

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Rokok

1. Pengertian rokok

Rokok adalah hasil olahan daun kering tanaman tembakau dikemas dalam bungkus, dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum Rustica* dan dari jenis spesies lainya, hasil sintesisnya mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan (Heryani, 2014). Rokok merupakan bentuk tembakau yang umum digunakan disebagian dunia yang dihisap dalam bentuk cerutu maupun pipa (Rockville, 2010). Rokok terbuat dari produk pertanian dari tembakau dari *genus Nicitiana* (64 spesies) dari tanaman keluarga *Solanaceae* (daunnya dikeringkan digunakan untuk pembuatan produk rokok) (Torre, 2013).

Fajar, (2011), menyebutkan rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang 70 hingga 120 mm dengan diameter sekitar 10 mm, didalamnya berisi daun-daun

tembakau yang telah dicacah, untuk pemakaiannya dibakar salah satu ujung rokok dan asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung yang lainnya.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan rokok merupakan hasil olahan tembakau yang dikemas dan dibungkus, tembakau tersebut berasal dari daun kering tanaman *Nitiana Tabacum Rustika* dan spesies jenis lainnya, kandungan bahan kimia rokok lebih dari 4.000 senyawa kimia berbahaya diantaranya seperti nikotin, tar, karbon monoksida, aseton, hidrosianida dan bahan kimia lainnya.

2. Kandungan rokok

Kandungan kimia tembakau pada rokok telah diidentifikasi mencapai 2.500 komponen senyawa kimia, dari jumlah tersebut 1.100 senyawa kimia diturunkan menjadi asap secara langsung, sementara 1.400 senyawa lainnya bereaksi atau terpecah dengan komponen lain membentuk senyawa baru sekitar 4.800 senyawa dalam asap yang sudah teridentifikasi (Tirtosastro & Murdiyati,

2010). Asap dari sebatang rokok terbagi menjadi asap utama (*mainstream smoke*) yang berasal dari asap pangkal rokok dan asap sampingan (*sidestream smoke*) yang berasal dari ujung rokok (Sari, Dewi, & Utami, 2014).

Rokok pada dasarnya pabrik bahan kimia, hasil dari asap rokok yang dibakar mengeluarkan lebih dari 4.000 bahan kimia seperti nikotin, tar, karbon monoksida, hidrogen sianida, *aseton* dan bahan kimia lainnya (Healey, 2011).

a. Nikotin

Nikotin adalah zat racun, menelan sejumlah kecil nikotin murni dapat membunuh orang dewasa. Nikotin merupakan zat kimia yang terkandung dalam asap rokok yang dapat menyebabkan ketergantungan baik secara fisik maupun mental. Senyawa kimia nikotin dapat menyebabkan dan mempertahankan efek adiktif yang kuat dari produk tembakau komersial, efek adiktif yang kuat dari produk tembakau dimediasi oleh

beragam aktifitas nikotin pada berbagai jenis resptor nikotonik diotak.

Penelitian menunjukkan bahwa nikotin dapat meningkatkan dopamin pada bagian otak yang mengatur perasaan kesenangan serta dapat mengurangi stres akibat beban pekerjaan (Syukriadin, Asfian, & Munandar, 2016). Zat nikotin mengurangi ketegangan diotot sehingga perokok merasa santai dan nikotin juga sangat terkait dengan perkembangan kanker.

b. Tar

Tar mengandung Zat hitam lengket yang terdiri dari bahan kimia beracun seperti: amonia (ditemukan dilantai dan pembersih jendela), *toluena* (ditemukan dalam pelarut industri) dan aseton (ditemukan dalam *stripper* cat dan kuku penghapus *polish*). Tar adalah penyebab utama kanker paru dan tenggorokan pada perokok dan memperburuk kesehatan saluran pernapasan.

c. Karbon monoksida

Karbon monoksida tidak berwarna, gas tidak berbau dan sangat beracun yang mudah diambil oleh paru-paru dari oksigen. Karbon monoksida dapat mengurangi jumlah oksigen dalam sel darah merah sehingga jaringan tubuh mengalami kekurangan oksigen dan mengakibatkan jantung bekerja keras. Tingginya kadar karbon monoksida dan nikotin dalam darah adalah tanda khas bagi perokok yang dapat meningkatkan resiko penyakit jantung, pengerasan arteri, dan masalah peredaran darah lainnya.

d. *Hydrogen Cyanide* (HCN)

Hidrogen sianida adalah zat beracun, bersifat volatil, ringan dan mudah terbakar yang dapat merusak rambut-rambut silia pada saluran pernapasan, gejala yang dapat terjadi akibat zat kimia Hidrogen sianida dapat menyebabkan nyeri kepala, sesak napas, jantung berdebar-debar, berkeringat sampai tidak

sadar, apabila tidak segera ditangani dengan baik dapat mengakibatkan kematian.

e. Aseton

Aseton merupakan zat yang digunakan untuk menghilangkan kuteks atau cat kuku. *Aseton* dapat menyebabkan efek berbahaya pada tubuh, keracunan *aseton* dapat menyebabkan ketoasidosis akibat jumlah *aseton* melebihi batas normal dalam tubuh.

3. Bahaya dan efek samping rokok

Asap rokok berkontribusi terhadap kesehatan, sebagaimana kesepakatan para ilmiah menyatakan bahwa komponen utama bahan kimia dalam emisi pembakaran tembakau bersifat toksik dan karsinogenik (Rockville, 2010). Nikotin adalah zat adiktif dalam tembakau yang menyebabkan perokok ketagihan. Perokok menghirup 4.000 zat adiktif lainnya pada asap rokok yang membahayakan setiap organ tubuh dan lebih dari 60 bahan kimia penyebab kanker yang terdapat pada asap rokok (Healey, 2011).

Rokok dapat menimbulkan berbagai efek samping pada kesehatan tubuh, baik efek jangka pendek maupun efek jangka panjang bagi kesehatan tubuh:

a. Efek jangka pendek

- 1) Meningkatkan tekanan darah dan pompa jantung
- 2) Mengurangi rangsangan sistem saraf pusat
- 3) Menurunkan aliran darah pada ekstremitas tubuh, terutama pada jari tangan dan kaki
- 4) Mengurangi jumlah oksigen dalam jaringan dan meningkatkan kadar karbon monoksida dalam darah
- 5) Peningkatan asam lambung
- 6) Nafsu makan menurun, indra perasa dan penciuman menurun

b. Efek jangka panjang

- 1) Berkurang ketajaman pada indra penghidu dan perasa
- 2) Sesak napas dan batuk-batuk
- 3) Bronkitis kronis

- 4) Peningkatan resiko emfisema
- 5) Peningkatan resiko penyakit jantung
- 6) Peningkatan resiko stroke
- 7) Peningkatan kanker mulut, laring, faring, esofagus, paru-paru, pankreas, leher rahim, rahim, dan kandung kemih
- 8) Meningkatkan resiko sakit maag
- 9) Mengurangi kesuburan pada pria dan wanita
- 10) Meningkatkan resiko penyakit vaskuler perifer menurunkan aliran darah pada ekstremitas tubuh.

Merokok memiliki efek yang buruk bagi kesehatan pada kehamilan diantaranya adalah mempengaruhi perkembangan janin, keguguran, kelahiran dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan lahir prematur atau lahir mati (Healey, 2011).Asap rokok dapat meningkatkan jumlah sel dalam cairan *lavage* tiga kali lipat, *makrofag* dan *neutrofil* meningkat enam kali lipat, *eosinofil* meningkat, *limfosit* berkurang dan konsentrasi IgM, LgG

meningkat dalam sistem bronkial (Haustein & Groneberg, 2010).

Rockville, (2010) menyatakan menghirup asap rokok dapat menyebabkan kesehatan memburuk, bahkan dapat meningkatkan resiko penyakit seperti kanker, penyakit kardiovaskular, penyakit paru-paru, penyakit reproduksi termasuk proses perkembangan embriologi dan janin melalui mekanisme peradangan dan kerusakan DNA.

a. Kanker

Merokok meningkatkan frekuensi pembentukan DNA karsinogen seperti *benzo pyrene* dan *nitrosamine* pada paru-paru perokok, paparan karsinogen dan kerusakan DNA yang terjadi pada perokok berakibat langsung pada banyak perubahan sitogenetik yang terjadi pada kanker paru-paru (Rockville, 2010).

