

BAB II

KAJIAN TEORITIK

Dalam bab ini dikemukakan pembahasan mengenai konsep perilaku merokok. Pembahasan mengenai perilaku merokok meliputi: pengertian, tipe perilaku merokok, tahapan merokok, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok, dampak perilaku merokok, dan upaya penanganan perilaku merokok.

A. Pengertian Perilaku Merokok

Perilaku merokok terbagi dalam dua kata yaitu perilaku dan merokok. Adapun pengertian dari perilaku menurut Sarwono (1993) adalah sesuatu yang dilakukan oleh individu satu dengan individu lain dan sesuatu itu bersifat nyata. Sedangkan menurut Morgan (Nasution, 2007) perilaku sebagai sesuatu yang konkrit yang dapat diobservasi, direkam maupun dipelajari.

Chaplin (1997) 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.

Didalam kamus psikologi disebutkan bahwa perilaku mempunyai empat arti yaitu: beberapa respon yang dilakukan organisme, sebagai salah satu respon spesifik dari seluruh pola respon, suatu kegiatan atau aktifitas, suatu gerakan atau beberapa gerakan yang kompleks.

Skinner (Arifin, 2008), mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus), dan tanggapan (respon). Respon dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. Respon tanpa sadar/reflek atau *reflexive response*, adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan semacam ini disebut *electing stimuli* karena respon-respon yang relatif tetap, misalnya makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur, sinar matahari membuat mata tertutup. Perangsangan yang demikian ini biasanya mendahului respon yang ditimbulkan.
2. Operan respon atau *instrumental response*, adalah respon yang timbul dan berkembang diikuti oleh perangsangan tertentu. Perangsangan semacam ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer* karena perangsangan tersebut memperkuat respon yang telah dilakukan. Oleh karena itu perangsangan yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku tertentu yang telah dilakukan. Apabila seorang anak rajin belajar atau setelah melakukan suatu perbuatan memperoleh hadiah, maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut, dengan kata lain responnya akan lebih intensif atau lebih kuat lagi.

Menurut Notoatmodjo (Arifin, 2008), yang dimaksud dengan perilaku adalah suatu respon organisme terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut, respon ini dapat berbentuk 2 macam, yakni: (1) bentuk pasif adalah respon internal, yaitu terjadi di dalam diri individu dan tidak dapat langsung dilihat oleh orang lain, seperti berpikir, tanggapan atau sikap batin, dan pengetahuan.

Perilakunya sendiri masih terselubung yang disebut *covert behavior*, (2) bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku disini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata yang disebut *over behavior*.

Soekidjo (Arifin, 2008) memaparkan perilaku terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi, merupakan faktor antesenden terhadap perilaku yang menjadi dasar motivasi bagi pelaku. Yang masuk dalam faktor ini adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai.
2. Faktor pemungkin, adalah faktor antesenden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya: puskesmas.
3. Faktor penguat, merupakan faktor penyerta yang datang sesudah perilaku, memberikan ganjaran intensif atau hukuman atas perilaku dan berperan bagai menetap atau lenyapnya perilaku itu. termasuk dalam faktor ini adalah manfaat sosial, jasmani, ganjaran nyata ataupun tidak nyata yang diterima oleh pihak lain (*vicarious rewards*).

Etiologi tumbuh-kembangnya perilaku pada manusia mengandung 3 unsur, yang masing-masing unsur berada pada tahap berurutan: (1) *motivating state* yaitu perilaku itu terjadi karena terangsang stimulasi atau sekresi hormonal dalam diri manusia, (2) *motivating behavior* yaitu perilaku itu terjadi semata untuk memenuhi kepuasan kebutuhan dan bersifat instrumental (sadar atau tidak sadar), (3) *satisfied condition* yaitu agar terpelihara homeostasis (Makmun, 2003).

Armstrong (1990) memaparkan bahwa merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar. Pengertian dari perilaku merokok menurut Levy (1984) adalah sesuatu yang dilakukan seseorang berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya.

B. Tipe Perilaku Merokok

Menurut Smet (1994) terdapat tiga tipe perokok yang dapat diklasifikasikan, menurut banyaknya rokok yang dihisap. Tiga tipe perokok tersebut adalah: perokok ringan yang menghisap 1-4 batang rokok dalam sehari, perokok sedang yang menghisap 5-14 batang rokok dalam sehari, perokok berat yang menghisap lebih dari 15 batang rokok dalam sehari.

Sitepoe (<http://bowothea.blogspot.com>) membedakan tipe perokok yaitu:

1. Tidak merokok, yaitu selama hidupnya tidak pernah merokok.
2. Perokok ringan, yaitu apabila merokok berselang-seling.
3. Perokok sedang, yaitu apabila merokok setiap hari dalam kuantum kecil.
4. Perokok berat, yaitu apabila merokok lebih dari satu bungkus setiap hari.
5. Berhenti merokok, yaitu yang mulanya merokok kemudian berhenti dan tidak pernah merokok lagi.

