

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Remaja

a. Definisi remaja

Istilah *adolescence* atau remaja berasal dari kata lain *adolecere* (kata belanda, *adolescentia* yang berarti remaja) yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolescence* artinya berangsur-angsur menuju kematangan secara fisik, akal, kejiwaan dan sosial serta emosional. Hal ini mengisyaratkan kepada hakikat umum, yaitu bahwa pertumbuhan tidak berpindah dari satu fase ke fase lainnya secara tiba-tiba, tetapi pertumbuhan itu berlangsung setahap demi setahap (Hurlock dalam Sarwono, 2011).

b. Tahap perkembangan remaja

Menurut Sarwono (2011) ada 3 tahap perkembangan remaja dalam proses penyesuaian diri menuju dewasa :

1) Remaja Awal (*Early Adolescence*)

Seorang remaja pada tahap ini berusia 10-12 tahun masih terheran-heran akan perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan-perubahan itu. Mereka mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada

lawan jenis, dan mudah terangsang secara erotis. Dengan dipegang bahunya saja oleh lawan jenis, ia sudah berfantasi erotik. Kepekaan yang berlebih-lebihan ini ditambah dengan berkurangnya kendali terhadap “ego”. Hal ini menyebabkan para remaja awal sulit dimengerti orang dewasa.

2) Remaja Madya (*Middle Adolescence*)

Tahap ini berusia 13-15 tahun. Pada tahap ini remaja sangat membutuhkan kawan-kawan. Ia senang kalau banyak teman yang menyukainya. Ada kecenderungan “*narastic*”, yaitu mencintai diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang mempunyai sifat-sifat yang sama dengan dirinya. Selain itu, ia berada dalam kondisi kebingungan karena ia tidak tahu harus memilih yang mana: peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis, idealis atau materialis, dan sebagainya. Remaja pria harus membebaskan diri dari *Oedipoes Complex* (perasaan cinta pada ibu sendiri pada masa kanak-kanak) dengan mempererat hubungan dengan kawan-kawan dari lawan jenis.

3) Remaja Akhir (*Late Adolescence*)

Tahap ini (16-19 tahun) adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian lima hal dibawah ini.

a) Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek.

- b) Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman baru.
- c) Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- d) *Egosentrisme* (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain.
- e) Tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya (*private self*) dan masyarakat umum (*the public*).

Sedangkan menurut Monk (2007) remaja adalah individu yang berusia antara 12-21 tahun yang sudah mengalami peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa, dengan pembagian 12-15 tahun adalah masa remaja awal, 15-18 tahun adalah masa remaja pertengahan dan 18-21 tahun adalah masa remaja akhir.

c. Perkembangan remaja

Setiap tahap usia manusia pasti ada tugas-tugas perkembangan yang harus dilalui. Perkembangan remaja meliputi perkembangan fisik, sosial, emosi, moral dan kepribadian (Monks, 2007).

1) Perkembangan fisik remaja

Seperti pada semua usia, dalam perubahan fisik juga terdapat perbedaan individual. Perbedaan seks sangat jelas. Meskipun anak laki-laki memulai pertumbuhan pesatnya lebih lambat daripada anak perempuan. Hal ini menyebabkan pada saat matang anak laki-laki

lebih tinggi daripada perempuan. Setelah masa puber, kekuatan anak laki-laki melebihi kekuatan anak perempuan. Perbedaan individual juga dipengaruhi oleh usia kematangan. Anak yang matangnya terlambat cenderung mempunyai bahu yang lebih lebar daripada anak yang matang lebih awal. Usia remaja terjadi pengeluaran androgen yang menyebabkan pembentukan rambut pubis yang kemudian disusul dengan keluarnya rambut ketiak. Pada remaja perempuan berangsurangsur ovarium mulai berkembang (Tarwoto, dkk, 2010). Perubahan-perubahan fisik pada remaja yang terbesar pengaruhnya pada perkembangan jiwa remaja adalah pertumbuhan tubuh (badan menjadi makin panjang dan tinggi), mulai berfungsi alat-alat reproduksi (ditandai dengan haid pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki) dan tanda-tanda seksual sekunder yang tumbuh (Sarwono, 2011).

2) Perkembangan sosial

Salah satu tugas perkembangan remaja yang tersulit adalah yang berhubungan dengan penyesuaian sosial. Remaja harus menyesuaikan diri dengan lawan jenis dalam hubungan yang sebelumnya belum pernah ada dan harus menyesuaikan dengan orang dewasa di luar lingkungan keluarga dan sekolah (Monks, dkk. 2007).

Upaya untuk mencapai tujuan dari pola sosialisasi dewasa, remaja harus membuat banyak penyesuaian baru. Hal yang terpenting dan tersulit adalah penyesuaian diri dengan meningkatnya pengaruh kelompok sebaya, perubahan dalam perilaku sosial, pengelompokan sosial yang baru, nilai-nilai baru dalam seleksi persahabatan, nilai-nilai baru dalam dukungan dan penolakan sosial, dan nilai-nilai baru dalam seleksi pemimpin (Monks, 2007).

3) Perkembangan emosi

Masa remaja ini biasa juga dinyatakan sebagai periode “badai dan tekanan”, yaitu suatu masa dimana ketegangan emosi meningkat sebagai akibat dari perubahan fisik dan kelenjar. Meningkatnya perubahan emosi ini dikarenakan adanya tekanan sosial dan menghadapi kondisi baru. Pada masa ini remaja tidak lagi mengungkapkan amarahnya dengan cara gerakan amarah yang meledak-ledak, melainkan dengan menggerutu, atau dengan suara keras mengkritik orang-orang yang menyebabkan amarah (Irwanto, dkk, 2007).

4) Perkembangan moral

Pada perkembangan moral ini remaja telah dapat mempelajari apa yang diharapkan oleh kelompok daripadanya kemudian mau membentuk perilakunya agar sesuai dengan harapan sosial tanpa terus dibimbing, diawasi, didorong, dan diancam hukuman seperti

yang dialami waktu anak-anak Pada tahap ini remaja diharapkan mengganti konsep-konsep moral yang berlaku khusus dimasa kanak-kanak dengan prinsip moral yang berlaku umum dan merumuskannya ke dalam kode moral yang akan berfungsi sebagai pedoman bagi perilakunya. Perkembangan moral pada remaja ini sebagai akibat dari adaptasi diri terhadap lingkungan masyarakat tempat tinggalnya. Melalui kehidupan kelompok dalam lingkungannya ini remaja dapat mengekspresikan perasaan, pikiran, memainkan peran dan mendapat pengakuan keberadaannya (Suliswati, dkk, 2005).

