

PENGETAHUAN TENTANG ROKOK, PUSAT KENDALI KESEHATAN EKSTERNAL DAN PERILAKU MEROKOK

Sitti Chotidjah

Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung 40154, Indonesia

E-mail: *u_see2001@yahoo.com*

Abstrak

Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pusat kendali kesehatan eksternal terhadap perilaku merokok yang dimediasi oleh pengetahuan tentang rokok pada remaja laki-laki. Teknik sampling yang digunakan adalah aksidental sampling. Subjek penelitian adalah 110 remaja berusia 15–20 tahun di Yogyakarta. Hasil uji reliabilitas menunjukkan skala pusat kendali kesehatan eksternal memiliki reliabilitas yang baik ($\alpha = 0,854$) sedangkan tes pengetahuan tentang rokok memiliki KR-20 = 0,311 dan skala perilaku merokok $\alpha = 0,405$ yang artinya bahwa kedua alat ukur tersebut kurang reliabel. Selain itu, data penelitian tidak memenuhi asumsi normalitas ($\hat{\alpha} = 0,005 < 0,05$) dan linieritas yang disyaratkan untuk melakukan analisis jalur sehingga data penelitian tidak dapat digunakan untuk menguji hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini. Hasil uji dengan t-tes menunjukkan terdapat perbedaan pusat kendali kesehatan eksternal ($t = -0,913$; $p = 0,363$; $F = 1,360$; $p = 0,204 > 0,05$) dan pengetahuan tentang rokok ($t = 1,572$; $p = 0,119$; $F = 1,276$; $p = 0,261 > 0,05$) antara perokok tetap dan perokok coba-coba. Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan ada hubungan antara perilaku merokok dengan pusat kendali kesehatan eksternal ($r_s = 0,210$; $p = 0,027 < 0,05$) tetapi tidak ada hubungan antara perilaku merokok dengan pengetahuan tentang rokok ($r_s = 0,155$; $p = 0,105 > 0,05$).

Knowledge Related Cigarettes, External Health Locus of Control and Smoking Behavior

Abstract

This study was to determine the effect of an external health locus of control on smoking behavior mediated by knowledge about smoking in adolescent boys. The sampling technique was accidental sampling. Subjects were 110 adolescents aged 15-20 years from Yogyakarta. Reliability test results demonstrate the scale of the external health locus of control has good reliability ($\alpha = 0.854$), while a test of knowledge about smoking have KR-20 = 0.311 and scale $\alpha = 0.405$ smoking behavior, which means that two instruments are less reliable. In addition, the research data did not meet the assumptions of normality ($\hat{\alpha} = 0.005 < 0.05$) and linearity that are required to analyze the data in path analysis. The test results with t-test showed that there were differences in external health locus of control ($t = -0.913$, $p = 0.363$; $F = 1.360$, $p = 0.204 > 0.05$) and knowledge related to smoking ($t = 1.572$, $p = 0.119$; $F = 1,276$, $p = 0.261 > 0.05$) among regular and experiment smokers. Spearman correlation test results showed there is a correlation between smoking behavior with external health locus of control ($r_s = 0.210$, $p = 0.027 < 0.05$) but there is no correlation between smoking behavior with knowledge related to smoking ($r_s = 0.155$, $p = 0.105 > 0,05$).

Keywords: health external locus of control, knowledge related to smoking, smoking behavior

1. Pendahuluan

Perilaku merokok masih merupakan masalah kesehatan dunia karena dapat menyebabkan berbagai penyakit dan bahkan kematian (BKKBN, dalam Lizam 2009). Bagi sebagian besar masyarakat Indonesia, rokok adalah salah satu kebutuhan hidup. Data pada Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (UI) tahun 2006 (dalam Supriadi, 2010) mencatat bahwa “rokok merupakan pengeluaran terbesar kedua yaitu

sebesar 11,89% setelah pengeluaran untuk padi-padian yang mencapai 22,10%, dan lebih tinggi dari pengeluaran untuk biaya listrik, telepon dan bahan bakar minyak (BBM) yang sebesar 10,95 % dan sewa dan kontrak tempat tinggal yang mencapai 8,82%” (10 Fakta-Fakta Rokok di Indonesia, para. 5).

Menurut Setyoadi (2011, dalam Indonesia Menempati Urutan Pertama, para. 1), Indonesia merupakan negara yang memiliki jumlah perokok remaja terbanyak di

dunia. Sekitar 80% perokok di Indonesia memulai kebiasaannya tersebut sebelum berumur 19 tahun” (“Mengarahkan Sasaran,” para. 3). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 pun menunjukkan bahwa usia pertama kali merokok tiap hari yaitu usia 10–14 tahun sebanyak 9,6%, 15–19 tahun sebanyak 36,3%, 20–24 tahun 16,3%, 25–29 tahun sebanyak 4,4% dan ≥ 30 tahun sebanyak 3,2%. Riset ini dilakukan di 33 provinsi dan secara nasional persentase usia mulai merokok tiap hari yang menduduki tempat tertinggi adalah usia 15–16 tahun yaitu sebanyak 36,3%. Berita Metro TV, 15 Februari 2013 pukul 16.20 pun memberitakan bahwa Indonesia mendapat label, “*Baby Smoker*” karena prevalensi jumlah perokok anak yang meningkat secara signifikan dan usia mulai merokok yang semakin muda.