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

1. Merokok di tempat-tempat umum, dalam hal ini terbagi kedalam 2 kelompok yaitu: kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya mereka masih menghargai orang lain, karena itu mereka menempatkan diri di *smoking area* dan 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 seperti 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. Toilet pun tak jarang dijadikan sebagai tempat untuk merokok, Perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

Menurut Silvan & Tomkins (Mu'tadin, 2002) terdapat empat tipe perilaku merokok berdasarkan *management of affect theory*. Keempat 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 sekedarnya 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.

C. Tahapan dalam Merokok

Leventhal & Clearly (Komalasari & Helmi, 2000) menyebutkan 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.

D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok

Perilaku merokok merupakan perilaku yang berbahaya bagi kesehatan, tetapi masih banyak orang yang melakukannya. Bahkan orang mulai merokok ketika mereka masih remaja. Sejumlah studi menegaskan bahwa kebanyakan perokok mulai merokok antara umur 11 dan 13 tahun dan 85% sampai 95% sebelum umur 18 tahun (Laventhal & Dhuyvettere dalam Smet, 1994).

Ada berbagai alasan yang dikemukakan oleh para ahli untuk menjawab mengapa seseorang merokok. Menurut Levy (1984) setiap individu mempunyai kebiasaan merokok yang berbeda dan biasanya disesuaikan dengan tujuan mereka merokok. Pendapat tersebut didukung oleh Smet (1994) yang menyatakan bahwa seseorang merokok karena faktor-faktor *socio cultural* seperti kebiasaan budaya, kelas sosial, gengsi, dan tingkat pendidikan.

Menurut Lewin (Komalasari & Helmi, 2000) perilaku merokok merupakan fungsi dari lingkungan dan individu. Artinya, perilaku merokok selain

disebabkan faktor-faktor dari dalam diri juga disebabkan faktor lingkungan.

Beberapa motivasi yang melatarbelakangi seseorang merokok adalah untuk mendapat pengakuan (*anticipatory beliefs*), untuk menghilangkan kekecewaan (*reliefing beliefs*), dan menganggap perbuatannya tersebut tidak melanggar norma (*permissive beliefs/fasilitative*) (Joewana, 2004).

Laventhal (Smet, 1994) mengatakan bahwa merokok tahap awal dilakukan dengan teman-teman (46%), seorang anggota keluarga bukan orang tua (23%) dan orang tua (14%). Hal ini mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Komalasari dan Helmi (2000) yang mengatakan bahwa ada tiga faktor penyebab perilaku merokok pada remaja yaitu kepuasan psikologis, sikap permisif orang tua terhadap perilaku merokok remaja, dan pengaruh teman sebaya.

Faktor dari dalam remaja dapat dilihat dari kajian perkembangan remaja. Remaja mulai merokok dikatakan oleh Erikson (Komalasari & Helmi, 2000) berkaitan dengan adanya krisis aspek psikososial yang dialami pada masa perkembangannya yaitu masa ketika mereka sedang mencari jati dirinya. Dalam masa remaja ini, sering dilukiskan sebagai masa badai dan topan karena ketidaksesuaian antara perkembangan psikis dan social. Upaya-upaya untuk menemukan jati diri tersebut, tidak semua dapat berjalan sesuai dengan harapan masyarakat. Merokok menjadi suatu cara agar remaja tampak bebas dan dewasa saat mereka menyesuaikan diri dengan teman sebayanya. Istirahat, santai dan kesenangan, penampilan diri, rasa ingin tahu, rasa bosan, sikap menentang dan stress berkontribusi remaja untuk mulai merokok. rasa rendah diri, hubungan

interpersonal yang kurang baik, putus sekolah, sosial ekonomi yang rendah dan tingkat pendidikan orang tua yang rendah serta tahun-tahun pertama transisi antara sekolah dasar dan sekolah menengah juga menjadi faktor resiko yang mendorong remaja mulai merokok.

Brigham (Nasution, 2007) bahwa perilaku merokok bagi remaja merupakan perilaku simbolisasi. Simbol dari kematangan, kekuatan, kepemimpinan, dan daya tarik terhadap lawan jenis.

Adapun berdasarkan hasil penelitian santoso pada remaja, alasan pertama kali merokok antara lain : coba-coba, ikut-ikutan, ingin tahu enaknyanya rokok, sekedar ingin merasakan, kesepian, agar terlihat gaya, meniru orang tua, iseng menghilangkan ketegangan, kebisaaan saja untuk pergaulan, biar tidak dikatakan banci, lambang kedewasaan, inspirasi, menghilangkan stres, penghilang jenuh, pencari ilham, gengsi, sukar melepaskan diri, lingkungan, anti mulut asam, pencuci mulut kenikmatan.

