resiko pada fase ini, diantaranya: 1). Perbedaan kepekaan perorangan (usia, jenis kelamin, gizi makanan dan kondisi kesehatan individu secara menyeluruh), misalnya pada orang yang berpenyakit asma atau bronchitis, akan cepat bereaksi manakala udara di sekitarnya terjadi pencemaran seperti asap, debu, fume dan lain-lain. 2). Perbedaan faktor genetik juga menjadi faktor penentu pada fase toksodinamik, misalnya tingginya pembentukan methemoglobin (karena anilida) pada pasien yang kekurangan *glukose-6-fosfat dehidrogenase* dalam eritrositnya. 3). Kontak yang terjadi sebelumnya terutama dengan bahan toksik yang menunjukkan adanya akumulasi kerja (misalnya karsinogen, mutagen), akan mempertinggi resiko karena kerusakan kromosom pada masa lampau akan dijumlahkan dengan yang terjadi sekarang. Pada perokok berat kemungkinan resiko untuk menderita penyakit saluran pernafasan dan kanker paru sangat tinggi, dan akan lebih peka

lagi jika kontak dengan zat kimia yang juga merusak seperti rokok (Ariens, 1986).

Tembakau sebagai komponen utama rokok terdiri dari ribuan komponen bahan kimia yang terkandung didalamnya, namun demikian komponen utamanya adalah nikotin, TAR dan karbon monoksida. Nikotin yang terkandung dalam tembakau tersebut merupakan zat aditif yang dengan cepat masuk ke otak begitu dihisap dalam bentuk rokok, dan setiap batang rokok rata-rata memiliki kandungan 0,1-1,2 mg nikotin. Tar sebagai bahan kimia yang gelap dan lengket dapat menyebabkan gangguan bronkial dan kanker. Sedangkan karbon monoksida hasil pembakaran rokok menjadi penyumbang terbesar terjadinya penyakit jantung.

Secara terinci menurut publikasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia, bahwa setiap batang rokok yang dibakar akan menghamburkan bermacam-macam bahan kimia yang diketahui sangat membayakan bagi kesehatan tubuh, antara lain: acetan (biasa digunakan penghapus cat), methanol (campuran bahan bakar roket), toluene (bahan pelarut industri), ammonia (bahan campuran pembersih lantai). Selain itu ada juga phenol, butane, arsenic, hidrogen sianida, carbon monoksida, polonium, nickel carbonyl (Nainggolan, 1988), dan masih banyak lagi zat-zat kimia lain yang semuanya memiliki efek sejenis.

Keberadaan bahan-bahan kimia tersebut jika terabsorpsi oleh tubuh, baik oleh yang merokok (perokok aktif) maupun orang yang terpapar disekitarnya

(perokok pasif) berpeluang sama besarnya untuk mendapat gangguan menurunkan kekebalan tubuh. Implikasinya, makin sering atau makin banyak paparan asap rokok yang terabsorpsi oleh tubuh, maka makin besar kemungkinan mengalami penurunan sistem kekebalan, dan manifestasinya nampak pada kerentanan tubuh terhadap berbagai macam penyakit.

Hasil studi epidemiologi, hubungan kanker paru dengan kebiasaan merokok yang dilakukan pertama kali pada tahun 1950, diketahui bahwa penyebab utama tingkat kematian akibat kanker paru dikarenakan rokok tembakau. Dalam kajian berikutnya, interaksi pemaparan akibat merokok dan debu asbestosis dapat meningkatkan tingkat kejadian kanker paru di kalangan pekerja yang merokok dan terpapar debu asbestos (Beaglehole, 1997). Penelitian lain terhadap pekerja PT KAI Daop VIII Surabaya, Pekerja yang tidak merokok ternyata ambang pendengarannya relatif lebih baik dari pekerja yang merokok (Efendi, 2000).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini bertujuan untuk memaparkan fakta-fakta empirik tentang perilaku merokok di kalangan remaja, berdasarkan hasil-hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya dan telaah pendalaman sebagai dasar untuk klarifikasi dan memperkuat temuan sebelumnya. Untuk itu pendekatan penelitian yang relevan dengan tujuan yang ingin dicapai yaitu penelitian kepustakaan. Kepustakaan yang digunakan sebagai bahan kajian ini adalah laporan hasil penelitian yang

relevan dengan topik yang dikaji, yang dipublikasikan dalam bentuk buku atau bahan cetak yang lain (grafis), maupun dalam bentuk maya (internet).