Kondisi ini tentu saja memprihatinkan karena anak merupakan kelompok yang rentan dan berpotensi menjadi perokok jangka panjang (Soerojo, dalam Astuti 2010). Perilaku merokok yang dimulai pada usia anak-anak dan remaja juga seringkali disertai dengan perilaku kekerasan dan penggunaan narkoba. Perilaku merokok pun membuat seseorang cenderung untuk mencoba obat-obatan terlarang di masa depan (Fleming *et al.*, dalam Taylor, 2006).

Perokok aktif berisiko untuk terkena kanker hati dan paru, bronkitis kronis, *emphysema*, gangguan pernafasan, kerusakan dan luka bakar, berat badan rendah dan perkembangan yang terhambat pada bayi (*Center for The Advancement of Health* dalam Taylor 2006). Dampak rokok bahkan sudah terlihat pada perokok di umur 20-an yaitu terdapat kerusakan permanen pada saluran kecil di paru-paru dan pembuluh darah mereka serta cairan dari paru-paru perokok menunjukkan peningkatan sel radang dan meningkatnya level kerusakan pada paru-paru (U.S. DHHS, dalam Slovic, 2001). Perokok yang tidak berhenti sebelum berusia 35 tahun memiliki peluang sebesar 50% meninggal disebabkan oleh penyakit yang berkaitan dengan rokok (Doll, *et al.*, dalam Mc.Vea, 2006).

Sarafino (1998) menyatakan bahwa perilaku yang berkaitan dengan kesehatan tidak terlepas dari keyakinan mereka dalam pengendalian diri. Seseorang yang percaya bahwa ia memiliki kontrol penuh terhadap perilakunya maka ia akan memiliki pengendalian diri internal sementara orang yang percaya bahwa faktor di luar dirinya yang bertanggung jawab bagi perilakunya tersebut maka ia akan memiliki pengendalian diri eksternal. Pusat kendali kesehatan merupakan salah satu faktor yang menentukan perilaku kesehatan dan secara tidak langsung menentukan status sehat seseorang. Dengan kata lain, pusat kendali kesehatan dimediasi oleh perilaku kesehatan yang akan mempengaruhi status kesehatan orang tersebut. Hal ini terjadi karena keyakinan ini telah dipelajari selama

mereka hidup dan menjadi status kesehatan mereka pada masa lalu dan juga pengalaman kesehatan yang bersifat pribadi dan nyata (Wallston dalam Wallston, Stein & Smith, 1994).

Lefcourt (1982) memiliki pendapat bahwa pengendalian perilaku kesehatan pada individu tidak terlepas dari informasi yang dimilikinya. Individu yang memiliki pusat kendali internal cenderung akan lebih sensitif dan siap untuk mempelajari keadaan di sekitar mereka. Mereka memiliki rasa ingin tahu untuk mencari, menerima dan memproses informasi lebih banyak daripada mereka yang memiliki pusat kendali eksternal. Orang yang memiliki pusat kendali internal, umumnya akan lebih berhati-hati dan mempertimbangkan pilihan dan keterlibatan mereka dalam perilaku tertentu. Sementara individu eksternal yang lebih dogmatis dan lebih percaya dengan hal-hal yang gaib maka mereka lebih mudah dipengaruhi, merasa tidak berdaya dan tidak mampu berurusan dengan kegagalan. Mereka juga dengan mudah mengalami kecemasan dan depresi. Oleh karena itu, orang yang memiliki pusat kendali eksternal cenderung tidak memiliki solusi alternatif terhadap permasalahan mereka yang bersumber dari pengetahuan yang memadai. Individu yang memiliki pusat kendali eksternal mengalami kesulitan dalam membuat keputusan terkait dengan pemenuhan kebutuhan mereka, tidak memiliki pandangan yang jelas tentang masa depan atau kurang mampu mengintegrasikan fakta dan ide-ide baru.

Perbedaan-perbedaan ini juga dimulai dari fakta bahwa individu dengan pusat kendali internal percaya bahwa mereka dapat bertindak atas keinginan mereka sendiri sehingga mereka memerlukan informasi lebih. Sedangkan individu dengan pusat kendali eksternal cepat menerima ketergantungan pada orang lain yang lebih kompeten dan situasi ini tidak memerlukan banyak informasi (Lefcourt dalam Clarke, MacPherson & Holmes, 1982).

Penelitian yang dilakukan oleh Kenkel (1991) menunjukkan bahwa di antara perilaku mengkonsumsi alkohol, merokok dan olahraga maka perilaku merokoklah yang memiliki hubungan yang paling erat dengan pengetahuan tentang kesehatan. Hal ini berarti bahwa perilaku merokok dapat dengan mudah berubah jika pengetahuan tentang rokok dan dampaknya pada kesehatan meningkat.