Mu`tadin (2002) mengemukakan alasan mengapa remaja merokok, antara lain:

1. Pengaruh Orang Tua

Menurut Baer & Corado, remaja perokok adalah anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak bahagia, dimana orang tua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dibandingkan dengan remaja yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia.

Remaja yang berasal dari keluarga konservatif akan lebih sulit untuk terlibat dengan rokok maupun obat-obatan dibandingkan dengan keluarga yang

permissif, dan yang paling kuat pengaruhnya adalah bila orang tua sendiri menjadi figur contoh yaitu perokok berat, maka anak-anaknya akan mungkin sekali untuk mencontohnya. Perilaku merokok lebih banyak didapati pada mereka yang tinggal dengan satu orang tua (*Single Parent*). Remaja berperilaku merokok apabila ibu mereka merokok daripada ayah yang merokok. Hal ini lebih terlihat pada remaja putri.

2. Pengaruh Teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa semakin banyak remaja merokok maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok juga dan demikian sebaliknya. Ada dua kemungkinan yang terjadi dari fakta tersebut, pertama remaja tersebut terpengaruh oleh teman-temannya atau sebaliknya. Diantara remaja perokok terdapat 87% mempunyai sekurang-kurangnya satu atau lebih sahabat yang perokok begitu pula dengan remaja non perokok.

3. Faktor Kepribadian

Orang mencoba untuk merokok karena alasan ingin tahu atau ingin melepaskan diri dari rasa sakit dan kebosanan. Satu sifat kepribadian yang bersifat pada pengguna obat-obatan (termasuk rokok) ialah konformitas sosial. Pendapat ini didukung Atkinson (1999) yang menyatakan bahwa orang yang memiliki skor tinggi pada berbagai tes konformitas sosial lebih menjadi perokok dibandingkan dengan mereka yang memiliki skor yang rendah.

4. Pengaruh Iklan

Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau glamour, membuat remaja seringkali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti yang ada dalam iklan tersebut.

Laventhal & Cleary (Nasution, 2007) menyatakan faktor seseorang merokok terbagi menjadi dua faktor utama, yaitu :

1. Faktor Psikologis

Pada umumnya faktor-faktor tersebut terbagi ke dalam lima bagian, yaitu :

a. Kebiasaan

Perilaku merokok menjadi sebuah perilaku yang harus tetap dilakukan tanpa adanya motif yang bersifat negatif ataupun positif. Seseorang merokok hanya untuk meneruskan perilakunya tanpa tujuan tertentu.

b. Reaksi emosi yang positif

Merokok digunakan untuk menghasilkan emosi yang positif, misalnya rasa senang, relaksasi, dan kenikmatan rasa. Merokok juga dapat menunjukkan kejantanan (kebanggaan diri) dan menunjukkan kedewasaan.

c. Reaksi untuk penurunan emosi

Merokok ditujukan untuk mengurangi rasa tegang, kecemasan bisa, ataupun kecemasan yang timbul karena adanya interaksi dengan orang lain.

d. Alasan sosial

Merokok ditujukan untuk mengikuti kebiasaan kelompok (umumnya pada

remaja dan anak-anak), identifikasi dengan perokok lain, dan untuk menentukan image diri seseorang. Merokok pada anak-anak juga dapat disebabkan adanya paksaan dari teman-temannya.

e. Kecanduan atau ketagihan

Seseorang merokok karena mengaku telah mengalami kecanduan. Kecanduan terjadi karena adanya nikotin yang terkandung di dalam rokok. Semula hanya mencoba-coba rokok, tetapi akhirnya tidak dapat menghentikan perilaku tersebut karena kebutuhan tubuh akan nikotin.

2. Faktor biologis

Faktor ini menekankan pada kandungan nikotin yang ada di dalam rokok yang dapat mempengaruhi ketergantungan seseorang pada rokok secara biologis.

Selain faktor-faktor diatas, yang mempengaruhi remaja merokok, yaitu:

1. Faktor psikiatrik

Sarafino (Nasution, 2007) Individu dapat merokok dengan alasan sebagai alat dalam mengatasi stres (coping). Studi epidemiologi pada dewasa mendapatkan asosiasi antara merokok dengan gangguan psikiatrik seperti skizofrenia, depresi, cemas, dan penyalahgunaan zat-zat tertentu. Pada remaja, didapatkan asosiasi antara merokok dengan depresi dan cemas. Gejala depresi lebih sering pada remaja perokok daripada bukan perokok. Remaja yang memperlihatkan gejala depresi dan cemas mempunyai resiko lebih besar untuk merokok. Remaja dengan gangguan cemas menggunakan rokok untuk menghilangkan kecemasan yang sedang dialami. Sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Parrot (2004) mengenai hubungan antara stress dengan merokok yang dilakukan pada orang dewasa dan pada remaja menyatakan bahwa ada perubahan emosi selama merokok. Merokok dapat membuat orang yang stress menjadi tidak stress lagi, dan perasaan ini tidak akan lama, begitu selesai merokok, mereka akan merokok lagi untuk mencegah agar stress tidak terjadi lagi. Keinginan untuk merokok kembali timbul karena ada hubungan antara perasaan negatif dengan rokok, yang berarti bahwa para perokok merokok kembali agar menjaga mereka untuk tidak menjadi stres.