5) Perkembangan kepribadian

Pada masa remaja, anak laki-laki dan anak perempuan sudah menyadari sifat-sifat yang baik dan yang buruk, dan mereka menilai sifat-sifat ini sesuai dengan sifat teman-teman mereka. Mereka juga sadar akan peran kepribadian dalam hubungan-hubungan sosial dan oleh karenanya terdorong untuk memperbaiki kepribadian mereka. Banyak remaja menggunakan standar kelompok sebagai dasar konsep mereka mengenai kepribadian “ideal”. Tidak banyak yang merasa dapat mencapai gambaran yang ideal ini dan mereka yang tidak berhasil ingin mengubah kepribadian mereka (Monks, 2007).

d. Perkembangan sosial remaja

Menurut Hurlock dalam Syamsu Yusuf. LN, 2006 ada tiga proses dalam perkembangan sosial yaitu:

1) Berperilaku dapat diterima secara sosial

Setiap kelompok sosial mempunyai standar bagi para anggotanya tentang perilaku yang dapat diterima. Untuk dapat bersosialisasi, seseorang tidak hanya harus mengetahui perilaku yang dapat diterima, tetapi mereka juga harus menyesuaikan perilakunya sehingga ia bisa diterima sebagian dari masyarakat atau lingkungan tersebut.

2) Memainkan peran di lingkungan sosialnya.

Setiap kelompok sosial mempunyai pola kebiasaan yang telah ditentukan dengan seksama oleh para anggotanya dan setiap anggota dituntut untuk dapat memenuhi tuntutan yang diberikan kelompoknya.

3) Memiliki sikap yang positif terhadap kelompok sosialnya.

Untuk dapat bersosialisasi dengan baik, seseorang harus menyukai orang yang menjadi kelompok dan aktifitas sosialnya. Jika seseorang disenangi, berarti ia berhasil dalam penyesuaian sosial dan diterima sebagai anggota kelompok sosial tempat mereka menggabungkan diri.

2. Perilaku Merokok

a. Pengertian

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak (Depkes, 2009).

Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau tidak langsung. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organism tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan ini merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua yaitu faktor intern dan ekstern. Faktor intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan factor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya (Matsum, 2008).

Wibisono (2008) menyatakan bahwa perilaku merokok merupakan kebiasaan yang sudah membudaya di Negara Indonesia. Konsumsi rokok terus meningkat setiap tahun dengan total perokok aktif di Indonesia pada tahun 2008 adalah sekitar 70% dari total

penduduk. Oleh karena itu, bukanlah sesuatu yang mencengangkan jika setiap saat dapat dijumpai orang yang merokok di tempat-tempat umum, seperti pasar, angkot, jalan-jalan, bahkan rumah sakit, tidak terkecuali lingkungan pendidikan seperti sekolah dan kampus.

Perilaku merokok dilakukan oleh orang dari berbagai lapisan masyarakat, dari yang tua sampai yang muda, juga tidak mengenal perbedaan jenis kelamin dan status pekerjaan. Perilaku merokok pada pelajar pun merupakan fenomena sosial yang sudah amat sangat lumrah ditemui di lingkungan sekolah (Arum, 2008).

Rokok adalah gulungan tembakau yang berbalut daun nipah atau kertas. Sedangkan merokok didefinisikan sebagai kegiatan membakar tembakau yang kemudian dihisap asapnya, baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa (Arum, 2008). Senada dengan itu definisi merokok juga dikemukakan oleh Amstrong seperti yang dikutip oleh Nasution (2007) yakni menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali ke luar.

Zat-zat yang terkandung dalam rokok (termasuk asap rokok) mengandung racun yang berbahaya bagi kesehatan. Racun yang paling utama, antara lain tar, gas CO dan nikotin :

1) Tar

Merupakan substansi hidrokarbon yang bersifat lengket sehingga bisa menempel di paru-paru.

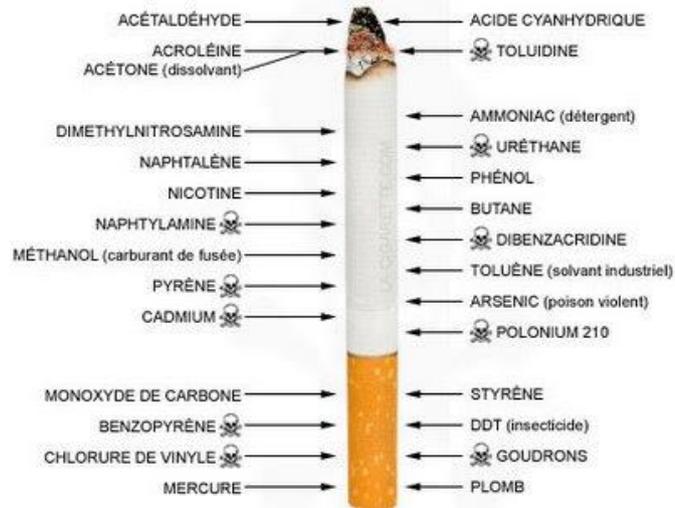
2) Gas CO (Karbon monoksida)

Gas CO yang dihasilkan dari sebatang rokok dapat mencapai 3-6%, gas ini dapat dihisap oleh siapa saja. Oleh orang yang merokok atau orang yang terdekat dengan siperokok. Gas CO mempunyai kemampuan mengikat hemoglobin (Hb) yang terdapat dalam sel darah merah (eritrosit) lebih kuat dibanding O₂, sehingga setiap ada asap rokok disamping kadar O₂ udara yang sudah berkurang, ditambah lagi sel darah merah akan semakin kekurangan O₂, oleh karena yang diangkut adalah CO dan bukan O₂. Sel tubuh yang menderita kekurangan O₂ akan berusaha meningkatkan yaitu melalui kompensasi pembuluh darah dengan jalan menciut atau spasme. Bila proses spasme berlangsung lama dan terus menerus maka pembuluh darah akan mudah rusak dengan terjadinya proses aterosklerosis (penyempitan). Penyempitan pembuluh darah akan terjadi di otak, jantung, paru, ginjal, kaki, saluran peranakan, dan ari-ari pada wanita hamil. Dapat dipahami penyempitan itu dapat berakibat sumbatan di otak, penyempitan pembuluh darah jantung, penyakit paru menahun, betis menjadi sakit hingga pembusukan kering (gangrene), kemandulan, keguguran atau kematian bayi dalam kandungan, atau bayi lahir premature atau cacat (Kusmana, 2007).