Lipperman-Kreda & Grube (2009) menemukan bahwa perilaku merokok pada remaja sebagian besar merupakan hasil dari proses kognitif bahwa mereka memiliki antisipasi terhadap konsekuensi terkait dengan perilaku-perilaku mereka. Perilaku merokok mereka pun ditentukan oleh keyakinan mereka terhadap perilaku tersebut diantaranya penghayatan sosial dan resiko-resiko kesehatan atau keuntungan-keuntungan dari

merokok, kemudahan mendapatkan rokok dan persepsi terhadap perilaku merokok yang berasal dari teman.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa informasi merupakan aspek yang menghubungkan antara pusat kendali kesehatan dan perilaku seseorang. Artinya pengetahuan seseorang tentang rokok akan meningkatkan kontrol dirinya pada masalah kesehatan. Orang yang memiliki pengetahuan yang benar tentang rokok dan konsekuensinya akan cenderung memiliki pusat kendali kesehatan internal dan tidak merokok. Sebaliknya, seseorang yang memiliki sedikit pengetahuan tentang rokok maka ia cenderung memiliki pusat kendali kesehatan eksternal dan merokok.

2. Metode Penelitian

Desain. Penelitian ini adalah penelitian non-eksperimental dengan menggunakan pendekatan korelasi dan paradigma model deduktif yang menekankan hipotesis yang telah dirumuskan sejak awal.

Hipotesis. Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini adalah pengaruh pusat kendali kesehatan eksternal terhadap perilaku merokok pada remaja dimediasi oleh pengetahuan tentang rokok. Bagan di bawah ini menggambarkan hubungan kausalitas antar variabel berdasarkan teori yang telah diuraikan.

Panah garis dan putus-putus menunjukkan hubungan antar variabel. Analisis jalur merupakan model yang dapat menjelaskan akibat langsung dan tidak langsung (Cramer, 2003). Alur model berdasarkan bagan yaitu pusat kendali kesehatan eksternal secara langsung mempengaruhi perilaku merokok (jalur c) dihubungkan dengan panah putus-putus dan akibat tersebut akan semakin besar jika dimediasi oleh pengetahuan tentang rokok (jalura dan b) dihubungkan dengan panah garis. Artinya bahwa jika remaja memiliki pengetahuan tentang rokok yang baik maka pusat kendali kesehatan eksternal dan perilaku merokoknya cenderung akan berkurang.

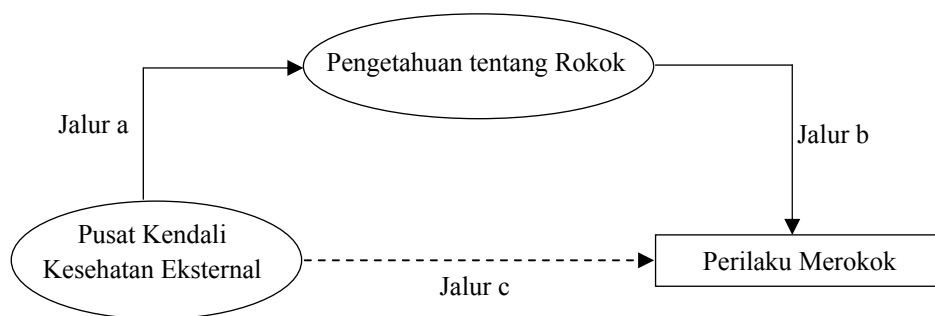
Sampel. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah aksidental *sampling* dengan subjek

perokok yang berhasil dikumpulkan adalah sebanyak 110 perokok remaja laki-laki, berusia 15-20 tahun. Subjek berasal dari tiga sekolah di Yogyakarta yaitu SMKN 2, SMK Piri 1, dan SMK Perindustrian.

Alat Ukur.

a) Skala perilaku merokok. Perilaku merokok adalah menghisap asap dari rokok dengan cara membakar ujungnya dan menghirup asapnya dari ujungnya yang lain. Perilaku merokok pada penelitian ini diukur dengan skala perilaku merokok. Skala ini berisi item pertanyaan yang mengukur jumlah rokok yang dikonsumsi dalam 30 hari terakhir dan waktu yang dibutuhkan dari saat bangun tidur sampai rokok pertama yang dikonsumsi berdasarkan pengakuan subyek. Subyek memberikan jawaban pada pilihan yang tersedia dengan memberikan tanda centang (✓) dari empat jawaban alternatif. Skor yang diperoleh menunjukkan tinggi rendahnya perilaku merokok subjek. Hasil uji validitas pada skala ini menunjukkan kedua item valid dengan nilai reliabilitas (α) $0,405 \leq 0,60$ yang artinya keterandalan alat ukur ini rendah. Selain itu, perilaku merokok subjek pada penelitian ini juga dikelompokkan menjadi kategori non perokok, perokok coba-coba, dan perokok tetap. Menurut Han, Chen, Wen, Liang & Ling (2011) non perokok yaitu mereka yang tidak pernah mengisap rokok walaupun sekali hisapan, perokok coba-coba adalah mereka yang merokok lebih dari sekali setiap minggunya atau dalam waktu kurang dari sebulan dan perokok tetap adalah mereka yang merokok setiap minggu atau setiap hari dalam waktu tiga (3) bulan berturut-turut.

b) Pusat kendali kesehatan eksternal. Pusat kendali kesehatan eksternal adalah keyakinan seseorang bahwa kendali kesehatannya bersumber dari luar dirinya yang terdiri atas dua aspek yaitu; pengaruh dari orang lain (*powerful others*) yaitu keyakinan individu bahwa orang lain seperti orangtua, teman, dokter dan perawat yang menentukan kondisi kesehatannya dan kesempatan (*chance*) yaitu keyakinan individu bahwa kesempatan, keberuntungan dan peristiwa-peristiwa yang terjadi, di luar kendali dirinya seperti takdir dan keberuntunganlah yang mempengaruhi kondisi kesehatannya.