Studi epidemiologi *International Agency for Research on Cancer* (IARC 2004) menyatakan hasil monografi pada asap rokok dan paparan asap rokok,

mengakibatkan kanker pada rongga hidung dan sinus hidung, esofagus, lambung, hati, ginjal (karsinoma sel ginjal), leher rahim, dan sumsum tulang (*leukimia myeloid*) (Chen, 2013). Kanker merupakan penyakit laten, memiliki jeda waktu 10-40 tahun dari saat penyebab awal hingga muncul gejala, banyak efek merugikan yang disebabkan oleh rokok memerlukan waktu lama sebelum menjadi kanker (J. John, 2017).

b. Penyakit kardiovaskuler

Merokok menyebabkan cedera endotel dan disfungsi pada arteri koroner dan perifer, bukti menunjukkan bahwa oksidasi bahan kimia dan nikotin bertanggungjawab atas kerusakan endotel, disfungsi lial, resiko trombosis, menghasilkan profil lipid aterogenik, peningkatan trigliserida, penurunan kolestrol *High Density Lipoprotein* (HDL). Merokok menyebabkan resistensi insulin yang dapat mempercepat komplikasi makrovaskular dan

mikrovaskular termasuk nefropati pada penyakit kardiovaskular (Rockville, 2010).

Bahan kimia asap rokok diserap dalam sel-sel kulit melalui fotosintesis dan menghasilkan tingkat oksigen reaktif yang berlebihan (*Reactive Oxygen Species*) untuk mengganggu jalur enzimatik gen dan dapat menyebabkan berbagai gangguan patologis. Merokok menghasilkan banyak bahan kimia termasuk bahan Monoksida (CO), Nitrat Oksida (NO), *Ter*, *Aldehyd*, *fenol*, dan *Nikotin*. Nikotin juga menyempitkan pembuluh darah sehingga meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah sistolik dan diastolik (J. John, 2017).

c. Penyakit paru-paru

Bahan kimia yang ditemukan dalam asap tembakau adalah karsinogen, dengan seiring waktu dapat menyebabkan inflamasi dan merusak genetik. Beberapa kondisi paru-paru telah dihubungkan dengan

merokok seperti bronkitis kronik, emfisema dan asma (Rockville, 2010).

d. Penyakit sistem reproduksi dan efek perkembangannya

Asap rokok dapat menyebabkan keguguran, komplikasi kehamilan, menopause dini, efek merugikan pada bayi dan masa kanak-kanak, dan menyebabkan kelainan dalam sel sperma (J. John, 2017). Menurut Rockville, (2010) dampak asap rokok terhadap sistem reproduksi dan efek perkembangannya yaitu:

- 1) Perubahan kromosom atau kerusakan DNA dalam sperma (sel germinal) yang mempengaruhi kesuburan pria.
- 2) Terjadi bibir sumbing pada bayi
- 3) Meningkatkan kadar hormon perangsang folikel dan penurunan estrogen dan progesteron (efek nikotin pada sistem endokrin) pada perokok perempuan

- 4) Peningkatan denyut jantung dan tekanan darah pada ibu, terutama diastolik
- 5) Berat badan lahir rendah dan keguguran.

B. Tinjauan Tentang Perilaku

1. Pengertian perilaku

Perilaku merupakan suatu kegiatan organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Pakar ahli biologis menyatakan semua mahluk hidup berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Perilaku (manusia) adalah kegiatan aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2012).

Teall, (2017), menyatakan perilaku merupakan studi tentang aktivitas manusia yang dapat diamati dan diukur, dimana peristiwa-peristiwa perilaku dapat dijelaskan dalam istilah stimulus dilihat dan memunculkan respon yang dapat diamati. Perilaku dibedakan menjadi dua macam yaitu perilaku terbuka (overt behavior) dan

perilaku tertutup (*cover behavior*). Perilaku terbuka adalah suatu respon seseorang dalam bentuk tindakan nyata yang dapat diamati dengan mudah dan jelas, sedangkan perilaku tertutup adalah respon seseorang yang belum dapat diamati dengan jelas terhadap orang lain (Fitriani, 2011).

Jhonson (1980) mendefinisikan perilaku seperti yang disepakati oleh para ahli biologi dan perilaku, perilaku merupakan sesuatu keluaran dari struktur intraorganisme dan proses yang terkoordinasi serta dimunculkan dan direspon untuk mengubah stimulasi sensori. Johnson (1980) menitikberatkan pada perilaku yang dipengaruhi secara aktual atau potensial terhadap segala sesuatu yang membutuhkan adaptasi atau penyusuaian keadaan yang bermakna. Sistem perilaku mencakup cara-cara berperilaku yang terpola, berulang dan mempunyai tujuan, cara berperilaku ini membentuk suatu fungsi unit yang tertata dan terintegrasi yang membedakan dan membatasi interaksi antara seseorang atau dengan lingkungan serta

membentuk relasi seseorang dengan benda, peristiwa, dan situasi yang ada pada lingkungan tempat dia berada (Alligod, 2017).

Manusia sebagai suatu sistem perilaku berusaha untuk mencapai stabilitas dan keseimbangan dengan melakukan perubahan dan adaptasi, kondisi ini akan berhasil jika menggunakan fungsi yang efektif dan efisien yang ada dalam dirinya. Teori *Health Promotion Model* (HPM) menjelaskan perilaku itu bersifat rasional dan ekonomis, secara spesifik seseorang akan bertindak dan mempertahankan dengan cara meningkatkan hasil yang ingin dicapai yang disebut sebagai nilai personal positif dan peningkatan berdasarkan informasi yang tersedia untuk mencapai hasil yang diinginkan (Alligod, 2017).

Perilaku menurut paham determinisme yaitu bersifat ilmiah, teratur, dapat dijelaskan dengan pengetahuan yang benar dan sarana yang dapat dikontrol. Gagasan ini menyatakan bahwa perilaku ditentukan oleh faktor keturunan dan lingkungan, terjadi akibat refleksi langsung

dari otak dan batang otak sehingga mempengaruhi mental biologi atau fisiologi (Baum, 2017; Riley, 2018; S. John, 2014).

Definisi lain perilaku adalah suatu respon individu sebagai tanggapan terhadap peristiwa internal atau eksternal, respon dapat bersifat terbuka (motor atau verbal), dapat diukur secara langsung atau rahasia “kegiatan tidak terlihat tetapi dalam keadaan sadar” dan tidak terukur “kejadian fisik yang terjadi didalam tubuh dan dikendalikan oleh otak” (Michie et al, 2014).

2. Domain perilaku

Perilaku merupakan bentuk dari reaksi terhadap stimulus rangsangan dari luar organisme, namun dalam memberikan reaksi sangat bergantung terhadap karakteristik atau faktor-faktor lain dari individu yang bersangkutan, maka hal tersebut menandakan keunikan manusia meskipun rangsangan yang diberikan sama bagi beberapa individu, namun respon setiap-setiap individu berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap

stimulus yang berbeda disebut sebagai determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua macam:

- a. Determinan internal, yakni karakteristik individu yang bersangkutan, yang bersifat bawaan (*given*), seperti tingkat emosional, tingkat kecerdasan, jenis kelamin dan lain sebagainya.
- b. Determinan eksternal, yakni faktor yang dominan yang mewarnai perilaku individu, seperti lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

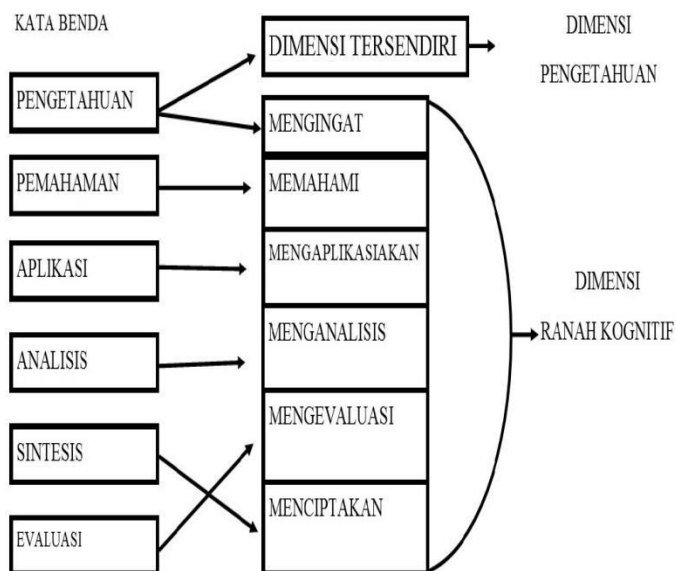
Benyamin Bloom (1908, dalam Notoatmodjo, 2012) membagi perilaku dalam tiga domain sesuai tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya sebagai ranah kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*):

- a. Ranah Kognitif (*cognitive*)

Ranah kognitif merupakan kemampuan menyatakan kembali konsep atau prinsip yang telah

dipelajari yang berkenaan dengan kemampuan berpikir, kompetensi memperoleh pengetahuan, pengenalan, pemahaman, konseptualisasi, penentuan dan penalaran. Adapun proses ranah kognitif berawal dari mengenali dan mengingat kembali, dimana hal ini terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, penginderaan terjadi melibatkan panca indra manusia, yaitu panca indra penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa, dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra penglihatan (mata) dan indra pendengaran (telinga) (Notoatmodjo, 2012).