3) Nikotin

Kandungan awal nikotin dalam rokok sebelum dibakar adalah 8-20 mg. setelah dibakar, jumlah nikotin yang masuk ke sirkulasi darah hanya 25% dan akan sampai ke otak dalam waktu 15 detik saja. Dalam otak, nikotin akan diterima oleh reseptor asetil kolinnikotinik yang kemudian membagnya ke jalur imbalan dan jalur adrenergic. Pada jalur imbalan di area mesolimbik otak, nikotin akan memberikan sensasi nikmat sekaligus mengaktivasi system dopaminergik yang akan merangsang keluarnya dopamine, sehingga perokok akan merasa tenang, daya pikir meningkat, dan menekan rasa lapar. Sedangkan di jalur andrenergic dibagian lokus seruleus otak, nikotin akan mengaktivasi system adrenergic yang akan melepas serotonin sehingga menimbulkan rasa senang dan memicu keinginan untuk merokok lagi. Ketika berhenti merokok maka terjadi putus zat nikotin, sehingga rasa nikmat yang biasa diperoleh akan berkurang yang menimbulkan keinginan untuk kembali merokok. Proses menimbulkan adeksi atau ketergantungan nikotin, yang membuat perokok semakin sulit untuk berhenti merokok (Waney, 2008).

Adapaun gambar rokok dan zat kimianya menurut Vinka Kumala, 2014 sebagai berikut :



Gambar 2.1
Gambar rokok dan kandungan zat kimianya



Gambar 2.2
Gambar rokok dan kandungan berbahaya dan adiktif yang berisi 4000 bahan kimia dimana 69 diantaranya karsinogenik.

b. Klasifikasi Perokok

Perwitasari (2006) mengungkapkan bahwa tingkatan merokok setiap orang berbeda-beda tergantung dari seberapa sering seseorang merokok, jumlah rokok yang dihisapnya dan lamanya merokok. Namun sebelumnya perlu diketahui bahwa seseorang dikatakan sebagai perokok jika ia memiliki kebiasaan merokok minimal 4 batang setiap hari dan telah menghisap 100 batang rokok dalam hidupnya.

Mu'tadin dalam Frihartine, 2013 mengelompokkan perilaku merokok menjadi beberapa tipe, sebagai berikut :

- 1) Perokok sangat berat yaitu perokok yang mengkonsumsi rokok lebih dari 31 batang perhari dan selang merokoknya lima menit setelah bangun pagi.
- 2) Perokok berat yaitu perokok yang merokok sekitar 21-30 batang sehari dengan selang waktu sejak bangun tidur pagi berkisar antara 6-30 menit.
- 3) Perokok sedang yaitu perokok yang menghabiskan rokok 11-20 batang dengan selang waktu 31-60 menit setelah bangun tidur.
- 4) Perokok ringan yaitu menghabiskan rokok sekitar 10 batang dengan selang waktu diatas 60 menit dari bangun tidur.

Selanjutnya menurut Silvan dan Tomkins (dikutip oleh Mu'tadin dalam Frihartine, 2013), terdapat tiga tipe perilaku merokok berdasarkan *Management of Affect Theory* yakni sebagai berikut :

- 1) Tipe perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif. Green seperti yang dikutip oleh Perwitasari (2006) menambahkan ada tiga sub tipe ini, yaitu:
 - a) *Pleasure relaxation*, perilaku merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat, misalnya merokok setelah minum kopi atau makan.
 - b) *Simulation to pick them up*, perilaku merokok hanya dilakukan sekedarnya untuk menyenangkan perasaan.
 - c) *Pleasure of handing the cigarette*, perilaku merokok dilakukan hanya karena kenikmatan yang diperoleh dari memegang rokok sedangkan untuk menghisapnya hanya butuh waktu beberapa menit saja. Ada pula perokok yang lebih senang berlama-lama untuk memainkan rokoknya dengan jari-jarinya lama sebelum ia menyalakan apinya.
- 2) Tipe perokok yang dipengaruhi perasaan negatif. Banyak orang yang merokok untuk mengurangi perasaan negatif dalam dirinya (Perwitasari, 2006). Misalnya merokok bila marah, gelisah, rokok dianggap sebagai penyelamat. Mereka menggunakan rokok bila perasaan tidak enak terjadi, sehingga terhindar dari perasaan yang lebih tidak enak.

- 3) Perilaku merokok yang adiktif. Perokok yang sudah adiksi, akan menambah dosis rokok yang digunakan setiap saat setelah efek rokok yang dihisapnya berkurang
- 4) Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan. Perokok tipe ini menggunakan rokok sama sekali bukan untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi karena benar-benar sudah menjadi kebiasaan rutin. Dapat dikatakan pada tipe ini, merokok sudah merupakan suatu perilaku yang bersifat otomatis, seringkali tanpa dipikirkan atau disadari.

Pengklasifikasian perilaku merokok juga dapat dilihat dari tempat orang tersebut merokok, seperti yang diungkapkan oleh Trim dalam Perwitasari, 2006), sebagai berikut :

- 1) Merokok ditempat umum atau ruang publik
 - a) Kelompok homogen (sama-sama perokok secara bersama-sama mereka menikmati kebiasaanya).
 - b) Kelompok heterogen (merokok ditengah orang lain yang tidak merokok).
- 2) Merokok ditempat-tempat yang bersifat pribadi.
 - a) Di kantor atau kamar pribadi. Perokok yang merokok di ruangan pribadi digolongkan kepada individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah dan mencekam.

b) Di toilet. Perokok yang merokok di toilet digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

c. Efek Merokok

Rokok mengandung setidaknya 4000 zat kimia antara lain nikotin, karbonmonoksida, tar dan lain sebagainya. Ketiga zat tersebut merupakan zat kimia yang paling membahayakan kesehatan manusia. Karbon monoksida merupakan gas yang dapat langsung diserap pembuluh darah sehingga berpengaruh langsung pada fungsi fisiologis seperti mengurangi kapasitas oksigen yang dibawa oleh darah. Tar adalah partikel residu yang terdapat pada asap rokok. Sementara itu nikotin merupakan zat yang menyebabkan ketergantungan seseorang pada rokok (Trim dalam Perwitasari, 2006).

d. Dampak Merokok

Perilaku merokok dapat menimbulkan banyak penyakit dan memperberat penyakit lainnya (Perwitasari, 2006). Menurut Amstrong seperti yang dikutip oleh Perwitasari (2006), penyakit jantung koroner, diabetes, tekanan darah tinggi, kanker, stroke, dan asma merupakan penyakit-penyakit yang berkaitan dengan akibat perilaku merokok. Ahnyar (2009) menambahkan bahwa dalam penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dan Inggris, ditemukan bahwa kebiasaan merokok memperbesar kemungkinan timbulnya AIDS dua kali lebih cepat pada pengidap HIV.

Dalam penelitian lain yang dilakukan di Jerman ditemukan bahwa responden yang memiliki ketergantungan nikotin akibat perilaku merokok memiliki kualitas hidup yang lebih buruk, dan hampir 50% dari responden perokok memiliki setidaknya satu jenis gangguan kejiwaan (Ahnyar, 2009).