2. Faktor kognitif

Kesulitan untuk menghentikan kebiasaan merokok akibat dari kecanduan nikotin disebabkan karena perokok merasakan efek bermanfaat dari nikotin. Beberapa perokok dewasa mengungkapkan merokok dapat memperbaiki konsentrasi. Studi yang dilakukan pada dewasa perokok dan bukan perokok, memperlihatkan nikotin dapat meningkatkan *finger-tapping rate*, respon motorik dalam tes fokus perhatian, dan pengenalan memori.

3. Kondisi sekolah

Sekolah merupakan tempat pendidikan kedua setelah rumah tangga, karena itu sekolah cukup berperan dalam membina anak untuk menjadi orang dewasa yang bertanggung jawab. Selain tugas kurikuler sekolah juga bertanggung jawab dalam membentuk kepribadian siswa. Menurut Willis (2005: 114) kadang-kadang sekolah juga penyebab dari timbulnya kenakalan remaja. Hal ini mungkin bersumber dari guru, fasilitas pendidikan, norma-norma tingkah laku, kekompakan guru dan suasana interaksi antara guru dan murid.

Faktor yang dapat menyebabkan remaja merokok adalah kurang tegasnya pihak sekolah dalam menindak kasus merokok, jarangya dilakukan sidak, adanya guru yang merokok dilingkungan sekolah, dan kurangnya perhatian sekolah dalam penanganan kasus merokok membuat adanya kemungkinan atau kesempatan kepada siswa untuk merokok.

E. Dampak Perilaku Merokok

1. Dampak Positif

Merokok menimbulkan dampak positif yang sangat sedikit. Graham (Ogden, 2000) menyatakan bahwa perokok meyebutkan dengan merokok dapat menghasilkan “mood positif” dan dapat membantu individu menghadapi keadaan-keadaan yang sulit.

Smet (1994) menyebutkan keuntungan merokok (terutama bagi perokok) yaitu mengurangi ketegangan, membantu berkonsentrasi, dukungan sosial dan menyenangkan.

2. Dampak negatif

Sheridan & Radmacher (Astuti, 2007) mengemukakan bahwa merokok merupakan masalah kesehatan masyarakat karena dapat menimbulkan berbagai penyakit. Rokok dan berbagai produk tembakau lainnya bersifat adiktif. Sifat adiktif ini dikarenakan adanya nikotin yang hanya terkandung dalam tembakau. Nikotin adalah zat psikoaktif yang bersifat adiktif yang dapat menimbulkan adiksi dengan cara yang sama dengan substansi lain seperti kokain dan heroin.

Merokok memberikan konsekuensi yang signifikan baik terhadap kesehatan fisik, psikologis serta ekonomis. Dampak merokok terhadap kesehatan telah diketahui secara luas. Merokok berakibat terhadap 25% kematian akibat penyakit jantung koroner, 80% kasus penyakit saluran pernafasan kronis, 90% kematian akibat kanker paru, serta memiliki kontribusi terhadap berkembangnya kanker laring, mulut, dan pankreas, serta kanker paru pada perokok pasif. Perokok pasif yang tinggal bersama perokok memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit kronis (Astuti,2007).

Tomkins (Nasution, 2007) secara psikologis merokok sering dianggap sebagai salah satu cara untuk menumbuhkan afeksi positif, menimbulkan efek relaksasi, menghilangkan kecemasan, menimbulkan ketergantungan psikologis untuk mengatur keadaan emosinya. Meskipun terdapat keuntungan psikologis yang dirasakan tetapi cara-cara ini bukanlah cara yang adaptif untuk pengatasan masalah. Keuntungan psikologis yang diperoleh tidak sebanding dengan risiko kesehatan fisik yang akan dialami. Karena biaya kesehatan yang harus dikeluarkan untuk pengobatan penyakit akibat merokok jauh lebih besar dibandingkan biaya untuk membeli rokok itu sendiri. Selain itu merokok juga terkait dengan munculnya kebiasaan-kebiasaan yang tidak menguntungkan bagi kesehatan, seperti konsumsi obat-obat terlarang, minuman beralkohol, serta berkurangnya aktivitas fisik sebagai pengisi waktu luang (Astuti, 2007).

