

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perilaku merokok merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat karena baik rokok maupun asap rokok terbukti menimbulkan berbagai penyakit hingga kematian. Hingga tahun 2023, rokok telah membunuh sebanyak 8 juta orang di dunia setiap tahun, dan sekitar lebih dari 6 juta diantaranya merupakan perokok aktif (WHO, 2023b).

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki jumlah perokok terbesar di dunia. Bahkan menempati peringkat pertama jumlah perokok terbesar di Kawasan Asia Tenggara dengan jumlah perokok aktif sebanyak 65,7 Juta penduduk.(SEATCA, 2021). Menurut hasil *Global Adult Tobacco Survey (GATS)*, penggunaan tembakau usia dewasa selama kurun waktu 10 tahun terakhir (sejak tahun 2011) terjadi peningkatan signifikan di Indonesia yakni sebesar 8,8 juta orang menjadi 69,1 juta pada tahun 2021 (WHO, 2022).

Di Indonesia, besarnya konsumsi tembakau memiliki dampak terhadap tingkat kejadian stunting, konsekuensi ekonomi dan kemiskinan. Hal ini sebagai akibat dari besarnya biaya kesakitan (*cost-of-illness approach*) yang diakibatkan oleh asap rokok (Pajarianto et al., 2022). Kerugian ekonomi akibat merokok pada tahun 2019 berkisar antara Rp 184,36 – Rp410,76 Triliun dan merupakan pemborosan sumber daya dan beban bagi Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia (Meilissa et al., 2022). Selain itu rokok juga merupakan faktor risiko bersama (*Common Risk Factor*) pemicu munculnya Penyakit Tidak Menular (PTM) (IAKMI, 2020).

Pada umumnya, perilaku merokok banyak dimulai pada masa remaja. Memulai merokok pada usia yang sangat mudah dapat menyebabkan kebiasaan merokok yang kuat sehingga sulit untuk berhenti merokok (Mirnawati et al., 2018). Meningkatnya prevalensi perokok di Indonesia, diprediksi akibat dari meningkatnya prevalensi perokok remaja sebagai perokok pemula. Berdasarkan hasil survey Kesehatan Berbasis Sekolah di tahun 2023 (GSHS) pada pelajar usia 13-17 tahun (tingkat SMP dan SMA) secara nasional, menyebutkan sebanyak 53,4% pelajar yang merokok (WHO, 2023a). Selanjutnya, Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 juga melaporkan bahwa jumlah perokok aktif diperkirakan mencapai 70 juta orang, dengan 7,4% diantaranya merupakan perokok berusia 10-18 tahun. Kelompok usia dengan jumlah perokok terbanyak yaitu usia 15-19 tahun sebanyak 56,5%, diikuti usia 10-14 tahun sebanyak



nterian Kesehatan RI, 2023). *Global Youth Tobacco Survey* menemukan bahwa 19,2% pelajar di Indonesia saat ini tembakau, 35,6% diantaranya merupakan anak laki-laki (WHO, si ini sangat membahayakan status kesehatan masyarakat sehatan remaja sebagai generasi penerus bangsa (Rohmayanti,

Remaja yang memulai merokok lebih awal, lebih mungkin mengembangkan ketergantungan nikotin jangka panjang daripada mereka yang mulai merokok di akhir masa remaja (Fuaidah et al., 2023). Hal ini karena remaja merupakan kelompok yang paling rentan terhadap kecanduan (Trimuryani & Eryando, 2022). Perilaku merokok juga merupakan gerbang awal remaja untuk melakukan penyalahgunaan narkoba di kemudian hari (Trimuryani & Eryando, 2022). Menurut WHO dalam Jamal et al., (2020), remaja yang merokok memiliki kemungkinan 22 kali lebih besar untuk menggunakan kokain, 8 kali lebih besar untuk menggunakan ganja, dan tiga kali lebih besar untuk mengonsumsi alkohol dibandingkan mereka yang tidak merokok. Perilaku merokok juga sering dikaitkan dengan beberapa perilaku berisiko lainnya, seperti perkuliahan dan terlibat dalam hubungan seks bebas (Jamal et al., 2020). Mereka yang merokok sejak remaja awal memiliki peningkatan risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan merokok seperti penyakit tidak menular dan bertambahnya angka kematian (Fuaidah et al., 2023).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun. Masa remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari masa anak menuju masa dewasa. Pada masa ini individu mengalami berbagai perubahan, baik fisik maupun psikis (Ajhuri, 2019). Fase remaja memiliki ciri-ciri yang berbeda dan karakteristik yang berbeda pula dari fase kanak-kanak, dewasa, dan tua (Diananda, 2018). Hal itu dikarenakan remaja tidak termasuk golongan anak yang masih belum selesai perkembangannya, tetapi ia tidak pula termasuk golongan orang dewasa yang dapat dianggap sudah berkembang penuh. Di fase remaja walaupun sudah mulai berkembang namun belum mampu untuk menguasai fungsi fisik dan psikisnya dengan baik. Status remaja ini memberikan kesempatan kepada remaja untuk mencoba gaya hidup yang berbeda dan menentukan pola perilaku, nilai dan sifat yang paling sesuai bagi dirinya (Fatmawaty, 2017).

Secara umum, perilaku merokok merupakan fungsi dari lingkungan dan individu. Artinya, perilaku merokok selain disebabkan faktor-faktor dari dalam diri juga disebabkan faktor lingkungan. Bronfenbrenner (1978) menyatakan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor-faktor dari beberapa level sistem lingkungan mulai dari level intrapersonal meliputi aspek internal individu seperti usia, jenis kelamin, kepribadian, kesehatan, kecerdasan, pengetahuan, persepsi; dan level lingkungan berikutnya merupakan aspek eksternal individu yang terdiri dari lima level yang saling terkait, yaitu Mikrosistem, Mesosistem, Eksosistem, Makrosistem, dan Kronosistem (Harjana, 2023; Utami et al., 2023).

Faktor dalam diri (intrapersonal) remaja dapat dilihat dari kajian remaja yang mulai merokok berhubungan dengan krisis aspek yang dialami pada masa perkembangan, ketika mereka sedang ri (Mirnawati et al., 2018). Sedangkan, faktor lingkungan sosial dengan lingkungan mikrosistem seperti keluarga, teman, sekolah, lingkungan tempat tinggal dan lingkungan terdekat lainnya; mesosistem seperti Koran, televisi, media sosial dan lingkungan sosial lainnya; lingkungan makrosistem seperti nilai-nilai budaya, sistem



hukum, dan sistem lapisan terluar dari lingkungan individu yang lainnya (Mujahidah, 2015; Utami et al., 2023; Zubaidillah, 2018). Pengaruh sistem lingkungan sosial ini berperan dalam pembentukan perilaku merokok remaja sebagai hasil dari proses pembelajaran dari pengamatan/observasi setiap hari. Bandura (1977) menyatakan bahwa orang belajar dari satu sama lainnya, melalui pengamatan, peniruan, dan pemodelan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti perhatian, ingatan, motivasi, sikap, dan emosi (Firmansyah & Saepuloh, 2022).

Keluarga merupakan salah satu lingkungan mikrosistem atau terdekat dari remaja. Keluarga berperan strategis membentuk sikap remaja yang merupakan sekolah dan tempat pembelajaran pertama seorang remaja. Orang tua merupakan teladan bagi anak-anak, interaksi yang mendalam antara orang tua dan anak, melahirkan karakter yang mirip. Dengan kata lain orang tua adalah model bagi seorang anak (remaja), termasuk dalam hal berperilaku merokok atau menolak merokok. Remaja sekolah di Indonesia yang memiliki orang tua perokok (baik salah satu maupun keduanya) 1,24 kali lebih berisiko untuk merokok (Harsanti & Wicaksono, 2017). Memiliki orang tua atau anggota keluarga yang merokok akan membuat remaja mudah mengakses rokok dan memberikan dampak psikologis dan keyakinan pada remaja bahwa merokok adalah perilaku normal yang dapat diterima di masyarakat (Jamal et al., 2020). Nilai dan standar moral anak-anak sebagian besar dibentuk dari nilai dan standar orang tua, termasuk perasaan dan harga diri berasal dari pandangan orang tua terhadap mereka (Ajhuri, 2019).

Ketika anak-anak memasuki masa sekolah, anak-anak mulai mempelajari pola perilaku terutama melalui unit sosialisasi di keluarga dan sekolah, sehingga anak menjadi terikat pada orang tua dan guru (Laundra et al., 2004; Jacob, 2007 Dalam Nagle, 2019). Psikologi remaja dapat dipengaruhi oleh tekanan sosial dari pendidik dan lingkungan sekitar, yang dapat mempengaruhi kemungkinan mereka untuk merokok (Harsanti & Wicaksono, 2017). Harsanti & Wicaksono (2017) menemukan bahwa remaja sekolah yang pernah melihat guru merokok di lingkungan sekolah berisiko 1,37 kali lebih besar untuk berperilaku yang sama. Karena remaja menghabiskan banyak waktu di sekolah. Penerapan aturan larangan merokok di lingkungan sekolah seperti menerapkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan sekolah dapat menjadi salah satu faktor penguat perilaku merokok pada remaja (Jamal et al., 2020; Muslim et al., 2023).

Pada waktu para remaja beralih ke dunia sekolah menengah yang lebih luas, anak-anak memulai proses individuasi dari keluarga, sehingga interaksi dan kelompok sebaya menjadi kekuatan sosialisasi yang penting (Ajhuri, 2019; & Hawkins, 1996). Usia remaja merupakan usia yang memiliki masih labil sehingga demi dapat diterima dalam kelompok remaja akan melakukan apapun termasuk perilaku merokok. Suatu penelitian menemukan bahwa 93% perokok remaja sekolah di Indonesia tinggal di lingkungan dekat yang merokok, dimana sebesar 5,28 kali lebih berisiko



untuk merokok dibandingkan dengan yang tidak memiliki teman dekat yang merokok (Harsanti & Wicaksono, 2017).

Akses terhadap rokok juga berpengaruh terhadap membentuk perilaku merokok remaja. Aksesibilitas rokok merupakan salah satu faktor kuat yang dapat mempengaruhi perilaku merokok remaja sebagai akibat dari interaksi antara sub sistem pada mikrosistem yaitu hubungan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan teman sebaya, lingkungan sekolah, maupun lingkungan komunitas atau masyarakat terdekat. Remaja yang memiliki aksesibilitas rokok yang mudah 4,017 kali lebih berisiko untuk merokok dibandingkan remaja yang sulit dan tidak mengetahui cara mengakses rokok (Muslim et al., 2023). Remaja biasanya mengakses rokok dari membeli eceran di warung menggunakan uang saku dari orang tua ataupun diberikan oleh teman yang merokok (Darmansyah et al., 2023). Remaja dengan uang saku lebih dan kurang pengawasan dari orang tua yang sibuk bekerja dapat mendekatkan siswa dengan rokok, ditambah lagi tekanan dari teman sebaya yang merokok (Darmansyah et al., 2023).

Keterpaparan remaja dengan iklan rokok juga berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja. Iklan rokok melalui media massa maupun media elektronik merupakan sistem sosial yang lebih besar (dari orang tua, teman, dan sekolah), dimana remaja tidak terlibat interaksi secara langsung, tetapi sistem tersebut dapat berpengaruh terhadap perkembangan remaja (Utami et al., 2023). Paparan iklan rokok yang tinggi akan meningkatkan ekspektasi dan persepsi positif remaja terhadap rokok. Sehingga remaja menganggap iklan rokok menarik, dan aktor (model) dalam iklan rokok terlihat sebagai sosok yang maskulin, keren, dan percaya diri. Selain itu iklan juga berperan dalam memberikan informasi tentang kualitas-kualitas rokok dari berbagai merek (Marita & Yansyah, 2023).

Domain lingkungan dari keluarga, teman, sekolah, dan masyarakat telah banyak terbukti mempengaruhi keputusan perilaku merokok remaja. Namun, terdapat beberapa penelitian dengan variabel dari domain lingkungan yang sama yang menemukan hal sebaliknya. Dimana domain keluarga, teman, sekolah dan masyarakat juga dapat mempengaruhi perilaku pencegahan merokok remaja. Suharyanta et al. (2018) dalam penelitiannya menemukan bahwa peran orang tua, edukasi dari tenaga kesehatan, dan teman sebaya berpengaruh terhadap pencegahan perilaku merokok pada remaja usia 15-17 tahun. Gaya pengasuhan positif dari orang tua ditemukan merupakan faktor protektif yang berhubungan dengan berkurangnya kemungkinan remaja merokok (Israelashvili & Ravid, 2019). Jika orang tua menerapkan aturan tegas dan melakukan pengawasan serta menjadi orang tua yang penuh perhatian dan kasih sayang kepada anak,



han perilaku merokok juga akan sangat mudah dipatuhi oleh sang dengan *figure* orang tua yang tidak merokok maka akan bagi sang anak untuk patuh dan mencontoh perilaku orang tua (Utami et al., 2018). Pada penelitian yang lain menemukan bahwa teman sebaya yang kuat juga dapat meningkatkan kemungkinan untuk merokok pada remaja sebesar 2,58 kali. Teman sebaya mempengaruhi keputusan remaja untuk merokok atau tidak merokok, dan remaja cenderung

mengubah keyakinannya sendiri agar lebih mirip dengan temannya (Agustin et al., 2019).

Pembatasan akses remaja pada produk rokok juga diprediksi dapat mempengaruhi perilaku merokok remaja. Sebuah penelitian menemukan bahwa penolakan menjual rokok kepada remaja merupakan faktor pelindung (protektif) terhadap perilaku merokok remaja. Penolakan penjualan rokok kepada remaja dapat mempengaruhi kemauan remaja untuk berhenti dan tidak merokok. Perokok remaja yang ditolak ketika membeli rokok berpeluang untuk mau berhenti merokok 3,65 kali lebih tinggi daripada remaja yang dilayani (Wulandari et al., 2023).

Riyadi (2021) dalam penelitiannya menemukan bahwa paparan media informasi tentang rokok juga berpengaruh secara tidak langsung terhadap perilaku tidak merokok pada remaja SMP dan SMA di Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta. Paparan iklan yang lebih tinggi terhadap bahaya merokok mempengaruhi keinginan merokok remaja yang lebih rendah dibanding remaja yang kurang terpapar informasi bahaya merokok (Agustin et al., 2019). Efek iklan mampu mencegah sebanyak 380.000 - 587.000 remaja usia 11-19 tahun untuk memulai merokok (Duke et al., 2019 Dalam Agustin et al., 2019).

Pembatasan akses dan paparan informasi bahaya rokok pada remaja merupakan salah satu bentuk upaya perlindungan kepada remaja terhadap penggunaan rokok seperti yang ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. Selanjutnya berdasarkan peraturan tersebut setiap daerah menetapkan aturan terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang dapat diterapkan di daerahnya masing-masing. Salah satunya ialah Peraturan Daerah Kabupaten Polewali Mandar Nomor 4 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Penerapan kawasan bebas asap rokok secara menyeluruh dapat mengurangi dan mencegah remaja sekolah terpapar *role model* perilaku merokok orang lain terutama guru di sekolah (Jamal et al., 2020).

Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa lingkungan sosial seperti keluarga, teman sebaya, sekolah, dan lingkungan masyarakat seperti aksesibilitas, dan media informasi atau iklan, melalui proses pembelajaran, peniruan, dan kontrol perilaku dapat menjadi menjadi faktor risiko yang mendorong remaja untuk berperilaku merokok atau pun faktor pelindung (protektif) yang mencegah remaja merokok. Secara teoritis, *Social Development Model (SDM)* menyatakan bahwa keterpaparan remaja terhadap faktor-faktor risiko dan perlindungan mempengaruhi perilaku dalam lima domain sosialisasi remaja, yaitu individu, teman sebaya, keluarga, sekolah, dan masyarakat



(Hawkins, 1986). Faktor risiko adalah karakteristik individu atau lingkungan yang meningkatkan peluang penggunaan suatu zat sedangkan faktor pelindung adalah karakteristik individu atau lingkungan yang dapat menurunkan peluang penggunaan zat tersebut. Faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) mungkin juga mempunyai kompleksitas yang tidak hanya bertolak belakang satu sama lain, namun juga dapat berinteraksi dalam mempengaruhi perilaku remaja (Catalano & Hawkins,

Salah satu strategi terpenting dalam merancang dan memilih program pencegahan yang paling tepat adalah dengan menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat yang didasarkan pada data epidemiologi mengenai tingkat risiko dan faktor perlindungan (protektif), kemudian merancang program dan membuat kebijakan mengenai risiko dan faktor perlindungan yang teridentifikasi (Fagan AA, 2008 Dalam Baheiraei et al., 2016). Hingga saat ini, terdapat banyak literatur dan penelitian mengenai perilaku merokok remaja dan faktor-faktor determinannya, baik faktor risiko maupun faktor pelindungnya (protektif). Namun, penelitian yang mempelajari dan mengukur faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) terhadap perilaku merokok remaja secara bersamaan masih jarang ditemukan, terutama di Indonesia. Sedangkan para peneliti berpendapat bahwa pengukuran simultan terhadap beragam faktor risiko dan pelindung (protektif) diperlukan untuk memprediksi permulaan perilaku bermasalah (Arthur., et al, 2004 dalam Baheiraei et al., 2016) dan sangatlah penting dalam merancang program pencegahan dan intervensi. Dalam kondisi dimana perubahan faktor risiko tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi preventif yang berfokus pada pemberdayaan faktor pelindung (protektif) remaja terhadap perilaku bermasalah dapat memberikan hasil yang lebih positif (Bettge, 2008 dalam Baheiraei et al., 2016).

Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 prevalensi merokok pada penduduk umur ≥ 10 tahun di Provinsi Sulawesi Barat yaitu 23,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Survey Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) Kabupaten Polewali Mandar tahun 2023 juga menunjukkan sebesar 44,35% keluarga di Kabupaten Polewali Mandar memiliki anggota keluarga yang merokok, dimana Kecamatan Tapango yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Pelitakan memiliki persentase yang lebih besar yaitu 52,46% keluarga memiliki anggota keluarga yang merokok (UPTD Puskesmas Pelitakan, 2023). Tingginya proporsi merokok ini merupakan akibat dari meningkatnya jumlah perokok pemula. Sebagaimana data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 melaporkan proporsi umur pertama kali merokok di Provinsi Sulawesi Barat untuk umur 10-19 tahun sebesar 74,1% (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Berdasarkan data tersebut maka perlu diidentifikasi perilaku merokok remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan beserta dengan faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) yang mempengaruhinya. dimana *output* dari penelitian ini dapat digunakan menyusun strategi pencegahan primer dalam menangani masalah perilaku merokok remaja di wilayah tersebut.

1.2 Rumusan Masalah



akan data bahwa persentase keluarga yang memiliki anggota kok di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan melebihi persentase ten dan melihat data bahwa prevalensi tertinggi perokok pemula ur 10-19 tahun, sehingga perlu untuk ditelusuri perilaku merokok risiko dan faktor pelindung (protektif) yang membentuk perilaku

merokok pada remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan, Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini akan membahas faktor risiko dan protektif perilaku merokok pada remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango Kabupaten Polewali Mandar. Besar risiko dari faktor risiko dan protektif yang berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja sekolah akan dianalisis, yang dilanjutkan dengan mengeksplorasi secara mendalam faktor-faktor risiko dan protektif yang berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango Kabupaten Polewali Mandar.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis besar risiko dan mengeksplorasi faktor lingkungan keluarga terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- b. Menganalisis besar risiko dan mengeksplorasi faktor lingkungan sekolah terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- c. Menganalisis besar risiko dan mengeksplorasi faktor lingkungan teman sebaya terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- d. Menganalisis besar risiko dan mengeksplorasi faktor aksesibilitas rokok terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- e. Menganalisis besar risiko dan mengeksplorasi faktor paparan iklan rokok terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- f. Menganalisis dan mengeksplorasi besar risiko faktor risiko yang berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.



1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan peneliti mengenai faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) perilaku merokok remaja dan sebagai kesempatan bagi peneliti untuk menerapkan ilmu mengembangkan kemampuan berfikir ilmiah, sistematis, dan kemampuan untuk menuliskannya dalam bentuk karya ilmiah.

1.4.2. Manfaat Institusi

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi terkait data atau informasi serta memperkaya ilmu pengetahuan khususnya di bidang kesehatan masyarakat serta dapat menjadi acuan atau referensi untuk penelitian selanjutnya terkait perilaku merokok remaja.

1.4.3. Manfaat Praktis

Penelitian ini sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan khususnya Puskesmas Pelitakan, Kabupaten Polewali Mandar dalam menyusun rencana strategis untuk menekan pertumbuhan perokok pemula di wilayah kerjanya melalui pertimbangan faktor risiko dan pelindung perilaku merokok remaja.

1.5. Tinjauan Umum Perilaku Merokok Remaja

1.5.1. Tinjauan Umum Perilaku Merokok

Kata “merokok” berasal dari kata “rokok” yang berarti kertas berbentuk silinder dengan diameter 10 mm dan panjang 70-120 mm yang berisi tembakau. Rokok dibakar, dibiarkan membara hingga mengeluarkan asap, lalu dihisap. Merokok merupakan kegiatan yang memberikan sensasi nikmat bagi perokoknya (Andriyani, 2011). Rokok mengandung *antidepressant* yang dapat membuat perokok merasa nyaman, tetapi merokok merupakan kebiasaan yang buruk bagi kesehatan karena dalam satu batang rokok mengandung 4000 racun yang berbahaya bagi kesehatan (Rochayati & Hidayat, 2015).

Merokok merupakan salah satu perilaku yang merugikan kesehatan bagi perokok itu sendiri maupun orang lain disekitarnya yang tidak merokok (perokok pasif). Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan dihisap dan/atau dihirup, termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan tanaman lainnya atau sintesisnya yang asapnya mengandung nikotin dan



tar, dengan atau tanpa bahan tambahan. Sedangkan merokok adalah suatu kebiasaan menghisap rokok yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari, merupakan suatu kebutuhan yang tidak bisa dihindari bagi orang yang mengalami kecenderungan terhadap rokok (Kemenkes RI, 2022).

1.5.2. Tinjauan Umum Remaja

Remaja yang dalam bahasa aslinya disebut *adolescence*, berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang artinya “tumbuh atau tumbuh untuk mencapai kematangan” (Ajhuri, 2019). Banyak tokoh yang memberikan definisi tentang remaja, seperti Papalia dan Olds (2001), menyatakan bahwa masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluhan tahun (Jahja, 2013). Adapun menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014, Remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun.

Masa remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari masa anak menuju masa dewasa. Hurlock (1990) berpendapat bahwa transisi perkembangan pada masa remaja berarti sebagian perkembangan masa kanak-kanak masih dialami namun sebagian kematangan masa dewasa sudah dicapai (Jahja, 2013). Pada periode ini pula remaja mulai melepaskan diri secara emosional dari orang tua dalam rangka menjalankan peran sosialnya yang baru sebagai orang dewasa. Selain perubahan yang terjadi dalam diri remaja, terdapat pula perubahan dalam lingkungan seperti sikap orang tua atau anggota keluarga lain, guru, teman sebaya, maupun masyarakat pada umumnya. Kondisi ini merupakan reaksi terhadap pertumbuhan remaja. Remaja dituntut untuk mampu menampilkan tingkah laku yang dianggap pantas atau sesuai bagi orang-orang seusianya. Untuk memenuhi kebutuhan sosial dan psikologisnya, remaja memperluas lingkungan sosialnya di luar lingkungan keluarga, seperti lingkungan teman sebaya dan lingkungan masyarakat lain (Ajhuri, 2019).

Ajhuri (2019) dalam bukunya menguraikan bahwa secara umum masa remaja dibagi menjadi tiga bagian, yaitu sebagai berikut (Ajhuri, 2019) :

a. Masa remaja awal (12-15 tahun)

Pada masa ini individu mulai meninggalkan peran sebagai anak-anak dan berusaha mengembangkan diri sebagai individu yang unik dan tidak tergantung pada orang tua. Fokus dari tahap ini adalah penerimaan terhadap bentuk dan kondisi fisik serta adanya konformitas yang kuat dengan teman sebaya.



- b. Masa remaja pertengahan (15-18 tahun)
Masa ini ditandai dengan berkembangnya kemampuan berpikir yang baru. Teman sebaya masih memiliki peran yang penting, namun individu sudah lebih mampu mengarahkan diri sendiri (*self-directed*). Pada masa ini remaja mulai mengembangkan kematangan tingkah laku, belajar mengendalikan impulsivitas, dan membuat keputusan-keputusan awal yang berkaitan dengan tujuan vokasional yang ingin dicapai. Selain itu penerimaan dari lawan jenis menjadi penting bagi individu.
- c. Masa remaja akhir (19-22 tahun)
Masa ini ditandai oleh persiapan akhir untuk memasuki peran-peran orang dewasa. Selama periode ini remaja berusaha memantapkan tujuan vokasional dan mengembangkan *sense of personal identity*. Keinginan yang kuat untuk menjadi matang dan diterima dalam kelompok teman sebaya dan orang dewasa, juga menjadi ciri dari tahap ini.

1.5.3. Tinjauan Umum Faktor Risiko dan Faktor Pelindung (Protektif) Perilaku Merokok Remaja

Social Development Model (SDM) berakar pada teori kriminologi, dimana teori ini mengatur tentang faktor risiko dan pelindung dan mengintegrasikan unsur-unsur paling kuat secara empiris dari *Social Control Theory* (Hirschi, 1969), *Social Learning Theory* (Bandura, 1977), dan *Differential Association Theory* (Sutherland 1973; Matsueda 1988) menjadi model perilaku manusia (Cambron et al., 2018). Sehingga dapat dikatakan bahwa teori *Social Development Model (SDM)* merupakan sebuah teori tentang perilaku manusia yang mengintegrasikan antara faktor risiko dan faktor perlindungan ke dalam model yang saling berhubungan (Cambron et al., 2018).

Berdasarkan ketiga teori ini, *Social Development Model (SDM)* menyatakan bahwa keterlibatan dalam aktivitas prososial dan antisosial terjadi melalui peluang yang dirasakan untuk terlibat dengan orang lain, keterikatan dan ikatan dengan orang lain, keterampilan sosio-emosional dan kognitif yang digunakan dalam berinteraksi dengan orang lain, persepsi penghargaan, penguatan, dan hukuman yang diterima melalui interaksi, dan keyakinan serta nilai moral (Brown et al., 2005; Catalano & Hawkins, 1996; Simourd & Andrews, 1994 dalam Nagle, 2019).

Ikatan sosial didefinisikan sebagai “keterikatan terhadap orang lain sebagai unit kesatuan sosial, komitmen terhadap tindakan yang konsisten dengan unit sosialisasi, dan keyakinan pada nilai-nilai unit tersebut”. Ikatan sosial dapat menghambat perilaku yang tidak sesuai dengan keyakinan yang dianut dan perilaku yang dipraktikkan oleh unit sosialisasi melalui pertimbangan kepentingan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma,



nilai, dan perilaku unit sosialisasi di mana individu terikat (Catalano & Hawkins, 1996).

Berdasarkan hal tersebut *Social Development Model (SDM)* mengidentifikasi empat konstruk utama yang berkontribusi terhadap pembentukan perilaku prososial dan antisosial, yaitu (Catalano & Hawkins, 1996):

- a. Peluang (*Opportunity*): Mengacu pada kesempatan atau akses yang tersedia bagi individu untuk terlibat dalam perilaku antisosial atau berisiko. Peluang yang sedikit atau terbatas dapat menjadi faktor pelindung, sedangkan peluang yang banyak dapat menjadi faktor risiko.
- b. Ikatan (*Bond*): Mengacu pada keterikatan individu dengan lingkungan sosialnya, seperti keluarga, sekolah, dan teman sebaya. Ikatan yang kuat dengan lingkungan yang positif dan prososial dapat menjadi faktor pelindung, sedangkan ikatan yang lemah dapat menjadi faktor risiko, demikian sebaliknya dengan perilaku antisosial.
- c. Keterampilan (*Skill*): Mengacu pada kemampuan individu untuk mengatasi masalah, mengelola emosi, dan berinteraksi secara efektif dengan lingkungan sosialnya. Keterampilan yang baik dapat menjadi faktor pelindung, sedangkan keterampilan yang rendah dapat menjadi faktor risiko.
- d. Kepercayaan (*Belief*): Mengacu pada sikap, nilai, dan norma yang dianut individu terhadap perilaku anti-sosial atau berisiko. Kepercayaan yang positif dan tidak mendukung perilaku berisiko dapat menjadi faktor pelindung, sedangkan kepercayaan yang negatif dan mendukung perilaku berisiko dapat menjadi faktor risiko.

Social Development Model menjelaskan perubahan perilaku sebagai serangkaian hubungan sebab akibat yang terbentuk dalam konteks teman sebaya, keluarga, sekolah, dan komunitas, dengan pengaruh relatif dari domain sosial ini bergeser ketika anak-anak dan remaja melewati tahap perkembangan yang berbeda (Simourd & Andrews, 1994 dalam Nagle, 2019).

Dalam *Social Development Model* terdapat empat periode perkembangan untuk memperhitungkan perubahan dampak agen sosialisasi di seluruh periode perkembangan yang mencakup perilaku



prososial dan antisosial berdasarkan usia (Catalano & Hawkins, 1996). Model tersebut mengidentifikasi unit sosialisasi yang menonjol dan proses yang terjadi pada periode prasekolah, sekolah dasar, sekolah menengah pertama, dan sekolah menengah atas. Tahap-tahap ini dipisahkan oleh transisi besar dalam lingkungan dimana anak-anak berinteraksi, dan bukannya menganggap tahap-tahap ini sebagai bagian dari perkembangan kognitif atau moral.

a. Periode prasekolah.