Metode yang digunakan untuk melakukan analisis data hasil penelitian yang dihimpun digunakan teknik analisis isi. Esensi penggunaan teknik analisis isi karena penelitian ini ingin mendeskripsikan secara obyektif dan sistematis seluruh informasi yang relevan dengan topik yang dikaji yang terdapat dalam bahan pustaka yang dihimpun (Moleong, 2000). Untuk menyimpulkan data-data yang dikaji dari berbagai pustaka dan fakta empirik lainnya, langkah analisis data mengikuti langkah-langkah analisis yang lazim digunakan untuk penelitian sejenis yaitu: mereduksi data, menyajikan data, dan mengambil kesimpulan data yang diverifikasi (Nasution, 1992).

## HASIL PENELITIAN

Prevalensi perokok aktif usia produktif berdasarkan hasil studi di Amerika pada tahun 1965 sekitar 52,1 % pria dan 34,2 % wanita (Prokop, 1991; Taylor, 1995). Pada tahun yang hampir bersamaan untuk pertama kalinya Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Sosial Amerika Serikat mempublikasikan bahaya merokok, dan selang beberapa tahun kemudian terjadi penurunan menjadi 39 % pria dan 29 % wanita masih merokok secara aktif (Taylor, 1995). Pada tahun 1987 jumlah perokok pria dan wanita tampak mengalami penurunan, namun demikian secara kuantitas frekuensinya masih relatif kecil, tercatat sekitar 31,5 % pria dan sekitar 27 % wanita masih

menjadi perokok aktif (Prokop, 1991).

Kecenderungan penurunan jumlah perokok menurut statistik nasional di atas memang tidak cukup signifikan untuk menjadi prediktor pada episode berikutnya, sebab kasus per kasus yang terjadi di kalangan anak dan remaja memberikan bukti yang sangat berlawanan, setidaknya hasil penelitian Salehi dan Elder (1995) membuktikan bahwa lebih dari 50% siswa sekolah lanjutan dan menengah di Oregon diketahui pernah mencoba merokok, dan 39 % siswa menjadi perokok aktif. Di Inggris, dari 6522 orang siswa sekolah lanjutan yang diberikan angket, 49% mengaku pernah merokok, dan 17 % diantaranya menjadi perokok aktif sampai saat ini, 23 % siswa mulai mencoba merokok sejak usia 7 tahun (Molyneux dkk., 2002). Di Hongkong, hasil survey terhadap 9598 orang siswa sekolah dasar dengan rentang usia 8 – 13 tahun. diketahui 12% diketahui pernah merokok, 15 % anak laki-laki dan 7 % anak perempuan diketahui menjadi perokok aktif (Peters, 1997). Di Beijing, 16996 anak sekolah dasar yang di survey, ternyata 28% anak laki-laki dan 3 % anak perempuan diketahui merokok (Zhu, 1996), demikian pula hasil survey di Henan (China) sedikitnya 15,1 % anak laki-laki dan 1,4% wanita diketahui merokok sejak usia 10 – 14 tahun (Zhang dkk., 2000).

