

PENYEBAB RELAPSE (KEMBALI MEROKOK) PADA PEROKOK BERAT DITINJAU DARI HEALTH BELIEF MODEL

Sulis Winurini

Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI

Naskah diterima: 13 Januari 2011

Naskah diterbitkan: 10 Juni 2012

Abstract: *Smoking cessation is not a simple thing for smokers. Most of them realized smoking is danger for their health, therefore they intense to quit. Nevertheless, many of them can't be succeed in overstepping the rehabilitation process and than relapse. This research explore rehabilitation problem experienced by heavy smokers who have more complex relapse experience rather than smokers with lower level. This research used cognition approach, that is Health Belief Model (HBM). To explore the problem deeply, qualitative method has been used. The result is, although smokers have been through rehabilitation process, they didn't fully understood that smoke is danger for themselves. Internal factor is the most influencing factor, especially health motivation and locus of control. This factors influence their perception on health threat and their evaluation of health behavior. Government has significant role for a successful modification of healthy new behavior through regulations.*

Keywords: *Smoke, relapse, health belief model.*

Abstrak: Berhenti merokok bukanlah hal yang mudah dilakukan oleh perokok. Kebanyakan dari mereka menyadari bahwa rokok berbahaya bagi kesehatannya dan karenanya mereka berniat berhenti merokok. Namun, tidak semua perokok berhasil melewati masa rehabilitasinya dan seringkali mengalami *relapse*. Penelitian ini mendalami permasalahan rehabilitasi yang dirasakan perokok berat, yang memiliki pengalaman *relapse* lebih kompleks dibanding tingkat perokok yang lain, dengan pendekatan kognisi, yaitu *Health Belief Model (HBM)*. Untuk memahami permasalahan secara mendalam, metode kualitatif digunakan. Hasil dari penelitian ini menunjukkan, bahwa kendati sudah menjalani masa rehabilitasi, perokok belum menyadari sepenuhnya bahaya merokok bagi dirinya. Faktor internal paling berperan adalah motivasi kesehatan dan kontrol diri, yang mempengaruhi persepsi mereka terhadap ancaman kesehatan serta evaluasi mereka terhadap perilaku sehat. Pemerintah memiliki peran dalam menyukseskan perubahan perilaku baru yang sehat, melalui peraturan-peraturan yang dibuat.

Kata Kunci: *Rokok, relapse, health belief model*

“Rokok bertanggung jawab untuk 5 juta kematian tiap tahun, dan jika pola penggunaan rokok yang sekarang ini terus berlanjut, pada tahun 2030, kematian akan mencapai 10 juta per tahun. Paling tidak, 70% kematian akan terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah seperti India, Cina dan Indonesia” (TFI 2004).¹

Pendahuluan

Kebiasaan menghisap tembakau sudah dikenal sejak lama. Adalah suku bangsa Indian di Amerika yang pertama kali menghisap tembakau melalui pipa besar untuk keperluan ritual. Kebiasaan menghisap tembakau atau yang dikenal dengan istilah merokok diikuti oleh bangsa Eropa. Bangsa Eropa merokok tidak untuk keperluan ritual seperti halnya bangsa Indian, namun untuk kesenangan semata-mata.² Di Indonesia, rokok mulai dikenal pada abad ke-19. Rokok yang dikenal adalah rokok kretek, yaitu rokok yang menggunakan bahan baku tembakau dan cengkeh serta pembungkus dari daun jagung. Rokok digunakan pertama kali sebagai obat pereda sakit.³ Kebiasaan merokok berkembang luas, permintaan rokok pun meningkat, seiring dengan itu industri rokok bermunculan hingga saat ini.

Perilaku merokok tidak menular namun sukar dihentikan karena rokok merupakan salah satu zat adiktif yang bisa menimbulkan ketergantungan bagi penggunaannya. Perilaku merokok termasuk faktor berisiko bagi kesehatan. Ini dikarenakan di dalam rokok terdapat kurang lebih 4.000 zat kimia. Di antara ribuan zat kimia tersebut, ada tiga komponen utama yang mengancam kesehatan perokok aktif dan perokok pasif. Ketiga komponen itu adalah karbonmonoksida (CO), nikotin dan tar. Karbonmonoksida (CO) adalah gas beracun yang bisa mengurangi pengikatan oksigen di dalam darah serta menimbulkan kematian apabila kandungannya di dalam badan melebihi 60%. Nikotin yang juga terkandung di dalam ganja, heroin, amfetamin dan kokain, dapat mempengaruhi otak dan menjadi penyebab utama rasa ketagihan serta meningkatkan risiko serangan penyakit jantung dan stroke. Selain karbonmonoksida dan nikotin, terdapat tar yang mengandung sekurang-kurangnya empat puluh tiga bahan kimia, yang diketahui menjadi penyebab kanker (karsinogen).⁴

Berbagai kandungan yang dimiliki rokok mengakibatkan berbagai penyakit antara lain kanker, penyakit jantung, impotensi, darah, *enfisema*, bronkitis kronik, dan gangguan kehamilan (Penjelasan PP RI No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan). Selain penyakit kardiovaskuler dan kanker, konsumsi rokok juga bisa menyebabkan keadaan alergi dan penurunan daya tahan tubuh, diabetes melitus, perubahan genetik, gangguan kromosom, menghambat perbaikan DNA yang rusak serta mengganggu sistem enzimetik. Akhir-akhir ini para ahli juga menghubungkan kebiasaan merokok

¹ Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok pada Mahasiswa di Fakultas Hukum Universitas Sam Ratulangi oleh Albertus Nugraha, <http://www.scribd.com/doc/31399697/Karya-Tulis-Ilmiah-Sarjana-Kedokteran>, diakses tanggal 2 Maret 2011.

² Rokok, <http://id.wikipedia.org/wiki/Rokok>, diakses pada tanggal 28 Februari 2011.

³ Berbagai Upaya Penanggulangan Perilaku Merokok di Indonesia oleh R. Kintoko Rochadi, <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/18863/1/ikm-okt2005-9%20%282%29.pdf>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

⁴ *Ibid.*

dengan katarak mata dan osteoporosis. (Aditama, 1996).⁵ Dampak ini akan dirasakan oleh perokok aktif dalam kurun waktu 20-25 tahun dari mulai ia merokok. Separuh dari perokok meninggal karena kebiasaan tersebut mengurangi kira-kira 20-25 tahun produktifnya.⁶

Tidak hanya pada perokok aktif, rokok juga berbahaya bagi orang lain bukan perokok tetapi menghisap asap rokok tersebut (perokok pasif). Menurut estimasi *International Labor Organization* (ILO) (2005) tidak kurang dari 200.000 pekerja yang mati setiap tahun karena paparan asap rokok orang lain di tempat kerja. Kematian karena paparan asap rokok orang lain merupakan satu dari tujuh penyebab kematian akibat kerja (*Tobacco Control Support Center*, 2008).