Anderson & Kratwohl, (2001), pada taksonomi revisi Bloom membagi menjadi dimensi pengetahuan (pengetahuan faktual, konseptual, prosedural, metakognitif) dan dimensi ranah kognitif (mengingat, memahami, mengaplikasikan, menganalisis dan menciptakan), perubahan dari kerangka teori dasar ke revisi Bloom di ilustrasikan pada gambar 2.1.



Gambar 2.1. kerangka teori asli ke revisi Anderson & Kratwohl, (2001).

Anderson & Kratwohl, (2001), membagi domain kognitif dalam enam tingkatan mulai dari jenjang terendah sampai jenjang tertinggi yaitu:

1) Mengingat (*Remember*)

Mengingat merupakan suatu usaha untuk mendapatkan kembali ingatan jangka panjang atau ingatan kejadian yang telah lampau. Mengingat (*remember*) meliputi mengenali (*recognizing*) dan mengingat (*recalling*) sesuatu

yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

2) Memahami (*understand*)

Memahami merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara detail tentang objek yang diketahui, dan dapat menerangkan materi tersebut secara benar, dikatakan memahami apabila mampu membangun sebuah pengertian dari pesan-pesan instruksional seperti komunikasi lisan, tertulis dan grafik. Memahami meliputi menafsirkan, memberi contoh, meringkas, menarik inferensi, membandingkan, dan menjelaskan.

3) Mengaplikasikan (*apply*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan sesuatu yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya (*real*). Mengaplikasikan meliputi menjalankan prosedur kegiatan

(*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).

4) Menganalisis (*analyze*)

Menganalisis adalah kemampuan untuk menjabarkan suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih berkaitan antara satu dengan lainnya. Menganalisis meliputi menguraikan (*diffrentating*), mengorganisir (*organizing*), dan menemukan makna tersirat (*attributing*).

5) Mengevaluasi (*evaluate*)

Mengevaluasi adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek, penilaian berdasarkan pada kriteria yang sudah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Mengevaluasi meliputi memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).

6) Menciptakan (*create*)

Menciptakan adalah kemampuan untuk menghubungkan bagian kedalam bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Menciptakan meliputi merumuskan (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

Notoatmodjo (2014), menyatakan pengukuran ranah kognitif dapat dilakukan sesuai dengan jenis penelitiannya, penelitian kuantitatif atau kualitatif. Penilaian pada penelitian kualitatif umumnya untuk mencari jawaban terhadap kejadian atau fenomena yang menyangkut beberapa banyak, sering, lama terhadap fenomena, dengan menggunakan metode wawancara dan angket. Penilaian penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus dengan tujuan untuk

menjawab fenomena suatu kejadian (Notoatmodjo, 2014).

b. Ranah afektif

Ranah afektif merupakan ranah yang berkaitan dengan sikap, nilai, perasaan, emosi dan derajat penerimaan atau penolakan terhadap objek. Notoatmodjo (2012), menekankan pengukuran pendidikan kesehatan dengan sikap (*attitude*) yaitu reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

Pakar psikologis Newcomb (1953) menerangkan bahwa sikap adalah kesiapan atau kesediaan dalam merespon untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu, sikap belum dikatakan tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan suatu reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap adalah kesiapan dalam

bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Allport (1954 dalam Notoatmodjo, 2014) menjelaskan bahwa sikap memiliki tiga macam komponen pokok:

- 1) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana kepercayaan, keyakinan, pemikiran individu terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, yang artinya bagaimana penilaian yang terkandung didalam emosi individu terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), merupakan sikap adalah komponen yang mendahului perilaku terbuka dan dapat dikatakan suatu ancang-ancang untuk bertindak.

Dari tiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sebuah sikap yang utuh (*total*

attitude), dalam penentuan sikap yang utuh ini, pikiran, pengetahuan, keyakinan, dan emosi memiliki peran penting.

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima dapat diartikan bahwa suatu individu (subjek) mau memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Menerima adalah kategori tingkat paling rendah pada ranah afektif, menerima pada ranah kognitif terdiri dari penerimaan masalah, gejala, situasi, nilai dan keyakinan secara pasif.

2) Menanggapi (*responding*)

Menanggapi yaitu memberikan tanggapan apabila di diberikan stimulus seperti mengerjakan tugas yang diberikan merupakan suatu indikasi dari sikap. Kategori menanggapi berkaitan dengan memberikan nilai, penghargaan, dan kepercayaan terhadap stimulus atau gejala tertentu.

3) Menghargai (*valuing*)

Kategori menghargai berkaitan dengan memberikan nilai, kepercayaan, dan penghargaan terhadap stimulus gejala tertentu. Menghargai pada ranah afektif seperti mendiskusikan keadaan atau masalah kesehatan yang dialami mereka merupakan bagian dari sikap yang positif terhadap masalah kesehatan.

4) Mengorganisasikan (*organization*)

Kategori mengorganisasikan berkaitan dengan konseptualisasi nilai-nilai menjadi sistem nilai, serta pemantapan dan nilai yang telah dimiliki.

5) Karakteristik (*characterization*)

Kategori karakteristik berkaitan dengan keterpaduan semua sistem nilai yang telah dimiliki suatu individu yang dapat mempengaruhi pola kepribadian dan tingkah laku (Notoatmodjo, 2012).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung, secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2014).

c. Praktik atau tindakan (*practice*)

Sikap belum tentu dapat terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*), untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan juga diperlukan faktor pendukung (*support*) dari pihak lain. Tingkat praktik menurut Notoatmodjo, (2012) mempunyai beberapa tingkat:

1) Respon terpimpin (*guided response*)

Respon terpimpin merupakan suatu kegiatan yang dilakukan berurutan secara benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama.

2) Mekanisme (*mecanism*)

Mekanisme merupakan suatu kegiatan yang dilakukan dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka pada tahap ini sudah mencapai tingkat praktik tahap yang kedua.

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi merupakan suatu tindakan atau praktek yang sudah berkembang dengan baik, suatu tindakan sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran secara langsung yaitu mengobservasi tindakan atau kegiatan responden, sedangkan pengukuran tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*) (Notoatmodjo, 2014).

3. Perilaku dalam kesehatan

Perilaku kesehatan dapat dimotivasi oleh keinginan untuk melindungi kesehatan dengan menghindari penyakit atau keinginan untuk meningkatkan kesehatan. Perkembangan historis konsep kesehatan memberikan latar belakang bagi definisi kesehatan yang ditemukan dalam berbagai literatur profesional. Orang Yunani kuno adalah yang pertama menulis bahwa kesehatan tidak dapat dipisahkan dari lingkungan fisik, sosial, dan perilaku manusia (Pender, 2015).

Tahun 1946, WHO mengusulkan definisi kesehatan yang menekankan pada “keutuhan” dan kualitas positif dari kesehatan “kesehatan adalah keadaan fisik, mental, dan sosial yang sejahtera dan bukan hanya bebas dari penyakit dan kecacatan” definisi tersebut mencerminkan kepedulian terhadap individu sebagai manusia yang utuh, menempatkan kesehatan dalam konteks lingkungan sosial dan mengatasi reduksionis, definisi kesehatan sebagai tidak adanya penyakit. Luasnya definisi tersebut

mendapatkan mandat pendekatan komprehensif untuk promosi kesehatan secara unheren, menciptakan keharusan untuk kebijakan kesehatan (Pender, 2015).