Selama tahap prasekolah, orang tua merupakan faktor sosialisasi yang paling signifikan (Jacob, 2007 dalam Nagle, 2019).

b. Periode Sekolah Dasar

Ketika anak-anak memasuki masa sekolah dasar, anak-anak mulai mempelajari pola perilaku terutama melalui unit sosialisasi di keluarga dan sekolah (Laundra et al., 2004). Anak menjadi terikat pada orang tua dan guru, memiliki komitmen terhadap sekolah, dan membentuk keyakinan akan validitas nilai dan norma moral (Jacob, 2007 Nagle, 2019).

c. Periode Sekolah menengah Pertama

Selama periode ini, peran teman sebaya semakin penting sebagai kekuatan sosialisasi (Elliot et al., 1985). Kendala eksternal selama periode ini mencakup norma dan perilaku teman sebaya, kebijakan sekolah, dan praktik pengelolaan kelas, praktik pengelolaan keluarga, dan untuk pertama kalinya peraturan hukum serta penegakan peraturan oleh penegak hukum. Meningkatnya pengaruh teman sebaya selama masa sekolah menengah mempunyai implikasi penting bagi perilaku prososial dan antisosial remaja. Ketika anak-anak memulai proses individuasi dari keluarga, interaksi teman sebaya menjadi kekuatan sosialisasi yang penting. Anak-anak sekolah menengah dihadapkan pada berbagai teman sebaya yang memiliki pola perilaku prososial dan antisosial. Norma-norma dan nilai-nilai teman sebaya yang bergaul mempunyai dampak besar terhadap perilaku yang bertahan hingga masa dewasa muda (Catalano & Hawkins, 1986). Selama periode ini, ikatan teman sebaya semakin penting dan dapat berdampak positif atau negatif pada perilaku tergantung pada besarnya pengaruh prososial atau antisosial yang diwakili oleh jaringan teman sebaya anak. Pada jalur antisosial, kekuatan prediksi ikatan teman sebaya yang antisosial meningkat selama periode ini. (Catalano & Hawkins, 1996).

Dampak dari inisiasi kenakalan sejak dini terhadap ikatan prososial dan interaksi dengan teman sebaya yang nakal (antisosial). Keduanya termasuk dalam transisi lintas periode dari masa sekolah dasar ke masa sekolah menengah. Inisiasi perilaku antisosial secara langsung meningkatkan peluang yang dirasakan untuk berinteraksi dengan keluarga pengguna narkoba dan penjahat, teman sebaya, dan personel sekolah, dan secara langsung mengurangi peluang yang dirasakan untuk interaksi dan keterlibatan prososial (Catalano & Hawkins, 1996).



d. Periode Sekolah Menengah Atas

Pada saat remaja memasuki periode ini, konstruk kendala eksternal ditandai dengan teman sebaya, sekolah, sistem hukum, dan pada tingkatan lebih rendah yaitu keluarga. Kelompok rujukan jalur prososial terdiri dari keluarga prososial, teman sebaya, personel sekolah, dan anggota masyarakat. Meskipun teman sebaya semakin penting, bukti menunjukkan bahwa orang tua tetap menjadi kekuatan penting dalam sosialisasi selama sekolah menengah atas terutama mengenai keputusan seperti penggunaan narkoba, seks, dan penggunaan kontrasepsi (Munsch & Blyth, 1993; Dalam Catalano & Hawkins, 1986). Sedangkan kelompok jalur antisosial mencakup kendala eksternal berperilaku antisosial. Dimana imbalan yang dirasakan dari keterikatan dan interaksi prososial dan antisosial menentukan perilaku akan dipertahankan selama periode ini. Imbalan atas antisosial akan berkurang bagi remaja yang bereksperimen dengan perilaku antisosial sebagai sarana individuasi remaja, dan yang belum terpapar pada faktor risiko awal yang tinggi. Sebaliknya, remaja yang mendapat sedikit imbalan atas interaksi dan keterlibatan prososial, memiliki faktor risiko awal yang tinggi, dan terlibat dengan perilaku antisosial lebih besar kemungkinannya untuk menjadi kenakalan kronis (Catalano & Hawkins, 1996).

Selama empat periode ini, ada tiga faktor yang mempengaruhi dampak transisi ini yaitu Tingkat ikatan prososial dan antisosial terhadap unit sosial yang terbentuk pada periode sebelumnya; Penghargaan atas perilaku yang dirasakan anak sebagai akibat dari pengalaman pada periode sebelumnya; dan Tingkat antisosial perilaku yang diwujudkan pada periode sebelumnya (Catalano & Hawkins, 1996).

Secara empiris, berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial pada berbagai tingkatan dalam domain sosial yang berbeda (dalam diri individu, keluarga, sekolah, kelompok teman sebaya, dan komunitas atau masyarakat) semuanya berkontribusi dalam memprediksi perilaku individu. Berdasarkan teori *Social Development Model (SDM)* faktor risiko dari perilaku antisosial mencakup norma-norma masyarakat yang mendukung perilaku tersebut, disorganisasi lingkungan, kekurangan ekonomi ekstrim, perilaku antisosial keluarga, praktik manajemen keluarga yang onflik keluarga, rendahnya ikatan keluarga, sikap permisif orang ilaku antisosial dini dan terus-menerus, kegagalan akademik, an teman sebaya, pergaulan dengan teman sebaya atau orang yang antisosial, keterasingan, pemberontakan, sikap mendukung il (Catalano & Hawkins, 1996).



Faktor-faktor pelindung yang meningkatkan ketahanan seseorang yang terpapar risiko dan melindungi mereka dari dampak yang tidak diinginkan telah diteliti. Terdapat tiga kategori besar faktor pelindung pada anak yang telah diidentifikasi, yaitu (Catalano & Hawkins, 1996):

- a. Karakteristik individu, termasuk temperamen tangguh, orientasi sosial positif, dan kecerdasan (Radke Yarrow & Sherman, 1990).
- b. Kekompakan dan kehangatan atau ikatan keluarga pada masa kanak-kanak.
- c. Dukungan sosial eksternal yang memperkuat kompetensi dan komitmen individu serta memberikan sistem kepercayaan untuk hidup (Garmezy, 1985; Werner, 1989).

Berbeda dengan faktor risiko, faktor protektif atau pelindung diasumsikan bekerja tidak langsung melalui interaksi dengan faktor risiko, memediasi atau memoderasi efek paparan risiko (Hawkins et al., 1992b; Ruttler, 1990, Dalam (Catalano & Hawkins, 1996). Dengan menggunakan teori *Social Development Model (SDM)* beberapa penelitian mempelajari faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) secara bersama-sama dalam perilaku merokok dan penggunaan zat oleh remaja.

Dalam sebuah penelitian di Kota Utah, Amerika Serikat menemukan bahwa siswa yang sering merokok memiliki faktor faktor protektif yang lebih rendah dan faktor risiko yang tinggi dibanding siswa yang tidak merokok. Dengan faktor risiko yaitu indikator sikap individu dan keluarga yang mendukung penggunaan rokok dan faktor pelindung (protektif) yaitu persepsi individu terhadap risiko bahaya penggunaan rokok (Burrow-sánchez & Ratcliff, 2021). Selain itu pada penelitian yang lain di Iran menemukan bahwa faktor risiko yang paling mempengaruhi penggunaan rokok dan alkohol remaja adalah imbalan atas keterlibatan antisosial (dari domain teman sebaya), sedangkan faktor pelindungnya adalah religiusitas (domain individu) (Baheiraei et al., 2016).

Bronfenbrenner (1978) dalam teori *Social Ecological Model (SEM)* menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor dari beberapa level sistem lingkungan. Bronfenbrenner (1978) menjelaskan bahwa perkembangan individu dipengaruhi oleh serangkaian sistem lingkungan yang saling berhubungan, mulai dari lingkungan terdekat (misalnya, keluarga) hingga struktur masyarakat yang luas (misalnya, budaya) (Guy-Evans, 2024). Interaksi aspek internal individu dengan setiap sistem lingkungan menentukan keberhasilan perkembangan individu tersebut. (Bronfenbrenner, 1979 Dalam Utami et al., 2019).

Salah satu level lingkungan dalam teori *Social Ecological Model (SEM)* di level intrapersonal meliputi aspek internal individu seperti usia, kelamin, kepribadian, kesehatan, kecerdasan, pengetahuan, dan sikap; dan level lingkungan berikutnya merupakan aspek eksternal yang terdiri dari lima level yang saling terkait, yaitu Mikrosistem,



Mesosistem, Eksosistem, Makrosistem, dan Kronosistem (Harjana, 2023; Utami et al., 2023).

a. Mikrosistem

Mikrosistem adalah lingkungan level pertama dan merupakan hal-hal yang memiliki kontak langsung dengan anak di lingkungan terdekatnya.

1) Lingkungan Keluarga

Lingkungan keluarga adalah salah satu lingkungan pada level mikrosistem yaitu level lingkungan sosial yang paling dekat dengan remaja. Keluarga terutama orang tua merupakan agen sosialisasi terdekat dalam kehidupan setiap individu, sehingga subsistem keluarga khususnya orang tua mempunyai pengaruh besar pada pembentukan karakter dan habit seseorang terutama pada anak dan remaja (Zubaidillah, 2018). Orang tua yang merokok merupakan faktor yang memperkuat (*reinforcing*) terjadinya perilaku merokok karena orang tua merupakan teladan dalam keluarga dan menjadi contoh bagi anaknya (Darmansyah et al., 2023; Muslim et al., 2023; Pratiwi, 2022).

Catalano & Hawkins (1996) mengidentifikasi faktor risiko dari keluarga meliputi riwayat perilaku antisosial keluarga, manajemen keluarga yang kurang, konflik keluarga, sikap keluarga mendukung penggunaan zat dan obat-obatan, dan sikap keluarga mendukung perilaku antisosial; sedangkan faktor pelindung (protektif) meliputi keterikatan keluarga, peluang keterlibatan prososial, dan imbalan atas keterlibatan prososial.

Sebuah penelitian di Indonesia menemukan bahwa Remaja sekolah yang pernah melihat orang merokok di dalam rumah 2,17 kali lebih berisiko untuk merokok dan 1,24 kali lebih berisiko untuk merokok apabila memiliki orang tua perokok (Harsanti & Wicaksono, 2017). Memiliki orang tua atau anggota keluarga yang merokok akan membuat remaja mudah mengakses rokok dan memberikan dampak psikologis dan keyakinan pada remaja bahwa merokok adalah perilaku normal yang dapat diterima di masyarakat (Jamal et al., 2020).

Faktor pengawasan dan kontrol orang tua juga mempengaruhi perilaku merokok remaja. Anak tidak memiliki banyak waktu bersama orang tua karena kesibukan orang tua (Darmansyah et al., 2023). Dibandingkan dengan keluarga yang permisif yang



menekankan pola pikir "lakukan apa yang Anda mau", remaja dari keluarga konservatif yang mengutamakan tujuan jangka panjang dan nilai-nilai sosial dan agama yang baik cenderung tidak menggunakan narkoba, merokok, atau obatan-obatan lainnya. Orang tua merupakan panutan yang paling kuat pengaruhnya terhadap anak karena interaksi yang mendalam antara orang tua dan anak dapat melahirkan karakter yang mirip (Marita & Yansyah, 2023).

Selain itu, pola asuh orang tua juga merupakan hal yang penting untuk membentuk perilaku remaja. Dukungan sosial dari keluarga dan orang terdekat dapat berkontribusi terhadap keputusan penggunaan tidak merokok remaja (Dudok & Piko, 2023). Imbalan atau penghargaan dari keluarga atas keterlibatan prososial remaja juga dapat menjadi faktor pelindung (protektif) perilaku merokok remaja (Baheiraei et al., 2016). Selain itu, pola asuh orang tua memiliki korelasi yang paling kuat dalam pengembangan karakter remaja. Pola asuh orang tua memiliki dampak yang lebih besar daripada faktor teman sebaya dan beberapa faktor lainnya. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa remaja belajar dari orang tuanya. Ajaran-ajaran tersebut juga dapat berupa contoh perilaku seperti kebiasaan merokok. Remaja dapat meniru kebiasaan merokok orang tua atau kerabat terdekat mereka yang mereka lihat setiap hari. Hal ini karena remaja mengembangkan perasaan keinginan berdasarkan apa yang dilakukan orang tua mereka. Oleh karena itu, bimbingan dan pengawasan orang tua sangat penting dalam membantu memastikan bahwa remaja tidak merokok (Karina et al., 2023).

2) Lingkungan Sekolah

Lingkungan sekolah merupakan lingkungan pada level mikrosistem setelah keluarga. Sekolah juga memiliki peran penting dalam membentuk perilaku merokok remaja karena remaja juga banyak menghabiskan waktu di sekolah. Catalano & Hawkins (1996) mengidentifikasi faktor risiko dari lingkungan sekolah meliputi kegagalan akademik dan rendahnya komitmen untuk sekolah; sedangkan faktor pelindung (protektif) meliputi, peluang keterlibatan prososial, dan imbalan atas keterlibatan prososial.

Proses perkembangan sosial di sekolah dipengaruhi oleh cara sekolah dan guru menyusun peluang bagi anak untuk terlibat kegiatan prososial di sekolah. Keterikatan sekolah merupakan salah satu faktor pelindung perilaku merokok remaja (Dudok & Piko, 2023). Semakin banyak



sekolah dan ruang kelas yang menyediakan peluang kegiatan prososial, semakin besar kemungkinan anak-anak menjadi ikut terlibat dan melindungi dari keterlibatan dalam perilaku bermasalah/ antisosial (Dryfoos, 1990 Dalam Catalano & Hawkins, 1996).

Selain itu, salah satu faktor di sekolah yang mempengaruhi perilaku merokok remaja adalah penerapan kebijakan larangan merokok di sekolah (Karina et al., 2023; Muslim et al., 2023). Remaja sekolah yang pernah melihat guru merokok di lingkungan sekolah 1,37 kali lebih berisiko untuk merokok dibandingkan dengan yang tidak pernah melihat guru merokok di lingkungan sekolah (Harsanti & Wicaksono, 2017). Penerapan aturan larangan merokok di lingkungan sekolah seperti menerapkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan sekolah dapat menjadi salah satu strategi mengurangi dan mencegah remaja sekolah terpapar *role model* perilaku merokok terutama guru di sekolah (Jamal et al., 2020).

Faktor lain di lingkungan sekolah yang juga mempengaruhi perilaku merokok remaja sekolah adalah edukasi bahaya rokok di sekolah. Edukasi tentang bahaya merokok melalui pemberian informasi atau diskusi tentang bahaya merokok di sekolah berhubungan signifikan dengan perilaku merokok pelajar Indonesia. Diskusi di kelas atau memiliki kurikulum tentang bahaya merokok berpengaruh positif terhadap sikap remaja untuk menolak merokok dan signifikan berhubungan dengan perilaku merokok remaja (Jamal et al., 2020). Imbalan terhadap keterlibatan prososial siswa di sekolah dari sekolah juga dapat menjadi faktor pelindung (protektif) perilaku merokok remaja (Baheiraei et al., 2016).