Merokok dapat menyebabkan perubahan struktur dan fungsi saluran nafas dan jaringan paru-paru. Pada saluran nafas besar, sel mukosa membesar (*hipertrofi*) dan kelenjar mucus bertambah banyak (*hiperplasia*). Pada saluran nafas kecil, terjadi radang ringan hingga penyempitan akibat bertambahnya sel dan penumpukan lendir. Pada jaringan paru-paru terjadi peningkatan jumlah sel radang dan kerusakan alveoli (Ahnyar, 2009).

Akibat perubahan anatomi saluran nafas, pada perokok akan timbul perubahan pada fungsi paru-paru dengan segala macam gejala klinisnya. Hal ini menjadi dasar utama terjadinya penyakit obstruksi paru menahun. Dikatakan merokok merupakan penyebab utama timbulnya PPOM, termasuk emfisema paru-paru, bronkhitis kronis, dan asma (Ahnyar, 2009).

Hubungan antara merokok dan kanker paru-paru telah diteliti dalam 4-5 dekade terakhir ini. Didapatkan hubungan erat antara kebiasaan merokok, terutama *cigarette*, dengan timbulnya kanker paru-paru. Bahkan ada yang secara tegas menyatakan bahwa rokok sebagai

penyebab utama terjadinya kanker paru-paru. Partikel asap rokok, seperti benzopiren, dibenzopiren dan uretan, dikenal sebagai bahan karsinogen. Juga tar berhubungan dengan resiko terjadinya kanker. Dibandingkan dengan bukan perokok, kemungkinan timbul kanker paru-paru pada perokok mencapai 10-30 kali lebih sering (Ahnyar, 2009).

Asap yang dihembuskan para perokok dapat dibagi atas asap utama (*main stream smoke*) dan asap samping (*side stream smoke*) (Ahnyar, 2009). Asap utama merupakan asap tembakau yang dihirup langsung oleh perokok, sedangkan asap samping merupakan asap tembakau yang disebarkan ke udara bebas, yang akan dihirup oleh orang lain atau perokok pasif.

Berdasarkan uraian diatas, perilaku merokok berdampak pada kesehatan fisiologis dan psikologis seseorang. Dampak perilaku merokok tidak hanya akan dirasakan oleh perokok itu saja tapi juga akan dirasakan oleh orang-orang yang berada di sekitar perokok.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok pada remaja

Tarwoto, dkk. (2010) menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku merokok pada remaja :

1) Faktor internal

Orang mencoba untuk merokok karena alasan ingin tahu atau ingin melepaskan diri dari rasa sakit dan kebosanan. Merokok juga

memberi *image* bahwa merokok dapat menunjukkan kejantanan (kebanggaan diri) dan menunjukkan kedewasaan. Individu juga merokok dengan alasan sebagai alat menghilangkan stres

2) Faktor eksternal

a) Pengaruh orangtua

Remaja merokok adalah anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak bahagia, dimana orangtua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dibandingkan dengan remaja yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia. Remaja merokok apabila orangtua sendiri yang menjadi figur juga sebagai perokok berat, maka anak-anaknya akan mungkin sekali untuk mencontohnya.

b) Pengaruh teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa semakin banyak remaja merokok maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok juga dan demikian sebaliknya. Terdapat dua kemungkinan yang terjadi dari fakta tersebut, pertama remaja tersebut terpengaruh oleh teman-temannya atau sebaliknya.

c) Pengaruh iklan

Melihat iklan di media masa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau

glamour, membuat remaja seringkali berkeinginan untuk mengikuti perilaku seperti yang ada dalam iklan tersebut.

Pendapat lain dikemukakan oleh Hansen dalam Nasution (2007) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok, yaitu :

1) Faktor biologis

Banyak penelitian menunjukkan bahwa nikotin dalam rokok merupakan salah satu bahan kimia yang berperan penting pada ketergantungan merokok.

2) Faktor psikososial

Merokok dapat bermakna untuk meningkatkan konsentrasi, menghalau rasa kantuk, mengakrabkan suasana sehingga timbul rasa persaudaraan, juga dapat memberikan kesan modern dan berwibawa, sehingga bagi individu yang sering bergaul dengan orang lain, perilaku merokok sulit untuk dihindari.

3) Faktor lingkungan sosial

Lingkungan sosial berpengaruh terhadap sikap, kepercayaan dan perhatian individu pada perokok. Seseorang akan berperilaku merokok dengan memperhatikan lingkungan sosialnya.

4) Faktor demografis

Faktor ini meliputi umur dan jenis kelamin. Orang yang merokok pada usia dewasa semakin banyak akan tetapi pengaruh jenis

kelamin zaman sekarang sudah tidak terlalu berperan karena baik pria maupun wanita sekarang sudah merokok.

5) Faktor sosial kultural

Kebiasaan budaya, kelas sosial, tingkat pendidikan, penghasilan dan gengsi pekerjaan akan mempengaruhi perilaku merokok pada individu.

6) Faktor sosial politik

Kesadaran umum berakibat pada langkah-langkah politik yang bersifat melindungi bagi orang-orang yang tidak merokok dan usaha melancarkan kampanye-kampanye promosi kesehatan untuk mengurangi perilaku merokok.

Menurut Baradja (2008), mengungkapkan faktor-faktor penyebab merokok dapat dibagi dalam beberapa golongan sekalipun sesungguhnya faktor-faktor itu saling berkaitan satu sama lain :

1) Faktor Genetik

Beberapa studi menyebut faktor genetik sebagai penentu dalam timbulnya perilaku merokok dan bahwa kecenderungan menderita kanker, serta tendensi untuk merokok adalah faktor yang diwarisi bersama-sama. Studi menggunakan pasangan kembar membuktikan adanya pengaruh genetik, karena kembar identik, walaupun dibesarkan terpisah, akan memiliki pola kebiasaan merokok yang sama bila dibandingkan dengan kembar non-identik. Akan tetapi

secara umum, faktor genetik ini kurang berarti bila dibandingkan dengan faktor lingkungan dalam menentukan perilaku merokok yang akan timbul.

2) Faktor Kepribadian (*personality*)

Banyak peneliti mencoba menetapkan tipe kepribadian perokok. Tetapi studi statistik tak dapat memberi perbedaan yang cukup besar antara pribadi orang yang merokok dan yang tidak. Oleh karena itu tes-tes kepribadian kurang bermanfaat dalam memprediksi apakah seseorang akan menjadi perokok. Lebih bermanfaat adalah pengamatan dan studi observasi dilapangan. Anak sekolah yang merokok menganggap dirinya, seperti orang lain juga memandang dirinya, sebagai orang yang kurang sukses dalam pendidikan. Mereka biasanya memiliki prestasi akademik kurang, tanpa minat belajar dan kurang patuh pada otoritas. Asosiasi ini sudah secara konsisten ditemukan sejak permulaan abad ini. Dibandingkan dengan yang tidak merokok, mereka lebih impulsif, haus sensasi, gemar menempuh bahaya dan risiko dan berani melawan penguasa. Mereka minum teh dan kopi dan sering juga menggunakan obat termasuk alkohol. Mereka lebih mudah bercerai, beralih pekerjaan, mendapat kecelakaan lalulintas, dan enggan mengenakan ikat pinggang keselamatan dalam mobil. Banyak dari perilaku ini sesuai

dengan sifat kepribadian *extrovert* dan antisosial yang sudah terbukti berhubungan dengan kebiasaan merokok.