Kesehatan juga telah didefinisikan dalam norma-norma fungsional. Konsep kesehatan ini adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan yang dihargai secara sosial, sejumlah ahli keperawatan menekankan definisi stabilitas kesehatan, dimulai dari Florence Nightingale (1969) memandang kesehatan sebagai yang terbaik yang bisa dilakukan pada titik waktu apapun. Levine (1973) seorang ahli teori keperawatan juga mendefinisikan keseimbangan antara input dan output energi dimana struktural pribadi dan integritas sosial yang ada. Johnson (1980), dalam model sistem teori perilaku mendefinisikan kesehatan berfokus pada stabilitas dan konseptualisasi homeostatis (Pender, 2015).

Kesehatan adalah keseimbangan dan stabilitas diantara sistem perilaku berikut: ketertarikan atau afiliatif, ketergantungan, eliminatif, seksual, agresif, dan

pencapaian. Stabilitas sistem perilaku ditunjuk oleh perilaku yang efisien dan efektif yang memiliki tujuan tertib dan dapat diprediksi. Perilaku kesehatan dapat dimotivasi oleh keinginan untuk melindungi kesehatan seseorang dengan menghindari penyakit atau keinginan untuk meningkatkan status kesehatan atau terhindar dari penyakit. Promosi kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan aktualisasi individu atau kelompok (Pender, 2015).

Tujuan akhir program perubahan perilaku kesehatan yaitu untuk mengubah dan meningkatkan status kesehatan, jika perilaku berubah tetapi kesehatan tidak diperbaiki, perlu diperiksa masalah yang menghambat perubahan perilaku tersebut, seperti hubungan antara perilaku dengan status kesehatan, cara-cara pengukuran perilaku kesehatan, jika suatu kebijakan perubahan tetapi tidak mengarah pada perilaku yang terukur, perubahan mungkin terlalu lemah, tidak diimplementasikan secara efektif, atau hanya penentu perilaku yang terbatas, dalam

arti luasnya, perilaku kesehatan mengacu pada tindakan individu, kelompok dan organisasi sebagai determinan tindakan, hubungan dan konsekuensi tindakan termasuk perubahan sosial, kebijakan pengembangan dan implementasi, keterampilan coping yang di tingkatkan serta peningkatan kualitas hidup (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015).

Perilaku kesehatan yang diusulkan Gochman (1982, 1997), menekankan pada penilaian individu tidak hanya tindakan nyata yang teramati tetapi juga peristiwa mental dan perasaan yang dilaporkan yang dapat diukur. Gochman (1982, 1997), menyatakan perilaku kesehatan merupakan sebuah identitas diri seperti keyakinan, harapan, nilai, motif, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, seperti keadaan sifat afektif, emosional, pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan dan peningkatan kesehatan (Glanz et al., 2015).

Gochman (1997 dalam Glanz et al., 2015) menjabarkan perilaku kesehatan seperti dengan definisi perilaku kesehatan yang diusulkan Kasl dan Cobb dalam artikel mereka (1966a dan 1966b) bahwa perilaku kesehatan terbagi menjadi tiga macam kategori:

a. Perilaku kesehatan preventif

Perilaku kesehatan preventif merupakan suatu aktifitas yang dilakukan oleh individu yang mempersepsikan dirinya (diri sendiri) menjadi sehat, tujuan untuk mencegah, mendeteksi penyakit, dalam keadaan asimtomatik.

b. Perilaku penyakit

Perilaku penyakit merupakan setiap aktivitas, yang dilakukan oleh individu yang mempersepsikan dirinya sendiri menjadi sakit, menentukan keadaan kesehatan, dan menemukan obat yang sesuai (Kasl dan cobb, 1966a).

c. Perilaku sakit – peran

Perilaku sakit-peran yaitu setiap aktivitas yang dilakukan individu yang mempertimbangkan dirinya sakit untuk tujuan menjadi sehat, termasuk menerima perawatan dari penyedia layanan medis, umumnya melibatkan berbagai macam perilaku ketergantungan, dan mengarah pada beberapa derajat pengecualian dari tanggungjawab biasa seseorang (Kasl dan Cobb 1966b).

Perubahan perilaku kesehatan telah menjadi fokus dari berbagai bidang dan profesi, termasuk pendidikan kesehatan, kesehatan masyarakat, psikologi, pekerja sosial, dan berbagai spesialis kesehatan dan medis. Pada bidang pendidikan kesehatan, penekanan selama tahun 1970-an dan 1980-an perilaku individu sebagai penentu status kesehatan melampui perhatian pada determinan sosial yang lebih luas dari kesehatan. Advokasi perubahan tingkat sistem untuk meningkatkan kesehatan yang

disebut dengan pembaruan visi pendidikan dan promosi kesehatan (Glanz et al., 2015).

Perilaku kesehatan dianggap maksimal ketika lingkungan dan kebijakan mendukung pilihan kesehatan, individu termotivasi dan mendidik untuk membuat pilihan tersebut. Penerapan pendidikan perilaku kesehatan ketika lingkungan tidak mendukung, diyakini menghasilkan efek jangka pendek yang lemah pada perilaku kesehatan, sebaiknya kita harus menciptakan lingkungan dan menerapkan kebijakan yang nyaman, menarik, ekonomis untuk perilaku sehat kemudian memotivasi dan mendidik individu untuk membuat perilaku sehat (Glanz et al., 2015).

Teori dan model perilaku kesehatan adalah upaya sistematis untuk menjelaskan mengapa individu melakukan atau tidak melakukan perilaku kesehatan dan bagaimana individu mengubah perilaku negatif atau menerapkan pilihan perilaku kesehatan. Pender (2015), memilih konsep yang dapat menentukan perilaku

kesehatan yang dapat diinginkan, dan konsep-konsep ini memberikan arahan untuk bagaimana mengintervensi, mempromosikan, mengubah, dan memprediksi hasil yang diharapkan.

Pada teori dan model kognisi sosial, ranah kognitif dan afektif sebagai penentu perilaku kesehatan disebut model kognisi sosial karena fokus pada variabel ranah kognitif sebagai penentu utama kesehatan individu, meskipun faktor-faktor lain mempengaruhi perilaku. Model kognisi sosial berasumsi bahwa efek dari faktor-faktor ini dimediasi oleh faktor proksimal yang ditentukan dalam model kognisi sosial. Adapun model kognisi sosial yaitu *Health Belief Model (HBM)*, *Theory of Reasoned Action (TRA)*, *Theory of Planned Behavior (TPB)*, *Health Promotion Model (HPM)*, *Social Cognitive dan Self-Efficacy Theory* (Pender, 2015).

a. Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*)

Salah satu model tertua dan paling banyak digunakan adalah Rosenstock dan Becker's *Health*

Belief Model (1974, 1996). *Health belief Model* menyatakan bahwa empat hal dasar mempengaruhi kemungkinan seseorang melakukan sesuatu yang berhubungan perilaku kesehatan yaitu pertama kerentanan yang dirasakan, kedua keparahan yang dirasakan, ketiga manfaat yang dirasakan, dan keempat hambatan yang dirasakan. *Health Belief Model* hadir untuk mempengaruhi minat umum seseorang memotifasi kesehatan mereka sendiri (*Motivation*) dan peristiwa pemicu eksternal lainnya atau isyarat untuk bertindak (Kunc, Malpass, & White, 2016).

Perilaku kesehatan dalam teori *Health Belief Model* berfokus pada dua aspek representasi kesehatan individu dan perilaku kesehatan yaitu persepsi ancaman dan evaluasi perilaku. Persepsi ancaman ditafsirkan sebagai dua keyakinan utama, kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit atau masalah

kesehatan dan antisipasi keparahan akibat penyakit (Conner & Norman, 2005).

Evaluasi perilaku yaitu terdiri dari dua kumpulan keyakinan yang berbeda, yaitu hal yang menyangkut manfaat atau kemanjuran perilaku kesehatan dirasakan dan yang berkaitan dengan biaya, atau hambatan untuk memberlakukan perilaku, selain itu model tersebut mengusulkan bahwa isyarat untuk bertindak dapat mengaktifkan perilaku kesehatan ketika keyakinan yang sesuai dipegang. Isyarat ini termasuk beragam berbagai pemicu termasuk persepsi individu terhadap gejala pengaruh sosial dan kampanye pendidikan kesehatan (Conner & Norman, 2005).