3) Lingkungan Teman Sebaya

Lingkungan sosial yang juga termasuk dalam level mikrosistem dalam level lingkungan yang mempengaruhi perilaku anak dan remaja adalah teman sebaya. Catalano & Hawkins (1996) mengidentifikasi faktor risiko dari lingkungan teman sebaya meliputi pemberontakan, keterlibatan dalam geng, sikap teman yang mendukung penggunaan zat dan obat-obatan, sikap teman yang mendukung perilaku antisosial, imbalan atas keterlibatan antisosial, riwayat penggunaan zat dan obat-obatan teman, interaksi dengan teman sebaya yang antisosial. Sedangkan faktor pelindung (protektif) meliputi interaksi dengan teman



sebayu yang prososial, keterlibatan kegiatan prososial, imbalan atas keterlibatan prososial.

Di Indonesia, sebuah penelitian menemukan bahwa sebesar 93% perokok remaja sekolah mempunyai teman dekat yang merokok. Remaja sekolah yang memiliki teman dekat yang merokok 5,28 kali lebih berisiko untuk merokok dibandingkan remaja sekolah yang tidak memiliki teman dekat yang merokok. Hal ini menunjukkan bahwa tekanan sosial dari teman sebaya dapat mempengaruhi perilaku merokok remaja (Harsanti & Wicaksono, 2017). Menurut teori *Social Ecologycal Model* (SEM) perilaku gaya hidup seseorang dibentuk dan dikembangkan dari interaksi lingkungannya, seperti teman sebaya dengan determinan internal seperti pengetahuan, persepsi, atau yang lainnya. (O'Loughlin *et al.*, 2009 Dalam Jamal *et al.*, 2020).

Teman sebaya merupakan salah satu sumber informasi bagi remaja di luar lingkungan keluarga (Marita & Yansyah, 2023). Memiliki teman perokok cenderung menghilangkan niat untuk tidak merokok. Selain itu, teman dekat yang merokok meningkatkan kemungkinan remaja merokok, minimal sekali seminggu. Oleh karena itu, hanya 1,9% remaja sekolah yang tidak memiliki teman perokok yang merokok, dan 2,5% remaja sekolah perokok yang tidak memiliki teman kelas perokok. Teman sebaya terbukti memiliki peran penting dalam keputusan remaja untuk terlibat dalam suatu perilaku. Seiring bertambahnya usia remaja dan semakin mandiri, pengaruh teman sebaya mereka akan bertambah, sementara pengaruh orang tua mereka akan berkurang (Jamal *et al.*, 2020).

Remaja yang belum memiliki komitmen kuat akan mudah terjerumus dalam kebiasaan merokok, karena sebagian remaja beranggapan bahwa merokok adalah satu-satunya cara agar diterima dalam kelompoknya. Jika remaja tidak mampu menolak, merokok sekali atau dua kali, lama-lama akan menjadi kebiasaan (Darmansyah *et al.*, 2023). Teman adalah tempat di mana orang bisa menjadi diri mereka sendiri tanpa aturan atau batasan apa pun. Karena orang yang lebih tua sering memberi nasihat, mereka menghindari merokok bersama mereka. Banyak orang menggunakan rokok sebagai cara untuk melarikan diri dari pikiran yang membebani. Stigma dan pengaruh teman atau orang yang mengajarkan merokok juga berpengaruh. (Darmansyah *et al.*, 2023). Akan tetapi, remaja yang mampu menempatkan dirinya pada lingkungan teman sebaya yang baik dan mahir dalam membangun hubungan



baik dengan teman sebaya dapat tumbuh dengan memiliki rasa positif terhadap diri mereka sendiri. (Marita & Yansyah, 2023).

b. Mesosistem

Mesosistem adalah tempat mikrosistem individu tidak berfungsi secara independen tetapi saling berhubungan dan saling mempengaruhi satu sama lain. Mesosistem melibatkan interaksi antara berbagai mikrosistem dalam kehidupan anak. Interaksi ini dapat berdampak signifikan pada perkembangan anak. (Guy-Evans, 2024).

Aksesibilitas rokok merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku merokok remaja sebagai akibat dari interaksi antara sub sistem pada mikrosistem yaitu hubungan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan teman sebaya, lingkungan sekolah, maupun lingkungan komunitas atau masyarakat terdekat remaja. Dalam *Social Development Model* (SDM) aksesibilitas rokok termasuk dalam salah satu faktor risiko pada domain komunitas. Teori ini tidak menguraikan secara implisit terkait aksesibilitas rokok dari segi faktor pelindung (protektif). Namun terdapat beberapa penelitian yang dapat menjelaskan aksesibilitas rokok sebagai faktor risiko dan faktor pelindung (protektif).

Dalam aksesibilitas rokok ini peran keluarga, sekolah, dan teman sebaya sangat penting. Kemudahan mendapatkan rokok baik karena harga maupun ketersediaannya di sekitar remaja menjadi salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja (Karina et al., 2023; Muslim et al., 2023). Selain itu, tidak adanya aturan yang tegas terkait batasan umur orang yang membeli rokok, kapanpun dan dimanapun mereka ingin membeli rokok selalu tersedia pada dasarnya membantu remaja dengan bebas memperoleh rokok dan menjadi perokok (Karina et al., 2023).

Remaja dengan aksesibilitas rokok yang mudah 4.017 kali lebih berisiko untuk merokok dibandingkan remaja yang sulit dan tidak mengetahui akses mendapatkan rokok. Harga rokok di pasaran juga berhubungan dengan kemudahan akses rokok oleh remaja (Karina et al., 2023; Muslim et al., 2023). Sebesar 49% remaja sekolah perokok di Indonesia membeli rokok di toko, dimana 65% di antaranya membeli rokok secara eceran per batang (Harsanti & Wicaksono, 2017).

Penerapan aturan batasan umum konsumen rokok seharusnya dapat menjadi faktor pelindung (protektif) remaja dari penggunaan rokok. Penolakan menjual rokok kepada remaja merupakan faktor pelindung (protektif) terhadap perilaku merokok remaja. Penolakan penjualan rokok kepada remaja



dapat mempengaruhi kemauan remaja untuk berhenti dan tidak merokok. Perokok remaja yang ditolak ketika membeli rokok berpeluang untuk mau berhenti merokok 3,65 kali lebih tinggi daripada remaja yang dilayani (Wulandari et al., 2023).

c. Eksosistem

Eksosistem merupakan penggabungan struktur sosial formal dan informal lainnya seperti pemerintahan daerah, teman-teman keluarga, dan media massa dalam membentuk perilaku individu (Guy-Evans, 2024). Eksosistem adalah sistem sosial yang lebih besar di mana individu tidak terlibat interaksi secara langsung, tetapi dapat berpengaruh terhadap perkembangan karakter individu (Zubaidillah, 2018). Meskipun tidak berinteraksi langsung dengan anak, ekosistem tetap mempengaruhi perkembangan karakter individu (Guy-Evans, 2024).

Iklan adalah pemberitahuan kepada khalayak mengenai barang atau jasa yang dijual, dan biasanya dipasang di dalam media massa seperti surat kabar, majalah, televisi, radio atau di tempat umum. Dalam peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 disebutkan bahwa iklan rokok adalah kegiatan kegiatan yang memperkenalkan, memasyarakatkan, dan menyebarkan informasi terkait rokok termasuk peringatan kesehatan dan pembatasan seperti bahaya kesehatan, dan batas umur yang diperbolehkan.

Dalam mempengaruhi konsumen media iklan tidak berinteraksi secara langsung dengan individu terutama jika iklan atau promosi yang dilakukan menggunakan media seperti televisi, radio, media sosial, dan media lainnya. Meskipun tidak ada interaksi antara individu dalam hal ini remaja dengan iklan maupun promosi tentang rokok, namun beberapa penelitian menemukan bahwa keterpaparan iklan dan promosi rokok dapat mempengaruhi perilaku merokok remaja. Paparan iklan rokok yang tinggi dapat meningkatkan ekspektasi dan persepsi positif remaja terhadap rokok. Persepsi positif seperti menganggap aktor (model) dalam iklan rokok keren, maskulin, dan percaya diri. Iklan juga memberikan informasi tentang kualitas dan merek dari rokok (Marita & Yansyah, 2023).

Salah satu hal yang mendorong dan mempengaruhi remaja untuk merokok adalah iklan. Remaja belajar tentang rokok dan mencobanya melalui iklan di media. Promosi, iklan, dan sponsor rokok membuat remaja ingin mulai merokok, mendorong mereka yang sudah merokok untuk terus merokok, dan mendorong mereka yang sudah berhenti untuk mulai merokok lagi (Karina et al., 2023).



Dalam beberapa literatur telah menyebutkan bahwa iklan dan promosi rokok merupakan faktor risiko dari perilaku merokok remaja. namun terdapat beberapa kondisi yang membuat iklan dan promosi rokok ini menjadi faktor pelindung (protektif) perilaku merokok remaja. Keterpaparan remaja pada iklan larangan merokok dan iklan bahaya merokok dapat mengurangi niat dan keinginan merokok remaja. Penelitian menemukan bahwa remaja yang terpapar iklan pro-rokok dan anti-rokok 36% lebih kecil kemungkinannya untuk menjadi perokok. Pesan pengendalian tembakau telah terbukti mengurangi inisiasi merokok di kalangan remaja. iklan anti-rokok terutama yang menggunakan gambar grafis atau cerita individu untuk menunjukkan dampak kesehatan yang serius dari merokok. Amerika Serikat dan Turki melaporkan bahwa paparan iklan anti-rokok dapat memperkuat persepsi bahaya merokok dan niat remaja untuk tidak merokok, serta menurunkan kemungkinan mereka menjadi perokok (Zhu et al., 2019).

d. Makrosistem

Makrosistem adalah sistem lapisan terluar dari lingkungan individu. Subsistem makrosistem terdiri dari ideologi negara, pemerintah, tradisi, agama, hukum, adat istiadat, budaya, nilai masyarakat secara umum, dan lain sebagainya, dimana individu berada. Prinsip-prinsip yang terdapat dalam lapisan makrosistem tersebut akan berpengaruh pada keseluruhan interaksi di semua lapisan. Misalnya, jika suatu kondisi di mana orang tua akan menjalankan peran psikoedukasional mereka akan berubah jika norma-norma masyarakat mengamankan bahwa orang tua bertanggung jawab dalam membesarkan anak-anak mereka. Berk mengklaim bahwa pola perilaku, kepercayaan, dan semua produk lain dari sekelompok orang yang diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya merupakan budaya yang dijelaskan dalam subsistem ini. (Berk, 2000 Dalam Zubaidillah, 2018).

e. Kronosistem

Kronosistem mencakup pengaruh faktor lingkungan terhadap perilaku dan perkembangan dari waktu ke waktu (Purnama, S., 2016). Pola kejadian sepanjang rangkaian kehidupan dan keadaan sosio historis disebut sebagai kronosistem (Zubaidillah, 2018).



1.6. Sintesa Penelitian

Tabel 1.1 Tabel Sintesa Penelitian Terkait Perilaku Merokok Remaja

No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
1	Determinan Perilaku Merokok Pada Remaja Sekolah Di Indonesia	Titik Harsanti, Febri Wicaksono. (2017)	Siswa sekolah kelas 7,8, dan 9 dari 72 sekolah sebanyak 5.986 siswa (berdasarkan data <i>Global Youth Tobacco Survey (GYTS)</i>)	Status Merokok	- Jenis Kelamin - Tingkat pendidikan (kelas) - Keterpaparan rokok di rumah - Keterpaparan rokok di ruang publik tertutup - Keterpaparan rokok di ruang publik terbuka - Keterpaparan iklan rokok - Keterpaparan kampanye anti rokok - Guru merokok - Orang tua merokok - Teman dekat merokok - Diskusi bahaya merokok di keluarga - Pengetahuan	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan data sekunder <i>Global Youth Tobacco Survey (GYTS)</i> .	Sebesar 25% siswa pernah merokok dan 15% siswa saat ini merokok. Peluang siswa untuk merokok lebih tinggi di kalangan anak laki-laki. Risiko merokok yang lebih tinggi teramati di antara siswa yang memiliki teman dekat yang merokok. Siswa yang salah satu atau kedua orang tuanya merokok lebih cenderung merokok. Siswa yang pernah melihat gurunya merokok atau pernah melihat orang-orang merokok di rumah mereka dan tempat-tempat umum lebih cenderung merokok.



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
					dan sikap terhadap bahaya rokok		
2	Determinan Sosial Perilaku Merokok Pelajar di Indonesia: Analisis Data <i>Global Youth Tobacco Survey</i> Tahun 2014	Hudriani Jamal, Andi Zulkifili Abdullah, Muh. Tahir Abdullah. (2020)	Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh responden survei GYTS 2014 yang memiliki data lengkap, dan tidak terdapat jawaban <i>missing</i> pada jawaban pertanyaan variabel penelitian yang dibutuhkan sebesar 5093 orang (75,9% dari seluruh sampel GYTS Indonesia).	Perilaku Merokok	- Penerapan KTR - Edukasi bahaya merokok - Status merokok orang tua, teman, dan guru	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan data sekunder <i>Global Youth Tobacco Survey</i> (GYTS) tahun 2014.	Angka pelajar yang merokok adalah 14,7%. Penerapan kawasan tanpa rokok, status merokok orang tua, memiliki teman yang merokok, dan memiliki guru yang merokok berhubungan signifikan dengan perilaku merokok pelajar. Namun, perilaku merokok tidak berhubungan dengan edukasi bahaya merokok.