Di Indonesia, indikasi perilaku merokok menjadi epidemi yang serius di kalangan remaja (usia sekolah lanjutan dan menengah). Departemen Pendidikan Nasional berdasarkan hasil survey secara nasional (2001) mencatat, bahwa frekuensi perokok di kalangan remaja dengan usia rata-rata antara 15 - 24 tahun sekitar 26,56

%. Kristanti (1995) yang mengambil sampel remaja usia 13-19 tahun, dengan lokasi penelitian di Propinsi Jabar (922 responden) dan Bali (1189 responden), menyimpulkan bahwa 25,4 % remaja di Jabar yang merokok 3,8 % diantaranya adalah wanita, sedangkan 18,8 % remaja di Bali yang merokok 1,1 % diantaranya berjenis kelamin wanita. Dari kedua wilayah populasi tersebut ditemukan, 35,2 % laki-laki dan 5,7 % wanita diketahui selain merokok mereka juga konsumsi minuman alkohol.

Penelitian sejenis umumnya menegaskan bahwa untuk pertama kalinya remaja merokok kira-kira pada usia antara 11 – 13 tahun (setingkat SD kelas 6 sampai dengan SLTP kelas 1-2), sekitar 85%-90 % remaja perokok dimulai sebelum usia 18 tahun (Smet, 1994). Bawazeer, Hattab, dan Morales (1999) yang menyimpulkan hasil penelitiannya, bahwa pengalaman pertama kali anak mulai merokok, dari total 19,8 % siswa perokok yang diteliti (21% laki-laki dan 15,5% perempuan yang merokok) ternyata dimulai dari tingkat SLTP.

Hasil survei tentang kebiasaan buruk para penumpang angkutan umum di kota Malang ditemukan, dari 54,24% penumpang yang suka merokok di angkutan umum, 13,55% diantaranya adalah pelajar SLTP dan SLTA dengan rata-rata usia 12 – 19 tahun (Jawa Pos, 2 Juni 2003). Hasil studi kasus lainnya, yang dilakukan peneliti secara acak terhadap sejumlah remaja (usia 15-19 tahun) yang bersekolah pada beberapa Sekolah Lantuan Tingkat Atas di kota Malang dan sekitarnya, diperoleh kesimpulan bahwa dari 120

orang siswa yang menjadi responden, 59,17 % diketahui menjadi perokok aktif. Dari jumlah perokok tersebut, 67,60 % diketahui mulai merokok sejak duduk di tingkat SLTP dan 23,94% responden diketahui merokok ketika masuk SLTA, serta 8,45% sisanya mulai merokok sejak di Sekolah Dasar. Lebih spesifik lagi 35,21 % dari jumlah responden perokok aktif mulai merokok sejak duduk di kelas III SLTP (Efendi, 2003). Dalam kajian lain yang dilakukan peneliti secara purposif terhadap 50 siswa SLTP di sekitar kota Malang, dengan rentang usia antara 14-16 yang diidentifikasi positif sebagai perokok aktif, diketahui distribusi frekuensi perokok usia 14 mencapai 46,20%, perokok usia 15 mencapai 44,20%, perokok usia 16 mencapai 9,60%.

Secara kuantitas dari studi multikasus di atas, teridentifikasi bahwa jumlah rokok yang dikonsumsi responden per-hari, 67,87% responden mengaku mampu menghabiskan 1 – 3 batang/hari, 25,35 % responden mampu menghabiskan 4 – 6 batang/hari, 4,23 % responden mampu menghabiskan 7–10 batang/hari, serta 8,45 % responden sisanya mampu menghabiskan di atas 10 batang per-hari (lebih dari 1 bungkus) (Efendi, 2003).

Determinan yang menjadi pemicu mereka menjadi perokok aktif sangat bervariasi. Berdasarkan hasil kajian ditemukan bahwa keberadaan perilaku merokok yang dilakukan responden secara internal dilandasi persepsi bahwa: (1) merokok dapat membantu mengatasi keruwetan masalah dan meningkatkan kepercayaan diri (33,80%), (2) merokok merupakan cerminan jiwa pemberani

(29,58%), (3) merokok menjadi simbol sebagai seorang pria sejati (14,08%), (4) merokok dapat menjadi sarana pergaulan dan menenangkan pikiran (7,04). Sedangkan secara eksternal alasan mereka merokok, 47,89% terpengaruh karena ajakan teman sebaya, 19,72% ajakan teman di sekolah, 14,08% meniru kebiasaan orang tua dan anggota keluarga yang lain, dan 13,30% bermula dari coba-coba. Kajian tersebut dikuatkan dalam penelitian Leventhal (1988), bahwa tahap awal anak mulai merokok dilakukan karena ajakan teman (46%), terpengaruh anggota keluarga minus orang tua (23%), dan 14% sisanya ingin meniru orang tua.