Gambar 1. Bagan Alur Hipotesis Variabel Penelitian

Pusat kendali kesehatan eksternal diukur dengan Skala Multidimensional Pusat Kendali Kesehatan yang disusun oleh Wallston, Wallston & De Vellis (1978) dan telah disesuaikan dengan penelitian ini. Skala ini telah digunakan dalam berbagai penelitian di bidang kesehatan dan memiliki validitas serta reliabilitas yang cukup baik (Wallston, 2005). Salah satu contoh pernyataan item pada skala ini adalah “Kesembuhan saya dari suatu penyakit seringkali dikarenakan oleh motivasi yang diberikan oleh teman-teman”. Subjek dapat memberikan jawaban atas pernyataan-pernyataan tersebut dengan memberikan tanda (\checkmark) pada salah satu alternatif jawaban yang ada yaitu sangat sesuai = 4, sesuai = 3, tidak sesuai = 2 dan sangat tidak sesuai = 1. Skor yang tinggi menunjukkan tingkat keyakinan individu bahwa kesehatannya dipengaruhi oleh sumber-sumber yang berasal dari luar dirinya. Pusat kendali kesehatan eksternal mengukur tingkat kendali yang berasal dari luar diri subjek berdasarkan dua aspek yaitu pengaruh dari orang lain (*powerful others*) dan kesempatan/nasib (*chance*) dengan empat alternatif jawaban. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa dari 24 item terdapat 16 item yang valid yang memiliki nilai rhit 0,269-0,837 dengan nilai reliabilitas (α) 0,854.

c) Pengetahuan tentang rokok. Pengetahuan tentang rokok adalah informasi yang dimiliki oleh seseorang tentang zat-zat yang terkandung oleh rokok, penyakit-penyakit yang disebabkan oleh perilaku merokok dan pengetahuan umum seputar rokok seperti akibat rokok pada wanita hamil, remaja dan orang dewasa serta perokok pasif, prevalensi jumlah rokok remaja di negara-negara berkembang, aturan periklanan rokok dan hari bebas rokok se dunia. Pilihan jawaban dari tes ini adalah Ya dan Tidak yang bersifat dikotomi. Subjek diminta memilih dan melingkari jawaban yang menurutnya paling benar. Salah satu contoh item pertanyaan pada alat ukur ini adalah “Merokok dapat menyebabkan jantung koroner”. Skor jawaban yang benar mendapatkan nilai satu dan bagi jawaban yang salah atau kosong akan mendapatkan nilai 0. Skor yang diperoleh pada tes pengetahuan tentang rokok menunjukkan tinggi rendahnya pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang. Seleksi item-item yang valid pada tes ini dilakukan berdasarkan indeks kesukaran dan daya diskriminasi item. Berdasarkan nilai $p \geq 0,50$ (Azwar, 2010) dan $d \geq 0,30$ (Ebel dalam Azwar, 2010) maka diperoleh 9 item yang memenuhi kedua persyaratan tersebut. Penghitungan reliabilitas alat ukur ini dengan menggunakan formula Kuder-Richardson menunjukkan alat ukur ini tidak reliabel ($KR-20 = 0,311$) yang artinya bahwa tes pengetahuan tentang rokok tidak dapat diandalkan, kurang memiliki konsistensi dalam mengukur pengetahuan tentang rokok.

d) Angket status merokok. Angket status merokok berisi pertanyaan-pertanyaan yang mengukur status perokok (non perokok, perokok tetap atau coba-coba),

usia pertama kali merokok, situasi dan kondisi yang mendorong remaja untuk merokok, sumber informasi tentang rokok dan sumber informasi layanan masyarakat tentang akibat merokok. Subjek diminta untuk memberikan tanda (\checkmark) pada pilihan jawaban yang disediakan atau menuliskan jawabannya jika pilihan jawaban yang disediakan tidak sesuai dengan kondisi subjek.

3. Hasil dan Pembahasan

Baron & Kenny (1986) berpendapat bahwa terdapat persamaan regresi yang harus dipenuhi untuk menganalisis data dengan menggunakan model jalur yaitu: (a) Variabel independen harus mempengaruhi mediator (dalam persamaan 1), (b) Variabel independen harus mempengaruhi variabel tidak bebas (persamaan 2), (c) Variabel mediator harus mempengaruhi variabel tidak bebas (persamaan 3).

Berdasarkan hasil uji normalitas data perilaku merokok dengan menggunakan One-Sample Kolmogorov Smirnov Test didapatkan nilai K-S = 1,773 dengan $p = 0,004 < 0,05$ yang artinya adalah data tidak terdistribusi dengan normal. Hal ini dapat disebabkan oleh skala perilaku merokok yang tidak reliabel ($\alpha = 0,405$).

Selain skala perilaku merokok, tes pengetahuan tentang rokok juga kurang reliabel ($\alpha > 0,60$) sehingga dapat dikatakan bahwa kedua alat ukur tersebut tidak memberikan hasil yang konsisten dalam mengukur perilaku merokok maupun pengetahuan tentang rokok. Hal ini dapat disebabkan oleh kekhawatiran subjek jika mereka memberikan jawaban yang sebenarnya dan diketahui oleh pihak sekolah maka akan mendapatkan sanksi walaupun mereka telah diberikan jaminan bahwa data penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya.