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
3	Determinan Perilaku Merokok Remaja SMA/Sederajat di Kecamatan Lowokwaru Kota Malang	Nadzifa Azhar Muslim, Sapto Adi, Suci Puspita Ratih, dan Nurnaningsih Herya Ulfah. (2023)	Populasi penelitian adalah seluruh siswa SMA/ sederajat berjumlah 17.120 siswa. Sampel penelitian sejumlah 330 siswa yang diperoleh acak dari 3 sekolah di kelurahan yang berbeda.	Perilaku merokok	- Pengetahuan - Sikap - Akses ketersediaan rokok - Paparan rokok orang tua di rumah - Kebijakan larangan merokok di sekolah	penelitian kuantitatif dengan desain studi <i>cross-sectional</i> .	Hasil penelitian menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap, akses ketersediaan rokok, dan paparan rokok orang tua di rumah berhubungan signifikan secara statistik terhadap perilaku merokok remaja. Hasil multivariat membuktikan bahwa akses ketersediaan rokok ialah faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja.
4	Perilaku Merokok Pada Remaja di Kabupaten Mamuju	Safriadi Darmansyah, Andi Agustang, Shermina Oruh. (2023)	Remaja umur 10-19 tahun berdomisili di kabupaten mamuju dan merokok. Sebanyak 10 orang informan	Perilaku Merokok		Penelitian kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku merokok pada remaja meliputi: determinan sosial (awal merokok, pekerjaan orang tua dan uang saku), alasan merokok dan respon remaja saat pertama kali merokok. Determinan sosial diperoleh informasi bahwa rata-rata informan pernah merokok pertama kali di kelas 1 SMP saat



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
							berada pada rentang usia 12-14 tahun, orang tua informan semua adalah pekerja dan uang jajan diberikan oleh orang tua pada informan digunakan untuk membeli rokok.
5	Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Remaja Usia 16-19 Tahun Di Desa Kota Baru Barat Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kota Baru Kabupaten Oku Timur	Yulis Marita, Eka Joni Yansyah. (2023)	Populasi adalah seluruh remaja usia 16-19 tahun yang berada di Desa Kota Baru Bara dengan jumlah sampel 134 orang.	Perilaku merokok	- Dukungan orang tua - Pengaruh teman sebaya - Paparan iklan rokok	Penelitian kuantitatif dengan desain <i>cross sectional</i>	Sebanyak 86 responden (64,2%) dengan perilaku tidak merokok. Ada hubungan antara dukungan orang tua, pengaruh teman sebaya dan paparan iklan rokok dengan perilaku merokok remaja di desa Kota Baru Bara.
		Dwi Suharyanta, Dwi Widiyaningsih, Sugiono.	Populasi dalam penelitian ini adalah 835 remaja laki-laki berusia 15	Pencegahan perilaku merokok	- Peran orang tua - Peran tenaga kesehatan - Peran teman	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Peran orang tua, peran tenaga kesehatan dan peran teman sebaya berpengaruh terhadap pencegahan perilaku merokok di Kecamatan



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
	Pencegahan Perilaku Merokok Remaja	(2018)	sampai 17 tahun, teknik pengambilan menggunakan random sampling yaitu 150 responden.		sebayak		Banguntapan Bantul, Yogyakarta.
7	<i>The Combined Impact of Risk vs. Protective Factors in Shaping Israeli Adolescents' Cigarette Smoking</i>	Moshe Israelashvili & Iris Ravid (2019)	Siswa sekolah menengah di Israel sebanyak 426 orang	Status merokok.	Faktor risiko dan faktor protektif yaitu paparan terhadap peristiwa kehidupan yang menekan, skala penanganan remaja, rasa koherensi, dan skala dukungan sosial yang dirasakan	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Pengukuran dilakukan menggunakan kuesioner yang diisi mandiri oleh siswa	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku merokok remaja terkait dengan berbagai faktor, termasuk karakteristik demografis seperti jenis kelamin dan tempat kelahiran/keimigrasian. Selain itu, tingkat stres yang dialami remaja dan penggunaan cara-cara penanganan yang tidak produktif juga berperan dalam menjelaskan status merokok remaja. Temuan juga menunjukkan bahwa tingkat koherensi diri remaja dapat berfungsi sebagai faktor protektif terhadap perilaku merokok. Selain itu, dukungan dari



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
							teman sebaya juga memainkan peran penting, meskipun kecenderungan untuk bergantung pada teman untuk mengatasi masalah sehari-hari dapat meningkatkan kecenderungan merokok remaja.
8	<i>Contextual Effect of School and Other Determinants of Non Smoking Behavior among High School Students in Bantul, Yogyakarta</i>	Roviana Nurda Agustin, Endang Sutisna Sulaeman Hanung Prasetya/ (2019)	Remaja laki-laki umur 15 – 18 tahun sebanyak 200 orang dari SMA 13 dan SMK 12 Bantul, Yogyakarta	Perilaku tidak merokok	- Pengetahuan - Sikap - Norma subjektif - Kontrol perilaku - Persepsi - Niat - Dukungan orang tua - Dukungan guru - Dukungan teman sebaya - Paparan media informasi	Penelitian kuantitatif. Analisis observasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Perilaku tidak merokok remaja Sekolah Menengah Atas dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, norma subjektif, kontrol perilaku, persepsi, niat, dukungan orang tua, dukungan guru, dukungan teman sebaya, dan paparan media informasi.
		Sujono Riyadi. (2020)	Subyek penelitian ada 400 remaja	Perilaku merokok	- Paparan media informasi	Penelitian kuantitatif	Ada pengaruh secara langsung niat remaja untuk tidak merokok terhadap



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
	Dan Niat Terhadap Perilaku Tidak Merokok Remaja Di Yogyakarta		yang dibagi menjadi 200 remaja yang merokok dan 200 lagi remaja tidak merokok. Sampel dilakukan pada siswa SMP dan SMA baik swasta maupun negeri yang tersebar dalam 12 kecamatan di Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta.		- Niat tidak merokok - Sikap tidak merokok	dengan pendekatan <i>case control</i> .	perilaku tidak merokok remaja di Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta. Ada pengaruh secara tidak langsung sikap tidak merokok remaja melalui niat remaja untuk tidak merokok terhadap perilaku tidak merokok remaja di Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta. Ada pengaruh secara tidak langsung paparan media informasi tentang rokok terhadap perilaku tidak merokok remaja melalui sikap tidak merokok dan niat tidak merokok remaja di Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta.
10	<i>Risk And Protective</i>	Azam Baheiraei, Farzaneh Soltani, Abbas Ebadi, Abbas Rahimi Foroushani and	Sebanyak 870 remaja di Iran umur 15-18 tahun	Perilaku Merokok dan penggunaan alkohol	Faktor risiko dan faktor protektif yang terdiri dari 5 domain lingkungan yaitu individu, keluarga, teman sebaya,	Penelitian kuantitatif Deskriptif (<i>Cross sectional</i>). Pengukuran menggunakan kuesioner	Enam belas faktor risiko dan tujuh faktor pelindung memprediksi penggunaan rokok dan alkohol seumur hidup pada remaja Iran. Kemudian terdapat 12 faktor risiko memprediksi penggunaan rokok dan alkohol; serta empat faktor



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
	<i>Based Study</i>	Mohammad Ali Cheraghi (2016)			sekolah, dan komunitas. Variabel status keluarga, demografi, tingkat pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, merupakan variabel kontrol	faktor risiko dan protektif yang diperoleh dari adaptasi dari <i>Communities That Care Youth Survey</i> (CTC-YS)	pelindung termasuk religiusitas, harga diri, imbalan keluarga untuk keterlibatan prososial, dan imbalan sekolah untuk keterlibatan prososial. dimana OR tertinggi terkait faktor risiko "imbalan atas keterlibatan antisosial" dan faktor pelindung "religiusitas".
11	<i>Adolescent Risk and Protective Factors for the Use of Electronic Cigarettes</i>	Jason J. Burrow-Sánchez Dan Benjamin R. Ratcliff (2021)	Sebanyak 54.853 siswa dari kelas 6,8,10 dan 12 yang berasal dari 400 sekolah	Penggunaan rokok elektrik seumur hidup, Penggunaan awal rokok elektrik dan Faktor risiko dan faktor protektif	Frekuensi penggunaan rokok elektrik	Penelitian kuantitatif dengan Analisis data sekunder dengan pendekatan <i>Cross sectional</i> . Pengukuran dilakukan menggunakan kuesioner <i>Prevention Needs Assessment</i> (PNA) yang	Siswa yang sering dan jarang menggunakan rokok elektrik dilaporkan memiliki faktor protektif yang lebih rendah dan faktor risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan siswa yang tidak pernah merokok. Siswa yg sering dan jarang merokok memiliki faktor risiko (sikap positif terhadap penggunaan narkoba) yang lebih tinggi, dan faktor perlindungan (persepsi risiko bahaya dari penggunaan rokok elektrik) yang lebih rendah.



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
						diisi secara mandiri oleh siswa.	Siswa yang sering menggunakan rokok elektrik melaporkan bahwa sikap mereka (domain individu) dan orang lain yang dekat dengan mereka (teman sebaya dan orang tua) lebih mendukung penggunaan zat tersebut dibandingkan siswa yang tidak menggunakan rokok elektrik.
12	<i>Multi-Level Protective Factors of Adolescent Smoking and Drinking</i>	Réka Dudok dan Bettina F. Piko (2023)	Remaja usia 11-18 tahun sebanyak 276 di Budapest dan Hungary	Perilaku merokok dan minum alkohol	Faktor protektif yaitu Faktor individu, faktor tingkat sekolah, faktor sosial, dan faktor perlindungan mental.	Penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Pengukuran dilakukan menggunakan kuesioner yang diisi secara mandiri oleh siswa	Tidak ada perbedaan jenis kelamin dalam penggunaan rokok remaja. pengendalian diri menjadi faktor pelindung yang universal dan paling menentukan terhadap penggunaan rokok, sementara faktor perlindungan yang lain (harga diri, ketahanan, dukungan sosial dari keluarga atau orang terdekat, keterikatan sekolah, dan kesejahteraan mental) juga dapat berkontribusi terhadap penggunaan rokok dan alkohol. sementara itu usia



No	Judul	Nama (Tahun)	Subjek	Variabel		Metode	Hasil
				Dependen	Independen		
							dan dukungan teman berperan sebagai faktor risiko.



1.7. Kerangka Teori

1.7.1. Teori *Social Development Model* (SDM)

Teori Social Development Model (SDM) dikembangkan oleh J. David Hawkins dan Richard F. Catalano (Catalano & Hawkins, 1996). Teori ini memberikan kerangka konseptual untuk memahami bagaimana faktor-faktor risiko dan faktor-faktor protektif dalam lingkungan sosial dapat mempengaruhi perkembangan perilaku anti-sosial atau perilaku berisiko pada individu.

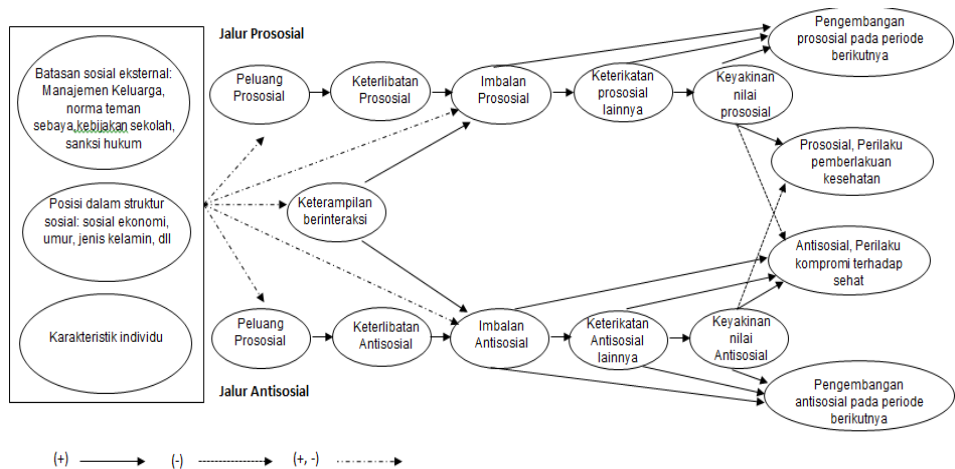
Teori Social Development Model (SDM) menggambarkan proses perkembangan perilaku individu melalui dua jalur perkembangan yang berbeda yang disebut sebagai jalur prososial dan jalur antisosial. Terdapat tiga faktor utama yang menjadi dasar perkembangan individu dalam teori ini, yaitu faktor lingkungan sosial, posisi dalam struktur sosial, dan karakteristik individu. Dalam mempengaruhi perilaku individu, faktor-faktor ini melalui dua jalur perkembangan sosial yang berbeda yang disebut sebagai jalur prososial dan jalur antisosial.

Jalur prososial diawali dengan adanya peluang prososial yang kemudian berlanjut pada keterlibatan dalam aktivitas prososial dan menimbulkan penghargaan terhadap perilaku prososial yang dilakukan dari individu lain. Atas penghargaan yang dirasakan individu maka terbentuk ikatan dengan individu prososial yang lain yang membantu menginternalisasi nilai-nilai prososial sehingga terbentuk keyakinan yang akhirnya menghasilkan perilaku prososial (perilaku sehat). Demikian pula dengan jalur antisosial, diawali dengan keterpaparan individu terhadap peluang antisosial yang mengarah pada keterlibatan dalam aktivitas antisosial. Individu yang terlibat dalam aktivitas antisosial dan mendapatkan penghargaan dari individu lain akan membentuk keterikatan dengan individu antisosial yang lain. Keterikatan antisosial yang dialami individu akan membantu proses internalisasi nilai-nilai antisosial ke dalam kebiasaan individu, yang dapat berujung pada perilaku antisosial yang dapat membahayakan kesehatan.

Antara jalur prososial dan antisosial terdapat keterampilan berinteraksi individu yang dapat mempengaruhi arah perkembangan individu. Keterampilan ini berhubungan dengan kemampuan individu untuk dapat terlibat dan mendapatkan penghargaan baik dalam konteks prososial maupun antisosial.

Teori ini mengidentifikasi empat konstruk utama yang berkontribusi terhadap perkembangan perilaku antisosial atau prososial, yaitu: peluang (*opportunity*), keterampilan (*skill*), ikatan (*bond*), dan kepercayaan (*belief*). Dimana keempat konstruk ini membentuk perilaku individu masing-masing melalui jalur prososial dan prososial yang saling berhubungan (Catalano et al., 1996; Catalano & Hawkins, 1996). Berikut model jalur model teori *Teori Social Development Model (SDM)* (Catalano et al., 2018; Catalano & Hawkins, 1996) :





Gambar 1.1 Kerangka Teori Social Development Model (SDM)

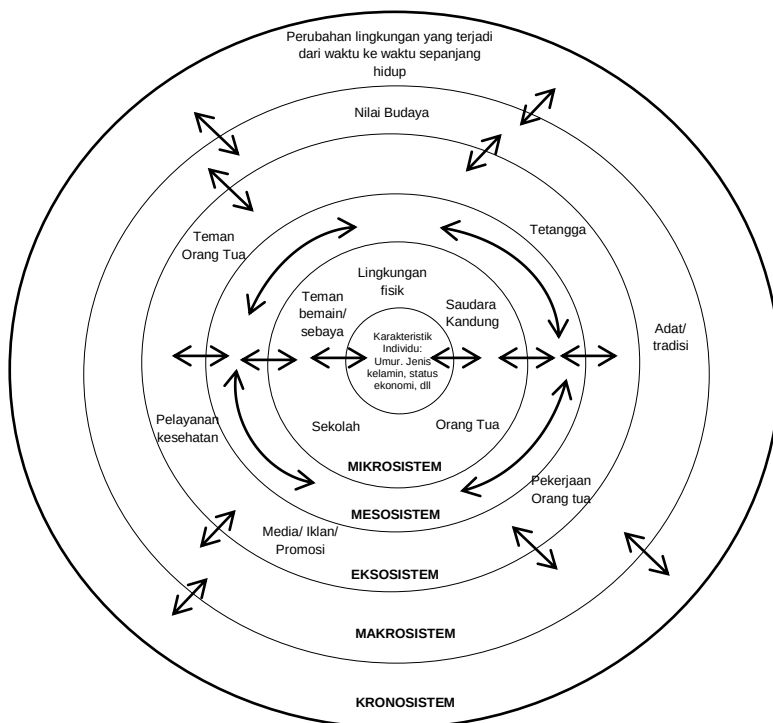
1.7.2. Teori Social Ecological Model (SEM)

Teori *Social Ecological Model (SEM)* pertama kali dikembangkan pada tahun 1960-an oleh Urie Bronfenbrenner. Teori ini menjelaskan proses perkembangan individu dipengaruhi oleh berbagai sistem lingkungan yang saling berhubungan. Sistem lingkungan ini mulai dari lingkungan intrapersonal yang meliputi aspek internal individu seperti usia, jenis kelamin, kepribadian, kesehatan, kecerdasan, pengetahuan, persepsi. Sistem lingkungan selanjutnya yaitu lingkungan sosial individu yang terdiri dari lima level yang saling berhubungan, yaitu Mikrosistem, Mesosistem, Eksosistem, Makrosistem, dan Kronosistem (Harjana, 2023; Utami et al., 2023). Secara sederhana teori *Social Ecological Model (SEM)* ini dapat digambarkan seperti pada Gambar 1.2.