Inisiasi merokok pada usia-usia awal ini lebih berbahaya daripada penggunaan awal pada usia-usia yang lebih tua karena pada umumnya akan menjadi prediktor bagi sejumlah problem pada remaja seperti putus sekolah,

perilaku seks tidak sehat, dan delikueni. Steinberg (Astuti, 2007) merokok merupakan pintu gerbang pertama untuk penyalahgunaan obat-obatan. Sejumlah studi menunjukkan bahwa merokok berhubungan dengan penggunaan alkohol dan obat-obatan (Sequera dkk, 2004).

Dari hasil analisis otak, peneliti dari *Neuropsychiatric Institute at the University of California*, Amerika Serikat, menemukan bahwa baik jumlah dan tingkat kepadatan sel yang digunakan untuk berpikir jauh lebih rendah pada orang yang merokok dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Jumlah sel tersebut mempengaruhi daya ingat. Begitu juga dengan kepadatan sel tersebut. Semakin padat, semakin kuat daya ingat. Hasil penelitian yang menunjukkan tingkat kepadatan sel tersebut berkurang, mempunyai implikasi bahwa daya ingat perokok tersebut menjadi berkurang, ini merupakan efek kronis akibat merokok (Trim, 2006).

F. Penanganan Merokok

Dalam melakukan penanganan kepada siswa (remaja) yang merokok tentunya merupakan kewajiban dari berbagai pihak mulai dari orang tua, pemerintah, lembaga-lembaga termasuk bimbingan dan konseling di sekolah.

Bimbingan dan konseling di sekolah merupakan salah satu kegiatan yang esensial dari tujuan pendidikan nasional disamping pengajaran dan pelatihan. Bimbingan dan konseling di sekolah ini merupakan usaha pemberian bantuan yang dilakukan oleh tenaga pendidikan terlatih yang dalam hal ini adalah seorang

guru pembimbing atau konselor terhadap siswa dalam upaya membangun potensi secara optimal.

Sejalan dengan hal di atas bimbingan dan konseling memiliki peranan penting dalam mengatasi perilaku merokok pada remaja, melalui upaya proaktif dan sistematis dalam memfasilitasi individu mencapai tingkat perkembangan yang optimal, pengembangan perilaku yang efektif, pengembangan lingkungan, dan peningkatan fungsi atau manfaat individu dalam lingkungannya.

Dalam menangani siswa yang merokok program bimbingan dan konseling disekolah dituntut untuk dapat mengembangkan suatu layanan responsif. Layanan responsif merupakan salah satu jenis layanan yang terdapat dalam suatu program.

Program sering diartikan sebagai sederetan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai sesuatu. Hornby & Parnwell (Ipah Saripah, 2006:64) mendefinisikan program sebagai "*plan of what is to be done*".

Borders & Durry (Moore, 2004) menyatakan bahwa program bimbingan dan konseling perkembangan adalah program yang bersifat proaktif, preventif, dan bersifat mengarahkan dalam proses membantu seluruh siswa menemukan pengetahuan, keterampilan, *self-awareness*, dan sikap-sikap yang dibutuhkan dalam proses perkembangan individu.

Struktur program bimbingan dan konseling perkembangan yang komprehensif pada intinya mengacu pada empat komponen utama yang digagas oleh Gysbers dan Henderson (Muro dan Kottman, 1995: 5) yaitu : 1). *guidance curriculum*, 2). *responsive service*, 3). *individual planning*, 4). *system support*.

Layanan responsif merupakan pemberian bantuan kepada siswa yang memiliki kebutuhan dan masalah yang memerlukan pertolongan dengan segera. Tujuan layanan responsif adalah membantu siswa agar dapat memenuhi kebutuhannya dan memecahkan masalah yang dialaminya atau membantu siswa yang mengalami hambatan, kegagalan dalam mencapai tugas-tugas perkembangannya, kemudian upaya untuk mengintervensi masalah-masalah atau kepedulian pribadi siswa yang muncul segera dan dirasakan saat itu.

Strategi yang bisa dilakukan dalam pemberian layanan responsif menurut Syamsu Yusuf (2006 : 75) yaitu sebagai berikut:

1. Konsultasi

Konselor memberikan layanan konsultasi kepada guru, orang tua, atau pihak pimpinan sekolah dalam rangka membangun kesamaan persepsi dalam memberikan bimbingan kepada para siswa.

2. Konseling Individual atau Kelompok

Pemberian layanan konseling ini ditujukan untuk membantu para siswa yang mengalami kesulitan, mengalami hambatan dalam mencapai tugas-tugas perkembangannya. Melalui konseling, siswa dibantu untuk mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, penemuan alternatif pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan secara lebih tepat.