3) Faktor Kejiwaan (psikodinamik)

Dua teori yang paling masuk akal adalah bahwa merokok itu adalah suatu kegiatan kompensasi dari kehilangan kenikmatan oral yang dini atau adanya suatu rasa rendah diri yang tak nyata. Ahli lainnya berpendapat bahwa merokok adalah semacam pemuasan kebutuhan oral yang tidak dipenuhi semasa bayi. Kegiatan ini biasanya dilakukan sebagai pengganti merokok pada mereka yang sedang mencoba berhenti merokok.

4) Faktor Sensorimotorik

Buat sebagian perokok, kegiatan merokok itu sendirilah yang membentuk kebiasaan tersebut, bukan efek psikososial atau farmakologiknya. Sosok sebungkus rokok, membukanya, mengambil dan memegang sebatang rokok, menyalakannya, mengisap, mengeluarkan sambil mengamati asap rokok, aroma, rasa dan juga bunyinya semua berperan dalam terciptanya kebiasaan ini. Dalam suatu penelitian ternyata lebih dari 11 persen menganggap aspek-aspek ini penting buat mereka.

5) Faktor Farmakologis

Nikotin mencapai otak dalam waktu singkat, mungkin pada menit pertama sejak dihisap. Cara kerja bahan ini sangat kompleks. Pada

dosis sama dengan yang didalam rokok, bahan ini dapat menimbulkan stimulasi dan rangsangan di satu sisi tetapi juga relaksasi di sisi lainnya. Efek ini tergantung bukan saja pada dosis dan kondisi tubuh seseorang, tetapi juga pada suasana hati (*mood*) dan situasi. Oleh karena itu bila kita sedang marah atau takut, efeknya adalah menenangkan. Tetapi dalam keadaan lelah atau bosan, bahan itu akan merangsang dan memacu semangat. Dalam pengertian ini nikotin berfungsi untuk menjaga keseimbangan *mood* dalam situasi stress.

3. Psikososial

a. Teori perkembangan psikososial

Teori perkembangan psikososial menurut Erikson dalam Wong (2009), menganggap bahwa krisis perkembangan pada masa remaja menghasilkan terbentuknya identitas. Periode remaja awal dimulai dengan awitan pubertas dan berkembangnya stabilitas emosional dan fisik yang relatif pada saat atau ketika hampir lulus dari SMU. Pada saat ini, remaja dihadapkan pada krisis identitas kelompok versus pengasingan diri. Pada periode selanjutnya, individu berharap untuk mencegah otonomi dari keluarga dan mengembangkan identitas diri sebagai lawan terhadap difusi peran. Identitas kelompok menjadi sangat penting untuk permulaan pembentukan identitas pribadi. Remaja pada

tahap awal harus mampu memecahkan masalah tentang hubungan dengan teman sebaya sebelum mereka mampu menjawab pertanyaan tentang siapa diri mereka dalam kaitannya dengan keluarga dan masyarakat.

b. Perkembangan psikososial remaja

Menurut Wong (2009) perkembangan psikososial remaja meliputi :

1) Identitas kelompok

Selama tahap remaja awal, tekanan untuk memiliki suatu kelompok semakin kuat. Remaja menganggap bahwa memiliki kelompok adalah hal yang penting karena mereka merasa menjadi bagian dari kelompok dan kelompok dapat memberi mereka status. Ketika remaja mulai mencocokkan cara dan minat berpenampilan, gaya mereka segera berubah. Bukti penyesuaian diri remaja terhadap kelompok teman sebaya dan ketidakcocokkan dengan kelompok orang dewasa memberi kerangka pilihan bagi remaja sehingga mereka dapat memerankan penonjolan diri mereka sendiri sementara menolak identitas dari generasi orang tuanya. Menjadi individu yang berbeda mengakibatkan remaja tidak diterima dan diasingkan dari kelompok.

2) Identitas individual

Pada tahap pencarian ini, remaja mempertimbangkan hubungan yang mereka kembangkan antara diri mereka sendiri dengan orang lain di

masa lalu, seperti halnya arah dan tujuan yang mereka harap mampu dilakukan di masa yang akan datang. Proses perkembangan identitas pribadi merupakan proses yang memakan waktu dan penuh dengan periode kebingungan, depresi dan keputusasaan. Penentuan identitas dan bagiannya di dunia merupakan hal yang penting dan sesuatu yang menakutkan bagi remaja. Namun demikian, jika setahap demi setahap digantikan dan diletakkan pada tempat yang sesuai, identitas yang positif pada akhirnya akan muncul dari kebingungan. Difusi peran terjadi jika individu tidak mampu memformulasikan kepuasan identitas dari berbagai aspirasi, peran dan identifikasi.

3) Identitas peran seksual

Masa remaja merupakan waktu untuk konsolidasi identitas peran seksual. Selama masa remaja awal, kelompok teman sebaya mulai mengomunikasikan beberapa pengharapan terhadap hubungan heteroseksual dan bersamaan dengan kemajuan perkembangan, remaja dihadapkan pada pengharapan terhadap perilaku peran seksual yang matang yang baik dari teman sebaya maupun orang dewasa. Pengharapan seperti ini berbeda pada setiap budaya, antara daerah geografis, dan diantara kelompok sosioekonomis.

4) Emosional

Remaja lebih mampu mengendalikan emosinya pada masa remaja akhir. Mereka mampu menghadapi masalah dengan tenang dan

rasional, dan walaupun masih mengalami periode depresi, perasaan mereka lebih kuat dan mulai menunjukkan emosi yang lebih matang pada masa remaja akhir. Sementara remaja awal bereaksi cepat dan emosional, remaja akhir dapat mengendalikan emosinya sampai waktu dan tempat untuk mengendalikan emosinya sampai waktu dan tempat untuk mengekspresikan dirinya dapat diterima masyarakat. Mereka masih tetap mengalami peningkatan emosi, dan jika emosi itu diperlihatkan, perilaku mereka menggambarkan perasaan tidak aman, ketegangan, dan kebingungan.

4. Psikososial dengan perilaku merokok pada remaja dilihat dari segmen Perawat.

Berdasarkan hasil konsesus keperawatan tahun 1983 dalam Kusnanto, 2006. “Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif serta ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus manusia. Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Bantuan yang diberikan ditujukan kepada penyediaan

pelayanan kesehatan utama (*primary health care*) dalam upaya mengadakan perbaikan pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif⁶.