Uji linearitas antara variabel perilaku merokok dengan pusat kendali kesehatan eksternal diperoleh nilai $F_{linearity} = 4,343$ dengan $p = 0,04$ ($p < 0,05$) dan variabel perilaku merokok dengan pengetahuan tentang rokok diperoleh nilai $F_{linearity} = 2,633$ dengan $p = 0,108$ ($p > 0,05$) yang berarti hubungan antara perilaku merokok dengan pusat kendali kesehatan eksternal memiliki hubungan yang linier sedangkan perilaku merokok dan pengetahuan tentang rokok tidak linier.

Oleh karena itu, data pada penelitian ini tidak dapat dianalisis dengan menggunakan analisis jalur yang digunakan untuk menguji hipotesis yang diajukan pada awal penelitian ini karena tidak memenuhi kriteria yang disyaratkan. Hal ini juga berarti bahwa pengetahuan tentang rokok tidak memediasi pusat kendali kesehatan eksternal dan perilaku merokok pada remaja laki-laki.

Kemudian data dianalisis dengan menggunakan t-test untuk melihat apakah ada perbedaan antara pusat

kendali kesehatan eksternal dan pengetahuan tentang rokok pada perokok tetap dan perokok coba-coba. Hasil perhitungan yang diperoleh menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara pusat kendali kesehatan eksternal ($t = -0,913$; $p = 0,363$; $F = 1,360$; $p = 0,204 > 0,05$) dan pengetahuan tentang rokok ($t = 1,572$; $p = 0,119$; $F = 1,276$; $p = 0,261 > 0,05$) pada perokok tetap maupun perokok coba-coba. Hasil uji korelasi dengan menggunakan Spearman menunjukkan ada hubungan antara perilaku merokok dengan pusat kendali kesehatan eksternal ($r_s = 0,210$; $p = 0,027 < 0,05$) dan tidak ada hubungan antara perilaku merokok dengan pengetahuan tentang rokok ($r_s = 0,155$; $p = 0,105 > 0,05$) (Tabel 1).

Pembahasan. Perilaku merokok di Indonesia khususnya remaja telah menjadi masalah yang memerlukan penanganan serius karena prevalensinya yang semakin meningkat dan usia mulai merokok yang semakin muda. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa usia mulai merokok pada remaja laki-laki adalah 7 tahun (Tabel 2). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Prabandari (1994) dan Astuti (2010).

Sebagian besar perokok remaja pertama mengenal rokok dari teman-teman mereka (63,63%), orangtua (16,36%) dan keluarga (12,72%) yang merupakan orang paling dekat dalam kehidupan sosial mereka. Penelitian oleh Chen, Huang & Chao (2009) menemukan bahwa remaja yang merokok memiliki orangtua atau teman dekat yang juga merokok. Demikian pula dengan hasil penelitian dari Fitri (2002) yang menunjukkan bahwa teman sebaya dan orangtua merupakan prediktor bagi perilaku merokok pada remaja. Hal ini juga diperkuat oleh pernyataan mereka bahwa situasi dan kondisi yang sering mendorong mereka untuk merokok yaitu saat bersama-sama dengan teman mereka yang juga perokok. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Charlton *et al.*, (dalam Ogden 2000) bahwa merokok adalah salah satu cara bagi para remaja untuk bersosialisasi dan menjalin pertemanan (Guo *et al.*, 2010). Oleh karena itu maka tidaklah mengherankan jika salah satu situasi dan kondisi yang kemudian membuat seorang remaja untuk merokok adalah saat bersama dengan teman-teman mereka yang juga perokok (60%).

Pengetahuan tentang rokok bukan merupakan prediktor untuk perilaku merokok pada perokok remaja dalam penelitian ini. Pengetahuan mereka tentang merokok berada pada kategori tinggi (83,63%). Sebagian besar sampel penelitian ini (93,63%) menyatakan bahwa mereka telah melihat iklan di pelayanan kesehatan masyarakat tentang pengaruh perilaku merokok dan televisi sebagai media informasi yang paling banyak diakses oleh mereka.

Hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan dengan pernyataan Rice & Dolgin (2008) bahwa keputusan

yang berkaitan dengan perilaku kesehatan pada remaja adalah hasil dari keterlibatan faktor-faktor kompleks yang mencakup pengetahuan mereka tentang konsekuensi kesehatan dari perilaku tertentu dan kemampuan mereka untuk menilai risiko dan mengambil keputusan yang rasional sehingga walaupun mereka memiliki pengetahuan tentang akibat merokok, faktor lain seperti kemampuan berpikir abstrak yang belum berkembang dengan sempurna, perilaku orangtua, tekanan teman sebaya, dan nilai-nilai sosial memiliki pengaruh yang kuat dalam menentukan perilaku kesehatannya.

Pusat kendali kesehatan eksternal sebanyak 90,9% berada pada kategori sedang. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku remaja yang berkaitan dengan kesehatan di Indonesia masih sangat dipengaruhi oleh lingkungan. Menurut Rotter (dalam Pervin, 1980), seseorang akan menampilkan perilaku atau tidak terkait dengan dua gagasan yaitu (1) harapan individu bahwa perilakunya tersebut akan mendapatkan hasil atau mencapai tujuan tertentu dan (2) evaluasi terhadap hasil yang positif.