Hasil penelitian di Amerika Serikat diketahui bahwa 14% anak merokok berasal dari orang tua perokok, 6% anak merokok berasal dari orang tua bukan perokok, 17% anak merokok terpengaruh saudara kandung merokok, 4% anak merokok terpengaruh saudara lainnya merokok, dan sisanya adalah bagian terbesar karena tekanan sebaya untuk merokok (Smet, 1994). Diperkirakan 400 juta remaja usia 15 tahun merokok karena ingin meniru orang tua, keluarga, teman-teman di sekolah, guru, dan selebritis idolanya (Republika, 2001).

Faktor penentu yang lainnya adalah media. Media sebagai transmisi pesan ternyata cukup efektif, sebab dari 170 responden usia 14–19 tahun yang diwawancarainya, ternyata hanya 15,49% responden yang percaya bahwa merokok dapat menyebabkan gangguan jantung, impotensi, penyakit paru dan gangguan kehamilan, sebagaimana yang

tertulis pada setiap bungkus rokok atau kemasan yang beredar di Indonesia. Sedangkan sisanya 84,51% mempercayai bahwa tidak ada korelasi yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan gejala-gejala yang diungkapkan di atas. Hal ini membuktikan bahwa media secara parsial dan integral sebagai fungsi persuasif berbanding terbalik dalam perubahan perilaku yang diinginkan.

Efektivitas media dalam memprovokasi persepsi, khususnya yang ditransmisikan melalui indera penglihatan, Baker (1954) mengatakan bahwa mata dalam kondisi terjaga mampu melakukan perekaman secara efektif mencapai 80-85% dalam interaksinya. Orang akan ingat sekitar 85% dari apa yang dilihat setelah 3 jam peristiwa berlangsung (Sadiman, 2001). Barangkali atas dasar itulah sekitar 86% remaja di dunia menghisap rokok yang sering diiklankan pada media masa, khususnya televisi (Gloria Cyber Ministries, 2000).

## PEMBAHASAN

Sebagaimana telah disinggung pada bagian sebelumnya, pemerintah Republik Indonesia dalam ini Departemen Kesehatan Republik Indonesia mencangkan pada tahun 2010 sebagai tahun sehat bagi rakyat Indonesia. Implikasi pencaangan program tersebut memberikan konsekuensi bahwa segala bentuk perilaku rakyat Indonesia, baik secara kolektif maupun perseorangan, sejak saat ini harus segera terbebas dari segala bentuk penyimpangan yang dapat menghambat tercapainya maksud tersebut,

termasuk diantaranya pencegahan secara sistematis melalui pembatasan dan eliminasi kebiasaan merokok di kalangan remaja.

Secara kuantitas prevalensi jumlah perokok di kalangan anak dan remaja, berdasarkan hasil-hasil di atas memang sangat mencemaskan. Sebab efek yang akan muncul akibat merokok pada siklus 5, 10, 15 tahun ke depan atau selebihnya, adalah sosok individu yang memiliki kualitas kesehatan tidak memenuhi standar. Oleh karena itu, apapun tantangan yang muncul, upaya kreatif pengendaliannya harus tetap dilakukan agar angka prevalensinya dapat ditekan serendah mungkin, sebab secara kuantitatif rokok menyebabkan 3 juta penduduk dunia mati lebih awal. Di Amerika Serikat 30 % perokok lebih mudah terkena penyakit jantung koroner, atau 2 s/d 4 kali risiko kematian dari pada mereka yang bukan perokok (Weist & Lonquist, 1997).

