

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *PEER
GROUP DISCUSSION* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU
MEROKOK DI SMA NEGERI 17 SURABAYA**

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*



Oleh :
ARIF NOVAN RISMANA
NIM : 130915053

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *PEER
GROUP DISCUSSION* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU
MEROKOK DI SMA NEGERI 17 SURABAYA**

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :
ARIF NOVAN RISMANA
NIM : 130915053

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, Juli 2013

Yang menyatakan,

Arif Novan Rismana

NIM. 130915053

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 2 JULI 2013

Oleh :

Pembimbing I

Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes.
NIP. 196808291989031002

Pembimbing II

Ira Suarilah, S. Kp., MSc.
NIK. 139040673

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I

Mira Trihartini, S. Kp., M. Kep.
NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

TELAH DIUJI

PADA TANGGAL 15 JULI 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : Esti Yunitasari, S. Kp. MSc (.....)
NIP. 197706172003122002

Anggota : Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes (.....)
NIP. 196808291989031002

Ira Suarilah, S. Kp., MSc (.....)
NIK. 139040673

Mengetahui.
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I

Mira Trihartini, S. Kp., M. Kep.
NIP. 197904242006042002

MOTTO

“Kesempatan akan mengetuk semua pintu,
tapi tidak semua orang memiliki
kunci untuk membukanya”

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas rahmat dan Hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE PEER GROUP DISCUSSION TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU MEROKOK DI SMA NEGERI 17 SURABAYA” tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, bersamaan dengan ini saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan S1 Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
3. Ira Suarilah, S.Kp., MSc. selaku pembimbing yang juga telah memberikan motivasi dan kesabaran dalam membimbing membuat saya lebih terpacu untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.

4. Esti Yunitasari, S. Kp., M.Kes dan Joni Haryanto, S. Kp., M. Si selaku penguji proposal yang telah memberikan saran, kritik serta masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
5. Tintin Sukartini, S. Kp., M.Kes dan Retno Indarwati, S. Kep., Ns., M.Kep selaku dosen yang juga telah memberikan masukan positif untuk skripsi ini.
6. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
7. Kedua orang tua dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan spiritual, kasih sayang dan finansial dalam menyelesaikan pendidikan saya di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
8. Kepala SMA Negeri 17 Surabaya dan Pak Teguh, Pak Novi, Bu Tiyur selaku guru pengajar yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian di SMA Negeri 17 Surabaya.
9. Sahabatku tercinta *BEC* (Temon, Prama, Irdlo, Jihad, Anca, Edy, Ajiz, Priyo, Tian, Ayus, Gandris, Ari', Beni, Paijo, Sofa) Risa, Sari, Bibob, Gondes, Bayeg dan Ruri yang telah memberikan motivasi, bantuan dan dukungan baik tenaga, waktu maupun pikiran dalam menyelesaikan skripsi ini
10. Para responden yang telah bersedia meluangkan waktunya dan berpartisipasi dalam mengikuti kegiatan ini.
11. Madam Lapas yang telah memberikan dukungan konsumsi dalam kelancaran penelitian di SMA Negeri 17 Surabaya.

12. Seluruh teman-teman seperjuangan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga angkatan 2009 yang telah membantu dan memberikan motivasi selama penyusunan serta semua pihak yang telah memberikan bantuan selama proses pembuatan skripsi ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, Juli 2013

Penulis
Arif Novan Rismana

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION WITH PEER GROUP DISCUSSION METHOD TOWARD CHANGES IN SMOKING BEHAVIOR

Quasy Experiment Study in SMAN 17 Surabaya

By : Arif Novan Risma

The aim of this research it was to give health education related to smoking. A case related to smoking behavior were delivered to a group of teenagers age 15-16 to be discussed.

This research uses experimental quasy design with pre-test and post-test control group. The population is male student of 17 Senior High School Surabaya. The sample is derived by simple random sampling. The independent variable is peer group discussion and the dependent variable was the knowledge, attitude and action. The data collection in this study uses quasioner. More over, the quasioner is going to be analyzed by using statistic test, Mann Whitney Test, Paired Sample T Test and Independent T Test with a significance of $P < 0.05$.

The results of statistical tests Wilcoxon Signed Rank Test showed no influence of peer group discussion on knowledge ($p = 0.015$ treatment group and control group $p = 0.317$). attitude ($p = 0.025$ treatment group and control group $p = 1.000$). statistical test Mann Whitney U Test also showed differences between the treatment and control groups on the level of knowledge ($p = 0.008$) and attitude ($p = 0.037$). peer group discussion also affect the action of Paired Sample T Test (treatment group $p = 0.000$) and the Wilcoxon Signed Rank Test (control group $p = 0.102$). Independent Sample T Test also showed a difference between treatment and control groups ($p = 0.002$).

Peer group discussion gives influence toward the teenagers attitude of smoking. Through the discussion with schoolmates, teenagers will feel more pleasant in showing their arguments, so that they can share the information about smoking. Knowledge of respondent that increase, the number of cigarettes they have been smoked are decreased and have positive response. Further researches are expected to used the more interesting method in order to gain the appropriate result.

Key words: peer group discussions, adolescents, smoking behavior, knowledge, attitudes, actions.