Mikrosistem merupakan lingkungan terdekat yang berinteraksi secara langsung dengan individu, terdiri dari keluarga, saudara/kerabat, sekolah, termasuk teman sebaya. Lingkungan sosial pada level ini memiliki pengaruh langsung dan paling kuat dalam perkembangan individu. Mesosistem merupakan lingkungan sosial yang terbentuk akibat dari interaksi atau hubungan antar komponen dalam mikrosistem, seperti interaksi antara orang tua dengan teman sebaya, atau antara teman sebaya dengan sekolah. Eksosistem adalah sistem sosial yang lebih besar sistem ini yang tidak langsung berinteraksi dengan individu tetapi mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu seperti teman sebaya, pekerjaan orang tua, tetangga, pemerintah lokal (setempat), < media massa atau iklan. Lingkungan eksosistem mempengaruhi lingkungan dan perilaku individu secara tidak langsung. Makrosistem sistem lingkungan terluar dari lingkungan individu yang mencakup



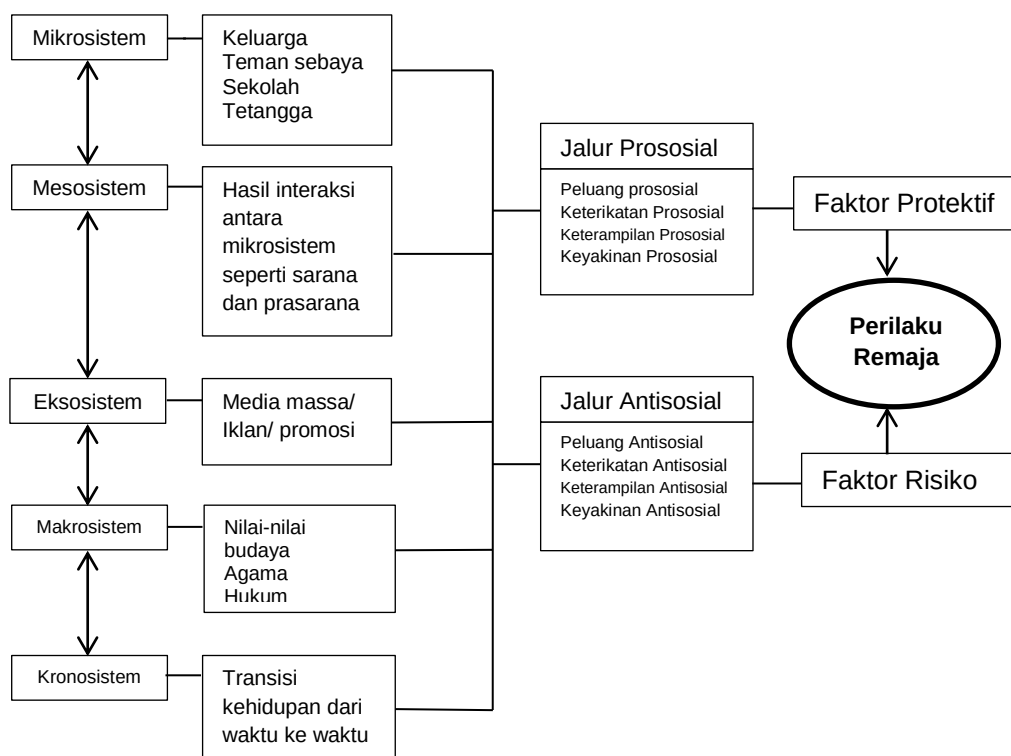
konteks budaya dan sosial yang lebih luas seperti sistem ekonomi, norma sosial, sistem politik, hukum, dan lainnya. Sistem ini membentuk nilai dan kepercayaan dalam masyarakat sehingga dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu. Kronosistem mencakup pengaruh lingkungan dari waktu ke waktu beserta caranya mempengaruhi perkembangan dan perilaku (Purnama,S., 2016). Teori ini menekankan bahwa perkembangan individu tidak dapat dipisahkan dari konteks lingkungan sosial dan lingkungan, dimana setiap sistem saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lain.



Gambar 1. 2 Kerangka Teori Social Ecological Model (SEM)

Berdasarkan dua teori perilaku yang telah diuraikan, maka dapat dijelaskan bahwa dalam proses perilaku individu dipengaruhi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor eksternal yaitu beberapa level sistem lingkungan mulai dari keluarga (orang tua, saudara), teman sebaya, sekolah, dan masyarakat. Dalam membentuk perilaku pada remaja, sosialisasi dengan lingkungan-lingkungan tersebut diikuti dengan pembelajaran sosial yang melibatkan empat konstruk yaitu keterlibatan dan keterikatan, keterampilan dan keyakinan yang jalur prososial dan antisosial yang menjadi faktor risiko dan g (protektif) perilaku individu.





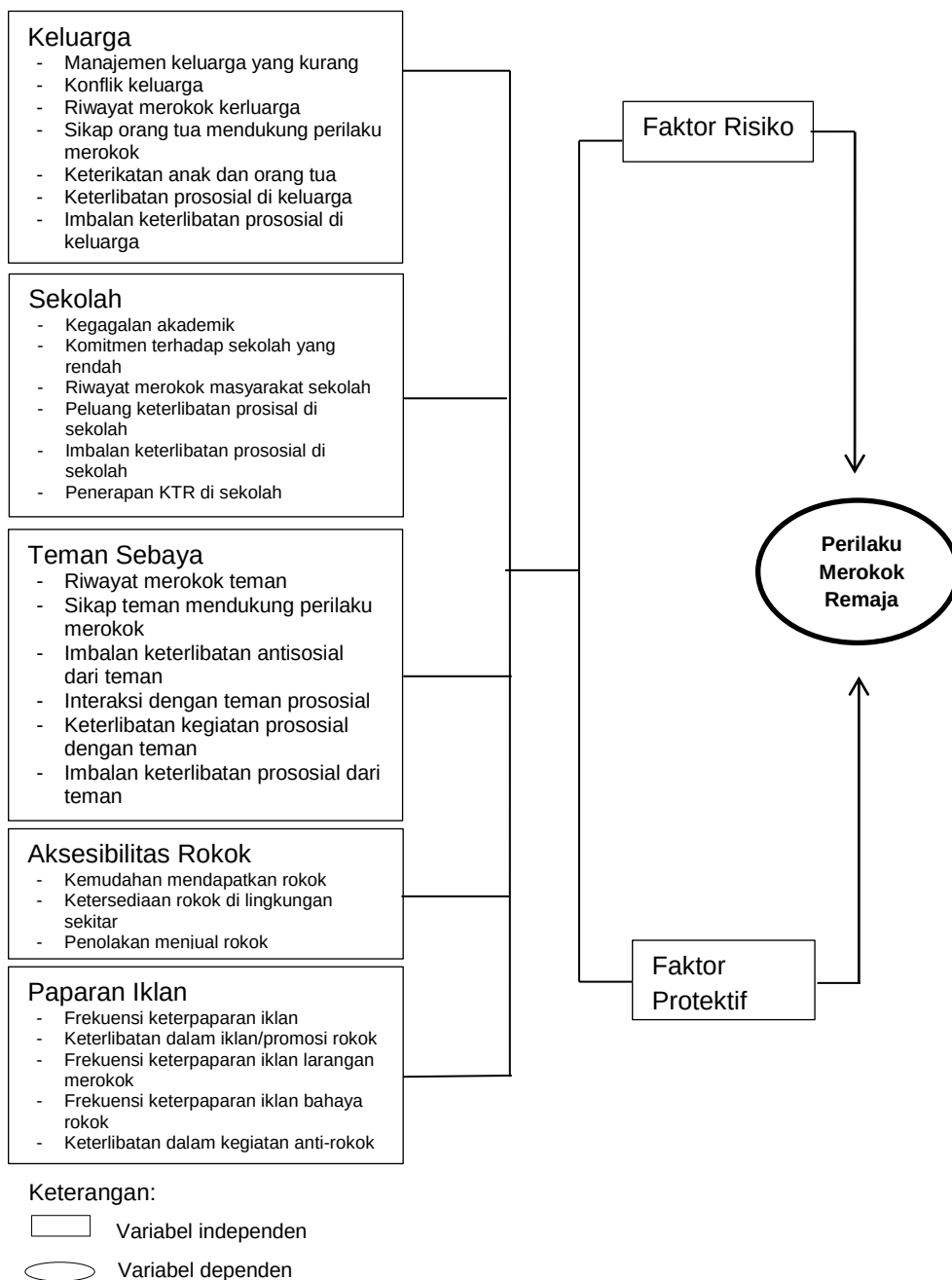
Gambar 1. 3 Kerangka Teori Social Ecological Model oleh Bronfenbrenner (Guy-Evans, 2024; Thaha, 2023) dan Teori Social Development Model Oleh J. David Hawkins dan Richard F. Catalano (Cambron et al., 2018; Catalano & Hawkins, 1996), dimodifikasi Oleh Diah (2024)

1.8. Kerangka Konsep Penelitian

Faktor-faktor risiko dan pelindung dalam lingkungan sosial remaja sekolah mempengaruhi keputusan remaja sekolah dalam berperilaku merokok. Sistem lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi perilaku remaja sekolah dimulai dari lingkungan terdekat sampai lingkungan terluar yang bahkan remaja tidak berinteraksi dengan lingkungan tersebut. Dalam penelitian ini lingkungan sosial yang digunakan peneliti yaitu mulai dari lingkungan terdekat yaitu keluarga, sekolah, dan teman sebaya. Selain itu juga lingkungan mesosistem yaitu aksesibilitas rokok, dan lingkungan eksosistem yaitu paparan iklan rokok.



Setiap lingkungan sosial tersebut memiliki faktor-faktor risiko dan faktor protektif yang berinteraksi dalam proses pembelajaran sosial remaja sehingga mempengaruhi perilaku remaja sekolah. Faktor-faktor tersebut berkontribusi membentuk perilaku remaja sekolah berdasarkan peluang (bond), keterampilan (skill), dan kepercayaan (belief) yang dimiliki individu remaja.



Gambar 1. 4 Kerangka Konsep Penelitian



1.9. Variabel Penelitian

1.9.1. Variabel Dependen

a. Perilaku Merokok Remaja

Definisi Operasional : Perilaku merokok remaja adalah kegiatan menghisap rokok oleh remaja sekolah dalam 30 hari (1 bulan) terakhir hingga saat penelitian.

Kasus (merokok) : Remaja yang merokok dalam 30 hari (1 bulan) terakhir hingga saat penelitian.

Kontrol (tidak merokok) : Remaja yang tidak pernah merokok dalam 30 hari (1 bulan) terakhir hingga saat penelitian.

1.9.2. Variabel Independen

a. Lingkungan Keluarga

Definisi Operasional :

Keluarga adalah Kondisi keluarga yang dapat mempengaruhi perilaku merokok responden, yang diukur berdasarkan indikator manajemen keluarga, konflik keluarga, riwayat merokok keluarga, dan sikap orang tua mendukung penggunaan rokok, keterikatan pada orang tua, peluang keterlibatan prososial, dan imbalan untuk keterlibatan prososial. Pengukuran berdasarkan total skor dari pertanyaan pada instrumen yang diukur dengan skala likert 1-5 dan skala guttman.

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang disusun berdasarkan instrumen *The Community That Care Youth Survey* berbahasa Indonesia yang diadopsi dan diadaptasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penelitian.

b. Lingkungan Sekolah

Definisi Operasional :

Lingkungan sekolah adalah kondisi sekolah yang dapat mempengaruhi perilaku merokok remaja, yang diukur berdasarkan indikator kegagalan akademik, rendahnya komitmen terhadap sekolah, riwayat merokok masyarakat sekolah, peluang keterlibatan prososial, dan atas keterlibatan prososial, dan penerapan aturan Kawasan Bebas Rokok (KTR). Pengukuran berdasarkan total skor dari pertanyaan pada instrumen yang diukur dengan skala likert 1-5 dan skala guttman.



berbahasa Indonesia yang diadopsi dan diadaptasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penelitian.

c. Teman Sebaya

Definisi operasional :

Teman sebaya adalah teman bergaul dan berinteraksi responden baik di sekolah, sekitar tempat tinggal, dan atau di komunitas tertentu yang secara perilaku dan non perilaku mempengaruhi perilaku merokok responden. Variabel ini diukur berdasarkan indikator yang terdiri dari riwayat merokok teman, sikap mendukung merokok, imbalan atas keterlibatan antisosial, interaksi dengan teman prososial, keterlibatan prososial, imbalan atas keterlibatan prososial. Pengukuran berdasarkan total skor dari pertanyaan pada instrumen yang diukur dengan skala likert 1-5.

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang disusun berdasarkan instrumen *The Community That Care Youth Survey* berbahasa Indonesia yang diadopsi dan diadaptasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penelitian.

d. Aksesibilitas rokok

Definisi Operasional :

Aksesibilitas rokok adalah kemudahan seseorang, khususnya remaja dalam memperoleh rokok, yang diukur berdasarkan indikator kemudahan mendapatkan rokok, harga rokok, ketersediaan rokok di lingkungan sekitar, dan penolakan menjual rokok. Pengukuran berdasarkan total skor dari pertanyaan pada instrumen yang diukur dengan skala likert 1-5 dan skala guttman.

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang disusun berdasarkan instrumen *The Community That Care Youth Survey (CTC-YS)* dan instrumen *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* dari *World Health Organization (WHO)* yang diadopsi dan diadaptasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penelitian.

e. Paparan Iklan

Definisi Operasional :

Paparan iklan adalah keterpaparan iklan baik iklan pro-rokok maupun iklan anti-rokok yang mempengaruhi perilaku merokok remaja yang diukur berdasarkan indikator yang terdiri dari frekuensi keterpaparan iklan dan promosi rokok, dan keterlibatan dalam iklan/ promosi rokok, frekuensi keterpaparan iklan larangan merokok, keterpaparan iklan bahaya rokok, dan keterlibatan dalam kegiatan anti-rokok.