Jika perilaku merokok pada anak dan remaja tersebut dibiarkan terus berkembang tanpa adanya upaya pencegahan secara sistematis, maka akan sangat membahayakan kehidupannya kelak. Seorang ahli statistik mengukur bahwa merokok selama 5 - 8 tahun, setiap batang sigaret yang dihisap mengurangi harapan hidup 5,5 menit (Robbins & Kumar, 1992). Efek negatif lainnya dari perilaku merokok, bahwa risiko yang ditimbulkan akibat perilaku merokok tersebut bukan saja berakibat pada diri perokok (perokok aktif), namun berpengaruh pula pada orang yang berada di sekitarnya yang terpapar (perokok pasif). Efek negatif

rokok terhadap kesehatan pada perokok aktif yaitu timbulnya penyakit kanker paru, jantung koroner, hipertensi, dan penyakit degeneratif lainnya (Prokop, 1991). Demikian pula, efek samping yang terjadi pada "perokok pasif" telah ditemukan seperti kelainan ringan fungsi ventilasi dan peningkatan resiko terkena kanker (Robbins & Kumar, 1992). Hal itu akan tampak setelah terjadi akumulasi 5, 10, 20 atau 30 tahun, atau bahkan lebih, setelah terpapar zat karsinogenik.

Rentang waktu risiko yang ditimbulkan akibat kebiasaan merokok relatif lama, bahkan terkesan tidak spesifik. Hal inilah yang sering menimbulkan persoalan tersendiri bagi para petugas kesehatan atau konselor, terutama pada saat menyarankan kepada perokok untuk meninggalkan kebiasaannya yang tidak sehat. Terlebih lagi jika para perokok tidak merasakan adanya perubahan yang signifikan atas kesehatannya, hal itu mengakibatkan kredibilitas upaya pencegahan sulit untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Apapun tantangannya, upaya pengendalian harus tetap dilakukan agar angka prevalensinya dapat ditekan serendah mungkin. Sebab rokok dewasa ini telah menjadi faktor risiko utama pada perkembangan penyakit arteriosklerosis dan penyakit jantung koroner, terutama infark jantung (Robbins & Kumar, 1992). Ada kekhawatiran, semakin muda seseorang mulai menjadi perokok, makin besar kemungkinan yang bersangkutan menjadi perokok berat di usia dewasanya (Leventhal, 1988; Dhuyvetere, 1990).

Upaya-upaya yang dilakukan

untuk menghentikan meluasnya perilaku merokok di kalangan siswa/remaja telah banyak dilakukan, baik langsung maupun tidak langsung melalui pendidikan dan penyuluhan. Esensi pendidikan sebagai instrumen prevensi dalam beberapa sisi cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan, karena pendidikan secara umum ternyata masih sangat signifikan untuk memperbaiki pengetahuan (Yuan & Shen, 1993), meningkatkan kepercayaan diri & keberhasilan, meskipun dalam perubahan sikap cenderung lambat (Gemino, 1996; Santiago, 1996). Implikasi pernyataan tersebut, apapun jenis pendidikan (pendidikan formal dan informal) yang dipilih sebagai sarana yang ideal sebagai alat promosi untuk pengendalian perilaku merokok bagi anak dan remaja.

Pemanfaatan jalur pendidikan untuk implemmentasi program penghentian perilaku merokok di kalangan remaja, sebaiknya perlu mempertimbangkan acuan berikut diantaranya: (1) seberapa jauh tingkat perhatian anak dan remaja terhadap masalah tersebut, (2) seberapa jauh kemungkinan hasil pendidikan tersebut dapat diaplikasikan dalam perubahan perilaku sehari-hari. Untuk itu ada norma-norma tertentu dari kelompok sasaran yang perlu diperhatikan diantaranya adalah pengaruh norma kelompok terhadap sikap dan perilaku (Fishbein & Ajzen, 1975; Glanz, Lewis, Rimer, 1997).