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| Halaman Judul..... | i |
| Lembar Pernyataan..... | ii |
| Lembar Persetujuan..... | iii |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji..... | iv |
| Motto..... | v |
| Ucapan Terima Kasih..... | vi |
| <i>Abstract</i> | ix |
| Daftar Isi..... | x |
| Daftar Gambar..... | xiii |
| Daftar Tabel..... | xiv |
| Daftar Lampiran..... | xv |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Identifikasi Masalah..... | 5 |
| 1.3 Rumusan Masalah..... | 6 |
| 1.4 Tujuan Penelitian..... | 6 |
| 1.4.1 Tujuan umum..... | 6 |
| 1.4.2 Tujuan khusus..... | 6 |
| 1.5 Manfaat Penelitian..... | 7 |
| 1.5.1 Manfaat teoritis..... | 7 |
| 1.5.2 Manfaat praktis..... | 7 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep Remaja..... | 8 |
| 2.1.1 Ciri-ciri remaja..... | 8 |
| 2.1.2 Tahap perkembangan remaja..... | 10 |
| 2.1.3 Tugas perkembangan remaja..... | 11 |
| 2.1.4 Faktor yang mempengaruhi penguasaan tugas perkembangan remaja..... | 11 |
| 2.1.5 Dinamika penyesuaian diri remaja..... | 11 |
| 2.1.6 Perkembangan kognitif..... | 13 |
| 2.1.7 Perkembangan psikososial remaja..... | 13 |

| | |
|--|----|
| 2.2 Konsep perilaku..... | 15 |
| 2.2.1 Domain perilaku | 15 |
| 2.2.2 Perilaku menyimpang | 18 |
| 2.2.3 Gejala perilaku menyimpang remaja | 18 |
| 2.2.4 Bentuk perilaku menyimpang remaja | 19 |
| 2.2.5 Perilaku kesehatan | 21 |
| 2.2.6 Faktor yang mempengaruhi perilaku | 24 |
| 2.2.7 Proses adopsi perilaku | 25 |
| 2.3 Konsep merokok..... | 26 |
| 2.3.1 Definisi merokok | 26 |
| 2.3.2 Tipe perilaku merokok..... | 27 |
| 2.3.3 Faktor yang mempengaruhi merokok | 29 |
| 2.3.4 Motif perilaku merokok | 32 |
| 2.3.5 Bahaya merokok | 33 |
| 2.4 Konsep pendidikan kesehatan | 37 |
| 2.4.1 Metode pendidikan kesehatan..... | 38 |
| 2.4.2 Media pendidikan kesehatan..... | 40 |
| 2.4.3 Tujuan pendidikan kesehatan..... | 41 |
| 2.5 Konsep <i>Peer group discussion</i> | 41 |
| 2.5.1 Definisi kelompok..... | 41 |
| 2.5.2 Jenis kelompok | 41 |
| 2.5.3 Definisi <i>peer group</i> | 43 |
| 2.5.4 <i>Peer group</i> remaja | 43 |
| 2.5.5 Fungsi <i>peer group</i> | 44 |
| 2.5.6 Ciri-ciri <i>peer group</i> | 44 |
| 2.5.7 <i>Peer group discussion</i> | 45 |
| 2.5.8 Tahap <i>peer group discussion</i> | 46 |
| 2.5.9 Kelebihan dan kekurangan..... | 47 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | |
| 3.1 Kerangka konseptual | 48 |
| 3.2 Hipotesis penelitian | 50 |

BAB 4 METODE PENELITIAN

| | |
|--|----|
| 4.1 Desain Penelitian | 51 |
| 4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling | 52 |
| 4.2.1 Populasi..... | 52 |
| 4.2.2 Sample | 52 |
| 4.2.3 Teknik sampling | 53 |
| 4.3 Variable penelitian | 53 |
| 4.3.1 Variable <i>Independen</i> | 53 |
| 4.3.2 Variable <i>Dependent</i> | 53 |
| 4.4 Definisi operasional..... | 54 |
| 4.5 Instrumen Penelitian..... | 57 |
| 4.6 Lokasi dan Waktu penelitian | 57 |
| 4.7 Prosedur pengumpulan data | 58 |
| 4.8 Kerangka Operasional | 60 |
| 4.9 Analisa data | 61 |
| 4.10 Etik Penelitian | 63 |
| 4.11 Keterbatasan | 64 |

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

| | |
|---|----|
| 5.1 Hasil penelitian..... | 65 |
| 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian | 65 |
| 5.1.2 Data umum..... | 67 |
| 5.1.3 Data khusus..... | 68 |
| 5.2 Pembahasan | 71 |

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|----------------------|----|
| 6.1 Kesimpulan..... | 88 |
| 6.2 Saran | 89 |
| Daftar Pustaka | 91 |

Daftar Gambar

| | | Halaman |
|------------|---|---------|
| Gambar 1.1 | Identifikasi masalah peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan remaja tentang merokok melalui <i>peer group discussion</i> pada siswa SMA Negeri 17 Surabaya | 5 |
| Gambar 2.1 | Teori Lawrence Green (1980) | 25 |
| Gambar 3.1 | Kerangka konseptual Pengaruh <i>peer group discussion</i> terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya berdasarkan pengembangan teori Lawrence Green (1980) | 48 |
| Gambar 4.1 | Rancangan jenis <i>Quasy Experimental</i> dengan desain <i>pre-test and post-test nonequivalent control group</i> (Dharma, 2011) | 52 |
| Gambar 4.2 | Kerangka operasional Penelitian <i>peer group discussion</i> untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan merokok di SMA Negeri 17 Surabaya | 60 |