Lebih lanjut Rotter mengasumsikan bahwa perilaku dibentuk oleh variabel eksternal (penguatan) serta variabel internal (proses kognitif) dan pengharapan yang subyektif yang dimiliki manusia. Perilaku tertentu akan menghasilkan penguatan tertentu pula dan berdasarkan hal itulah maka individu akan mengatur perilakunya dengan menetapkan nilai atau derajat kepentingan yang berbeda untuk setiap jenis penguat dalam situasi yang berbeda. Dengan demikian, fungsi kontrol yang dilakukan oleh kognitif adalah berdasarkan kesan-kesan dan pengalaman sertaantisipasi ke arah tujuan yang akan dicapai dengan perilakunya.

Berbeda dengan Rotter, Smith & Wallston (1992) berpendapat bahwa menjadi sehat tidak hanya dapat dilihat sebagai tujuan akhir, tetapi juga dapat bertindak

Tabel 1. Statistik Deskriptif Subjek Penelitian (N = 110)

Variabel	Skor		Mean	S.D.	Persentase
	Min	Maks			
Perilaku merokok	2	8	3,98	1,753	-
Rendah	-	-	-	-	10,909
Sedang	-	-	-	-	46,36
Tinggi	-	-	-	-	42,72
Pusat kendali kesehatan eksternal	25	56	37,45	5,735	-
Rendah	-	-	-	-	6,36
Sedang	-	-	-	-	90,9
Tinggi	-	-	-	-	2,73
Pengetahuan tentang rokok	4	13	10,24	1,915	-
Rendah	-	-	-	-	0,909
Sedang	-	-	-	-	15,45
Tinggi	-	-	-	-	83,63

Tabel 2. Status Perokok, Usia Mulai Merokok, Situasi dan Kondisi untuk Merokok, Sumber Informasi tentang Rokok serta Sumber Informasi Layanan Masyarakat tentang Akibat Roko

Variabel	Persentase
Status Perokok	
Tetap	44,545
Coba-coba	55,45
Usia (tahun)	
7	0,9
8	0,9
10	1,818
11	8,181
12	10,909
13	11,818
14	15,45
15	20
16	16,36
17	5,45
18	0,9
Situasi dan kondisi yang mendorong remaja untuk merokok	
Saat bersama dengan teman yang juga perokok	60
Setelah makan	32,72
Tempat-tempat pribadi	9,09
Diantara orang yang tidak merokok	1,8
Sumber informasi tentang rokok	
Teman	63,63
Orangtua	16,36
Saudara	12,72
Televisi	9,09
Lingkungan	9,09
Majalah	3,63
Film	1,82
Radio	0,909
Lain-lain	0,909
Sumber informasi layanan masyarakat tentang akibat rokok	
Televisi	74,54
Papan Reklame	24,54
Majalah	14,54
Koran	10,9
Radio	7,27
Bungkus Rokok	3,03

sebagai tujuan yang menengahi. Atau dapat dikatakan bahwa menjadi sehat dapat membantu kita mencapai tujuan lain yang berharga atau bermanfaat dan sehat dinilai secara terpisah dari tujuan bermanfaat lainnya. Jadi, dapat disimpulkan bahwa mereka memiliki pusat kendali kesehatan eksternal memiliki keyakinan bahwa orang lain/lingkunganlah yang menjadikannya sehat dan mereka pun tidak memiliki tujuan tertentu yang ingin

dicapai serta tidak melakukan evaluasi terhadap hasil yang positif. Fungsi kontrol dari kognisi pada remaja belum memberikan kesan-kesan dan pengalaman yang membuat para remaja perokok tersebut melakukan antisipasi terhadap perilaku mereka.

Penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2010) juga menunjukkan bahwa remaja yang merokok memiliki persepsi yang lebih rendah terhadap risiko merokok atau bahaya dalam perilaku merokok. *Sense of invicibility* bahwa mereka lebih kebal dari risiko seperti kecelakaan, penyakit dan hal-hal negatif lainnya yang dimilikinya ikut memperkuat perilaku merokok mereka (Elkind, dalam Santrock, 2005). Selain itu, Jessor, *et al.* (dalam Heaven, 1996) mengatakan bahwa pada masa remaja terdapat gejala-gejala yang disebut sebagai fase negatif yang ditandai oleh adanya keinginan untuk menyendiri, berkurangnya keinginan untuk bekerja, kebosanan, kegelisahan, pertentangan sosial, kecenderungan menentang orang dewasa, kepekaan perasaan, tumbuh minat pada lawan jenis, kurang percaya diri dan suka berkhayal. Gejala-gejala ini dapat mengarahkan remaja pada perilaku-perilaku yang dianggap dapat menggambarkan identitasnya sebagai kelompok yang tidak mau lagi disebut seperti anak-anak diantaranya adalah dengan merokok.