Bukti telah menunjukkan individu akan mengambil tindakan jika ada dua kondisi (Jones, Smith, & Llewellyn, 2014):

- 1) Adanya ancaman yang dirasakan (kerentanan dan keparahan penyakit) terhadap kesehatan pribadi,

- 2) Individu yakin bahwa manfaat tindakan untuk melindungi kesehatan lebih besar dari hambatan yang akan dihadapi.

Health Belief Model terus digunakan untuk menjelaskan perilaku preventif dan promosi kesehatan serta peran perilaku sakit, konstruksi individu dari *Health Belief Model* bervariasi dalam kemampuan prediktif. Hambatan dan manfaat yang dirasakan merupakan dimensi *Health Belief Model* yang paling kuat untuk menjelaskan berbagai perilaku pencegahan, diikuti kerentanan yang dirasakan. Secara umum konstruksi ini memprediksi perilaku ketika tujuan untuk pencegahan hasil negatif, konstruksi tersebut konsisten dengan tujuan Rosenstock untuk memprediksi adopsi perilaku yang dapat dicegah (Pender, 2015).

b. Teori tindakan beralasan (*Theory of Reasoned Action*)

Theory of Reasoned Action (TRA) menurut Fishbein (1967), dikembangkan untuk lebih memahami hubungan antara keyakinan (*belief*), sikap (*attitude*) dan perilaku (*behavior*). Pengembangan *Theory of Reasoned Action* (TRA), Fishbein (1967) membedakan antara sikap terhadap objek dan sikap terhadap perilaku yang berhubungan dengan objek, menunjukkan bahwa sikap terhadap perilaku (misalnya sikap terhadap mamografi) adalah prediktor yang jauh lebih baik dari perilaku (memperoleh mamografi) terhadap sikap pada objek (kanker) dimana perilaku diarahkan, ini dikenal sebagai prinsip kompatibilitas yang dijelaskan oleh Ajzen (1985,2012) (Glanz et al., 2015).

Fishbein dan Ajzen (1985,2012), mendefinisikan keyakinan yang mendasari (perilaku dan normatif), niat, dan perilaku, serta pengukurannya, sangat

penting untuk memiliki tingkat korespondensi yang tinggi antara ukuran sikap, norma, kontrol yang dirasakan niat dan perilaku dalam hal tindakan. TRA mengasumsi bahwa sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan dapat mempengaruhi niat perilaku terkait perilaku itu sendiri, karena banyak sikap penting dapat diubah menjadi target ideal untuk intervensi (Glanz et al., 2015).

Theory of Reasoned Action (TRA), menyatakan niat seseorang untuk melakukan perilaku dianggap sebagai penentu paling cepat dan prediktor terbaik dari perilaku. Sikap norma subjektif dan faktor intrapersonal merupakan faktor yang mendasar pada teori TRA Fishbein dan Ajzen (1975). Sikap dan norma subjektif menentukan niat perilaku, sikap terhadap perilaku adalah evaluasi positif atau negatif keseluruhan konsekuensi (hasil) dari perilaku, ketika evaluasi hasil perilaku yang diinginkan maka hasilnya adalah sikap positif, dan ketika evaluasi hasil perilaku

yang tidak diinginkan maka akan menghasilkan sikap negatif (Pender, 2015).

TRA berasumsi bahwa sikap dan norma subjektif dapat diubah, intervensi oleh profesional kesehatan dapat menargetkan sikap dengan mengatasi keyakinan tentang hasil dan norma subjektif, yang mempengaruhi nilai-nilai individu yang terkait dengan hasil, dengan berfokus pada persepsi mereka tentang harapan normatif orang lain dan motivasi mereka untuk mematuhi apa yang diharapkan orang lain. Penelitian menunjukkan komponen TRA mempengaruhi berbagai perilaku kesehatan. TRA berpendapat bahwa perilaku berada dibawah kendali pribadi individu dengan kata lain individu dapat membuat pilihan terkait dengan perilaku mereka (Pender, 2015).

c. *Theory of planned behavior (TPB)*

Theory of Planned Behavior merupakan perpanjangan dari *Theory of Reasoned Action*

(Fishbein and Ajzen 1975), dikembangkan secara khusus untuk perilaku kesehatan. Fishbein and Ajzen tidak menentukan atau menunjuk, tetapi orang-orang secara sadar melakukan perhitungan ini, lebih tepatnya, persamaan mewakili efek pembelajaran. TPB memiliki potensi besar untuk di modelkan secara matematis.

Menurut *Theory of Planned Behavior*, motivasi untuk berperilaku ditentukan oleh sejauh mana orang percaya terhadap hasil perilaku yang mereka nilai (*Attitude*), persepsi individu terhadap harapan dari orang yang berpengaruh dalam kehidupannya (*Subjective Norm*), dan mereka percaya memiliki kemampuan dan peluang untuk melakukan kontrol perilaku yang dirasakan (*Perceived Behavior Control*). Model ini sudah diuji secara luas dan berhasil diterapkan (Conner dan Norman 1995). Teori ini menggabungkan banyak variabel kognitif penting:

niat, harapan hasil, dan kontrol perilaku (Kunc et al., 2016).

d. *Social cognitive theory*

Teori kognitif sosial merupakan kombinasi konsepsi berfikir psikologi behavioral dengan psikologi kognitif, selama ini bagi pakar psikologi behavioral menyatakan perilaku tidak diubah dengan pengamatan melainkan hanya meniru (imitasi), salah satunya pandangan Miller dan Dollard (1941), sehingga bagi aliran behavioristik manusia sama halnya seperti kertas putih dan lingkungan yang menentukan bagaimana berperilaku serta lingkungan yang membentuk karakter/kepribadiannya, pandangan ini menganggap bahwa manusia dipengaruhi oleh lingkungan (Alfaiz & Hariko, 2017).

Albert Bandura (1986) salah satu ahli psikologi behavioristik mencoba penelitian tentang pembelajaran observasi (*observasional learning*) yang ditolak oleh meller dan dollard dalam hal

pembentukan perilaku dan kepribadian dalam lingkungan, apakah perilaku itu dibentuk oleh kognitif atau tidak. Riset Bandura (1986) menemukan bahwasanya dalam proses belajar yang membentuk perilaku adanya keterlibatan aspek kognitif. Hal ini diawali oleh Bandura berfokus pada belajar sosial (*social learning theory*) didasarkan pada konsep saling menentukan (*beyond reinforcement*), dan pengaturan diri berfikir (*self-regulation/cognition*) yang mana mengenai prinsip belajar berpendapat bahwa manusia dapat berfikir dan mengatur tingkah lakunya sendiri, sehingga mereka bukan semata-mata yang terpenting menjadi objek pengaruh lingkungan, karena orang dan lingkungan saling mempengaruhi dan banyak aspek fungsi kepribadian melibatkan interaksi orang satu dengan yang lain (Alfaiz & Hariko, 2017).

Social Cognitive Theory (SCT) menyatakan prediksi perilaku dan perubahan perilaku diatur oleh

pikiran dan rasa kontrol pribadi (agensi). Pengaruh kognitif pada perilaku terdiri dari tiga faktor utama: yaitu *self efficacy*, ekspektasi hasil dan pengetahuan. Penerapan SCT untuk masalah kesehatan memerlukan pemahaman determinisme timbal balik, yang melibatkan tiga faktor dinamis yaitu faktor kognitif pribadi, lingkungan fisik dan sosial, serta faktor perilaku (Glanz et al., 2015).

Social Cognitive Theory (SCT) membahas ketegangan klasik antara agensi manusia dan struktur sosial dengan menawarkan konstruksi determininan timbal balik, yang menunjukkan bahwa agensi manusia dan lingkungan mempengaruhi antara satu sama lain, mengarah pada perubahan individu dan sosial. Kelder, Hoelscher, dan Perry (2010), menjelaskan yang mendasari SCT adalah proporsi individu memiliki kapasitas untuk mengubah atau bahkan membangun lingkungan. Dengan menekankan dinamisme dalam interaksi diantara

perilaku manusia, faktor kognisi pribadi, dan pengaruh sosial lingkungan (Glanz et al., 2015).

e. *Self-efficacy theory*

Self efficacy adalah salah satu teori perilaku yang paling banyak digunakan dikalangan ahli teori perilaku kesehatan dan telah diadopsi untuk digunakan dalam teori lain, seperti *Health Belief Model*, *Theory of Planned Behavior* dan *Itegrated Model Behavior* (Glanz et al., 2015).