Daftar Tabel

| | | Halaman |
|-----------|--|---------|
| Tabel 2.1 | Perkembangan psikososial remaja pertengahan (15-16 tahun).. | 14 |
| Tabel 4.1 | Definisi operasional penelitian Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>Peer Group Discussion</i> untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan remaja tentang merokok di SMA Negeri 17 Surabaya | 54 |
| Tabel 4.2 | Skor Skala Likert | 62 |
| Tabel 5.1 | Distribusi frekuensi karakteristik umum responden di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei – 10 Juni 2013 | 67 |
| Tabel 5.2 | Tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan <i>peer group discussion</i> di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei s/d 10 Juni 2013 | 68 |
| Tabel 5.3 | Tingkat sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan <i>peer group discussion</i> di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei s/d 10 Juni 2013 | 69 |
| Tabel 5.4 | Tindakan responden sebelum dan sesudah dilakukan <i>peer group discussion</i> di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei s/d 10 Juni 2013 | 70 |

Daftar Lampiran

| | | Halaman |
|-------------|--|---------|
| Lampiran 1 | Surat ijin pengumpulan data awal | 94 |
| Lampiran 2 | Surat ijin pelaksanaan penelitian | 95 |
| Lampiran 3 | Surat keterangan telah melakukan penelitian | 96 |
| Lampiran 4 | Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian | 97 |
| Lampiran 5 | Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden Penelitian | 99 |
| Lampiran 6 | Lembar kuesioner | 100 |
| Lampiran 7 | Satuan Acara Pembelajaran I | 103 |
| Lampiran 8 | Satuan Acara Pembelajaran II | 107 |
| Lampiran 9 | Satuan Acara Pembelajaran III | 111 |
| Lampiran 10 | Materi <i>Peer Group Discussion</i> | 116 |
| Lampiran 11 | Studi kasus I | 136 |
| Lampiran 12 | Studi kasus II | 139 |
| Lampiran 13 | <i>Leaflet</i> | 142 |
| Lampiran 14 | Tabulasi | 147 |
| Lampiran 15 | Uji statistik | 154 |
| Lampiran 16 | Dokumentasi | 161 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa remaja adalah periode perkembangan dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan menurut Thurner & Helms (1995) dalam Santrock (2007). Menurut Hurlock (2004) masa remaja termasuk pada tahapan kelima dalam fase perkembangan individu, rentang waktunya adalah 13-21 tahun untuk remaja putri dan 14-21 tahun untuk remaja putra dan salah satu karakteristik remaja adalah mulai memasuki hubungan teman sebaya (*peer group*), dalam arti sudah mengembangkan interaksi sosial yang lebih luas dengan teman sebaya. Menurut Santrock (2007) Salah satu tugas perkembangan masa remaja yang tersulit adalah berhubungan dengan penyesuaian sosial, hal tersebut dikarenakan oleh kuatnya pengaruh kelompok sebaya disebabkan remaja lebih banyak di luar rumah bersama teman-teman sebaya.

Sarwono (2003) mengemukakan bahwa usia remaja berkisar antara 13 tahun sampai dengan 19 tahun. Dimana usia tersebut merupakan perkembangan untuk menjadi dewasa untuk itu orang tua, sekolah serta lingkungan juga berperan dalam perubahan perilaku remaja tersebut (Welle, 2004). Hubungan yang positif antara remaja dengan teman sebayanya dan juga dengan orang tua merupakan hal yang sangat penting dalam mengurangi pengaruh perilaku menyimpang pada remaja (Santrock, 2004). Remaja berusia 15 – 16 tahun mempunyai keyakinan yang khas dan unik (*personal fable*) bahwa apa yang dapat terjadi pada orang lain tidak akan terjadi pada dirinya dan remaja tersebut yakin bahwa merokok dapat

merugikan atau membahayakan orang lain, tetapi tidak akan merugikan atau membahayakan dirinya walaupun kenyataan menunjukkan hal yang sebaliknya (Joewana, 2003). Dampak merokok bagi remaja yang terutama adalah mempengaruhi kemampuan fisiknya (kesehatan). Menurut Efendi & Makhfudli (2009) pada masa remaja, terjadi perubahan fisik dan psikis (kognitif, biologis dan emosi) yang terkadang memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan.

Faktor yang memperkuat terjadinya perubahan perilaku seseorang maupun kelompok yang disebabkan oleh perilaku orang lain, misalnya anggota keluarga, kerabat, petugas, guru (Wuning, 2008). Pada umumnya remaja menjadi anggota kelompok usia sebaya (*peer group*) menjadi begitu berarti dan sangat berpengaruh dalam kehidupan sosial remaja karena melalui kelompok remaja dapat mengambil berbagai peran (Soetjningsih, 2010). Kelompok teman sebaya (*peer group*) dapat memenuhi kebutuhan pribadi remaja, menghargai mereka, menyediakan informasi, menaikkan harga diri, dan memberi suatu identitas. Dalam *peer group* ini remaja akan lebih terbuka dalam mengungkapkan permasalahannya (Santrock, 2003). Tetapi melalui hubungan antar teman sebaya juga menjadi salah satu faktor seorang remaja mendapat dukungan perilaku menyimpang yakni menghisap rokok (Mu'tadin, 2002). Menurut Brown dan Larson (2009) teman sebaya yang terlibat dalam kenakalan remaja sangat meningkatkan resiko menjadi remaja nakal (Santrock, 2012).