Penjelasan lain dengan menggunakan pendekatan *Psychology of Mind/Health Realization* (POM/HR) terhadap pusat kendali menunjukkan bahwa pusat kendali internal dan eksternal berasal dari proses berpikir. Orang belajar dan memproses kepercayaan kultural terhadap pengalaman pribadi mereka. Artinya orang yang belajar dan memproses ide-ide bahwa lingkungan luar menentukan pengalaman personal maka mereka akan cenderung memiliki pusat kendali eksternal. Sementara orang-orang yang mempelajari dan memiliki keyakinan bahwa manusialah yang bertanggung jawab secara pribadi untuk pengalaman hidup mereka maka ia akan cenderung memiliki pusat kendali internal (Kelley & Stack, 2000).

Rekognisi pikiran adalah istilah yang digunakan oleh POM/HR untuk menjelaskan kemampuan orang untuk mengenali, membedakan dan menyadari proses berpikir yang menentukan pengalaman pribadi mereka. Pransky (dalam Kelley & Stack, 2000) memberikan tiga kemungkinan yang bisa menjelaskan hubungan bahwa rekognisi pemikiran yang lebih baik dapat mengarahkan pada (1) peningkatan rasa kendali, bahwa orang memiliki kendali lebih terhadap proses berpikir mereka daripada terhadap lingkungan mereka, (2) pemahaman yang semakin meningkatkan pengalaman-pengalaman hidup yang sebelumnya membingungkan atau menakutkan, (3) kemampuan yang meningkat untuk melihat sesuatu secara seimbang yang mengarah kepada pandangan yang lebih filosofis terhadap kehidupan.

Akan tetapi, pusat kendali seseorang berada pada spektrum terendah dalam rekognisi pikiran sebagai hasil pemikiran yang bergantung pada proses intelektual ide budaya yang merupakan tingkat yang relatif rendah dari pengenalan pikiran daripada pemahaman yang bermakna. Jadi, kualitas pengalaman yang dihasilkan oleh pemikiran di balik itu, selain pusat kendali internal yang tinggi juga pemaknaan ide-ide dengan tingkat pengenalan pikiran (Kelley & Stack, 2000).

Terkait dengan budaya, studi yang dilakukan oleh Badr & Moody (2005) di Kuwait menunjukkan bahwa pria perokok memiliki pusat kendali kesehatan yang cenderung internal sementara mereka yang bukan perokok memiliki pusat kendali kesehatan yang cenderung eksternal. Hal ini menurut mereka disebabkan oleh nilai-nilai yang berlaku di masyarakat setempat sehingga mereka yang tidak merokok, bukan karena mereka memiliki keyakinan bahwa mereka sendiri yang memiliki kendali terhadap kesehatan tetapi mereka memiliki keyakinan untuk mematuhi norma-norma budaya dan agama yang melarang mereka untuk merokok.

4. Simpulan

Perokok remaja pada penelitian ini memiliki pengetahuan tentang rokok yang tergolong tinggi sehingga pengetahuan tentang rokok bukanlah variabel yang memediasi pusat kendali kesehatan eksternal dan perilaku merokok. Hasil penelitian ini pun hanya berlaku untuk sampel perokok dalam penelitian ini karena menggunakan teknik aksidental *sampling* sehingga tidak memenuhi persyaratan statistik untuk dapat digeneralisasikan pada populasi yang besar.

Walaupun demikian hasil uji dengan *t*-tes menunjukkan bahwa ada perbedaan pusat kendali kesehatan eksternal dan pengetahuan tentang rokok antara perokok tetap dan coba-coba. Hasil uji korelasi dengan menggunakan Spearman juga menunjukkan ada hubungan antara perilaku merokok dengan pusat kendali kesehatan eksternal akan tetapi tidak ada hubungan antara perilaku merokok dengan pengetahuan tentang rokok. Berdasarkan hasil penelitian maka program pencegahan dan intervensi penting bagi anak dan remaja karena prevalensi perilaku merokok pada remaja yang terus meningkat dan usia mulai merokok yang semakin muda saat ini. Iklan layanan masyarakat tentang akibat merokok perlu terus disosialisasikan khususnya kepada anak dan remaja yang merupakan target pasar industri rokok yang rentan dengan cara: (1) Melibatkan sekolah dalam memberikan pencegahan dan intervensi terhadap perilaku merokok pada anak dan remaja secara lebih intensif; (2) Melibatkan keluarga seperti orangtua dan saudara yang merupakan orang-orang terdekat di lingkungan sosial remaja yang mendorong mereka untuk mencoba rokok. Orangtua dan anggota keluarga

terdekat merupakan orang-orang yang ikut bertanggung jawab untuk memberikan contoh perilaku sehat bagi remaja; (3) Membuat regulasi yang membatasi distribusi rokok dan usia konsumen yang boleh membelinya serta iklan-iklan rokok yang beredar di masyarakat untuk meminimalkan kemungkinan anak-anak dan remaja untuk menjadi konsumen rokok; (4) Menambahkan gambar-gambar penyakit akibat perilaku merokok pada tulisan peringatan yang terdapat bungkus rokok.

Daftar Acuan

Astuti, K. (2010). Model kognitif sosial perilaku merokok pada remaja. Disertasi. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Azwar, S. (2010). Tes prestasi; fungsi dan pengembangan pengukuran prestasi belajar. (Edisi ke-2). Pustaka Pelajar: Yogyakarta.

Badr, H.E., & Moody, P.M. (2005). Health locus of control beliefs and smoking among male Kuwaiti government employees. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11, 137-145.

Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variabel distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Chen, P.L., Huang, W.G., Chao, K.Y. (2009). Susceptibility to initiate smoking among junior and senior high school non-smokers in Taiwan. *Preventive Medicine* (49), 58-61. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.04.013.

Clarke, J.H., MacPherson, B.V., & Holmes, D.R. (1982). Cigarette smoking and external locus of control among young adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 253-259.

Cramer, D. (2003). *Path analysis assuming no measurement error and path analysis accounting for measurement error in Advance Quantitative Data Analysis*. Open University Press: McGraw-Hill Education.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Riset kesehatan dasar Indonesia tahun 2007. Jakarta.

Fitri, A.R. (2002). Modelling teman sebaya dan orangtua dengan kebiasaan merokok remaja siswa SMK Muhammadiyah Pakem Sleman Yogyakarta. Tesis. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Guo, Q., Unger, J.B., Azen, S.P., Li, C., Spruijt-Metz, D., Palmer, P.H., & Johnson, C.A. (2010). Cognitive

- attributions for smoking among adolescents in China. *Addictive behaviors*, 35, 95-101. doi:10.1016/j.addbeh.2009.09.008.
- Han, M.Y., Chen, W.Q., Wen, X.Z., Liang, C.H., & Ling, W.H. (2011). Differences of smoking knowledge, attitudes and behavior between medical and non-medical students. *International Journal Behavior Medicine*. doi:10.1007/s12529-010-9140-7.
- Heaven, P.L. (1996). *Adolescent health, the role of individual differences*. London: Routledge.
- Kelley, T.M. & Stack, S.A. (2000). Thought recognition, locus of control and adolescent well-being. *Adolescence*, 35, 531-550.
- Kenkel, D.S. (1991). Health behavior, health knowledge and schooling. *The Journal of Political Economy*, 99, 287-305.
- Leftcourt, H.M. (1982). *Locus of control, current trends in theory and research*. (2nd. ed.). Hilldale, New Jersey.
- Lipperman-Kreda, S. & Grube, J.W. (2009). Student's perception of community disapproval, perceived enforcement of school antismoking policies, personal beliefs, and their cigarette smoking behaviors: results from a structural equation modeling analysis. *Nicotine and tobacco*, 11, 531-539. doi: 10.1093/ntr/ntp033.
- Lizam, C.T. (2009). *Meningkatkan sikap positif terhadap perilaku tidak merokok dan kecenderungan untuk berhenti merokok melalui pelatihan kecerdasan emosional pada mahasiswa SMA di Kabupaten Aceh Barat Daya – Nanggroe Aceh Darussalam*. Tesis. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Mc Vea. K.L.S.P. (2006). Evidence for clinical smoking cessation for adolescent. *Health Psychology*, 2, 558-562. doi: 10.1037/0278-6133.25.5.55.
- WHO. (2008). Mengarahkan sasaran pada remaja. (n.d.) Dalam Bab 7 Larangan Menyeluruh terhadap Iklan, Promosi dan Sponsor Rokok. Diunduh dari www.ino.searo.who.int/.../Tobacco_Initiative_Bab_7-Larangan_Menyeluruh_terhadap_Iklan_Promosi_dan_Sponsor_Rokok.doc.
- Ogden, J. (2000). *Health Psychology*. (2nd ed.). Open University Press.
- Pervin, L.A. (1980). *Personality theory, assessment & research*. New York: John Wiley & Sons.
- Prabandari, Y.S. (1994). *Pendidikan kesehatan melalui seminar dan diskusi sebagai alternatif penanggulangan perilaku merokok pada remaja yang diberikan pada remaja pelajar SLTA di Yogyakarta*. Tesis. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Rice, F.P. & Dolgin, K.G. (2008). *The adolescent: development, relationships, and culture*. Boston: Pearson.
- Santrock, J.W. (2005.) *Development, life-span* (5th ed.). Dalam C. Achmad & D. Juda (Eds). Jakarta: Erlangga.
- Sarafino, E. (1998). *Health psychology, biopsychosocial interaction* (3rd ed.). TCSystems, Inc.
- Setyoadi, F. (2011, November 25). *Indonesia menepati urutan pertama dalam jumlah perokok remaja*. Diunduh dari http://www.lintasberita.com/.../Indonesia_Menepati_Urutan_Pertama_Jumlah_Perokok_Remaja_Terbanyak_Di_Dunia.
- Slovic, P. (2001). *Smoking: risk, perception and policy*. Sage Publication, Inc. And The American Academy of Political and Social Science.
- Smith, M.S., & Wallston, K.A. (1992). How to measure value of health. *Health Education Research*, 7, 129-135.
- Supriadi, A. (2010, 23 April). *10 fakta-fakta rokok di Indonesia*. Diunduh dari <http://recyclearea.wordpress.com/2010/04/23/10-fakta-fakta-rokok-di-Indonesia>.
- Taylor, S.E. (2006). *Health Psychology-Chapter 6: Health-Compromising Behaviour* (3rd ed.). Singapore: McGraw-Hill International Studies.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A. & DeVellis, R. (1978). Development of multidimensional health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wallston, K.A., Stein, M.J. & Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-553.
- Wallston, K.A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631. doi: 10.1177/1359105305055304.