3. Referral (Alih Tangan)

Apabila konselor merasa kurang memiliki kemampuan untuk menangani masalah konseli, maka sebaiknya konselor mereferal atau mengalih tangankan konseli kepada pihak-pihak yang lebih berwenang, seperti psikolog, psikiater,

dokter, dan lain-lain. Konseli yang sebaiknya direferal adalah mereka yang memiliki masalah, seperti defresi, tindak kejahatan (kriminalitas), kecanduan narkoba, dan penyakit kronis.

4. Bimbingan Teman Sebaya (*Peer Guidance/Peer Fasilitation*)

Bimbingan teman sebaya ini adalah bimbingan yang dilakukan oleh siswa terhadap siswa yang lainnya. Siswa yang menjadi pembimbing berfungsi sebagai mentor atau tutor yang membantu siswa lain dalam memecahkan masalah yang dihadapinya, baik akademik maupun non-akademik. Di samping itu, pembimbing juga berfungsi sebagai mediator yang membantu konselor dengan cara memberikan informasi tentang kondisi, perkembangan, atau masalah siswa yang perlu mendapat layanan bantuan bimbingan dan konseling.

Sebagai tenaga yang profesional tentunya dalam pembuatan layanan konselor harus berdasarkan *need assessment*. Begitupun dalam mengintervensi konselor yang profesional akan mengacu kepada suatu teori yang tepat/ efektif dalam mengatasi permasalahan siswa. Salah satu teori yang dapat digunakan untuk mengatasi perilaku merokok pada remaja adalah melalui model transteori.

Model transteori merupakan model modifikasi perilaku yang dikembangkan oleh seorang psikoterapi bernama W.F Prochaska, yang merupakan hasil gabungan pemikiran dari beberapa teori secara terintegrasi. Prochaska menemukan bahwa perubahan perilaku lebih rumit daripada yang dijelaskan oleh banyak teori. Prochaska meninjau teori yang sudah ada dengan psikoterapi termasuk psikoanalisis, humanistik/eksistensial, gestalt/eksperiensial, kognitif, dan perilaku ilmu pengetahuan. Akhirnya Prochaska

mengambil kesimpulan bahwa semua teori ini mempunyai kelebihan dalam membantu orang mengubah perilaku mereka, tetapi juga memiliki keterbatasan. Kemudian Prochaska memasukkan proses perubahan perilaku dari semua teori tersebut ke dalam Transtheoretical. (Prochaska, 1979).

Model transteori telah dijadikan dasar dalam mengembangkan intervensi efektif untuk mempromosikan perubahan perilaku kesehatan. Model ini awalnya memang diterapkan untuk penghentian dari perilaku merokok dan kemudian ke berbagai lain yang berkaitan dengan perilaku kesehatan, termasuk alkohol, penyalahgunaan narkoba, diet rendah lemak dan kontrol berat badan, keadaan psikologis, dan sebagainya.

TTM (*The Transtheoretical Mode*) yang dianggap sebagai revolusi dalam ilmu perilaku. Tindakan paradigma tradisional yang umumnya fokus pada perubahan yang terjadi secara dramatis dan memiliki ciri-ciri tersendiri. TTM telah menunjukkan 20 tahun penelitian mengenai perubahan perilaku melalui suatu proses. Model menjelaskan bagaimana individu mengubah masalah perilaku atau mendapatkan perilaku positif.

Prochaska menggunakan model ini untuk mengubah *mindset* dan perilaku para pasien atas kondisi kesehatan mereka dari perilaku negatif (tidak sehat) ke arah perilaku positif (sehat) (Alert, 2008).

Astuti (2008) menyatakan transtheoretical model atau model transteori merupakan model yang berpijak pada model perubahan intensional yang terintegrasi dan berfokus pada proses pengambilan keputusan individu yang mengandung unsur kognitif dan emosi.

Pendekatan yang dilakukan dalam model ini adalah dengan menggunakan pendekatan riset aksi (*action research*), konsep partisipasi, dan pemberdayaan komunitas (*community development*) melalui tahapan-tahapan *Precontemplation*, *Contemplation*, *Preparation*, *Action* sampai *Maintenance*.

1. Asumsi Dasar Model Transteori

Astuti (2008) menyatakan bahwa konstruk utama dari model ini adalah:

- a. Tahap-tahap Perubahan dengan variabel-variabel independen
- b. Proses Perubahan, hasil (*outcome*), termasuk perimbangan keputusan (*Decisional Balance*) dan skala-skala rangsangan (*Temptation Scales*).

Model transteori dalam setiap tahapnya diperlukan proses perubahan (*process of change*), faktor-faktor pro dan kontra, pengaruh atau rangsangan (*temptation*) dan *self efficacy*.