Perilaku merokok pada remaja dikatakan oleh Erikson (Asmara, 2007) berkaitan dengan adanya krisis aspek psikososial yang dialami pada masa perkembangannya yaitu masa ketika mereka sedang mencari jati dirinya. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menyebutkan bahwa 34,7%

penduduk di Indonesia berusia 10 tahun ke atas menghisap rokok setiap harinya (Depkes 2012). Perilaku merokok dilihat dari berbagai sudut pandang sangat merugikan, baik untuk diri sendiri ataupun lingkungannya seperti yang tercantum pada setiap bungkus rokok. Perilaku merokok pada remaja umumnya semakin lama akan semakin meningkat sesuai dengan tahap perkembangannya yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi dan intensitas merokok, dan sering mengakibatkan mereka mengalami ketergantungan nikotin (Laventhal dan Clearly, 1984; dalam Amalia, 2009).

Komponen yang paling berbahaya dalam asap tembakau adalah nikotin, karbon monoksida, tar dan hidrokarbon. Kandungan karsinogen dalam rokok dapat memicu terjadinya kanker baik pada perokok aktif dan pasif (Hecht, Hochalter, Villalta, & Murphy, 2000; Hecht, 2004). Berbagai risiko kesehatan karena merokok dapat menurun selama kurun waktu 5 hingga 10 tahun setelah berhenti merokok, tetapi jaringan paru – paru yang terlanjur rusak akibat hisapan rokok tidak dapat diperbaiki lagi menurut Jaffe dalam Liesyanto (2011). *World Health Organization* (2008) menyatakan bahwa Indonesia merupakan negara ke-3 di dunia yang mengkonsumsi rokok terbanyak, padahal pada tahun 2002 Indonesia masih peringkat ke-5.

Diperkirakan lebih dari 40,3 juta anak tinggal bersama dengan perokok dan terpapar asap rokok, yang berisiko mengalami peningkatan resiko Bronkitis, Pnemonia, infeksi telinga tengah, Asma serta keterlambatan pertumbuhan paru-paru dan menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa (Depkes, 2012). Hasil penelitian Efendi (2005) mencatat 18% remaja usia 15-18 tahun mulai merokok dan 11% diantaranya mampu menghabiskan 10 batang perhari.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan April (2013) kepada siswa putra kelas X (15-16 tahun) di SMA Negeri 17 Surabaya terdapat 42,5% siswa yang merokok dengan variasi jumlah rokok yg dihisap perharinya, serta mereka hanya mengetahui secara garis besarnya saja mengenai bahaya merokok yang sebenarnya banyak sekali dampak dari merokok tersebut bagi kesehatan. Pihak sekolahpun telah memperketat siswa agar tidak merokok disekolah salah satunya dengan mengadakan sidak diwaktu senggang siswa disekolah namun hal tersebut dianggap masih kurang efektif.

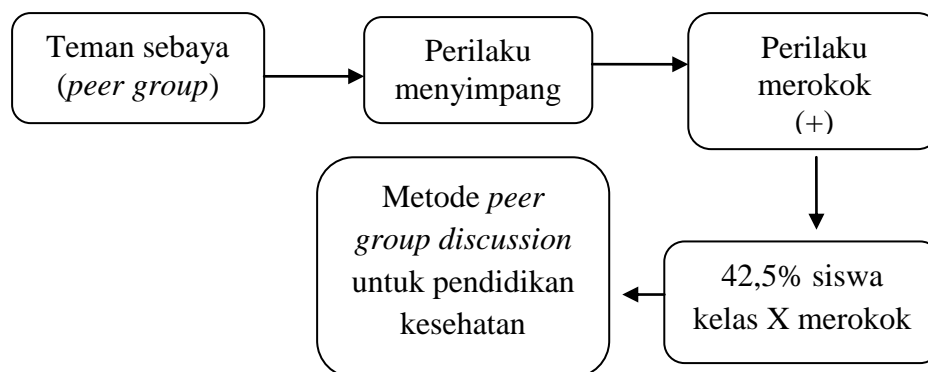
Remaja perokok yang memutuskan untuk melanjutkan perilaku merokoknya, umumnya frekuensi merokok mereka semakin lama cenderung semakin meningkat (Laventhal & Cleary dalam Mc Gee, 2005). Sebuah tinjauan pendekatan berhenti merokok pada kalangan remaja mengungkapkan kompleksitas dan kurangnya solusi yang efektif (Mermelstein, 2003). Selain itu dampak pengiring lain yang sangat mengkhawatirkan adalah keberadaan perilaku merokok bisa menjadi pintu masuk pertama (*first step*) terhadap perilaku lainnya, seperti : minum alkohol, penyalahgunaan obat – obatan terlarang (narkoba), perilaku agresif dan destruktif (Smet, 1994).

Sudah seharusnya upaya menghentikan kebiasaan merokok menjadi tugas dan tanggung jawab dari segenap lapisan masyarakat. Usaha penerangan dan penyuluhan, khususnya di kalangan generasi muda, dapat pula dikaitkan dengan usaha penanggulangan bahaya narkoba, usaha kesehatan sekolah, dan penyuluhan kesehatan masyarakat pada umumnya (Tandra, 2011). Melalui *peer group* atau kelompok teman sebaya, remaja dapat memenuhi kebutuhan pribadinya, saling menghargai, menyediakan informasi, menaikkan harga diri dan

memberi mereka suatu identitas (Santrock, 2003). Metode diskusi kelompok (*group discussion*) terbukti efektif digunakan dalam proses pembelajaran (Putri, 2009).