Perilaku merokok tidak hanya berdampak bagi kesehatan, namun juga bagi perekonomian masyarakat. Di Indonesia, mayoritas konsumen rokok adalah masyarakat kelas bawah dan berpendidikan rendah. Ironisnya, anggaran membeli rokok menempati posisi kedua setelah beras.⁷ Diperkirakan seorang perokok yang berpendapatan rendah mengeluarkan uang sekitar Rp1.440.000 tiap tahunnya untuk rokok yang dibeli batangan @ Rp400. Jumlah ini dapat digunakan untuk membeli produk lain yang tidak merusak kesehatan dan lebih menguntungkan bagi keluarga.⁸

Untuk mencegah sekaligus menghambat munculnya perilaku merokok, diperlukan promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (WHO dalam Notoatmodjo, 2007). Promosi kesehatan bertujuan meningkatkan perilaku sehat sehingga ancaman rokok bagi kesehatan dapat diminimalisir. Badan Pengaturan dan Penanggulangan Penyakit di Amerika, atau *Centers for Disease Control and Prevention* (1990, dalam Pradana, 2008:1) menyatakan bahwa pada usia berapapun individu memutuskan berhenti merokok dapat mengurangi risiko penyakit kronis yang berkaitan dengan rokok. Lebih spesifik lagi dikatakan bahwa usaha berhenti merokok yang dilakukan sebelum individu mencapai usia 30 tahun telah terbukti dapat menghilangkan sebagian besar penyakit dari rokok yang memicu kematian (Doll,dkk, 2004 dalam Pradana, 2008:1). Oleh karenanya, semakin dini perilaku merokok tersebut dihentikan, maka risiko terkena penyakit dan kematian bisa dihindari.

Selanjutnya, promosi perilaku sehat tidak dapat dilakukan begitu saja, karena harus diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri. Banyak penelitian mengungkapkan jika *health belief* mempengaruhi perilaku sehat individu. Marteau (1995) menyatakan bahwa *health belief* merupakan faktor yang mampu mempengaruhi kesehatan individu melalui dua cara, yaitu: (1) dengan mempengaruhi perilakunya; dan (2) dengan mempengaruhi sistem psikologisnya.

⁵ Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Di Fakultas Hukum Universitas Sam Ratulangi oleh Albertus Nugraha, <http://www.scribd.com/doc/31399697/Karya-Tulis-Ilmiah-Sarjana-Kedokteran>, diakses tanggal 2 Maret 2011.

⁶ Mitos dan Fakta Tentang Tembakau di Indonesia oleh Depkes RI, http://www.litbang.depkes.go.id/tobaccofree/media/FactSheet/FactInd/8_mitosfakta_dec404.pdf, diakses tanggal 2 Maret 2011.

⁷ Beleid Pengendalian Rokok Berlaku Tahun ini oleh Kontan Online, <http://nasional.kontan.co.id/v2/read/nasional/59273/Beleid-pengendalian-rokok-berlaku-tahun-ini>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

⁸ Mitos dan Fakta Tentang Tembakau di Indonesia oleh Depkes RI, http://www.litbang.depkes.go.id/tobaccofree/media/FactSheet/FactInd/8_mitosfakta_dec404.pdf, diakses pada tanggal 2 Maret 2011.

Health Belief Model (HBM) pertama kali dikembangkan pada tahun 1950-an untuk menjelaskan mengapa *medical screening program* yang ditawarkan oleh *US Public Health Service* tidak berhasil terutama untuk penyakit TBC (Hochbaum, 1958).⁹ Menurut HBM, perilaku sehat ditentukan oleh keyakinan personal atau persepsi tentang penyakit serta strategi untuk mengurangi risiko terjangkit penyakit tersebut (Hochbaum, 1958).¹⁰ HBM mencakup beberapa faktor psikologis yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Di antara beberapa faktor, HBM berfokus pada persepsi ancaman dan evaluasi perilaku kesehatan yang dikatakan sebagai aspek primer dalam pemahaman representasi perilaku sehat (Strecher dan Rosenstock, 1997 dalam Albery dan Munafo, 2011). Persepsi terhadap ancaman terdiri dari dua keyakinan utama, yaitu *perceived susceptibility* dan *perceived severity*. *Perceived susceptibility* adalah persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit, sementara *perceived severity* adalah persepsi individu tentang beratnya penyakit tersebut. Evaluasi perilaku kesehatan juga terdiri dari dua keyakinan utama, yaitu *perceived benefit* dan *perceived barriers*. *Perceived benefit* adalah persepsi individu tentang keuntungan atau manfaat yang dirasakan oleh individu di dalam proses pengobatan atau rehabilitasi. Sementara *perceived barriers* adalah persepsi individu tentang konsekuensi negatif atau hambatan yang dirasakan oleh individu dalam menjalani proses rehabilitasi. Faktor lain yang berpengaruh adalah pemicu, yaitu faktor yang mengawali seseorang untuk mengubah perilakunya. Variabel-variabel lain terkait dengan pribadi individu ikut berpengaruh terhadap pengadopsian perilaku baru, termasuk keyakinan pribadi mengenai kemampuannya untuk melakukan sesuatu.¹¹

Menurut Albery dan Munafo (2011), faktor-faktor di dalam HBM adalah faktor-faktor berbasis kognitif yang mampu memprediksi keputusan individu untuk mengadopsi perilaku sehat serta mematuhi intervensi pendidikan kesehatan. Oleh sebab itu, pendekatan HBM dianggap tepat untuk menjawab pertanyaan: **Apa penyebab relapse pada perokok berat?** Melalui pendekatan HBM, peneliti dapat menelaah secara mendalam permasalahan yang dialami perokok berat yang sudah memiliki kesadaran untuk berhenti merokok, namun ternyata gagal menjalani masa rehabilitasinya.

Pertanyaan lain yang perlu dijawab adalah: **Bagaimana peran pemerintah dalam mempengaruhi health belief pengguna rokok?** Pertanyaan ini muncul untuk memahami peran pemerintah dalam memperkuat *health belief* perokok supaya berhasil menghentikan perilaku merokoknya secara total. Jawaban atas pertanyaan tersebut adalah penting mengingat pembangunan kesehatan masyarakat merupakan tanggung jawab pemerintah. Artinya, tinggi rendahnya tingkat kesehatan masyarakat, termasuk tinggi rendahnya prevalensi pengguna rokok dalam suatu negara dipengaruhi oleh pemerintah melalui kebijakan-kebijakannya.

Jawaban atas pertanyaan-pertanyaan di atas dapat menjadi masukan bagi semua kalangan, termasuk pemerintah dalam penyusunan kebijakan, atau kalangan masyarakat lainnya untuk menentukan intervensi berhenti merokok secara tepat. Pada akhirnya,

⁹ *Health Belief Model Chapter 4*, <http://www.jblearning.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

¹⁰ *Ibid*

¹¹ *Ibid*

perubahan perilaku baru yang sehat pada pengguna rokok bisa bertahan dan prevalensi pengguna rokok bisa ditekan semaksimal mungkin.