Self Efficacy mengatur sejumlah proses kognitif yang meningkat atau menghambat perkembangan dan pemeliharaan perilaku, dalam teori ini proses mental internal sering disebut *self-efficacy* yang dirasakan dan didefinisikan dengan tingkat kepercayaan individu dalam kemampuan untuk mengendalikan perilaku. Individu dengan tingkat *self-efficacy* rendah cenderung pesimis, cenderung mencoba atau mempertahankan perilaku, atau cenderung menghindari situasi tertentu. Sebaliknya ketika

individu merasakan tingkat *self efficacy* tinggi, individu tersebut cenderung percaya diri dalam kemampuannya untuk sukses dan cenderung memilih tugas atau kegiatan yang kompeten dengan keahlian mereka, dan menghindari kegiatan yang tidak sesuai dengan kompetensi keahlian mereka (Glanz et al., 2015).

Self Efficacy memainkan peran sentral dalam perubahan pribadi dan merupakan fondasi motivasi dan perilaku individu. Pengetahuan adalah prasyarat untuk perubahan, namun individu harus percaya bahwa mereka memiliki kendali untuk mengubah perilaku dalam mengambil tindakan. Perilaku kesehatan juga dipengaruhi oleh harapan dan tujuan hasil yang ditetapkan oleh individu, karena mereka berfungsi sebagai penggerak untuk perubahan. Fasilitator maupun hambatan adalah penentu perilaku dan harus diperhitungkan ketika menilai *self efficacy* (Pender, 2015).

Ekspektasi *self efficacy* berkembang melalui penguasaan pengalaman (pencapaian pribadi), perwakilan pembelajaran (model peran), persuasi verbal, dan tanggapan somatik terhadap situasi tertentu untuk membangun kompetensi dan kepercayaan. Semakin besar kemanjuran yang dirasakan semakin kuat persisten individu dengan melakukan suatu kegiatan. *Self efficacy* dapat dimanupulasi secara eksperimen dengan benar dan terbukti sukses, dalam suatu penelitian tes psikologi diberikan kepada kelompok terhadap program terapi berhenti merokok (Pender, 2015).

f. *Health promotion model* (HPM)

Pada tahun 1990, Pender menerbitkan tes pertama dari versi awal model promosi kesehatan Pender, *Health Promotion Model* mengusulkan kerangka kerja untuk mengintegrasikan perspektif keperawatan dan ilmu perilaku dengan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Model ini

menawarkan panduan untuk mengeksplorasi proses biopsikososial yang kompleks yang memotivasi individu untuk terlibat dalam perilaku yang diarahkan untuk meningkatkan kesehatan (Pender, 2015).

Pender (2015) dalam perkembangan dunia keperawatan, perkembangan manusia, psikologi eksperimental, dan pendidikan membimbingnya menggunakan sudut pandang keperawatan secara holistik, psikologi sosial, dan teori pembelajaran sosial sebagai fondasi dasar untuk pengembangan teori *Health Promotion Model*. Pender mengintegrasikan beberapa gagasan teori yang menjadi pusat *Health Promotion Model* adalah teori pembelajaran sosial Albert Bandura yang menggagas pentingnya proses-proses kognitif dalam memodifikasi perubahan perilaku, teori pembelajaran sosial sekarang dinamai teori kognitif sosial (Alligod, 2017).

Studi *Health Promotion Model* dirancang untuk menggambarkan potensi tujuh faktor kognitif-persepsi dan lima faktor memprediksi perilaku kesehatan. Faktor-faktor persepsi kognitif adalah pentingnya kesehatan, kontrol kesehatan yang dirasakan, definisi kesehatan, status kesehatan yang dirasakan, persepsi *self efficacy*, manfaat yang dirasakan dan hambatan yang dirasakan. Faktor modifikasinya adalah karakteristik demografi dan biologis, pengaruh interpersonal, pengaruh situasional, dan faktor perilaku (Pender, 2015).

Health Promotion Model dapat meningkatkan efikasi diri pada individu dalam proses pemulihan penyakit yang dialami terutama ketika menjalani terapi pengobatan kesehatan, efikasi diri merupakan kemampuan untuk mengendalikan diri dalam penerimaan promosi kesehatan serta penguat dalam mempertahankan perilaku kesehatan (Hosseini et al., 2017).

Health Promotion Model memiliki bentuk yang serupa dengan model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit, tetapi yang membuat *Health Promotion Model* berbeda dari model kepercayaan kesehatan adalah tidak memasukkan rasa takut atau ancaman sebagai sumber motivasi bagi perilaku kesehatan. *Health Promotion Model* mencakup secara luas untuk menunjukkan perilaku yang dibutuhkan dalam meningkatkan kesehatan dan menerapkan sepanjang hayat (Alligod, 2017). *Health Promotion Model* memiliki struktur yang logis yang diterapkan untuk berbagai kelompok-kelompok usia dan budaya yang berbeda dari berbagai masalah kesehatan, seperti masalah perilaku merokok pada tenaga kesehatan (Khoshnood, Rayyani, & Tirgari, 2018).

C. Tinjauan Perilaku Merokok Pada Petugas Kesehatan

1. Perilaku merokok

Pada dasarnya merokok adalah menikmati asap hasil pembakaran nikotin. Selain nikotin, kandungan rokok terdapat senyawa gula, bahan adiktif, pemberi rasa, aroma, saus dan lain-lain sehingga memenuhi selera pengguna rokok (Tirtosastro & Murdiyati, 2010).

Merokok sudah diketahui secara ilmiah dapat menyebabkan berbagai penyakit, sangat disadari bahwa merokok penyebab utama kematian yang dapat dicegah disebagian besar negara yang berpenghasilan tinggi serta di negara-negara yang berpenghasilan menengah dan rendah. Perilaku merokok menjadi masalah sosial yang semakin berkembang, baik di negara berkembang maupun di negara-negara industri barat (Torre, 2013).

Perilaku merokok dari kelas menengah atas mengalami penurunan dibandingkan dengan kelas menengah bawah, dikarenakan promosi kesehatan dan penyuluhan tentang resiko merokok lebih sulit dijangkau

pada kelompok menengah bawah, selanjutnya anak yang baru lahir lebih mungkin mulai merokok dikarenakan mereka tumbuh dalam lingkungan perokok. (Torre, 2013).

Perilaku merokok merupakan perilaku yang dipelajari atau meniru dari perilaku orang terdekat maupun pada lingkungan yang cenderung merokok. Kejadian merokok pada laki-laki di lingkungan menengah bawah lebih meningkat dari pada di lingkungan dengan komunitas orang menengah atas, disebabkan kurangnya pendidikan dan penyuluhan kesehatan tentang bahaya merokok bagi kesehatan (Barnett et al., 2017).

2. Perilaku merokok profesional kesehatan

Perilaku merokok dapat dianggap sebagai tantangan lama maupun baru bagi kesehatan masyarakat dan kesehatan perorangan bagi penyedia layanan kesehatan, para profesional kesehatan memiliki peran penting sebagai penasihat mempengaruhi penghentian merokok (*Role Model*). Penelitian pada pasien sering menunjukkan respon baik terhadap nasehat yang diterima dari

profesional kesehatan. Sikap profesional kesehatan terhadap perilaku merokok telah terbukti dalam menentukan efektivitas kebijakan peraturan merokok ditempat kerja dan bagi profesional kesehatan harus memberikan contoh dengan berhenti merokok baik untuk kesehatan diri sendiri maupun pasien (Torre, 2013).

Profesional kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan saran tentang pencegahan dan penghentian merokok, profesional kesehatan yang merokok dapat menghalangi mereka untuk memberikan saran pencegahan dan penghentian merokok kepada pasien (Sreeramareddy et al., 2018).

Perilaku merokok profesional kesehatan (dokter, perawat, tenaga medis lainnya) mengesalkan peran mereka dalam pendidikan pasien dan cenderung menunjukkan sikap yang negatif terhadap pasien, telah di usulkan bahwa profesional kesehatan sebelum berperan sebagai *role model* untuk perilaku kesehatan bagi masyarakat umum, mereka harus membangun perilaku sehat kedalam

gaya hidup pribadi mereka dan profesional pelayanan kesehatan primer harus berpartisipasi dalam kegiatan konseling penghentian merokok (Torre, 2013; Duaso et al, 2017; & Matouq et al., 2018).