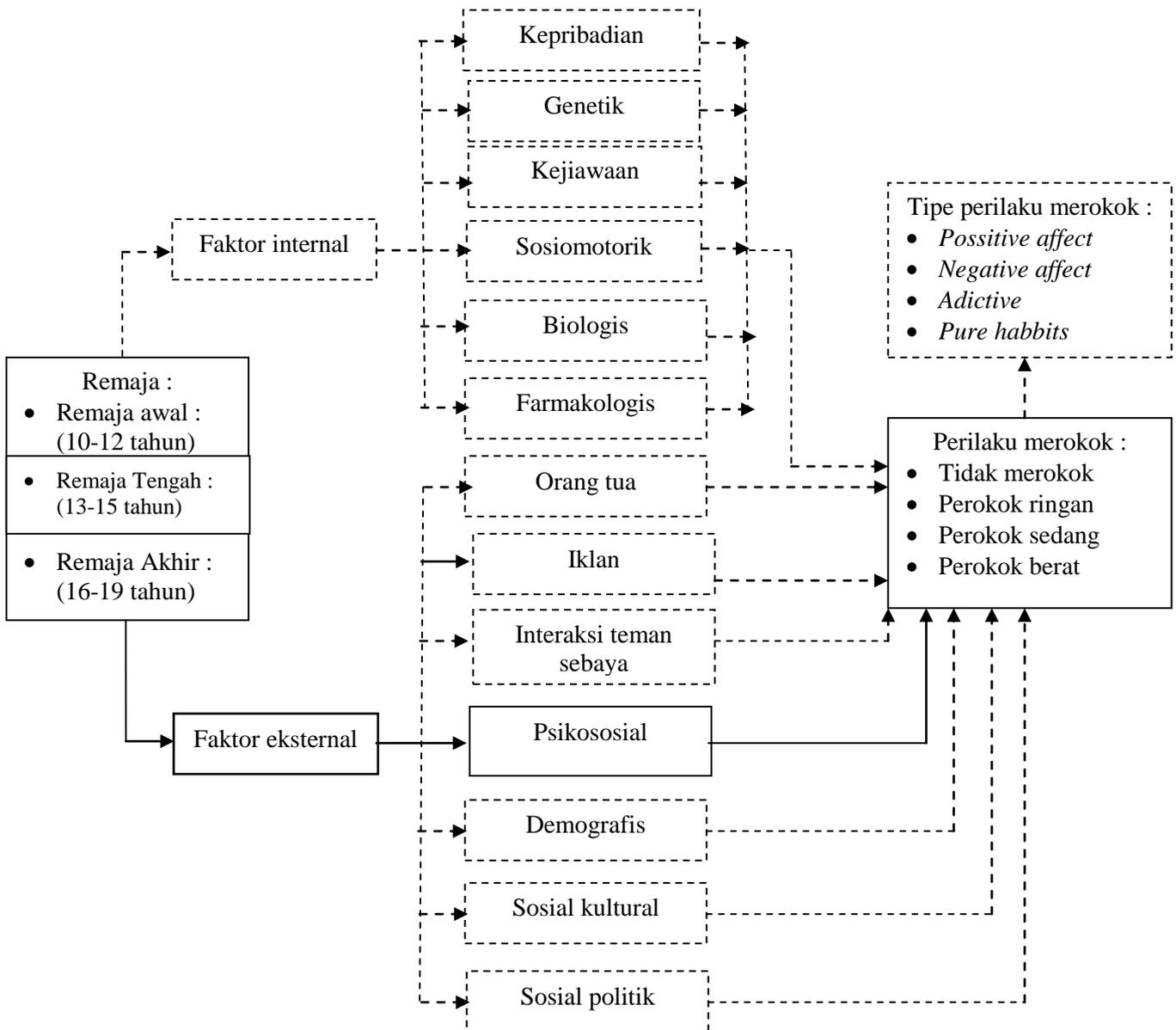
Dari definisi tersebut, dapat dilihat bahwa perawat memiliki peran yang sangat luas dalam menjalankan prakteknya. Dalam hal perilaku merokok, peran perawat berkaitan dengan upaya pencegahan perilaku merokok yang sedang bergulir dewasa ini. Program pencegahan tersebut didasarkan pada pendekatan psikososial yaitu; 1). Pendekatan pengaruh sosial dan 2). Pendekatan melatih cara menghadapi kehidupan.. Pendekatan pengaruh sosial didasarkan pada asumsi bahwa model tersebut adalah faktor utama dalam memulai perilaku merokok dan bahwa anak-anak dan remaja perlu diajarkan cara menahan tekanan sosial terhadap merokok. program yang didasarkan pada pendekatan ini memfokuskan pada; a). Membantu individu menjadi waspada terhadap pengaruh social yang mempromosikan penggunaan tembakau, dan b). Mengajarkan tehnik khusus agar tahan terhadap pengaruh tersebut seperti peran bermain, perilaku latihan dan peer leader. Sedangkan pendekatan melatih cara menghadapi kehidupan didasarkan pada asumsi bahwa yang menyebabkan merokok dan penggunaan zat-zat tertentu adalah kurangnya intelegensi personal dan sosial. Beberapa defisit personal yang bisa membuat seseorang menjadi peka terhadap penggunaan zat-zat tertentu adalah rasa rendah diri, kurang komunikasi dan sosialisasi, kurangnya

motivasi untuk berprestasi dan kurangnya strategi untuk menghadapi stress. Program berdasarkan pendekatan ini memberikan pelatihan pada bidang; peningkatan rasa percaya diri, ketegasan, cara berkomunikasi, interaksi sosial, santai dalam menghadapi stress, pemecahan masalah dan membuat keputusan. Dengan bertumpu pada program tersebut perawat dapat menjalankan peran dan fungsinya baik sebagai *health educator*, *provider*, *conselor* dan fungsi lainnya (Kusnanto, 2006).

Perawat mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi maupun pelayanan kesehatan yang komprehensif baik bio-psiko-sosial dan spiritual. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan suatu kondisi dimana terdapat kecenderungan remaja mengalami stres, yang pada akhirnya dapat berujung pada upaya kompensatoris remaja menanangi stres tersebut dengan merokok. Sehingga, itu diperlukan upaya preventif maupun kuratif yang lebih menekankan pada pendekatan emosional / afeksional, dengan memberikan penyuluhan maupun pelatihan mengenai manajemen stres pada remaja, selain pendekatan kognitif berupa pemberian informasi akan bahaya atau dampak negatif dari merokok.

B. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat dilihat dibawah ini :

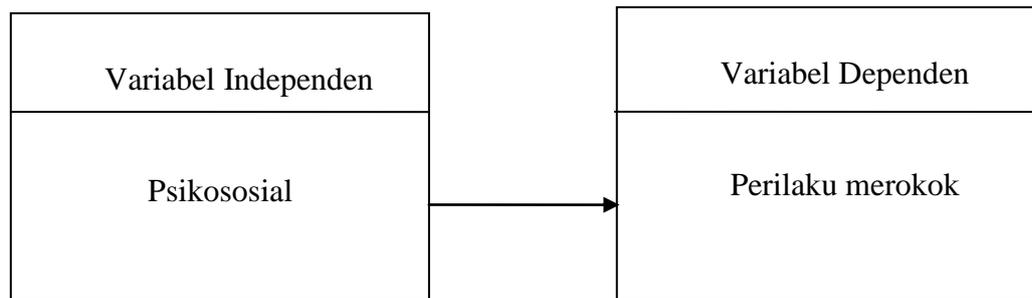


Sumber : Hansen dalam Nasution (2007)

Gambar 2.1. Kerangka teori penelitian

Ket : ————— Yang diteliti
 - - - - - Yang tidak diteliti

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2. Kerangka konsep penelitian

D. Hipotesis

Ha : Ada hubungan psikososial dengan perilaku merokok pada remaja di Dusun Mojorejo Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif analitik korelational* yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan untuk menentukan hubungan sebab akibat antara determinan dan efek tanpa melakukan intervensi terhadap subyek penelitian dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif tentang hubungan antara dua variabel pada sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2005). Dengan desain *cross sectional* yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada saat itu. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2008).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Dusun Mojorejo Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen, pada bulan Februari 2015.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja di Dusun Mojorejo Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen berjumlah 141 remaja.

2. Sampel

Arikunto (2006) mengemukakan bahwa sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik sampling *purposive sampling* adalah teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti. Menurut (Sugiyono, 2005) jumlah anggota sampel minimal adalah 30 responden.

Karakteristik sampel yang dapat dilakukan atau layak diteliti, yakni :

Kriteria Inklusi :

- a. Remaja yang berdomisili di Dusun Mojorejo Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen.
- b. Remaja yang berumur 10-19 tahun.

Kriteria Eksklusi : .

- a. Remaja yang sudah menikah.
- b. Remaja yang tidak bisa membaca dan menulis.

D. Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel bebas (*independent*).

Adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya *variable dependent* (terikat) (Sugiyono, 2005). Jadi variabel *independent* adalah variabel yang mempengaruhi variabel *dependent*, dalam hal ini adalah psikososial.

2. Variabel terikat (*dependent*).

Adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2005). Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah perilaku merokok.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional ini diperlukan untuk membatasi ruang lingkup dan memberi batasan dari variabel yang diteliti dan diamati, juga bermanfaat untuk mengarahkan pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan dan pengembangan alat ukur (Notoatmodjo, 2005).

Tabel 3.1. Definisi Operisional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Skala	Skoring	Kategori
1.	Psikososial	Psikologis seseorang remaja yang dimiliki terhadap bagaimana cara ia berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya.	Kuesioner	Ordinal	Kurang= $\leq 55\%$ Sedang=56-75% Tinggi=76-100%	1.kurang 2.sedang 3.tinggi
2.	Perilaku merokok	Jumlah batang rokok yang dihisap sehari dalam rentang waktu 12 bulan.	Kuesioner	Ordinal	Tidak merokok= 0 batang Ringan= 10 batang Sedang= 11-21 batang Berat= 21-30 batang Berat sekali= ≥ 31 batang	0.tidak merokok 1.ringan 2.sedang 3.berat 4.berat sekali

Sumber : Wong (2009) dan Mu'tadin dalam Frihartine (2013)

F. Instrumen Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang psikososial dan perilaku merokok. Skoring yang digunakan untuk masing-masing variabel sebagai berikut :

1. Kuesioner psikososial.

Alat ukur penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang disesuaikan dengan permasalahan penelitian tentang psikososial. Kuesioner yang disusun berupa pertanyaan tentang psikososial dengan jumlah 33 pertanyaan, dengan alternatif jawaban sangat setuju (4), setuju (skor 3), tidak setuju (skor 2), sangat tidak setuju (skor 1) pada pertanyaan

favorable (positif). Setelah itu di total untuk menentukan klasifikasi pengetahuan pasien.

Adapun kisi-kisi kuesioner ini adalah :

Tabel 3.2. Kisi-kisi psikososial

Variabel	Dimensi	Nomer Pertanyaan
Psikososial	- Identitas kelompok.	1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
	- Identitas individual.	2, 32, 33, 35
	- Identitas peran seksual.	8, 27, 29, 31
	- Emosional	26, 28, 30, 34

Sumber : Wong, 2009

Untuk skoring masalah dinyatakan dengan :

- a. Tinggi : skor 76-100%.
 - b. Sedang : skor 56-75%.
 - c. Kurang : skor $\leq 55\%$.
2. Kuesioner perilaku merokok.

Alat ukur penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang disesuaikan dengan permasalahan penelitian tentang perilaku merokok. Kuesioner yang disusun berupa pertanyaan perilaku merokok dengan memilih salah satu jawaban yang ada. Setelah itu di tentukan klasifikasi perilaku merokok pada remaja. Dengan kategori :

- a. Tidak merokok : 0 batang
- b. Perokok ringan : 10 batang
- c. Perokok sedang : 11-20 batang
- d. Perokok berat : 21-30 batang
- e. Perokok berat sekali : ≥ 31 batang

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

Menurut Nursalam (2008), validitas (kesahihan) menyatakan apa yang seharusnya diukur. Sedangkan reliabilitas (keandalan) adalah adanya suatu kesamaan hasil apabila pengukuran dilakukan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda. Kuesioner sebelum digunakan akan dilakukan uji validitas dan reabilitas terlebih dahulu.

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2005). Fungsi uji validitas untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu uji korelasi antara skor tiap-tiap pertanyaan dengan skor total kuesioner. Uji validitas hanya dilakukan untuk koesioner psikososial. Pada penelitian ini, peneliti melakukan uji validitas dengan karakteristik yang sama dengan pada 20 remaja di Dukuh Ngawen Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen sebagai sampel untuk uji validitas kuesioner. Setelah

data didapat dan ditabulasikan maka untuk menguji validitas digunakan “*pearson product moment*” dengan rumus:

$$r_{xy} = \frac{(N \sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{(N \sum X^2) - (\sum X)^2\} \{(N \sum Y^2) - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r_{xy} : koefisien korelasi
 N : jumlah responden
 $\sum X$: skor butir
 $\sum Y$: skor total

Butir soal dikatakan valid apabila r hitung lebih besar dari r tabel (Sugiyono, 2005).