Sekilas Tentang Data dan Pemerolehannya

Untuk mendapat gambaran utuh terkait pertanyaan-pertanyaan di atas, peneliti menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus, yaitu pendekatan yang memungkinkan peneliti mempelajari kasus *relapse* pada perokok berat secara mendalam dan mendetail. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dan data primer. Data sekunder diperoleh dari buku-buku dan hasil penelitian, dan berbagai data yang diakses dari internet. Sedangkan data primer diperoleh langsung dari hasil wawancara secara mendalam terhadap perokok berat yang mengalami *relapse*. Wawancara dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara yang telah dipersiapkan sebelumnya.

Ada dua orang yang menjadi informan dalam penelitian ini. Mereka berusia antara 30-35 tahun, yaitu usia yang sebenarnya cukup matang untuk berpikir dan mengambil keputusan. Mereka adalah perokok berat yang pernah mengalami *relapse*. Penentuan informan mengacu pada batasan-batasan berikut ini. Menurut Doll dalam *British Medical Journal*,¹² perokok adalah seseorang yang merokok sedikitnya satu batang/hari selama sekurang-kurangnya enam bulan. Lebih lanjut, perokok aktif adalah seseorang yang menunjukkan perilaku merokok. Sementara perokok berat adalah seseorang yang merokok lebih dari 15 batang sehari (Sitepoe 1997, dalam Pradana, 2008). Informan dalam penelitian ini adalah seorang perokok berat yang pernah mencoba berhenti merokok, namun setelahnya kembali merokok secara berkelanjutan.

Gambaran Perokok di Indonesia

Kebiasaan merokok berkembang dengan sangat cepat, terbukti prevalensi perokok aktif di Indonesia meningkat secara tajam dalam dua dekade terakhir (Penjelasan PP RI No. 19/2003). Berdasarkan data dari *The ASEAN Tobacco Control Report* (2007),¹³ Indonesia merupakan negara perokok terbesar se-ASEAN. Sementara data dari WHO (2008)¹⁴ mengungkapkan bahwa Indonesia merupakan negara perokok terbesar ke-3 di dunia di bawah Cina, India dan di atas Rusia, Amerika Serikat.

Berdasarkan data dari Survey Kesehatan Nasional (2001 dalam Depkes RI, 2010), persentase penduduk Indonesia dewasa yang merokok adalah sebesar 31,8%. Pada tahun 2001, persentase laki-laki berusia 15 tahun ke atas yang merokok adalah sebesar 62,9%, sedangkan persentase perempuan berusia 15 tahun ke atas yang merokok adalah sebesar 1,3%. Lebih lanjut, Survei Kesehatan Nasional (2001, dalam Penjelasan PP RI No. 19/2003) menyebutkan bahwa 54,5% laki-laki dan 1,2% perempuan Indonesia berusia lebih dari 10 tahun, merupakan perokok aktif. Jumlah tersebut tidak mengherankan

¹² Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Mahasiswa di Fakultas Hukum Universitas Sam Ratulangi oleh Albertus Nugraha, <http://www.scribd.com/doc/31399697/Karya-Tulis-Ilmiah-Sarjana-Kedokteran>, diakses pada 2 Maret 2011.

¹³ Indonesia Negara Perokok Terbesar se-ASEAN, <http://forumkristen.com/komunitas/index.php?topic=13946>, diakses pada tanggal 28 Februari 2011

¹⁴ 10 Negara Dengan Jumlah Perokok Terbesar di Dunia oleh Sri Astutik, <http://ksupointer.com/10-negara-dengan-jumlah-perokok-terbesar-di-dunia>, diakses pada tanggal 2 Maret 2011

karena dipahami ada 70% dari perokok di Indonesia memulai kebiasaannya sebelum berumur 19 tahun.

Gagal Berhenti Merokok: *Relapse*

Merokok adalah perilaku yang sulit disembuhkan. Menurut *U.S. Department of Health and Human Services* (1990 dalam Pradana, 2008), sebagian besar perokok berkeinginan untuk berhenti merokok karena secara sadar mereka percaya rokok dapat berakibat membahayakan diri mereka sendiri. Kaplan, Sallis dan Petterson (1993 dalam Pradana, 2008) menyebutkan beberapa alasan-alasan umum yang biasa digunakan seorang perokok untuk berniat mengakhiri perilaku merokoknya, yaitu:

1. kesehatan, baik bagi diri sendiri ataupun orang lain;
2. penerimaan sosial;
3. biaya atau keuangan karena anggaran untuk menunjang perilaku merokok tidaklah murah;
4. menjadi contoh yang baik bagi anak-anak dan keluarga;
5. demi usia lanjut, banyak orang berkeinginan untuk hidup lama pada masa tuanya

Meskipun demikian, alasan-alasan ini ternyata tidak cukup kuat untuk membuat perokok berhasil menghentikan perilaku merokoknya. Berdasarkan hasil survey yang dilakukan oleh *National Health Interview Survey* pada tahun 2000 (CDC, 2002),¹⁵ sebanyak 70% perokok aktif di Amerika berniat untuk berhenti merokok dan di antaranya hanya 4,7% perokok aktif yang berhasil berhenti sedikitnya selama 3 bulan. Sedangkan 41% perokok aktif lainnya yang memang berupaya berhenti merokok hanya mampu bertahan untuk tidak merokok hanya dalam waktu sehari atau beberapa hari.¹⁶

Adanya kondisi emosi negatif, *withdrawal symptoms* akibat adiksi terhadap rokok merupakan beberapa hal yang berkontribusi terhadap kekambuhan merokok. Istilah *relapse* dan *lapse* digunakan untuk menjelaskan kekambuhan merokok, namun demikian istilah *relapse* dan *lapse* tetap berbeda. Konsep *lapse* menandai transisi dari berhenti merokok menjadi kembali merokok dan ini terjadi sekali-sekali. Biasanya, kasus *lapse* berubah menjadi *relapse* dan kecenderungannya untuk berubah tergolong kuat. Konsep *relapse* menggambarkan kegagalan rehabilitasi dalam jangka panjang. Ketika mengalami *relapse*, individu kembali merokok secara berkelanjutan selama beberapa hari atau lebih setelah melewati periode berhenti merokok (Piasecki, 2006).

Health Belief* Perokok Berat yang Mengalami *Relapse

Perokok berat diasumsikan memiliki tingkat kesulitan lebih tinggi dalam menghadapi kasus *relapse* dibandingkan perokok ringan dan menengah. Asumsi ini muncul terkait pemahaman bahwa perokok berat merokok lebih banyak dibandingkan perokok ringan dan menengah. Artinya, pengalaman merokok perokok berat, termasuk pengalamannya menghadapi *relapse* juga lebih kompleks dibandingkan perokok ringan

¹⁵ *Cigarette Smoking Among Adults, United States, 2000*. MMWR, 51, 542-645.