Pengukuran berdasarkan total skor dari pertanyaan pada instrumen yang diukur dengan skala likert 1-5 dan skala guttman.

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang disusun berdasarkan instrument *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* dari *World Health Organization (WHO)* yang diadopsi dan diadaptasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penelitian.

Tabel 1.2 Deskripsi Item Pengukuran Faktor Risiko dan Faktor Pelindung (Protektif)

No	Faktor Risiko dan Pelindung (Protektif)	Deskripsi Item	Jumlah Item	Kriteria
1	Lingkungan Keluarga			
	a. Manajemen Keluarga yang kurang	Kondisi keluarga memiliki aturan dan komitmen yang jelas.	6	- Negatif : Apabila total skor yang diperoleh responden $\geq$ 60% dari total skor
	b. Konflik Keluarga	Kondisi keluarga tidak kondusif untuk saling berkomunikasi.	3	- Positif : Apabila total skor yang diperoleh responden $<$ 60% dari total skor
	c. Riwayat merokok keluarga	Kondisi keluarga yang memiliki anggota keluarga merokok.	3	
	d. Sikap orang tua yang mendukung perilaku merokok	Persepsi orang tua terhadap perilaku merokok anak.	1	
	terikatan anak dan orang tua	Kondisi keterikatan anak dan orang tua termasuk dalam berbagi pikiran dan perasaan.	4	



No	Faktor Risiko dan Pelindung (Protektif)	Deskripsi Item	Jumlah Item	Kriteria
	f. Keterlibatan Prososial di keluarga	Kondisi keluarga yang melibatkan anak dalam segala hal yang positif termasuk dalam membuat keputusan, dan berbagi informasi positif.	4	
	g. Imbalan keterlibatan prososial	Kondisi keluarga yang memperhatikan hal positif yang lakukan anak dan memberi hadiah atas pencapaian positif anak.	4	
2	Lingkungan Sekolah			
	a. Kegagalan akademik	Hasil nilai akademik anak yang rendah.	2	- Negatif : Apabila total skor yang diperoleh responden $\geq$ 60% dari total skor
	b. Komitmen terhadap sekolah rendah	Kondisi anak yang tidak termotivasi untuk sekolah, dan tidak senang belajar.	7	- Positif : Apabila total skor yang diperoleh responden $<$ 60% dari total skor
	c. Riwayat Merokok masyarakat sekolah	Kondisi sekolah yang memiliki siswa, guru, dan staf yang merokok di depan anak.	2	
	g. Keterlibatan prososial di sekolah	Kondisi sekolah yang memberikan kesempatan	5	



No	Faktor Risiko dan Pelindung (Protektif)	Deskripsi Item	Jumlah Item	Kriteria
	e. Imbalan keterlibatan prososial di sekolah	kepada anak untuk terlibat kegiatan positif. Kondisi sekolah dimana guru memberi perhatian dan hadiah atas kegiatan positif dan pencapaian positif anak.	4	
	f. Penerapan KTR di sekolah	Kondisi sekolah yang menerapkan aturan larangan merokok di sekolah	4	
3	Teman Sebaya			
	a. Riwayat merokok teman	Kondisi memiliki teman/ sahabat merokok	1	- Negatif : Apabila total skor yang diperoleh responden $\geq$ 60% dari total skor - Positif : Apabila total skor yang diperoleh responden $<$ 60% dari total skor
	b. Sikap teman yang mendukung perilaku merokok	Persepsi teman yang menormalisasi perilaku merokok.	1	
	c. Imbalan keterlibatan antisosial dari teman	Kondisi anak mendapatkan hadiah/ pengakuan dari teman atas perilaku merokok.	1	
	aksi dengan in prososial	Anak berinteraksi dengan lingkungan teman yang	5	



No	Faktor Risiko dan Pelindung (Protektif)	Deskripsi Item	Jumlah Item	Kriteria
	e. Keterlibatan kegiatan/aktivitas prososial bersama teman	berperilaku positif. Kondisi anak terlibat dalam kegiatan-kegiatan positif bersama teman.	3	
	f. Imbalan keterlibatan prososial dari teman	Kondisi anak mendapatkan hadiah/ pengakuan dari teman atas perilaku dan pencapaian positif.	3	
4	Aksesibilitas rokok a. Kemudahan mendapatkan rokok	Kondisi dimana anak mudah mendapatkan rokok.	2	- Mudah : Apabila total skor yang diperoleh responden $\geq$ 60% dari total skor
	b. Ketersediaan rokok di lingkungan sekitar	Kondisi dimana rokok tersedia di sekitar lingkungan anak.	2	- Sulit : Apabila total skor yang diperoleh responden $<$ 60% dari total skor
	c. Penolakan menjual rokok	Kondisi dimana penjual tidak menjual rokok kepada anak.	1	
5	Paparan iklan e. Frekuensi paparan /promosi rokok	Kondisi dimana anak selalu mendapatkan informasi tentang produk rokok.	6	- Tinggi : Apabila total skor yang diperoleh responden $\geq$ 60% dari total skor
	g. Keterlibatan dalam	Kondisi dimana	2	



No	Faktor Risiko dan Pelindung (Protektif)	Deskripsi Item	Jumlah Item	Kriteria
	iklan/ promosi rokok	anak ikut terlibat dalam promosi produk rokok berupa penggunaan barang promosi dari produk rokok.		- Rendah : Apabila total skor yang diperoleh responden < 60% dari total skor
	c. Frekuensi keterpaparan iklan/ promosi larangan merokok	Kondisi dimana anak selalu mendapatkan informasi tentang larangan merokok.	5	
	d. Frekuensi keterpaparan iklan/promosi bahaya rokok	Kondisi dimana anak selalu mendapatkan informasi tentang bahaya merokok.	3	
	e. Keterlibatan dalam kegiatan anti-rokok	Kondisi dimana anak terlibat dalam kegiatan-kegiatan anti-rokok	1	

1.10. Hipotesis Penelitian

- Ada hubungan signifikan faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) lingkungan keluarga dengan perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- Ada hubungan signifikan faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) lingkungan sekolah dengan perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.



- d. Ada hubungan signifikan faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) aksesibilitas rokok dengan perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- e. Ada hubungan signifikan faktor risiko dan faktor pelindung (protektif) paparan iklan rokok dengan perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.
- f. Ada hubungan simultan signifikan dalam pengaruh faktor-faktor risiko dan pelindung (protektif) terhadap perilaku merokok remaja sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.

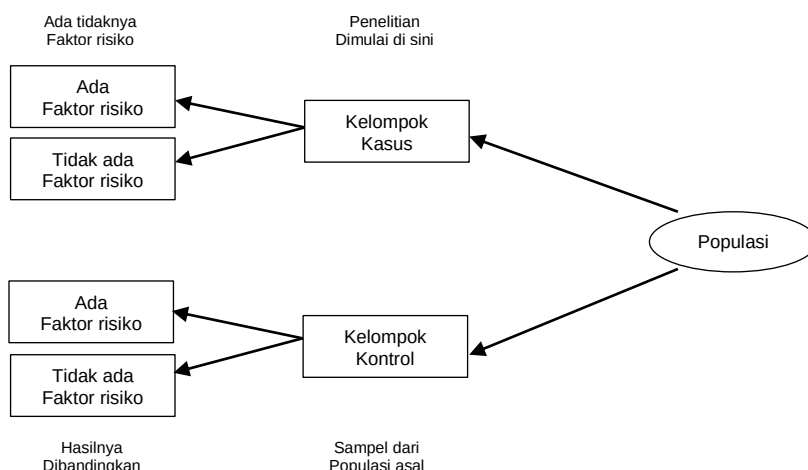


BAB II

METODE PENELITIAN

2.1. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kombinasi (*Mixed Method Research*) yaitu metode yang mengkombinasikan pendekatan penelitian kuantitatif dengan pendekatan penelitian kualitatif. Metode pengkombinasian kedua pendekatan penelitian ini menggunakan *explanatory sequential design* dimana penelitian dimulai dengan melakukan pengumpulan data dan analisisnya secara kuantitatif dengan menggunakan desain *case control* untuk menentukan faktor risiko dan pelindung (protektif) terhadap perilaku merokok remaja, kemudian diikuti atau dilanjutkan dengan pengumpulan data kualitatif untuk menggali informasi secara mendalam kepada informan terkait faktor risiko dan pelindung (protektif) yang berhubungan secara signifikan terhadap perilaku merokok remaja sekolah (Creswell, 2016).



Gambar 2.1 Bagan Penelitian Case Control (Noor & Arsin, 2022)

2.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus - September 2024 di Sekolah Menengah Pertama (SMP) yang berada di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.



Sampel

i

ulasi atau *universe* adalah jumlah keseluruhan individu yang acuan hasil-hasil penelitian akan berlaku (Kasjono & Yasri, 2013). pada penelitian ini adalah seluruh remaja Sekolah Menengah

Pertama (SMP) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pelitakan, Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.

a. Populasi Kelompok Kasus

Populasi kelompok kasus pada penelitian ini adalah seluruh remaja Sekolah Menengah Pertama (SMP) yang merokok di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.

b. Populasi Kelompok Kontrol

Populasi kelompok kontrol pada penelitian ini adalah seluruh remaja sekolah Menengah Pertama (SMP) yang tidak pernah merokok di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango, Kabupaten Polewali Mandar.

2.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mana ciri atau karakteristiknya diselidiki atau diukur (Kasjono & Yasri, 2013). Adapun besar sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus berikut (Noor & Arsin, 2022) :

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{2 PQ} + Z_{\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_0 q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Dimana :

$$p_1 = \frac{p_0 R}{1 + p_0(R - 1)}$$

$$P = \frac{1}{2} (p_1 + p_0)$$

$$q_0 = 1 - p_0$$

$$Q = 1 - P$$

$$q_1 = 1 - p_1$$

Keterangan:

n = Besar sampel

p_0 = Besarnya tingkat keterpaparan (proporsi keterpaparan kelompok kontrol

R = Besarnya risiko relatif pada setiap perubahan tingkat risiko
Tingkat kesalahan α dan β ditentukan ($\alpha = 0,05$ dan $\beta = 0,10$).



dasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Firiandi (2020) Perilaku merokok dini anak sekolah di SMP Kabupaten Kubu alimantan Barat diketahui OR = 15,4 proporsi pada kelompok sebesar 0,22 dengan kemaknaan sebesar 0,5 dan kekuatan sebesar 90%, maka besar sampel yang diperlukan adalah :

Diketahui

$$Z_{\alpha} = 1,96 \quad \text{OR} = 15,4$$

$$Z_{\beta} = 1,28 \quad p_0 = 0,22$$

$$p_1 = \frac{p_0 \times OR}{1 + p_0 (OR - 1)}$$

$$p_1 = \frac{0,22 \times 15,4}{1 + 0,22 (15,4 - 1)}$$

$$p_1 = \frac{3,388}{4,168}$$

$$p_1 = 0,81$$

Maka,

$$P = \frac{1}{2} (p_1 + p_0)$$

$$Q = 1 - P$$

$$P = \frac{1}{2} (0,81 + 0,22) = 0,52$$

$$Q = 1 - 0,52 = 0,48$$

$$q_1 = 1 - p_1$$

$$q_0 = 1 - p_1$$

$$q_1 = 1 - 0,81 = 0,19$$

$$q_0 = 1 - 0,22 = 0,78$$

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{2 P Q} + Z_{\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_0 q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n = \frac{[1,96 \sqrt{2 (0,52)(0,48)} + 1,28 \sqrt{(0,81)(0,19) + (0,22)(0,78)}]^2}{(0,81 - 0,22)^2}$$

$$n = \frac{[1,96 (0,71) + 1,28 (0,57)]^2}{(0,59)^2}$$

$$n = \frac{[2,4404]^2}{(0,59)^2}$$

$$n = \frac{5,96}{0,3481} = 17,12 = 17$$

Jadi diperoleh besar sampel untuk masing-masing kasus dan kontrol adalah sebesar 17 responden. Dengan mempertimbangkan kemungkinan t maka dilakukan penambahan 10% menjadi 19 responden. ingan kelompok kasus dan kontrol adalah 1:4, maka besar sampel kelompok kasus adalah 19 responden dan besar sampel untuk k kontrol adalah 76 responden. Sehingga total sampel pada n ini adalah 95 responden.



2.3.3. Metode Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil dengan metode *non probability sampling* dengan cara *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel yang didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang dibuat oleh peneliti. Adapun kriteria inklusi sampel (responden) dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi kelompok kasus
 - 1) Remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan yang merokok dalam 30 hari (1 bulan) terakhir hingga saat penelitian.
 - 2) Remaja sekolah yang terdaftar sebagai peserta didik/ siswa aktif di sekolah Sekolah Menengah Pertama yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan.
 - 3) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan mengisi kuesioner.
- b. Kriteria Inklusi kelompok kontrol
 - 1) Remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan yang tidak pernah merokok dalam 30 hari (1 bulan) terakhir hingga saat penelitian.
 - 2) Remaja sekolah yang terdaftar sebagai peserta didik/ siswa aktif di sekolah Sekolah Menengah Pertama yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan.
 - 3) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan mengisi kuesioner.

Sedangkan kriteria eksklusi sampel (responden) dalam penelitian ini yaitu :

- a. Remaja putus sekolah/ tidak bersekolah
- b. Remaja sekolah yang menolak berpartisipasi dalam penelitian ini dan menolak mengisi kuesioner.

2.3.4. Informan

Sampel kualitatif (informan) dalam penelitian ini adalah remaja sekolah dengan kriteria inklusi remaja sekolah dengan status merokok (dari kelompok kasus) dan tidak merokok (dari kelompok kontrol) berdasarkan hasil survey dan analisis kuantitatif yang dilakukan, serta bersedia untuk dilakukan wawancara mendalam. Informan dipilih secara acak dengan jumlah untuk remaja merokok sebanyak 4 orang dan remaja yang tidak merokok sebanyak 4 orang. Sehingga total informan dalam penelitian ini untuk menerangkan lebih mendalam hasil analisis kuantitatif adalah sebanyak 8 orang informan.



2.4. Instrumen Penelitian

2.4.1. Instrumen Penelitian Kuantitatif

Instrumen pengumpulan data kuantitatif menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan item pertanyaan pada survey *Community That Care – Youth Survey (CTC - YS)* yaitu survey yang mengukur berbagai hasil perilaku, faktor risiko, dan faktor pelindung (protektif) untuk remaja di empat domain yaitu komunitas, sekolah, keluarga dan teman sebaya/Individu (Toumbourou, 2010), dan *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* dari *World Health Organization (WHO)* yaitu bagian dari *Global Tobacco Surveillance System (GTSS)*, adalah standar global untuk secara sistematis memantau penggunaan tembakau (hisap dan kunyah) oleh generasi muda dan melacak indikator-indikator pengendalian tembakau (WHO, 2021). Kedua kuesioner ini diadopsi dan diadaptasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan penelitian.