Hasil uji validitas yang sudah dilakukan pada 20 remaja di Dukuh Ngawen Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen, diperoleh : Uji validitas psikososial r hitung item pertanyaan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 35 diperoleh r hitung $>$ r tabel (0,444) dinyatakan valid, sedangkan r hitung item pertanyaan nomer 28,31 diperoleh r hitung $<$ r tabel (0,444) dinyatakan tidak valid. Sehingga item pertanyaan yang tidak valid nomer 28, 31 dibuang. Hasil uji validitas psikososial terlampir.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2005).

Uji reliabilitas koesioner interaksi teman sebaya pada penelitian ini menggunakan teknik analisa dengan rumus *Alpha cronbach* (Arikunto, 2006) dengan rumus sebagai berikut :

$$r_h = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Keterangan :

- r_h : reliabilitas instrumen
- k : banyaknya butir pertanyaan
- $\sum \sigma_b^2$: jumlah varians butir
- σ_1^2 : varians total

Nilai Cronbach's alpha pada variabel $> 0,6$ maka item soal dinyatakan Reliabel apabila r hitung lebih besar dari r tabel.

Hasil uji reabilitas pada 20 remaja di Dukuh Ngawen Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen diperoleh Nilai Cronbach's alpha psikososial adalah 0,7500. Nilai Cronbach's alpha pada variabel psikososial $> 0,6$ maka variabel psikososial dapat dinyatakan reliabel.

H. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Sebelum dilakukan pengumpulan data dengan penyebaran kuesioner, peneliti memberi penjelasan tentang cara-cara

pengisian kuesioner psikososial dan perilaku merokok pada remaja, kemudian membagikan kepada remaja di Dusun Mojorejo Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang kabupaten Sragen kemudian diisi saat itu juga sehingga data yang diperoleh adalah data primer.

I. Analisis data

Analisis hasil penelitian ini dilakukan dengan 2 cara yaitu sebagai berikut :

- a. Analisa *univariat* terhadap tiap variabel dari hasil penelitian untuk menghasilkan distribusi dan presentase.
- b. Analisa *bivariat* terhadap dua variabel yang diduga berkorelasi yaitu psikososial dan perilaku merokok pada remaja. Analisa bivariat dilakukan dengan komputer menggunakan SPSS (*Statistical program and Service Solution*) versi 20.00. Analisa bivariat untuk melihat hubungan dan bertujuan untuk menguji hipotesis antara variabel terikat dengan variabel bebas, karena penelitian ini terdiri dari dua kelas data yaitu ordinal dan ordianl maka penelitian ini dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Chi Square Test* (χ^2) (Arikunto, 2006). Analisis *Chi Square Test* atau uji statistik *Chi-kuadrat* atau *Chi - square* (χ^2) dengan rumus:

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fh)^2}{fh}$$

Keterangan:

χ^2 : harga *Chi Kuadrat* yang diperoleh
 f_o : frekuensi yang diperoleh berdasarkan data
 f_h : frekuensi yang diharapkan

Kriteria pengambilan keputusan yang digunakan adalah Jika $\chi^2_{\text{hitung}} > \chi^2_{\text{tabel}}$, dengan taraf signifikan 5%. Ini berarti bahwa ada hubungan atau perbedaan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Jika $\chi^2_{\text{hitung}} < \chi^2_{\text{tabel}}$, dengan taraf signifikan 5%, ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Untuk menjawab hipotesa yang dibuat digunakan interpretasi nilai korelasi (hubungan) yaitu sebagai berikut (Sugiyono, 2005) :

$\chi^2 = 0,000 - 0,199$ hubungan sangat rendah

$\chi^2 = 0,2 - 0,399$ hubungan yang rendah

$\chi^2 = 0,4 - 0,599$ hubungan sedang

$\chi^2 = 0,6 - 0,799$ hubungan kuat

$\chi^2 = 0,8 - 0,100$ hubungan sangat kuat

Kekuatan hubungan antar variabel dinilai dengan *odds ratio*.

J. Pengolahan Data

Menurut Narbuko, 2007, setelah data-data hasil dari kuesioner dikumpulkan dan diolah dengan melalui tahap-tahap :

1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data yang telah dikumpulkan.

2. *Coding*

Memberikan kode pada data dengan merubah huruf menjadi angka.

3. *Transferring*

Memindahkan jawaban atau kode jawaban ke dalam media tertentu.

4. *Tabulating*

Merupakan kegiatan menyusun data dalam bentuk tabel.

5. *Entry data*

Memasukkan data dengan cara manual atau melalui pengolahan program komputer.

K. Etika Penelitian

Secara umum prinsip dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian yaitu manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan (Nursalam, 2008). Dalam mendapatkan data dilakukan dengan menekankan etika yang mengacu pada:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*inform consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian jika calon responden bersedia untuk diteliti, maka mereka harus mengisi lembar persetujuan tersebut,

namun apabila responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak boleh memaksakan dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (lembar kuesioner) cukup dengan memberikan kode pada masing-masing lembar kuesioner tersebut.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset atau hasil dari penelitian.

L. Jalannya Penelitian

1. Tahap persiapan

a. Studi Kepustakaan

Mengumpulkan literatur-literatur yang berhubungan dengan masalah yang akan diteliti sebagai landasan teori.

b. Memilih tempat penelitian

Peneliti memilih di Dusun Mojorejo Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen sebagai tempat penelitian kemudian melakukan pendekatan dengan Kepala Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen, menyampaikan rencana penelitian serta meminta saran berkaitan dengan rencana penelitian.

c. Studi pendahuluan

Setelah judul penelitian diajukan untuk mendasari permasalahan yang akan diteliti, peneliti mengadakan studi pendahuluan tentang psikososial dan perilaku merokok pada remaja.

d. Penyusunan dan seminar proposal

Setelah proposal penelitian selesai disusun dan disetujui oleh pembimbing I dan pembimbing II, peneliti mengadakan seminar proposal penelitian.

e. Permohonan ijin penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian ke Desa Mojorejo Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen dengan membawa pengantar permohonan ijin penelitian dari Universitas Sahid Surakarta.

2. Tahap Pelaksanaan

a. Penyebaran kuesioner psikososial dan perilaku merokok pada remaja.

b. Melakukan pengolahan data

Setelah data terkumpul sampai batas waktu penelitian, peneliti melakukan hal-hal sebagai berikut :

- 1) *Editing* kelengkapan data yang telah terkumpul yang meliputi identitas klien dan jumlah yang diobservasi.
- 2) Pengolahan dan penelitian.

c. Melakukan analisa data

Data yang diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk tabel-tabel dan narasi, sedangkan analisa data dilakukan secara deskriptif dengan cara dijumlahkan.

3. Tahap pelaporan

Data yang telah selesai dianalisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut :

- a. Membuat tabel sesuai dengan kelompok data yang ada.
- b. Mendeskripsikan data secara kualitatif dari data yang ada.
- c. Menginterpretasikan data-data tersebut dengan teori-teori penelusuran kepustakaan yang ada.