¹⁶ Tidak dijelaskan secara terperinci mengenai kondisi perokok aktif lainnya yang tidak termasuk dalam perokok yang berhasil berhenti merokok dalam kurun waktu 3 bulan dan berhasil berhenti merokok dalam waktu 1 hari.

dan menengah. Ini diperkuat oleh adanya penelitian yang menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil perokok berat yang bisa berhasil mempertahankan perilaku sehatnya sampai masa evaluasi satu tahun. Artinya, sebagian besar dari mereka kambuh lagi akan kebiasaan lamanya dan merokok kembali dalam waktu kurang dari satu tahun sejak berhenti merokok (Aditama, 1992 dalam Pradana, 2008).

Menurut *Health Belief Model (HBM)*, individu gagal mengubah perilaku menuju perilaku sehat dikarenakan beberapa faktor, yaitu persepsinya terhadap ancaman rokok, evaluasinya mengenai perilaku sehat, keberhasilan pemicu, keyakinan diri serta faktor lain dalam pribadi individu. Di antara faktor-faktor tersebut, peneliti akan fokus membahas persepsi terhadap ancaman rokok dan evaluasi terhadap perilaku sehat karena dua faktor ini dianggap sebagai faktor primer dalam HBM. Adapun keberhasilan pemicu akan dibahas di dalam evaluasi perilaku sehat karena pembahasannya memiliki keterkaitan satu sama lain. Sementara pribadi individu akan dibahas, baik di dalam persepsi ancaman maupun evaluasi perilaku sehat, karena memiliki pengaruh di setiap faktor-faktor tersebut.

1. Persepsi terhadap Ancaman

Bahaya rokok bagi kesehatan sebenarnya diketahui oleh perokok melalui informasi-informasi yang dimuat di koran, majalah, internet, iklan, termasuk peringatan bahaya merokok yang tertulis di kemasan rokok.¹⁷ Beberapa dampak negatif rokok, seperti penyakit batuk, daya tahan tubuh menurun, perasaan tidak nyaman karena bau rokok, dan lain-lain biasanya juga sudah dirasakan oleh individu yang notabenehnya perokok berat.¹⁸ Bahkan ada pula perokok yang sudah terserang penyakit serius, seperti sakit paru-paru. Ia tahu penyakit yang dirasakannya itu adalah akibat dari kebiasaan merokok yang sudah dilakukan bertahun-tahun.¹⁹ Pengetahuan sekaligus pengalamannya merasakan sakit memang sempat membuat dirinya merasa terancam. Namun pada kenyataannya, perubahan perilaku baru hanya terjadi dalam jangka waktu yang singkat dan ia kembali melanjutkan kebiasaan merokoknya.

"Sempat seram juga waktu batuk-batuk. Kalau batuk ya berhenti, berarti sudah waktunya berhenti dulu. Tapi sekarang sudah tahu, kalau batuk minum obat herbal. Kalau minum obat itu sembuh. Sampai sekarang, kalau sudah terasa mau batuk, saya langsung minum obat herbal, jadi sudah tidak masalah." (Informan A, 4 Maret 2011)

"Ya sempat berhenti merokok karena penyakit paru-paru saya kambuh. Tapi ya kalau sudah nggak masalah, ya terpancing juga merokok." (Informan B, 4 Maret 2011)

Keunikan karakteristik yang dimiliki setiap individu menjelaskan situasi mengapa persepsi mengenai ancaman rokok antara satu individu dengan yang lainnya bisa berbeda-beda. Oleh karena keunikannya tersebut, persepsi individu bisa sesuai, mendekati atau berbeda dengan realitas. Pada kasus *relapse*, persepsi individu mengenai keseriusan penyakit yang diderita sangat berbeda dengan realitas penyakit itu sendiri. Persepsinya terhadap penyakit tidak kuat dikarenakan motivasi kesehatan yang terbatas. Pengalaman bahwa sakit tidak dirasakan secara terus-menerus, menimbulkan anggapan bahwa dirinya masih baik-baik saja dan walaupun penyakit itu kambuh, maka bisa diatasi dengan mudah.

¹⁷ Wawancara dengan informan pada penelitian tanggal 4 Maret 2011.

¹⁸ *Ibid*

¹⁹ Wawancara dengan informan B pada penelitian tanggal 12 Maret 2011.

Motivasi kesehatan yang terbatas juga mempengaruhi perokok *relapse* dalam memilih strategi guna meminimalisir perasaan terancam akibat rokok. Mereka tidak menghentikan kebiasaan merokoknya secara total, melainkan menciptakan alasan pembenaran, seperti mempercayai bahwa rokok bukan pengendali kematian karena kematian adalah rahasia Tuhan.²⁰ Batas toleransinya terhadap munculnya perilaku merokok tergolong lemah. Mereka tidak merokok di depan keluarga, namun merokok ketika anggota keluarga lain sudah tidur. Mereka memperbolehkan dirinya untuk merokok dengan jumlah sangat sedikit pada satu waktu, meskipun tahu bahwa semakin lama dirinya akan membutuhkan jumlah rokok lebih banyak daripada itu.²¹ Upaya mentolerir perilaku merokok bisa berupa penetapan target yang tidak maksimal atas perilaku sehatnya, misalnya berhenti merokok hanya selama beberapa bulan ditujukan untuk membuang racun dari dalam tubuh.²² Mereka mudah puas atas hasil yang diperoleh dari proses rehabilitasi. Ketika fisik sudah segar atau penyakit sudah sembuh, mereka merasa hasil yang diperoleh dari rehabilitasi sudah cukup sehingga kembali merokok bukan masalah bagi dirinya. Kasus-kasus seperti ini menggambarkan bahwa kepercayaannya terhadap ancaman penyakit tergolong lemah sehingga mereka mudah terpengaruh untuk kembali merokok.

2. Evaluasi Perilaku Sehat

Keputusan individu untuk berhenti merokok diawali dengan kehadiran pemicu sebagai penggugah perilaku. Tetapi, pada kasus *relapse*, efek pemicu semakin lama dirasakan melemah.

“Iya waktu itu berhenti merokok karena pernah ke dokter, dokter bilang harus berhenti karena bisa merusak paru-paru. Ya, setelah itu saya juga kepikiran untuk berhenti merokok dan sempat berhenti merokok. Tapi ya lama-kelamaan merokok lagi” (Informan A, 4 Maret 2011).