Peer group discussion atau diskusi kelompok sebaya adalah dimana semua orang dapat berpartisipasi dalam sebuah diskusi untuk menyampaikan pendapat dan memberikan informasi bagi anggota kelompok (Asmara, 2007) dalam Aristyana (2010). Permasalahan dalam penelitian ini adalah belum dapat diketahuinya pengaruh metode *peer group discussion* terhadap perilaku merokok siswa SMA Negeri 17 Surabaya dengan pengembangan teori perilaku kesehatan dari Lawrence Green melalui pendidikan kesehatan.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan remaja tentang merokok melalui *peer group discussion* pada siswa SMA Negeri 17 Surabaya.

Pengaruh pergaulan teman sebaya juga turut menjadi andil untuk menjadikan remaja menjadi seorang perokok agar dapat diterima dalam pergaulan teman ataupun supaya dapat dipandang lebih oleh orang-orang disekelilingnya. Para remaja tersebut belum tentu mengerti benar bahaya rokok bagi kesehatan selain penjelasan yang terdapat di setiap bungkus rokok, oleh karena itu melalui

pendekatan secara *peer group discussion* ini apakah berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan merokok pada siswa SMA Negeri 17 Surabaya.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap perubahan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap perubahan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan siswa sebelum dan sesudah diberikan *peer group discussion* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.
2. Mengidentifikasi sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan *peer group discussion* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.
3. Mengidentifikasi tindakan siswa sebelum dan sesudah diberikan *peer group discussion* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.
4. Menganalisis pengaruh *peer group discussion* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan siswa tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Sebagai masukan atau informasi ilmiah dalam upaya penanganan perilaku merokok pada remaja putra menggunakan pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion*.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi sekolah : hasil penelitian ini dapat menjadi masukan untuk lebih meningkatkan program UKS sebagai media untuk meningkatkan promosi kesehatan di dalam lingkungan sekolah terutama tentang pencegahan perilaku merokok pada siswa.
2. Bagi profesi keperawatan komunitas : hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dalam melakukan promosi kesehatan di kalangan remaja SMA dalam hal perilaku merokok.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan beberapa teori yang menunjang penelitian, diantaranya konsep remaja, konsep kenakalan dan penyimpangan remaja, konsep perilaku, konsep perilaku merokok, konsep teori Lawrence Green (1980), konsep pendidikan kesehatan dan konsep *peer group discussion*.

2.1 Konsep Remaja

Remaja (*adolescence*) menurut WHO adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun. Sementara itu, menurut *The Health Resources and Service Administration Guidelines* Amerika Serikat, rentang usia remaja adalah 11-21 tahun dan terbagi menjadi tiga tahap, yaitu remaja awal (11-14 tahun); remaja menengah (15-17 tahun); dan remaja akhir (18-21 tahun). Definisi ini kemudian disatukan dalam terminologi kaum muda (*young people*) yang mencakup usia 10-24 tahun (Kusmiran, 2011).

2.1.1 Ciri-ciri remaja

Menurut Hurlock (2004) ciri-ciri remaja sebagai berikut :

1. Masa remaja sebagai periode yang penting. Perkembangan fisik yang cepat dan penting disertai dengan cepatnya perkembangan mental yang cepat, terutama pada masa awal remaja. Semua perkembangan itu menimbulkan perlunya penyesuaian mental dan perlunya membentuk sikap, nilai, dan minat baru.
2. Masa remaja sebagai periode peralihan. Remaja tidak memiliki status yang jelas, terdapat keraguan akan peran yang akan dilakukan. Pada masa ini remaja bukan lagi seorang anak dan juga bukan orang dewasa

3. Masa remaja sebagai periode perubahan. Tingkat perubahan dalam sikap dan perilaku selama masa remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. Perubahan fisik yang cepat akan diikuti perubahan sikap dan perilaku yang cepat pula, begitu pula sebaliknya.
4. Masa remaja sebagai usia bermasalah. Remaja belum berpengalaman dalam menyelesaikan masalah, sementara remaja merasa diri mandiri sehingga mereka ingin mengatasi masalah mereka sendiri walaupun penyelesaiannya tidak sesuai dengan harapan mereka.
5. Masa remaja sebagai masa mencari identitas. Pada tahap-tahap awal remaja, penyesuaian diri dengan kelompok masih tetap penting bagi anak laki-laki dan perempuan. Identitas diri yang dicari remaja berupa usaha untuk menjelaskan siapa dirinya dan apa perannya dalam masyarakat.
6. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan. Banyak orang dewasa yang memiliki stereotipe buruk terhadap remaja tanpa sadar remaja tumbuh sesuai dengan stereotipe ini sehingga mengakibatkan sulitnya komunikasi remaja dan orang tua.
7. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistik. Remaja cenderung memandang kehidupan melalui kaca “merah jambu”. Mereka melihat diri mereka dan orang lain sebagaimana yang mereka inginkan dan bukan sebagaimana adanya, terlebih dalam hal cita-cita.
8. Masa remaja sebagai masa ambang dewasa. Remaja gelisah dengan semakin dekatnya usia kematangan yang sah, seringkali mereka meninggalkan perilaku negatif untuk memberi kesan bahwa mereka sudah hampir dewasa.