Prevalensi perilaku merokok profesional kesehatan masih tinggi dibandingkan dari populasi umum, karena rendahnya partisipasi kurikulum pendidikan kesehatan dalam pengendalian perilaku merokok dan bahaya merokok untuk menyadari para profesional kesehatan. Mahasiswa kesehatan perlu dilatih secara memadai dengan tujuan memperoleh kompetensi dan keterampilan dalam pencegahan perilaku dan penghentian merokok melalui program yang berorientasi pada masalah spesifik bahaya rokok (Torre, 2013).

Sreeramareddy et al., (2018), menyatakan pengguna tembakau (perilaku merokok) dikalangan mahasiswa masih tinggi dikarenakan upaya pengendalian merokok dan pelatihan penghentian merokok dalam kurikulum

pendidikan profesional kesehatan belum maksimal diterapkan.

Prevalensi perilaku merokok pada anggota staf rumah sakit masih tinggi baik yang berprofesi sebagai dokter, perawat maupun petugas administrasi lainnya. Penelitian tren perilaku merokok petugas kesehatan di rumah sakit umum Yunani Utara memperlihatkan perilaku merokok pada staf rumah sakit sebanyak 37,6% dari populasi umum di Yunani Utara dan sebanyak 37,6% dari populasi umum di Yunani, bahkan tren tersebut sama dengan survei perilaku merokok di Amerika maupun di Eropa (Vagropoulos et al., 2006).

Penelitian lain pada tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali Indonesia, pada penelitian didapatkan petugas kesehatan yang merokok sebesar 36,4%, dengan alasan mulai merokok karena mencoba-coba, setiap hari menghisap 6-10 batang dan jenis rokok *cigarette* (Nyoman et al., 2014).

a. Perilaku merokok dokter medis

Dokter medis memainkan peran kunci dalam proses pencegahan dan penghentian rokok baik sebagai penasehat maupun contoh model perilaku (*role model*) untuk pasien, terutama peran mereka untuk membantu konseling penghentian merokok, bahkan para dokter medis dapat lebih baik menasehati pasien untuk berhenti merokok jika mereka sendiri bukan perokok, dan yang menarik, hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas yang bekerja di pelayanan kesehatan memiliki kecenderungan dan banyak kesempatan untuk berhenti merokok dari pada mencoba untuk merokok (Torre, 2013).

Perilaku merokok dokter medis masih cukup tinggi meskipun prevalensi global menurun pada beberapa negara. Fortmann dan coll (Fortman ddk. 1985) melaporkan bahwa dokter pelayanan kesehatan primer memiliki tingkat merokok tertinggi berdasarkan spesialisasinya, namun menjadi

pertanyaan kenapa tingkat perilaku merokok dokter medis masih tinggi, alasan utama yaitu stres pada pekerjaan yang tinggi dianggap sebagai kunci kebiasaan merokok selain kecanduan, perasaan nikmat dan pengaruh teman sebaya (Torre, 2013; An et al., 2014).

Kebiasaan merokok dokter dapat menghambat program penghentian merokok pada pasien, sebagaimana pengukuran efektivitas program penghentian rokok pada pasien, dokter yang merokok cenderung tidak menyarankan pasien untuk menasehati berhenti merokok dibandingkan dengan dokter yang tidak merokok (Duaso et al., 2017).

Prevalensi merokok yang tinggi pada kalangan profesional kesehatan bisa menjadi penghalang untuk implementasi larangan merokok pada instansi perkantoran kesehatan maupun di instansi perkantoran lainnya (Krestev et al, 2014).

b. Perilaku merokok perawat

Perilaku merokok pada kalangan perawat menjadi masalah serius yang mempengaruhi profesi kesehatan sejak 1970-an, didapatkan perawat perempuan merokok lebih tinggi (38,9%) dibandingkan dengan populasi wanita Amerika Serikat (32,0%) dan tingkat yang jauh lebih tinggi dari pada dokter (21%). Smith dan Leggat (2007 dalam Torre, 2013) mengidentifikasi tinjauan internasional bahwa rata-rata perilaku merokok diantara perawat sekitar 20%, meskipun kecenderungan di beberapa negara mendukung pengurangan tingkat merokok.

Sikap merokok perawat terhadap strategis pengendalian merokok dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan dan mengurangi beban penyakit terhadap dampak asap rokok. Elemen lingkungan kerja termasuk kerja shift, beban kerja dan tingkat pemberdayaan ditempat kerja adalah faktor penting terhadap perilaku merokok pada perawat. Perawat

yang merokok, 13% lebih kecil menyarankan pasien mereka untuk berhenti merokok dan 25% lebih kecil kemungkinan untuk mengatur berhenti merokok (Duaso et al., 2017).

Perilaku merokok perawat tanpa disadari dapat menjadi hambatan terhadap promosi kesehatan, butuh tindakan strategis untuk membantu mengatasi antara tanggungjawab sebagai profesional kesehatan dengan kebiasaan perilaku merokok mereka (Mujikaet al., 2017). *International Society Of Nursing in Cancer Care* (ISNCC) (2016) berkomitmen memaksimalkan potensi perawat dalam pengendalian rokok. ISNCC merekomendasikan, perawat harus memiliki pengetahuan tentang bahaya merokok dengan cara memasukkan kurikulum pelajaran bahaya merokok, pencegahan, strategi berbasis ilmu serta membuat klinik pelatihan peningkatan mutu perawat dalam pengendalian dan penghentian perilaku merokok berdasarkan bukti (Bialous & Sarna, 2016).

D. Teori Yang Mendukung

Pada teori perilaku kesehatan terdapat model teori kognisi sosial, salah satu teori tersebut adalah *Health Promotion Model* (HPM). Model ini berorientasi pada kompetensi atau pendekatan, tidak seperti model kepercayaan kesehatan (*health belief model*), memasukkan faktor ketakutan atau ancaman sebagai sumber motivasi untuk perilaku kesehatan. Teori dasar *Health Promotion Model* (HPM) adalah upaya untuk menggambarkan sifat multidimensi dari orang yang berinteraksi dengan lingkungan interpersonal, lingkungan fisik saat melakukan perilaku kesehatan, serta HPM mengintegrasikan konstruksi dari teori nilai harapan dan teori kognitif sosial dalam perspektif keperawatan secara holistik pada manusia (Pender, 2015).

Perkembangan HPM mengalami perubahan (direvisi), yang pertama kali muncul dalam edisi ketiga promosi kesehatan dalam praktik keperawatan (Pender, 1996), proses perbaikan HPM, mendorong pada perubahan model HPM.

Adapun perubahan model tersebut yaitu:

1. Pentingnya kesehatan, kontrol kesehatan yang dirasa dan isyarat untuk tindakan dihapuskan.
2. Devinisi kesehatan, status kesehatan yang dirasa, dan karakteristik demografis dan biologis diposisikan ulang menjadi faktor personal
3. Terdapat tiga variabel baru yang ditambah pada model revisi, yaitu pengaruh yang ditimbulkan oleh aktivitas, komitmen untuk merencanakan suatu tindakan dan kebutuhan yang mendesak (kendali rendah) dan berbagai pilihan (kendali tinggi) (Michie et al., 2014; Pender, 2015; Alligod, 2017).

Model promosi kesehatan bertujuan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mendasari motivasi untuk terlibat dalam perilaku mempromosikan kesehatan. HPM menekankan peran interaksi orang, lingkungan dalam memotivasi perilaku mempromosikan kesehatan, model ini menggambarkan delapan keyakinan spesifik perilaku yang diusulkan untuk menentukan perilaku promosi kesehatan yang dapat

dimodifikasi untuk intervensi perubahan perilaku (Michie et al., 2014).