Individu sebagaimana layaknya makhluk hidup yang terus berinteraksi dengan lingkungan, menerima banyak rangsangan. Rangsangan yang diterima bisa memperkuat dan bisa juga melemahkan pembentukan perilaku baru. Manfaat dari perubahan perilaku merupakan rangsangan yang memperkuat pembentukan perilaku baru. Beberapa manfaat yang dirasakan ketika mereka menjalankan perilaku sehat adalah badan jadi lebih segar, tidur jadi lebih cepat, pengeluaran sehari-hari jadi hemat, tidak perlu cemas mencari tempat untuk merokok,²³ serta tidak lagi menerima teguran dari keluarga maupun orang lain yang bukan perokok.²⁴

Di sisi lain, individu juga merasakan rangsangan yang melemahkan pembentukan perilaku baru, berupa konsekuensi negatif atau hambatan dari proses rehabilitasi. Salah satunya adalah adanya *withdrawal symptoms*, yaitu suatu gangguan dari pemutusan penggunaan benda yang mengandung zat adiktif. Ini terjadi pada awal masa rehabilitasi, pada beberapa kasus terjadi hingga enam bulan masa absen merokok. *Withdrawal*

²⁰ Wawancara dengan informan A pada penelitian tanggal 4 Maret 2011.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ Wawancara dengan informan A pada penelitian tanggal 4 Maret 2011.

²⁴ Wawancara dengan informan B pada penelitian tanggal 12 Maret 2011.

symptoms bisa berupa gangguan fisik seperti sakit perut, sulit tidur, dan lemas, di samping bisa juga berupa gangguan psikis.²⁵

Biasanya, perokok berat memiliki persepsi yang positif mengenai rokok, misalnya menganggap rokok sebagai teman sejati yang setia menemani dirinya dalam kondisi apapun.

“Merokok itu sudah seperti teman, mau menemani dalam kondisi apapun, lagi sedih, senang, kalau istri kan beda..” (Informan A, 4 Maret 2011).

Persepsi yang demikian semakin memicu perasaan negatif ketika berhenti merokok. Individu merasa cemas, tidak aman dan nyaman karena harus meninggalkan kebiasaan merokok serta harus beradaptasi dengan perubahan perilakunya. Dalam proses adaptasi tersebut, tidak jarang emosinya menjadi fluktuatif; ia cepat merasa tersinggung, motivasi kerjanya juga terganggu.

“... Makanya pas berhenti merokok, pas kerja, rasanya tuh jadi nggak semangat. Merasa nggak ditemani rokok... Saya jadi gampang marah juga, apalagi kalau ada komentar yang meremehkan usaha saya untuk berhenti merokok...” (Informan A, 4 Maret 2011).

Konsekuensi negatif terkait *withdrawal symptoms* memang menjadi salah satu penyebab individu mengakhiri masa rehabilitasinya. Bagi perokok yang sering menjalani rehabilitasi biasanya sudah tahu bagaimana mengatasinya. Ia menyadari bahwa gejala ini akan berlalu dalam jangka waktu yang tidak lama sehingga dianggap kurang mengancam.²⁶ Hal ini diperkuat juga oleh pendapat Sarafino (1990 dalam Pradana, 1998) yang mengatakan bahwa *withdrawal syndrome* hanya berlangsung sementara dan bisa teratasi oleh kebanyakan perokok yang sedang menjalani masa rehabilitasi.

Lebih lanjut, konsekuensi negatif lain yang dirasakan berat adalah dukungan sosial yang minim. Pada saat individu berada dalam proses rehabilitasi, dukungan sosial menjadi hal yang sangat berpengaruh terutama untuk memperkuat perubahan perilaku barunya. Sayangnya, reaksi lingkungan sekitar terkadang tidak seperti yang diharapkan. Seringkali lingkungan menurunkan semangatnya untuk berhenti merokok, misalnya menawarkan rokok, meragukan kesungguhannya saat menjalani proses rehabilitasi (Pradana, 2008), serta mengkritik perubahan perilakunya.

“Karena saya berhenti merokok, ya saya sengaja menghindari tempat-tempat nongkrong. Karena di situ teman-teman merokok semua, takutnya nanti terpengaruh. Tapi kemarin ditegor sama teman. Dibilang saya jadi jarang silaturahmi sama teman-teman. Wah, saya nggak enak banget. Jadi, ya sekarang saya ikut lagi kesana. Nah, melihat orang pada merokok, ya mau nggak mau saya jadi tertarik lagi. Ya kadang-kadang merokok satu dua batang. Saya paling nggak bisa berhenti merokok kalau ada teman di depan saya merokok. Rasanya nggak enak” (Informan A, 4 Maret 2011).

²⁵ Stroebe dan Stroebe (1995 dalam Pradana, 2008) menyatakan bahwa kondisi emosi negatif terjadi sebanyak 35% dari seluruh kasus *relapse*, konflik dengan orang lain terjadi sebanyak 16% dari seluruh kasus *relapse*, dan tekanan dari lingkungan sosial ditemukan sebanyak 20% dari seluruh kasus *relapse*. Lebih lanjut, tidak dijelaskan mengenai sisa penyebab kasus *relapse* lainnya yang tercatat sebanyak 29%. Diasumsikan ada beberapa alasan lain yang tidak tersebut oleh Stroebe dan Stroebe (1995 dalam Pradana, 2008) namun memiliki kontribusi atas terjadinya kasus *relapse*.

²⁶ Wawancara dengan informan A pada tanggal 4 Maret 2011.

Ketika menerima manfaat dan konsekuensi negatif dari perilaku sehat, baik secara sadar maupun tidak, individu melakukan evaluasi. Pada kasus *relapse*, pengaruh rangsangan berupa manfaat dari perilaku sehat terhadap pembentukan persepsi individu terasa lebih lemah dibanding pengaruh rangsangan berupa konsekuensi negatif. Pada saat menjalani perilaku sehat, konsekuensi negatif lebih sering muncul dan dirasakan lebih melelahkan. Sebaliknya, hadirnya rangsangan berupa manfaat dianggap kurang menggairahkan dan tidak sebanding dengan konsekuensi negatifnya.

“Ya memang, berhenti merokok itu memang ada manfaatnya. Tapi ya manfaatnya bukan yang bikin senang kayak ngerokok. Gimana sih, biasa merokok, kan ada tuh rasa yang bikin enak, senang, rileks. Begitu berhenti merokok, ya hilang. Malah jadi cemas karena kan biasa ditemani rokok.. Yah, kalo dibandingin manfaatnya, ya memang kadang-kadang mikir, manfaatnya belum dahsyat banget...” (Informan B, 12 Maret 2011).

Oleh karena penilaiannya tersebut, perhatiannya lebih terfokus kepada konsekuensi negatif perilaku sehat. Ia sibuk memikirkan cara untuk menghentikan kehadiran konsekuensi negatif dibanding meyakini manfaatnya. Ia tidak lagi memikirkan secara serius mengenai kehadiran pemicu yang pernah menggugahnya untuk berhenti merokok karena sudah mendapat pemicu lain untuk membuatnya kembali merokok.