2.1.2 Tahap perkembangan remaja

Periode masa remaja dapat dibagi ke dalam tiga tahap (BKKBN, 2002), yaitu:

1. Remaja tahap awal (usia 10-13 tahun) : (1) Hanya memiliki pemahaman tentang dirinya (2) Tidak mampu mengaitkan perilaku mereka dengan konsekuensi perilaku tersebut (3) Berpikir konkret (4) Ketertarikan utama adalah pada teman sebaya dengan jenis kelamin sama, disisi lain ketertarikan pada lawan jenis dimulai (5) Mengalami konflik dengan orang tua (6) Remaja berperilaku sebagai seorang anak pada waktu tertentu dan sebagai orang dewasa pada waktu selanjutnya
2. Remaja tahap menengah (usia 14-16 tahun) : (1) Penerimaan kelompok sebaya merupakan isu utama dan sering kali menentukan harga diri (2) Remaja mulai melamun, berfantasi dan berpikir tentang hal-hal magis (3) Remaja berjuang untuk mandiri/ bebas dari orang tuanya (4) Remaja menunjukkan perilaku idealis dan narsistik (5) Remaja menunjukkan emosi yang labil, sering meledak-ledak, dan *mood* sering berubah (6) Hubungan heteroseksual merupakan hal yang paling penting (7) Seringkali mereka melakukan *trial and error* tanpa memperhitungkan konsekuensinya
3. Remaja tahap akhir (usia 17-19 tahun) : (1) Remaja mulai berpacaran dengan lawan jenisnya (2) Remaja mengembangkan pikiran abstrak (3) Remaja mulai mengembangkan rencana untuk masa depan (4) Remaja berusaha untuk mandiri secara emosional dan finansial dari orang tua (5) Cinta adalah bagian dari hubungan heteroseksual yang intim (6) Kemampuan untuk mengambil

keputusan telah berkembang (7) Perasaan kuat bahwa dirinya adalah seorang dewasa berkembang

2.1.3 Tugas perkembangan remaja

Menurut Hurlock (1980) dalam Nisak (2012) menjelaskan tentang tugas perkembangan remaja, yaitu 1) Memperluas hubungan antar pribadi dan berkomunikasi secara lebih dewasa. 2) Memperoleh peranan sosial. 3) Menerima keadaan tubuhnya dan menggunakan secara efektif. 4) Memperoleh kebebasan secara emosional dari orang tua. 5) Mencapai kepastian akan kebebasan dan kemampuan diri sendiri. 6) Memiliki dan mempersiapkan diri untuk suatu pekerjaan. 7) Mempersiapkan diri untuk perkawinan dan kehidupan berkeluarga. 8) Mengembangkan dan membentuk konsep-konsep moral

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi penguasaan tugas perkembangan remaja

Menurut Hurlock (1997) yang dikutip oleh Putri (2009) ada faktor yang menghalangi dan membantu remaja dalam penguasaan tugas perkembangannya.

1. Faktor yang menghalangi adalah tingkat perkembangan yang mundur, tidak ada kesempatan untuk mempelajari tugas-tugas perkembangan atau tidak ada bimbingan untuk dapat menguasainya, tidak ada motivasi, kesehatan yang buruk dan tingkat kecerdasan yang rendah.
2. Faktor yang membantu adalah tingkat perkembangan yang normal atau yang diakselerasikan, kesempatan-kesempatan untuk mempelajari tugas-tugas dalam perkembangan dan bimbingan untuk menguasainya, motivasi, kesehatan yang baik dan tidak ada cacat tubuh, tingkat kecerdasan yang tinggi dan kreativitas.

2.1.5 Dinamika penyesuaian diri remaja

Menurut Ali (2010) ada sejumlah faktor yang mempengaruhi dinamika penyesuaian diri pada remaja, diantaranya :

1. Kebutuhan (*Need*)

Kebutuhan yang dimaksud merupakan kebutuhan yang bersifat internal yang berupa tuntutan-tuntutan individu.

2. Motivasi (*Motivation*)

Penafsiran terhadap karakter dan tujuan respon individu yang berhubungan dengan penyesuaian dan tergantung pada konsep-konsep motivasi.

3. Persepsi (*Perception*)

Persepsi merupakan hasil penghayatan individu terhadap rangsangan yang berasal dari lingkungan. Menurut Levine dan Shefner (Eysenck, 1993) persepsi adalah cara-cara individu menginterpretasikan informasi yang diperoleh yang didasarkan atas pemahaman individu itu sendiri. Persepsi pada individu tidak terjadi dengan sendirinya, tetapi melalui suatu proses, objek kejadian yang dialami oleh individu yang akan menimbulkan suatu stimulus dan kemudian disalurkan ke alat indra (Ali, 2010).

4. Kemampuan (*Capacity*)

Perkembangan kemampuan remaja dalam aspek kognitif, afektif, maupun psikomotor dapat mewarnai dinamika penyesuaian diri remaja. Kemampuan kognitif seperti pengamatan, perhatian, tanggapan, fantasi, dan berpikir merupakan sarana dasar untuk pengambilan keputusan oleh remaja dalam melakukan penyesuaian diri. Kemampuan afeksi seperti sikap, perasaan, emosi, dan penghayatan terhadap nilai-nilai dan moral akan menjadi dasar pertimbangan bagi kognisi dalam proses penyesuaian diri remaja.