Tahap Perubahan (*process of change*) adalah kunci pengorganisasian konstruk model ini, karena model ini berpijak pada proses perubahan yang berdimensi waktu (*temporal dimension*). *Process of change* adalah situasi dimana individu memerlukan waktu, upaya, strategi dan kemampuan untuk berubah. Pro dan kontra adalah sifat-sifat yang terjadi dalam suatu peristiwa yang dialami individu. Jika suatu peristiwa yang negatif (tidak sehat) belum disadari keburukannya maka dalam diri individu itu terbentuk sifat yang pro pada kondisi tersebut. Begitupun sebaliknya apabila jika individu tersebut sudah berada dalam tingkat kesadaran yang lebih tinggi maka sifat kontra terhadap peristiwa yang negatif (tidak sehat). *Temptation* diperlukan untuk membuat individu menyadari

kondisinya dan ingin mencapai kemajuan. Dan *self-efficacy* diperlukan ketika seorang individu merasa mampu bertindak sebagai mediator atas tampilan atau *performancenya* untuk menangani tugas-tugas selanjutnya. (Sutton, 2000; Brindis et al, 2005 dalam Retno Astuti, 2008 : 29-30)

2. Penerapan Model Transteori untuk Mengatasi Perilaku Merokok pada Remaja

Model transteori penting bagi perokok yang jelas kurang termotivasi untuk secara aktif melaksanakan suatu program menghentikan kebiasaan merokok.

Inti dari konstruksi transtheoretical model adalah tahap perubahan dan proses mengubah. Mengenai hubungan antara tahapan dan proses perubahan dalam model transteori dapat dilihat pada bagan 2.1.

Tabel 2.1
Hubungan Antara Tahapan dan Proses Perubahan

<i>Change Stage</i>	<i>Precontemplation</i>	<i>Contemplation</i>	<i>Preparation</i>	<i>Action</i>	<i>Maintenance</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Consciousness-Raising • Dramatic relief • Environmental reevaluation • Social liberation 				
		<ul style="list-style-type: none"> • Self-reevaluation 			
			<ul style="list-style-type: none"> • Self-liberation 		
				<ul style="list-style-type: none"> • Contingency management • Counterconditioning • Stimulus control • Helping Relationships 	

Source: Prochaska, Redding, and Evers, 1996 (Jing 2001).

Berdasarkan bagan 2.1 Model Transtheoretical mengandung perubahan perilaku sebagai kemajuan melalui proses yang melibatkan serangkaian lima tahapan berbeda: kontemplasi awal, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan. Model juga mengidentifikasi sepuluh pokok proses mengubah

perilaku, yaitu: *consciousness-raising, social liberation, dramatic relief, environment reevaluation, self-reevaluation, selfliberation, counterconditioning, stimulus control, contingency management, and helping relationships.*

Untuk lebih jelasnya mengenai tahap perubahan dan proses mengubah sebagai berikut:

- a. Prakontemplasi adalah tahap di mana individu yang merokok tidak memiliki kesadaran dan minat untuk mengambil tindakan perubahan perilaku positif (berhenti merokok). Upaya membantu individu untuk menuju ketahap selanjutnya/ meningkatkan kesiapan individu ke tingkat contemplations, yaitu dengan melakukan proses perubahan sebagai berikut:
 - 1) *Consciousness-raising* (meningkatkan kesadaran), dapat dilakukan melalui pemberian informasi yang berhubungan dengan sifat dan resiko dari bahaya perilaku merokok, dan memberikan informasi akan manfaat dari pemberian treatment (alternative bantuan). Dengan adanya penyediaan informasi ini diharapkan adanya peningkatan kesadaran untuk mengubah perilaku yang dimunculkan.
 - 2) *Dramatic Relief* (dramatikal bebas), dapat dilakukan dengan membantu mengidentifikasi, pengalaman, dan ekspresi dari emosi yang diceritakan oleh individu yang merokok sebagai alternative bantuan supaya individu tersebut berlaku adaptif terhadap bantuan yang diberikan. Psikodrama, role-playing, grieving, kesaksian diri digunakan untuk mengubah emosi individu tersebut.
 - 3) *Environmental reevaluation/environmental control* (kontrol lingkungan), dapat dilakukan dengan meminta individu untuk bercermin kepada

konsekuensi perilaku dirinya kepada orang lain. Dalam hal ini individu akan mempertimbangkan persepsi dari norma sosial di masyarakat serta persepsi akan orang/masyarakat terhadap perilaku dirinya yang selama ini dimunculkan. Hal ini menimbulkan kesadaran tentang peran negatif perilaku merokok yang dimunculkan kepada masyarakat.