“Ya lihat teman-teman semua merokok, ya lama-lama merokok lagi. Apalagi kalo ada yang nawarin, waktu itu bisa nolak, tapi makin lama susah juga nolaknya. Terus teman juga cerita kalau omnya juga perokok, tapi umurnya tetap panjang Semenjak dari situ, saya merokok lagi...Nasehat dari dokter ya nggak gitu ngaruh lagi. Tau deh kenapa, bingung juga” (Informan B, 12 Maret 2011).

Akibat-akibat di atas terjadi tidak hanya karena pengaruh dari rangsangan semata, namun juga dari pribadi perokok itu sendiri. Individu dengan motivasi kesehatan yang terbatas akan rentan ketika dituntut untuk beradaptasi pada perilaku baru. Perilaku sehat yang ditampilkan jadi tidak konsisten, terkadang tidak merokok dan terkadang kembali merokok meskipun hanya satu dua batang.²⁷ Lebih lanjut, individu yang mengalami *relapse*, terlalu mengandalkan kontrol eksternal atau kontrol dari luar diri sehingga terkesan lebih mudah dipengaruhi lingkungan.

“ Ya, karena merokok itu kan tidak seperti narkoba. Narkoba itu jelas ada sanksi hukumnya, jadi ya wajar kalau sulit berhenti merokok. Sanksinya nggak gitu kuat.” (Informan B, 12 Maret 2011).

Individu meyakini bahwa setiap tindakan yang mereka lakukan didasari rangsangan yang muncul dari lingkungan serta konteks lingkungan itu sendiri.

Berbeda dengan Amerika Serikat yang telah menganggap merokok sebagai perilaku menyimpang karena tidak sehat dan tidak logis, mengindikasikan bahwa sanksi sosialnya terasa tajam (Sarafino, 1990 dalam Pradana, 2008), di Indonesia, kebiasaan merokok masih dianggap sebagai suatu kebiasaan yang umum karena dilakukan oleh kebanyakan orang. Masih banyak ditemukan perokok yang merokok di tempat umum tanpa merasa bersalah, sementara orang lain yang berada di sekitarnya juga terkesan *permissive* dikarenakan ada perasaan sungkan jika harus menegur. Bagi individu dengan tipe kontrol eksternal kuat dan motivasi kesehatan yang lemah, situasi yang

²⁷ Wawancara dengan informan A dan B pada tanggal 4 dan 12 Maret 2011

demikian memicu persepsi bahwa berhenti merokok tidak menimbulkan akibat yang berarti, masalah kesehatan yang notabeneanya belum dirasakan mengancam.²⁸ Baginya, tidak berat meninggalkan perilaku sehatnya, tidak seberat ketika ia harus meninggalkan kebiasaan merokoknya.²⁹

Ironisnya, meskipun pada dasarnya individu tidak begitu sukses menjalani proses rehabilitasi, seringkali ia beranggapan bahwa proses rehabilitasi adalah hal yang mudah dijalani. Baginya, rehabilitasi bisa dijalankan kapanpun dan proses tersebut diyakini bisa dilewati suatu saat.³⁰ Seakan-akan ia memiliki keyakinan atas kemampuan diri sendiri yang tinggi, padahal dikarenakan motivasi kesehatan yang terbatas, mereka jadi mudah memberikan nilai berhasil pada dirinya. Pada kasus lain, individu yang sering mengalami kegagalan dalam proses rehabilitasi menjadi tidak yakin atas kemampuannya untuk berhenti merokok secara total.³¹ Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Marlatt dan Gordon (1980 dalam Pradana, 2008:21), yang menyatakan bahwa melanggar komitmen untuk berhenti merokok (walaupun hanya dengan satu batang rokok) dapat menghancurkan keyakinan diri untuk mengubah perilaku merokoknya.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa di antara faktor-faktor yang ada di dalam HBM, pribadi individu memiliki pengaruh paling menonjol terhadap keberhasilan pembentukan perilaku sehat. Ini terlihat dari pengaruhnya terhadap setiap faktor HBM, mulai dari persepsi terhadap ancaman, evaluasinya terhadap perilaku sehat, serta keberhasilan pemicu. Faktor pribadi yang pertama adalah kontrol diri eksternal yang lebih menonjol dibandingkan kontrol diri internal sehingga memperbesar peluang bagi rangsangan untuk mengatur setiap tindakan yang ia pilih. Jadi, keberhasilan proses rehabilitasi yang terjadi pada dirinya tergantung dari rangsangan, yang notabeneanya bisa memperkuat atau justru memperlemah proses rehabilitasi. Kedua adalah motivasi kesehatan. Bisa dikatakan motivasi kesehatan merupakan inti dari keberhasilan proses rehabilitasi. Hal ini sejalan dengan pendapat Aditama (1992 dalam Pradana, 2008: 4) yang mengatakan bahwa kemauan kuat dan motivasi menjadi faktor penting yang harus dimiliki oleh perokok yang ingin mengakhiri perilaku merokoknya. Menurutnya, metode apapun akan gagal jika individu tidak memiliki dasar motivasi yang kuat, dan walaupun si perokok berhasil berhenti merokok untuk jangka waktu tertentu, maka tidak lama lagi ia akan kembali merokok.

Peran Pemerintah dalam Mempengaruhi *Health Belief* Perokok

Mengingat bahwa keberhasilan pembentukan perilaku sehat tidak terlepas dari pengaruh lingkungan, maka peran pemerintah sebagai pengendali lingkungan terbesar dalam suatu masyarakat, yaitu negara, harus diperhitungkan. Pemerintah memiliki kewenangan untuk membuat serta menetapkan regulasi guna mengatur perilaku masyarakat dalam suatu negara. Di dalam peraturan, ditetapkan batasan-batasan yang harus diikuti dan terlihat jelas peran pemerintah untuk menjaga keseimbangan antara hak dan kewajiban individu sebagai warga negaranya. Terkait dengan perilaku kesehatan,

²⁸ Wawancara dengan informan B pada tanggal 12 Maret 2011

²⁹ *Ibid*

³⁰ Wawancara dengan informan A pada tanggal 4 Maret 2011

³¹ Wawancara dengan informan B pada tanggal 12 Maret 2011

pemerintah melalui peraturan-peraturannya, memiliki andil dalam menentukan tinggi rendahnya tingkat kesehatan masyarakat, termasuk tingkat prevalensi merokok. Peraturan-peraturan tidak hanya berfungsi untuk mengatur individu sebagai pengguna rokok atau individu bukan perokok yang juga harus dilindungi hak-haknya. Lebih dari itu, peraturan juga mengatur peran serta masyarakat. Kalangan masyarakat baik yang berbentuk perorangan, kelompok, badan hukum, badan usaha, lembaga, organisasi diperlukan partisipasinya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai bahaya rokok. Secara spesifik, bagaimana peran pemerintah dan bagaimana pengaruhnya bagi pengguna rokok akan dijelaskan dalam sub pembahasan berikut ini.