Dengan memahami secara kontekstual pada kasus merokok yang terjadi di kalangan remaja tersebut, maka promosi pencegahan yang perlu dilakukan selain membekali pemahaman mereka secara benar tentang efek rokok bagi kesehatan, mereka perlu juga diberikan

ketrampilan sosial untuk *manage* diri dalam rangka memproteksi terhadap pressure dari lingkungan, khususnya dari kelompok teman sebaya (Smet, 1994). Secara umum tumbuh-kembangnya kesuburan perilaku tersebut manakala ada *pressure* atau penguat eksternal terutama pada kelompok teman sebaya (Ogden, 2000). Atau bisa jadi keberadaan perilaku merokok pada remaja tersebut sebagai simbol keberanian, takut dianggap pengecut, atau rasa solidaritas diterima dalam kelompok sebayanya atau peer group (Caldwell, 2001).

Penelaahan secara empirik sedikitnya ada 9 alasan yang melatar belakangi munculnya perilaku merokok pada seseorang: (1) merokok dapat membuat santai, (2) segala kesulitan akan terbang bersama asap, (3) membantu melewati waktu, (4) merupakan hal yang menyenangkan, (5) membantu berpikir, (6) merupakan karunia yang penuh dengan kenikmatan, (7) merupakan teman saat sendirian, (8) memberikan kesibukan pada tangan, (9) membangkitkan semangat dan mendorong terjadinya stimulasi kejiwaan (Caldwell, 2001), meskipun jika ditelaah tidak satupun alasan di atas yang linier dengan logika berpikir yang rasional.

Siasat apapun yang diperankan untuk mengubah atau mengendalikan suatu perilaku, termasuk dalam perilaku merokok pada remaja, ukuran keberhasilan yang dapat dijadikan sebagai kriteria penilaian terhadap program tersebut, yaitu tergantung seberapa besar aktivitas tersebut mampu mengubah determinan-determinan dari intensi perilaku, khususnya sistem keyakinan individu (*belief system*) (Glanz, Lewis, Rimer, 1997).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil studi multikasus, prevalensi perilaku merokok di kalangan remaja cukup memprihatinkan, karena secara kuantitas rentangan frekuensinya berkisar antara 15-50%. Hal ini membuktikan bahwa epidemi perilaku merokok di kalangan remaja harus tetap diwaspadai, sebab merokok dalam berbagai studi secara implisit menjadi pintu masuk utama munculnya perilaku negatif lainnya. Determinan tumbuh-kembangnya perilaku merokok pada remaja, terutama akibat pengaruh atau tekanan dari lingkungan (teman di sekolah/luar sekolah, orang tua, saudara, idola), dan pembelajaran lewat media massa. Fenomena perilaku tersebut akan tetap menjadi masalah yang endemic, sepanjang tidak ada perangkat yang mampu membatasi dan mengeliminasi tumbuh-kembangnya perilaku merokok tersebut.

Berdasarkan kesimpulan penelitian di atas, disarankan kepada otorita pendidikan, baik formal maupun informal (guru, orang tua, tokoh masyarakat) dan lembaga mitra informasi (media massa), untuk meminimalkan frekuensi tumbuh-kembangnya perilaku merokok di kalangan anak dan remaja, senantiasa tetap proaktif mengagendakan promosi pencegahan secara berkesinambungan. Sebab tanpa dukungan dan partisipasi aktif dari elemen-elemen yang bersentuhan langsung dengan kehidupan anak dan remaja tersebut, barangkali seideal apapun harapan atau program membebaskan kehidupan remaja yang sehat tanpa tembakau rasanya sulit terealisasi.

## DAFTAR PUSTAKA

Ajzen, I. & Fishbein, M. 1975. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and*

*Research*. Massachusset: Addison Wesley.

Baker, J.H. 1954. *Exceptional Children*. New York: The MacMillan Company.

Bawazeer, A.A., Hattab, A.S., Morales, E. 1999. First cigarette smoking experience among secondary school student in Aden. *East Mediteran Health Journal* May, 5 (3):440-9.