Asumsi-asumsi teori mencerminkan perspektif ilmu perilaku dan menekankan peran aktif individu dalam mengatur perilaku kesehatan dengan cara memodifikasi lingkungan disekitar, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1996 dalam, Alligod, 2017), menyebutkan asumsi-asumsi utama pada HPM dengan membahas tentang orang, lingkungan dan kesehatan sebagai berikut:

1. Individu berusaha membuat kondisi mereka agar bisa memaksimalkan potensi kesehatan mereka miliki dan masing-masing sifatnya unik
2. Individu memiliki komitmen untuk bercermin melalui kesadaran diri, termasuk menilai kemampuan diri sendiri
3. Individu menghargai perubahan yang dianggap mengarah pada hal yang positif dan melakukan usaha untuk mencapai keseimbangan antara perubahan dan kestabilan yang menurut dirinya dapat diterima

4. Masing-masing individu berusaha secara aktif untuk mengatur perilaku mereka sendiri
5. Masing-masing individu dengan segala kerumitan biopsikososialnya berinteraksi dengan lingkungan sekitar, yang secara progresif memberikan perubahan pada lingkungan dan dijadikan berubah seiring waktu
6. Para pekerja kesehatan berperan dalam lingkungan interpersonal, yang memberikan pengaruh pada orang-orang sepanjang hidup mereka
7. Penataan ulang yang dimulai dari diri sendiri pada pola-pola interaksi antara individu dengan lingkungan adalah hal yang esensial bagi perubahan perilaku.

HPM memiliki fokus yang berorientasi pada kompetensi atau pendekatan, promosi kesehatan dimotivasi oleh hasrat untuk meningkatkan kesejahteraan dan untuk mengaktualisasi potensi individu, proses biopsikososial yang kompleks memotivasi individu untuk melakukan sesuatu yang diarahkan menuju peningkatan status kesehatan. Berikut ini merupakan pertanyaan teoritis dalam *Health Promotion in*

Nursing Practice (Michie et al., 2014; Pender, 2015; Alligod, 2017).

1. Perilaku dimasa lalu dan karakteristik yang diturunkan dan juga yang didapatkan bisa mempengaruhi kepercayaan, efek, dan perwujudan perilaku mempromosikan kesehatan.
2. Orang memiliki komitmen untuk tetap mengerjakan perilaku yang darinya mereka mengantisipasi keuntungan yang dianggap bernilai secara pribadi
3. Persepsi akan halangan bisa mengekang komitmen untuk bertindak, mediator tindakan tersebut, dan tindakan itu sendiri
4. Persepsi akan kompetensi atau keyakinan diri untuk mengeksekusi sebuah perilaku yang ada dapat meningkatkan kecenderungan bertahanya komitmen terhadap tindakan tersebut dan mewujudkan perilaku tersebut yang sebenarnya
5. Semakin besar persepsi keyakinan diri berarti semakin sedikit persepsi akan halangan bagi perilaku spesifik

6. Afek yang positif terhadap suatu perilaku berarti semakin besar persepsi pada keyakinan diri, yang kemudian dapat menghasilkan peningkatan pada afek yang positif
7. Ketika afek atau emosi yang positif diasosiasikan dengan suatu perilaku, kemungkinan dengan adanya komitmen dan tindakan semakin meningkat
8. Orang lebih cenderung berkomitmen pada dan mewujudkan perilaku yang mempromosikan kesehatan ketika orang-orang yang berarti bagi mereka mencontohkan perilaku tersebut, mengharapkan perilaku tersebut muncul, dan menyediakan bantuan dan sokongan untuk mewujudkan perilaku tersebut
9. Keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan merupakan sumber-sumber yang penting yang bisa meningkatkan atau mengurangi komitmen terhadap dan terwujudnya perilaku
10. Pengaruh-pengaruh situasional dari lingkungan luar dapat meningkatkan dan mengurangi komitmen terhadap atau

partisipasi dalam perilaku yang mempromosikan kesehatan

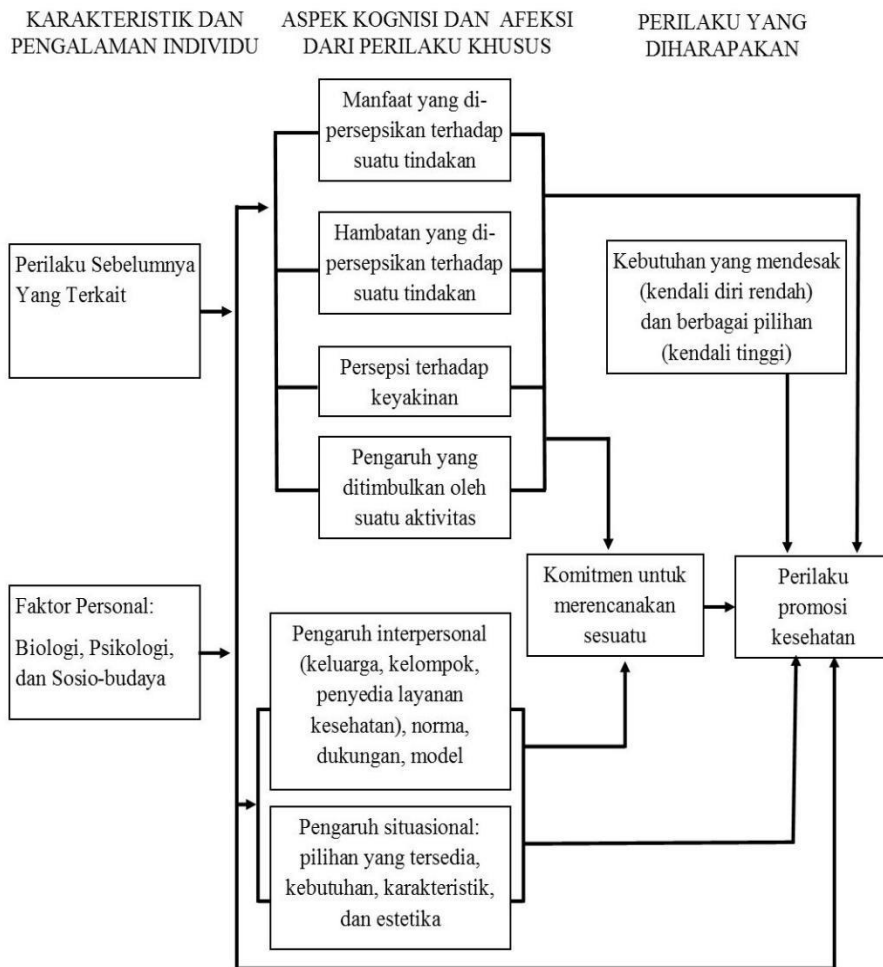
11. Semakin besar komitmen terhadap sebuah rencana tindakan yang spesifik, semakin besar kecenderungan untuk mempertahankan komitmen terhadap perilaku mempromosikan kesehatan seiring waktu
12. Komitmen terhadap suatu rencana tindakan memiliki kecenderungan yang lebih kecil untuk terwujud menjadi perilaku yang diharapkan saat munculnya tuntutan saingan yang orang tersebut hanya memiliki sedikit kendali terhadapnya dan tuntutan tersebut perlu perhatian segera
13. Komitmen terhadap suatu rencana tindakan memiliki kecenderungan yang lebih kecil untuk terwujud menjadi perilaku yang diharapkan jika tindakan lain dianggap lebih antraktif sehingga lebih dipilih dari pada perilaku yang ditargetkan
14. Orang-orang dapat memodifikasi kognisi, afek, dan lingkungan fisik dan interpersonal untuk menciptakan

insentif bagi tindakan-tindakan kesehatan yang dilakukan.

Faktor promosi kesehatan yang diajukan Pender dapat memprediksi dan mendeteksi perilaku yang signifikan terutama perilaku mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit dan faktor resiko penyakit. HPM dapat mendesain dan menerapkan studi yang lebih spesifik untuk meningkatkan gaya hidup sehat, mendeteksi kunci-kunci perilaku kesehatan kelompok usia, jenis kelamin, pendapatan, status pekerjaan, dan tingkat pendidikan (Heydari & Khorashadizadeh, 2014).

Aqtam & Darawwad, (2018) menyatakan *Health Promotion Model* didirikan di komunitas keperawatan dan implementasikan dalam praktek keperawatan, pendidikan, dan penelitian. *Health Promotion Model* memiliki nilai prediktif dalam memperkirakan perilaku dan memprediksi perilaku promosi kesehatan pada berbagai macam penyakit termasuk penyakit kronis.

E. Kerangka Teori



Gambar 2.2.Revisi *Health Promotion Model* (Alligod, 2017, Pender, 2015, Michie et al., 2014; Curs & Pender, 2017).