1. Peraturan Pemerintah Tentang Rokok

Ada beberapa peraturan pemerintah yang mengatur tentang pengamanan rokok bagi kesehatan. Pertama adalah PP 81/1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan yang diterbitkan oleh pemerintah untuk membantu pelaksanaan upaya pengendalian tembakau sesuai dengan UU 23/1992 Tentang Kesehatan Kemudian, PP 81/1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan direvisi menjadi PP 38/2000 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, lalu direvisi lagi menjadi PP 19/2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (Depkes RI, 2010).

Pengaruh peraturan pemerintah terhadap peningkatan *health belief* pengguna rokok tidak terlepas dari substansi peraturan pemerintah yang ada, terutama yang berkaitan dengan penyelenggaraan, pembinaan serta pengawasan atas pelaksanaan pengamanan rokok. Dalam PP 19/2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, dijelaskan mengenai pengaturan pemberian informasi mengenai kandungan nikotin dan tar serta peringatan terhadap bahaya kesehatan di dalam kemasan rokok. Persyaratan iklan dan promosi rokok juga diatur. Materi iklan dilarang merangsang atau menyarankan orang untuk merokok, sebaliknya iklan tersebut harus mencantumkan bahaya rokok bagi kesehatan. Tidak hanya itu, pemerintah juga mengatur kawasan tanpa rokok yang mencakup tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah serta angkutan umum. Sementara itu, pembinaan dan pengawasan atas pelaksanaan pengamanan rokok bagi kesehatan dilaksanakan melalui pemberian informasi, penyuluhan, dan pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.

Untuk mewujudkan kesuksesan pelaksanaan pengamanan rokok, pemerintah memerlukan dukungan dari masyarakat. Peran masyarakat dilaksanakan melalui:

- a. Pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan penentuan kebijaksanaan dan/atau pelaksanaan program pengamanan rokok bagi kesehatan;
- b. Penyelenggaraan, pemberian bantuan dan/atau kerjasama dalam kegiatan penelitian dan pengembangan penanggulangan bahaya merokok terhadap kesehatan;
- c. Pengadaan dan pemberian bantuan sarana dan prasarana bagi penyelenggara pengamanan rokok bagi kesehatan;
- d. Keikutsertaan dalam pemberian bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat berkenaan dengan penyelenggaraan pengamanan rokok bagi kesehatan;
- e. Kegiatan pengawasan dalam rangka penyelenggaraan pengamanan rokok bagi kesehatan.

Saat ini, sejalan dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah sedang merevisi PP 19/2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, bentuknya masih berupa Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP). RPP ini bernama RPP Pengamanan Produk Tembakau Sebagai Zat Adiktif Bagi Kesehatan, atau dikenal dengan RPP Rokok. RPP ini menekankan penetapan kawasan tanpa rokok yang lebih spesifik untuk membatasi perilaku merokok masyarakat sekaligus melindungi kesehatan orang lain bukan perokok, terutama anak-anak dan perempuan hamil. Sementara itu, pemerintah juga mengatur bentuk peringatan kesehatan di dalam iklan rokok, yaitu dengan menambahkan gambar bahaya rokok. Ini dilakukan untuk menarik perhatian perokok supaya terekam di dalam kesadarannya bahwa rokok berbahaya bagi kesehatan. Pemerintah juga menetapkan larangan iklan orang yang sedang merokok. Tetapi larangan ini dilaksanakan secara bertahap karena mempertimbangkan kesiapan industri rokok.³²

2. Pengaruh Peraturan Pemerintah terhadap *Health Belief* Perokok *Relapse*

Upaya yang dilakukan pemerintah melalui peraturan-peraturan yang ada, diakui oleh perokok *relapse* memiliki pengaruh.

“Ya jelas ada pengaruhnya. Ada kawasan tanpa rokok itu membuat saya jadi mikir-mikir kalau mau merokok di tempat umum. Lihat-lihat dulu. Jadinya nggak sembarangan lagi kalau mau merokok, ada aturannya” (Informan A, 4 Maret 2011).

Aturan yang dibuat oleh pemerintah merupakan rangsangan yang bisa memicu pengguna rokok untuk berhenti merokok atau setidaknya membuat pengguna rokok merasa kurang nyaman apabila merokok di sembarang tempat, seperti yang dialami oleh Informan A. Dengan demikian, pengaturan penetapan kawasan rokok bisa berfungsi sebagai *punishment* dan bisa menjadi pertimbangan bagi individu ketika mengevaluasi perilaku sehat.

Pengaturan materi iklan yang mencantumkan bahaya rokok memiliki pengaruh, terutama dalam meningkatkan persepsi individu mengenai ancaman rokok. Hal ini diakui oleh Informan B, sebagai berikut:

“Ya tau juga bahaya merokok dari kemasannya kan ada. Kalau merokok lagi, terkadang suka terpikir lagi, ini bahaya. Sempat ragu juga untuk lanjut merokok...” (Informan B, 12 Maret, 2011).

Jadi, sebenarnya, informasi-informasi tersebut berguna bagi individu, setidaknya berguna untuk membangkitkan kembali motivasi awal mereka ketika menjalani rehabilitasi.

Meskipun demikian, perlu diakui bahwa pengaruh ini belum dirasakan secara signifikan, terbukti masih banyak pelanggaran yang dilakukan, misalnya masih banyak orang merokok di tempat umum, terutama di angkutan umum. Kebanyakan perokok belum mengetahui secara spesifik peraturan mengenai penetapan kawasan tanpa rokok. Biasanya, mereka mengidentifikasi kawasan tanpa rokok dari tanda dilarang merokok yang tercantum atau dari informasi yang diberikan oleh rekan-rekannya.³³ Individu juga

³² Beleid Pengendalian Rokok Berlaku Tahun Ini oleh Kontan Online, <http://nasional.kontan.co.id/v2/read/nasional/59273/Beleid-pengendalian-rokok-berlaku-tahun-ini>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

³³ Wawancara dengan informan B, 12 Maret 2011.

sering menggantungkan perilakunya terhadap sanksi yang berlaku dan ketika sanksi tidak dijalankan secara tegas, mereka kembali melanjutkan kebiasaan merokoknya.³⁴

Simpulan

Menurut *Health Belief Model*, pengguna rokok bisa mengalami *relapse* atau kambuh lagi karena beberapa faktor. Dua faktor yang utama adalah persepsinya terhadap ancaman serta evaluasinya terhadap perilaku sehat. Perokok belum menyadari sepenuhnya bahwa rokok berbahaya bagi dirinya. Motivasi kesehatan yang terbatas membuat dirinya mudah puas atas hasil yang diperoleh dari proses rehabilitasi. Mereka mentolerir munculnya perilaku merokok, bahkan batas toleransi yang diberikan cenderung lemah. Selain itu, mereka juga rentan ketika dihadapkan pada konsekuensi negatif perubahan perilaku sehat. Kontrol diri eksternal yang kuat membuat mereka mudah dipengaruhi lingkungan. Rangsangan berupa konsekuensi negatif dari perubahan perilaku sehat dirasakan lebih kuat mempengaruhi persepsinya dibanding rangsangan berupa manfaat. Pada akhirnya, perhatian mereka terfokus pada konsekuensi negatif dan cara untuk menghentikannya. Pemicu yang pernah menggugah mereka untuk berperilaku sehat, semakin lama efeknya terasa lemah karena mereka mendapatkan pemicu lain untuk membuatnya kembali merokok.