- 4) *Sosial-Liberation* (pembebasan lingkungan), dimana individu dibantu untuk memperoleh informasi mengenai upaya yang dapat dilakukan untuk berhenti merokok dengan mencari pertolongan kepada yang lain (konselor dan pihak yang terkait dalam membantu perubahan perilaku). Dalam hal ini individu memerlukan lebih banyak bantuan khususnya untuk individu yang relative depresi.
- b. Kontemplasi adalah tahap dimana individu sudah mulai menyadari permasalahan yang ada, dan ada minat untuk melakukan perubahan perilaku (berhenti merokok). Tetapi pada tahap ini individu masih ada keraguan dalam mempertimbangkan antara aspek negatif dan positif dari perubahan tersebut. Tahap ini dapat dikategorikan sebagai kontemplasi kronik atau penangguhan perilaku (*behavioral procrastination*). Upaya membantu individu untuk menuju ketahap selanjutnya, yaitu dengan melakukan proses perubahan dengan melakukan *Self-Reevaluation* (mengevaluasi diri), menilai kembali masalah dan menafsirkan secara kognitif dan afektif dari dirinya dengan dan tanpa melakukan gaya hidup yang tidak sehat dalam hal ini adalah perilaku merokok.

- c. Persiapan tahap ini di mana Individu sudah memiliki rencana/langkah-langkah dalam bertindak dan siap untuk segera melakukan tindakan, seperti ikut dalam pendidikan kesehatan, konsultasi dengan konselor, membeli sebuah buku atau mengandalkan diri untuk berubah. Proses perubahan pada tahap ini dengan melakukan *Self-liberation/Commitment* (komitmen), menganjurkan individu untuk mempertimbangkan keyakinannya bahwa individu tersebut memiliki kemampuan untuk mengubah dan mampu berkomitmen dalam melakukan perubahan untuk berhenti merokok. Adanya dorongan dari luar akan berpengaruh terhadap peningkatan keyakinan individu bahwa individu tersebut mampu untuk berubah menuju perilaku positif (sehat) yaitu dengan berhenti merokok.
- d. Aksi adalah tahap dimana ketika individu (perokok) benar-benar melakukan perubahan dalam upaya berhenti merokok. Upaya membantu individu untuk menuju ketahap selanjutnya/mampu untuk dapat menuju pada tahap pemeliharaan, yaitu dengan melakukan proses perubahan sebagai berikut:
- 1) *Contingency management-rewards*, memberikan rewards untuk perubahan perilaku yang positif (berhenti merokok atau mengurangi adiksi merokok) dan memberikan hukuman apabila memunculkan perilaku yang negatif (kembali merokok) dengan meningkatkan manajemen akan membantu individu dalam mengurangi perilaku negatif (merokok).
 - 2) *Counterconditioning-Substitusi*, menggantikan cara bertindak dan cara berpikir yang tidak sehat menuju kepada tindakan dan cara berpikir yang sehat (berhenti merokok).

- 3) *Stimulus control*, mengubah perilaku yang tidak sehat dan menambah alternative bantuan kesehatan. Penghindaran terhadap perilaku awal, teknikal lingkungan, dan bimbingan kelompok bisa menimbulkan stimulus yang membantu perubahan (munculnya perilaku sehat) dan mempertahankan, serta mengurangi resiko untuk kembali keperilaku awal.
 - 4) *Helping relationships* (hubungan yang bersifat membantu), bantuan orang lain dalam berbagai macam cara, termasuk menyediakan bantuan emosional, seperangkat keyakinan di masyarakat, dan masyarakat sebagai pengontrol. Sumber bantuan sosial bisa berupa membangun hubungan yang baik, konseling kelompok, menghubungi konselor, dan sistem pertemanan.
- e. Pemeliharaan, tahap dimana perilaku yang baru telah menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari (berhenti merokok) pada individu. Individu tersebut menjaga agar perilakunya tidak kembali ke titik awal lagi yaitu menuju kembali kepada perilaku merokok

Pada tahap awal, individu menerapkan proses percobaan yang merupakan proses kognitif, afektif, dan evaluasi untuk kemajuan melalui tahapan selanjutnya. Pada tahap selanjutnya individu lebih mampu mengkondisikan perilaku, *contingency management*, pengendalian lingkungan, dan dukungan untuk maju ke arah penghentian (Prochaska, Redding, & Evers, 1996).

Konselor dan pihak yang terkait perlu mendorong siswa untuk maju dari satu tahap ke tahap berikutnya. Walaupun suatu intervensi tidak membuat perokok berhasil menghentikan kebiasaan merokok sepenuhnya, mungkin saja individu tersebut sudah maju dari tahap pra-kontemplasi ke kontemplasi. Dengan

intervensi berikutnya perokok akan dapat maju lebih jauh lagi sampai ke persiapan dan akhirnya ke tindakan dan menghentikan kebiasaan merokok; upaya berulang kali dengan pelajaran yang diperoleh pada tiap tahap dan setiap tahap mengarah pada sasaran akhir yaitu berhenti sepenuhnya dan berupaya untuk memeliharanya untuk tidak kembali merokok.