Caldwell, E. 2001. *How You Can Stop Smoking* (Berhenti Merokok), Terjemahan Stok Intermedia, Yogyakarta: LKIS.

Dhuyvettere, H. 1991. *Smoking Behavior and (anti) Smoking Climate Among Student Psychology*. Belgium: University of Gent (Unpublished).

Efendi, M. 2003. Deteksi kebiasaan merokok di kalangan siswa (Studi kasus terhadap tiga SMK di Kota Malang). *Jurnal Ilmu Pendidikan* Juli 2003.

Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K. 1997. *Health Behavior & Health Education*. San Fransisco: Jose Bar Publisher.

Gloria Cyber Ministries. 2001. *Awat, setiap 9 Detik Seseorang Mati Karena Rokok*. Yogyakarta: GCM.

Havighurst, R.J. 1984. *Human Development & Education* (Perkembangan Manusia dan Pendidikan). Bandung: CV Jemmars

Kristanti. 1998. Perilaku Merokok dan Minum Alkohol di Jabar dan Bali. *Journal Epidemiologi* 1998 2: 3: 35-42

Leventhal, H. 1988. A Cognitive Developmental Approach in Smoking Intervention. *Topic in Health Psychology*. New York: John

- Wiley & Sons Ltd.
- Makmun, A.S. 1990. *Psikologi Pendidikan*. Bandung: IKIP Bandung.
- Malyneux, A. 2002. Is smoking a communicable disease? Effect of exposure to ever smokers in school tutor group on the risk of incident smoking in the first year of secondary school. *Tobacco Control* 2002 Sept; 11(3) 241-5
- Moleong, L.J. 1993. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosda Karya
- Nasution, S. 1992. *Metodologi Penelitian Naturakistik Kualitatif*. Bandung: Tarsito.
- Ogden, J. 2000. *Health Psychology*. Buckingham: open University Press.
- Peters, J. dkk. 1997. A Comprehensive Study of Smoking in Primary School Children in Hong Kong: Implications for prevention. *Journal Epidemiology Community Health*. 1997 Jun; 51 (3): 239-45.
- Prokop, C.K. dkk. 1991. *Health Psychology: Clinical Methods and Research* New York: MacMillan Publishing Company.
- Robbins, S.L. & Kumar, V.K. 1992. *Patologi I*. Jakarta: EGC
- Salehi, S.O. & Elder. N.C. 1995. Prevalence of Cigarette and Smokeless Tobacco Use Among Student in Rural Oregon. *Family Medicine* 1995 Feb; 17 (3): 122-5
- Sadiman, A. 2001. *Pengaruh Televisi Terhadap Perubahan Perilaku*. Jakarta: Pestekkom.
- Smet, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo
- Weiss, G.L. & Lonnquist, L.E. 1997. *The Sociology of Health Healing, an Illness*. New Jersey: Ptentice-Hall Inc.
- Yuan, H.S. , Shen. S.A. 1993. An in-service education program as means to improve nurse's knowledge and attitude about AIDS and to increase their willingness to care for AIDS patients. *AORN Journal* Vol. 62, September 9:9 508-17
- YKI. 1999. *Tembakau*. Jakarta: Bulletin Sehat Tanpa Merokok No. 15 Agustus 1999.
- Zhang et. al. 2000. Psychosocial predictors of smoking among secondary school student in Henan, China. *Health Education Res*. Augt. 15 (4) 415-422
- Zhu, B.P. 1996. Cigarette Smoking and its Risk Factors among Elementary School Student in Beijing. *American Journal Public Health*. Mar, 86 (3):368-75.
- S.N. 2001. Perokok Remaja Kian Memprihatinkan. Jakarta: *HU Republika*, 4 April 2001. hal. 8.
- S.N. 2001. Departemen Pendidikan Meluncurkan Website Bebas Rokok. Jakarta: Depdiknas.
- S.N. 2003. Kebiasaan merokok di angkutan umum di kota Malang. *HU Jawa Pos* 2 Juni 2003, hal. 29-39.