Adapun metode yang digunakan dalam adopsi dan adaptasi instrumen penelitian ini yaitu sebagai berikut (WHO dalam Arini, 2019):

- a. Peneliti mempelajari kuesioner dan memilih item pertanyaan yang akan digunakan sesuai dengan kebutuhan penelitian.
- b. Peneliti melakukan penerjemahan awal (bahasa Inggris ke dalam bahasa Indonesia) dengan bantuan *Artificial Intelligence (AI)* seperti *Google Translate* untuk setiap item pertanyaan yang akan digunakan. Dalam penerjemahan awal ini peneliti lebih fokus pada kesetaraan konseptual bukan pada terjemahan kata per kata (*Forward Translate*).
- c. Peneliti memeriksa hasil terjemahan kepada ahli bilingual dan ahli bidang kesehatan masyarakat khususnya terkait perilaku kesehatan.
- d. Peneliti menerjemahkan kembali hasil terjemahan yang telah diperiksa ke bahasa asli (bahasa Indonesia ke dalam bahasa Inggris) dengan bantuan *Artificial Intelligence (AI)* seperti *Google Translate* dan Pusat Layanan Bahasa Universitas Hasanuddin untuk dibandingkan dengan instrumen versi asli dan disesuaikan dengan kebutuhan (*Back Translation*).
- e. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen.
- f. Peneliti menyesuaikan apabila terdapat ketidaksesuaian dan perbedaan yang signifikan.



en Penelitian Kualitatif

rumen penelitian kualitatif pada penelitian ini berupa lembar 1 wawancara yang disusun berdasarkan faktor-faktor risiko dan g (protektif) perilaku merokok remaja yang telah diidentifikasi nya yang dapat menggali informasi dari informan. Adapun

instrumen pendukung yang digunakan berupa alat perekam suara (*recorder*), buku catatan dan kamera untuk dokumentasi.

2.5. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Kuesioner memiliki peran penting untuk menentukan kebenaran data yang didapatkan pada setiap penelitian, kebenaran data yang didapatkan sangat ditentukan oleh kualitas instrumen yang digunakan. Dengan demikian, kualitas dan ketepatan kuesioner dapat diketahui dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas dari kuesioner yang telah dibuat (Rosita et al., 2021). Meskipun kuesioner yang digunakan dalam penelitian menggunakan pertanyaan yang telah terstandarisasi, namun karena item pertanyaan yang digunakan merupakan hasil dari adaptasi bahasa maka perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada penelitian menggunakan sistem komputerisasi *Statistical Package and Social Science (SPSS)*.

2.5.1. Uji Validitas

Uji validitas merupakan uji yang digunakan untuk mengetahui serta menguji ketepatan dan ketetapan suatu alat ukur untuk dipergunakan sebagai pengukur sesuatu yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2014). Uji validitas kuesioner dapat dinyatakan valid jika setiap butir pertanyaan yang terdapat pada kuesioner dapat digunakan sebagai perantara untuk mengungkapkan dan mengetahui sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner (Rosita et al., 2021)

Uji validitas pada penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2024 kepada 30 remaja sekolah di SMP Negeri Rappang. Remaja yang menjadi responden uji validitas ini tidak termasuk dalam responden penelitian. Uji validitas kuesioner menggunakan metode *Corrected item-Total Correlation* dengan cara membandingkan nilai *Corrected item-Total* yang diperoleh dengan nilai r tabel = 0,361 ($df = N-2$; probabilitas 0,05). Item pertanyaan dinyatakan valid jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$.

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner diperoleh bahwa terdapat 4 item pertanyaan pada variabel lingkungan sekolah dengan nilai *Corrected item-Total Correlation* yang menunjukkan nilai r hitung $< r$ tabel berdasarkan uji signifikan 0,05, sehingga 4 item pertanyaan tersebut tidak valid dan akan di *drop out* dari kuesioner penelitian.

2.5.2. Uji Reliabilitas



Optimized using
trial version
www.balesio.com

Reliabilitas pada suatu instrumen penelitian adalah sebuah uji yang digunakan untuk mengetahui apakah kuesioner yang digunakan dalam penelitian data penelitian sudah dapat dikatakan reliabel atau tidak (Sudaryanto, 2020 dalam Rosita et al., 2021). Kuesioner disebut reliabel jika jawaban dari responden konsisten. Uji reliabilitas bertujuan untuk mengetahui apakah jika diadakan pengukuran ulang menggunakan indikator yang

serupa, hasil tak berubah (Sugiyono, 2014). Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan menggunakan uji statistik *Cronbach Alpha* (α) dengan ketentuan:

- a. Apabila angka *Cronbach Alpha* $> 0,60$ (*Cronbach Alpha* $> 0,60$), disebut reliabel.
- b. Apabila angka *Cronbach Alpha* $< 0,60$ (*Cronbach Alpha* $< 0,60$), disebut tidak reliabel.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas kuesioner menggunakan *Statistical Package and Social Science (SPSS)*, diperoleh nilai *Cronbach Alpha* untuk pertanyaan pada setiap variabel yaitu $> 0,60$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keseluruhan item pertanyaan pada kuesioner reliabel.

2.6. Pengumpulan Data

2.6.1. Data Primer

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan metode *explanatory sequential design* yaitu pengumpulan data kuantitatif dilakukan lebih dulu yang dilanjutkan dengan pengumpulan data kualitatif. Metode ini dapat memberikan informasi terkait faktor-faktor risiko dan protektif utama yang berpengaruh terhadap perilaku merokok remaja sekolah secara statistik dan memberikan pendalaman informasi terkait faktor-faktor risiko dan protektif tersebut secara kualitatif.

a. Pengumpulan data Kuantitatif

Pada pendekatan kuantitatif pengumpulan data dilakukan di 4 Sekolah Menengah Pertama (SMP) di wilayah kerja Puskesmas Pelitakan, dengan cara memberikan kuesioner kepada responden kelompok kasus dan kelompok kontrol secara bersama-sama untuk diisi secara mandiri. Di mana diawali dengan memberikan penjelasan dan persetujuan keterlibatan responden dalam penelitian sampai akhir. Adapun penentuan kelompok kasus dan kelompok kontrol dilakukan berdasarkan hasil skrining merokok yang dilakukan sebelumnya.

b. Pengumpulan data Kualitatif

Pengumpulan data kualitatif merupakan tindak lanjut atas individu yang diidentifikasi sebelumnya. pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan metode wawancara mendalam (*in depth interview*) kepada informan yang terpilih berdasarkan pedoman wawancara yang telah disusun. Dimana pada wawancara ini informan diminta pendapat, dan pengalaman berdasarkan pengalamannya untuk menemukan faktor risiko dan pelindung (protektif) berkaitan dengan perilaku merokok remaja. Selain itu, juga dilakukan pengamatan terhadap respon, ekspresi dan bahasa tubuh informan terhadap setiap pertanyaan yang ditanyakan. Data kualitatif yang rinci dikumpulkan dari setiap informan guna



mencari faktor-faktor kemungkinan untuk memastikan nilai kuantitatif yang telah diperoleh (Tashakkori & Teddlie, 2010).

2.6.2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kabupaten Polewali Mandar dan UPTD Puskesmas Pelitakan Kecamatan Tapango Kabupaten Polewali Mandar.

2.7. Pengolahan Data

2.7.1. Pengolahan Data Kuantitatif

Pengolahan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan sistem komputerisasi melalui program SPSS, meliputi:

- Editing* : Pada tahap ini dilakukan pengecekan dan perbaikan terhadap kuesioner yang telah dikumpulkan dari responden.
- Coding* : Selanjutnya diberikan kode untuk setiap variabel dengan tujuan memudahkan mengidentifikasi variabel penelitian.
- Entry/input data* : Setelah data dikoreksi dan diberikan kode, selanjutnya data dimasukkan atau di-*input* ke dalam komputer.
- Cleaning* : Apabila data dari semua responden sudah dimasukkan, perlu dilakukan pengendalian kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

2.7.2. Pengolahan Data Kualitatif

- Mempersiapkan data dengan membuat transkrip rekaman dengan cara memindahkan hasil rekaman yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan informan ke dalam bentuk tertulis tanpa pengubahan makna. Selain itu, membuat catatan khusus saat melakukan wawancara terkait suasana saat wawancara, kesan terhadap informan, kondisi sekitar serta ekspresi informan.
- Reduksi Data yaitu dengan cara membuat rangkuman, pengkodean, membuat tema, membuat gugus-gugus membuat pemisahan, dan menulis memo-memo berdasarkan hasil transkrip rekaman wawancara.
- Membuat model data, yaitu suatu kumpulan informasi yang tersusun membolehkan pendeskripsian kesimpulan dan pengambilan keputusan. Dalam penelitian ini model data yang digunakan yaitu teks kualitatif.
- Verifikasi dan Verifikasi Kesimpulan.



2.8. Analisis Data

2.8.1. Analisis Data Kuantitatif

Analisis data kuantitatif dilakukan secara univariat, bivariat, dan multivariat dengan menggunakan sistem komputerisasi *Statistical Package and Social Science (SPSS)*.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan masing-masing variabel, baik variabel dependen maupun variabel independen. Dalam penelitian ini hasil analisis univariat akan mendeskripsikan distribusi frekuensi subjek penelitian kelompok kasus dan kontrol berdasarkan masing-masing variabel yang diteliti. Variabel independen juga akan dideskripsikan berdasarkan indikator faktor risiko dan faktor protektif yang diukur.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan setiap variabel independen terhadap variabel dependen dan sekaligus menguji hipotesis penelitian menggunakan uji statistik *Chi Square*, dengan mempertimbangkan nilai signifikansi (p), *odds ratio* (OR), dan nilai *Confidence Interval* (CI) sebesar 95% ($\alpha=0,005$). Penentuan penerimaan hipotesis penelitian berdasarkan tingkat signifikansi (nilai p) yang diperoleh yaitu:

- a) Hipotesis diterima jika nilai $p < 0,05$
- b) Hipotesis ditolak jika nilai $p > 0,05$

Adapun penentuan faktor risiko dan besarnya risiko paparan (OR) terhadap perilaku merokok menggunakan tabel 2×2 sebagai berikut (terpapar adalah mereka yang mempunyai faktor risiko positif dan tidak terpapar adalah mereka dengan faktor risiko negatif) :

Tabel 2.1 Distribusi Faktor Risiko pada Kelompok Kasus dan Kontrol Terpapar

Keterpaparan	Kasus	Kontrol	Total
Terpapar	a	b	a + b
Tidak Terpapar	c	d	c + d
Jumlah	a + c	b + d	a+b+c+d



Keterangan:

- Jumlah keterpaparan faktor risiko pada kelompok kasus
- Jumlah keterpaparan faktor risiko pada kelompok kontrol
- Jumlah ketidakterpaparan faktor risiko pada kelompok kasus
- Jumlah ketidakterpaparan faktor risiko pada kelompok kontrol

$$\text{Rasio Odds Keterpaparan (OR)} = \frac{a/c}{b/d} = \frac{ad}{bc}$$

Interpretasi nilai *Odds Ratio* dan *Confidence Interval* ialah:

- a) Variabel independen yang diteliti merupakan faktor risiko jika nilai OR > 1 dan nilai CI tidak mencakup angka 1
- b) Variabel independen yang diteliti bukan merupakan faktor risiko jika nilai OR = 1 dan nilai CI mencakup angka 1
- c) Variabel independen yang diteliti merupakan faktor protektif jika nilai OR < 1

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk menganalisis faktor risiko dan pelindung perilaku merokok pada remaja sekolah. Metode analisis yang dilakukan adalah menggunakan uji regresi logistik berganda, yaitu analisis statistik yang digunakan untuk mempelajari pengaruh beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen yang bersifat dikotomi (*binary*) (Stang, 2018).

Metode ini dipilih karena sesuai dengan desain penelitian *case control* dan mampu menganalisis hubungan antara variabel dependen dikotomis (status merokok dan tidak merokok) dengan beberapa variabel independen secara simultan. Metode ini memungkinkan untuk mengestimasi *Odds Ratio* (OR) untuk setiap faktor risiko dan faktor protektif, sambil mengendalikan pengaruh variabel lain.

Dalam analisis ini semua variabel yang dihipotesiskan sebagai faktor risiko atau protektif yang berdasarkan hasil bivariat memiliki nilai p value < 0,25 dimasukkan ke dalam model untuk dianalisis bersama dengan variabel dependen. Variabel independen dengan hasil p value < 0,05 dikeluarkan dari model untuk dilakukan uji *confounding*. Apabila terdapat perubahan nilai *Odds Ratio* (OR) > 10% pada model, maka variabel yang telah dikeluarkan dimasukkan kembali ke dalam model untuk dilakukan analisis multivariat. Variabel dengan hasil OR > 1 diinterpretasikan sebagai faktor risiko. Dimana variabel dengan nilai OR yang paling tinggi menunjukkan faktor risiko yang paling berpengaruh. Signifikansi statistik ditentukan pada tingkat $\alpha = 0,05$.



Data Kualitatif

Analisis data kualitatif dilakukan untuk mengkonfirmasi temuan jika terkait faktor risiko dan protektif perilaku merokok remaja. Analisis kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah isi (*content analysis*), dimana dalam analisis ini dilakukan isi pola, tema, dan makna dari pernyataan informan agar dapat

memahami tidak hanya konten eksplisit tetapi juga konteks dari data dari informan.

Pada analisis ini diawali mengkodekan hasil transkrip wawancara maupun hasil observasi, kemudian mengklasifikasikan, mensintesis, dan membuat ikhtisar hasil pengumpulan data untuk selanjutnya menemukan makna, pola, maupun hubungan-hubungan dari temuan di lapangan (Saleh, 2017).

Dalam melakukan penelitian kualitatif yang dicari merupakan kata-kata maka tidak mustahil ada kata-kata keliru yang tidak sesuai antara yang dibicarakan dengan keadaan sesungguhnya. Hal ini dapat dipengaruhi dengan kredibilitas informan, waktu pengungkapan, kondisi yang dialami dan sebagainya. Maka dari itu dilakukan triangulasi yakni pengecekan data dari berbagai sumber yakni hasil pengamatan dikonfirmasi lagi melalui wawancara kepada informan kemudian dipastikan dengan dokumen yang ada pada lokasi penelitian.

2.9. Penyajian Data

Data yang telah diolah disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Pada pendekatan kuantitatif, analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi disertai dengan penjelasan tabel. Analisis bivariat dan multivariat disajikan dalam bentuk tabel tabulasi silang antara variabel dependen dan independen. Sedangkan pendekatan kualitatif akan disajikan dalam bentuk narasi.

2.10. Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelayakan etik (*Ethical Clearance*) dari Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 22 Juli 2024 dengan nomor 1693/UN4.14.1/TP.01.02/2024.