Selanjutnya, keberhasilan pembentukan perilaku sehat tidak terlepas dari peran pemerintah. Melalui peraturan-peraturannya, pemerintah berupaya meningkatkan kesadaran pengguna rokok mengenai bahaya rokok serta melindungi orang yang bukan perokok melalui penetapan kawasan tanpa rokok. Hal-hal tersebut tercantum dalam peraturan pemerintah tentang pengamanan rokok bagi kesehatan, dari mulai PP 81/1999; PP 38/2000; serta PP 19/2003. Saat ini, pemerintah juga sedang menyiapkan RPP tentang Rokok untuk merealisasikan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. RPP ini menekankan penetapan kawasan tanpa rokok yang lebih spesifik, peringatan bahaya rokok bergambar di dalam iklan, serta larangan iklan rokok yang dijalankan secara bertahap. Semua hal di dalam peraturan tersebut dapat berfungsi sebagai rangsangan bagi pengguna rokok supaya menjalankan perilaku sehat.

Oleh karenanya, ada hal yang peneliti sarankan melalui tulisan ini. Pertama adalah saran bagi penelitian. Untuk memperkaya pengambilan data, metode observasi tampaknya perlu dilakukan. Begitu pula dengan pengujian kuantitatif. Dengan pengujian kuantitatif, maka akan mudah melihat secara pasti, besaran pengaruh tiap-tiap faktor HBM terhadap perilaku sehat sekaligus menentukan secara pasti faktor HBM yang paling berpengaruh terhadap perilaku sehat. Selain teknik pengambilan data, informan perlu diperbanyak supaya kompleksitas individu semakin terlihat. Peneliti juga berharap adanya penelitian lanjutan yang mengupas permasalahan pada perokok ringan dan menengah. Dengan pemahaman yang utuh, diharapkan intervensi terhadap perilaku merokok bisa tepat sasaran.

Saran kedua berkaitan peran pemerintah. Untuk menurunkan jumlah perokok yang kian meningkat, diperlukan keseriusan pemerintah menjalankan peraturan yang ada. Konsistensi pelaksanaan peraturan perlu ditekankan supaya perubahan perilaku sehat benar-benar terlaksana dan dapat bertahan selamanya. Pemberian peringatan bahaya

³⁴ *Ibid.*

rokok berbentuk gambar di dalam iklan rokok adalah solusi yang baik. Akan lebih optimal apabila iklan layanan masyarakat terkait rokok diperbanyak. Pemaparan data-data yang mendukung serta penyajian pengalaman mantan perokok bisa dipertimbangkan guna meningkatkan kesadaran perokok.

Untuk mengantisipasi munculnya permasalahan merokok, peran serta masyarakat, seperti guru di sekolah, perlu diperhitungkan. Sekolah merupakan tempat dimana pendidikan berlangsung dan tempat dimana seorang anak menghabiskan banyak waktunya dalam sehari. Oleh karenanya, pendidikan di sekolah menjadi penting untuk membentuk kesadaran peserta didik mengenai dampak rokok bagi kesehatan. Pemahaman ini perlu dibentuk sedini mungkin mengingat banyak kasus merokok terjadi pada tahap remaja awal, bahkan pada beberapa kasus terjadi pada tahap kanak-kanak. Pemahaman mengenai bahaya rokok tidak hanya diberikan melalui pelajaran atau nasehat, namun juga melalui perilaku yang ditunjukkan oleh semua pihak, terutama guru. Guru dituntut menjadi *role model* yang baik, artinya guru harus dapat memberi contoh bagi anak didiknya dengan berperilaku sehat, termasuk menghindari rokok secara konsisten. Dengan demikian, diharapkan, anak-anak tidak mencoba-coba merokok hanya karena pergaulan atau karena ingin mendapat citra perkasa. Sebab, ketika mereka sudah mencoba, tidak menutup kemungkinan perilaku merokok itu akan berlanjut hingga mereka dewasa atau bahkan tua nantinya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Albery, Ian P., Munafo, Marcus. (2011). *Psikologi Kesehatan: Panduan Lengkap Dan Komprehensif Bagi Studi Psikologi Kesehatan*. Palmall.
- Marteau, Theresa. M. (1995). *Health Beliefs and Attributions dalam Health Psychology: Processes and Applications Second Edition*. Chapman and Hall: London.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta: Jakarta.

Artikel

- CDC. (2002). *Cigarette Smoking Among Adults, United States, 2000*. MMWR, 51, 542-645.
- Depkes RI (2010). *Laporan Eksekutif Menteri Kesehatan RI Tentang Framework Convention On Tobacco Control (TFCC) Atau Konvensi Pengendalian Masalah Tembakau*.
- Tobacco Control Support Center Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia. (2008). *Paket pengembangan Kawasan Tanpa Rokok: Pedoman Untuk Advokator*.

Jurnal

Piasecki, Thomas. M. (2006). *Relapse to Smoking. Clinical Psychology Review* 26 196-215. *Department of Psychological Sciences, University of Missouri-Columbia, Columbia, USA.*

Skripsi

Pradana, Kemal Adhi (2008). *Dinamika Motivasi Mengakhiri Perilaku Merokok Pada Mantan Perokok Yang Pernah Mengalami Relapse*. Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Situs Internet

<http://id.wikipedia.org/wiki/Rokok>, diakses tanggal 28 Februari 2011.

<http://forumkristen.com/komunitas/index.php?topic=13946.0>, diakses pada tanggal 28 Februari 2011.

http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf, diakses pada 2 Maret 2011.

http://www.litbang.depkes.go.id/tobaccofree/media/FactSheet/FactInd/8_mitosfakta_dec404.pdf, diakses pada tanggal 2 Maret 2011

<http://www.scribd.com/doc/31399697/Karya-Tulis-Ilmiah-Sarjana-Kedokteran>, diakses pada tanggal 2 Maret 2011.

<http://ksupointer.com/10-negara-dengan-jumlah-perokok-terbesar-di-dunia>, diakses pada tanggal 2 Maret 2011.

<http://www.jblearning.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

Kintoko, Rochadi. (2005). *Berbagai Upaya Penanggulangan Rokok di Indonesia. Info Kesehatan Masyarakat*, Vol. IX. No. 2 <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/18863/1/ikm-okt2005-9%20%282%29.pdf>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

<http://nasional.kontan.co.id/v2/read/nasional/59273/Beleid-pengendalian-rokok-berlaku-tahun-ini>, diakses pada tanggal 3 Maret 2011.

Perundang-Undangan

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.