5. Kepribadian (*Personality*)

Perkembangan kepribadian remaja berkembang dinamis sejalan dengan perkembangan pesat remaja di segala aspeknya. Kedinamisan ini akan memberikan warna tersendiri terhadap dinamikan penyesuaian diri remaja.

2.1.6 Perkembangan kognitif

Menurut Piaget (1954) dalam Santrock (2003) membagi kognisi pada anak secara kualitatif menjadi empat bagian, yakni :

1. *Sensorimotor stage* (Lahir–2 tahun) : Anak mengonstruksikan suatu pemahaman mengenai dunia dengan cara mengoordinasikan pengalaman-pengalaman sensoris melalui tindakan-tindakan fisik-motorik.
2. *Preoperational stage* (2–7 tahun) : Anak mulai mempresentasikan dunianya dalam bentuk kata-kata, banyangan, gambar.
3. *Concrete operational stage* (7–11 tahun) : Anak mulai berpikir logis, melibatkan operasional-aksi mental yang memungkinkan individu untuk melakukan sesuatu secara mental untuk hal-hal yang sebelumnya dilakukan secara fisik.
4. *Formal operational stage* (11 tahun- dewasa) : Perkembangan kekuatan berpikir remaja membuka cakrawala kognitif dan sosial yang baru.

2.1.7 Perkembangan psikososial remaja

Menurut Depkes RI (2001) menyatakan bahwa perkembangan psikososial remaja dibagi menjadi tiga bagian, yakni remaja awal (10-14 tahun), remaja pertengahan (15-16 tahun) dan remaja akhir (17-19 tahun). Berikut akan dijelaskan perkembangan psikososial remaja pertengahan karena akan digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 2.1 Perkembangan psikososial remaja pertengahan (15-16 tahun)

| No. | Tahap perkembangan | Dampak terhadap remaja |
|-----|---|---|
| 1. | Lebih mampu untuk berkompromi. | Lebih tenang, lebih sabar, lebih bertoleransi dan dapat menerima pendapat orang lain meskipun berbeda dengan pendapatnya sendiri. |
| 2. | Belajar berpikir secara independen dan membuat keputusan sendiri | Menolak campur tangan orang tua untuk mengendalikannya. Kurang dapat dipengaruhi dan teman tidak lagi berpengaruh besar. |
| 3. | Terus menerus bereksperimen untuk mendapatkan citra diri yang dirasakan nyaman bagi mereka | Baju, gaya rambut, sikap, dan pendapat mereka sering berubah-ubah. |
| 4. | Merasa perlu mengumpulkan pengalaman baru, dan mengujinya walaupun beresiko. | Mulai bereksperimen dengan rokok, alkohol, dan kadang-kadang NAPZA. |
| 5. | Tidak lagi berfokus pada diri sendiri | Lebih bersosialisasi dan tidak lagi pemalu. |
| 6. | Membangun nilai/norma dan mengembangkan moralitas | Mempertanyakan ide dan nilai/norma yang diterima dari keluarga. |
| 7. | Mulai membutuhkan lebih banyak teman dan rasa setia kawan | Ingin menghabiskan waktu lebih banyak dengan teman dari pada dengan keluarga. |
| 8. | Mulai membina hubungan dengan lawan jenis | Mulai berpacaran, tetapi hubungan belum serius |
| 9. | Intelektual lebih berkembang dan ingin tahu banyak hal, mampu berpikir secara abstrak, dan mulai berurusan secara hipotesis | Mulai mempertanyakan sesuatu yang sebelumnya tak berkesan. Ingin mengikuti diskusi atau debat. |
| 10. | Berkembangnya keterampilan intelektual khusus | Mungkin tidak mendapat kesempatan untuk mengembangkan keterampilan ini (matematika, bahasa, ilmupengetahuan lainnya) |
| 11. | Mengembangkan minat yang besar dalam bidang seni, olahraga. | Mungkin mengabaikan pekerjaan sekolah karena adanya minat yang baru ini. |
| 12. | Senang berpetualang, ingin berpetualang secara mandiri, mengikuti kegiatan yang beradrenalin | Remaja merasa dirinya mampu, sehingga mereka tidak mengikuti upaya penyelamatan diri yang dianjurkan |

2.2 Konsep perilaku

Skinner dalam Notoatmodjo (2012) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsang dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespons.

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. sehingga yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan ataupun aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

2.2.1 Domain perilaku

Perilaku seseorang sangat kompleks, dan mempunyai bentangan yang luas. Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo (2012) membedakan perilaku dalam tiga area, wilayah, ranah, atau domain perilaku, yaitu kognitif (*cognitif*), efektif (*affective*), dan psikomotor (*psicomotor*), setelah itu berkembang menjadi tiga tingkat ranah perilaku, yaitu :

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pada waktu penginderaan akan dihasilkan pengetahuan yang sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh dari indra pendengaran dan indra penglihatan. Pengetahuan seseorang dibagi dalam enam tingkat pengetahuan, yaitu :

- 1) Tahu (*know*) : Tahu diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

- 2) Memahami (*comprehension*) : Memahami berarti tidak hanya sekedar dapat menyebutkan, tetapi juga mampu menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.
- 3) Aplikasi (*application*) : Aplikasi diartikan apabila seseorang telah memahami objek yang dimaksud dan dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi lain.
- 4) Analisis (*analysis*) : Analisa adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.
- 5) Sintesis (*synthesis*) : Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki dalam satu hubungan yang logis. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*) : Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-

tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Sikap merupakan kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek sehingga melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan predisposisi perilaku (tindakan) tertutup. Sikap mempunyai tingkat-tingkat berdasar intensitasnya, senagai berikut:

- 1) Menerima (*receiving*) : Individu ingin dan memperhatikan rangsangan yang diberikan.
 - 2) Menanggapi (*responding*) : Sikap individu dapat memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
 - 3) Menghargai (*valuing*) : Sikap individu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
 - 4) Bertanggung jawab (*responsible*) : Sikap individu akan bertanggung jawab dan siap menanggung segala resiko atas segala sesuatu yang telah dipilihnya
3. Tindakan atau praktik (*practice*)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian–penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya. Tingkatan praktik terdapat empat macam (Azwar, 2009) yaitu:

- 1) Persepsi (*perception*) : Mengenal dan memilih sebagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- 2) Respon terpimpin (*gilded respon*) : Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

- 3) Mekanisme (*mechanism*) : Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.
- 4) Adaptasi (*adaptation*) : Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

2.2.2 Perilaku menyimpang

Penyimpangan merupakan perilaku yang oleh sejumlah besar orang dianggap sebagai hal yang tercela dan diluar batas toleransi (Sunarto, 2004). Sedangkan perilaku yaitu suatu tindakan, perbuatan dan perilaku (Partanto, 1999). Jadi yang di maksud dengan perilaku menyimpang adalah perilaku dari para warga masyarakat yang dianggap tidak sesuai dengan kebiasaan, tata aturan atau norma sosial yang berlaku. Secara sederhana kita memang dapat mengatakan bahwa seseorang berperilaku menyimpang apabila menurut anggapan sebagian masyarakat (minimal di suatu kelompok atau komunitas tertentu) perilaku atau tindakan tersebut diluar kebiasaan, adat istiadat, aturan, nilai-nilai atau norma sosial yang berlaku (Dwi, 2007).

Penyimpangan perilaku dapat juga didefinisikan sebagai suatu perilaku yang diekspresikan oleh seorang atau beberapa anggota masyarakat yang secara disadari atau tidak disadari, tidak menyesuaikan diri dengan norma yang berlaku yang telah diterima oleh sebagian besar dengan anggota masyarakat (Mulyadi, 1995).

2.2.3 Gejala perilaku menyimpang remaja

Menurut Moedikdo (dalam Asfriyati, 2003) adapun gejala-gejala yang dapat memperlihatkan hal-hal yang mengarah kepada kenakalan remaja, yaitu:

1. Anak-anak yang tidak disukai oleh teman-temannya sehingga anak tersebut menyendiri. Anak yang demikian akan dapat menyebabkan kegoncangan emosi.
2. Anak-anak yang sering menghindarkan diri dari tanggung jawab di rumah atau disekolah. Menghindarkan diri dari tanggung jawab biasanya karena anak tidak menyukai pekerjaan yang ditugaskan pada mereka sehingga mereka menjauhkan diri dari padanya dan mencari kesibukan-kesibukan lain yang tidak terbimbing.
3. Anak-anak yang sering mengeluh dalam arti bahwa mereka mengalami masalah yang oleh dia sendiri tidak sanggup mencari permasalahannya. Anak seperti ini sering terbawa kepada kegoncangan emosi.
4. Anak-anak yang mengalami *phobia* dan gelisah dalam melewati batas yang berbeda dengan ketakutan anak-anak normal.
5. Anak-anak yang suka berbohong.
6. Anak-anak yang suka menyakiti atau mengganggu teman-temannya di sekolah atau di rumah.
7. Anak-anak yang menyangka bahwa semua guru mereka bersikap tidak baik terhadap mereka dan sengaja menghambat mereka.
8. Anak-anak yang tidak sanggup memusatkan perhatian

2.2.4 Bentuk perilaku menyimpang remaja

Mulyadi (1995) Dhohiri (2003) Dwi (2007) dalam Nurseno (2009) menjelaskan bentuk-bentuk penyimpangan perilaku terdiri atas :

1. Penyimpangan primer (*primary deviation*) adalah penyimpangan yang dilakukan seseorang, hanya bersifat temporer dan tidak berulang-ulang. Orang

yang melakukan penyimpangan ini masih dapat diterima secara sosial karena hidupnya tidak didominasi oleh pola perilaku menyimpang itu.

2. Penyimpangan sekunder (*secondary deviation*) adalah perbuatan yang dilakukan secara khas memperlihatkan perilaku penyimpangan dan secara umum dikenal sebagai orang-orang yang menyimpang karena sering kali melakukan tindakan yang meresahkan orang lain. (gaya hidupnya didominasi oleh perilaku menyimpang dan masyarakat tidak bisa mentolerir perilaku tersebut).
3. Penyimpangan individual (*individual deviation*) adalah penyimpangan yang dilakukan oleh seseorang dengan melakukan tindakan-tindakan yang menyimpang dari norma yang telah ada dan nyata-nyata menolak norma-norma tersebut.
4. Penyimpangan kelompok (*group deviation*) adalah tindakan yang bertentangan dengan norma-norma masyarakat yang dilakukan sekelompok orang dan beraksi secara kolektif. Penyimpangan ini dilakukan oleh sekelompok orang yang tunduk pada norma kelompok, padahal norma tersebut bertentangan dengan norma masyarakat yang berlaku.
5. Penyimpangan campuran (*mixture of both deviation*) adalah penyimpangan ini dilakukan oleh suatu golongan sosial yang terorganisir secara rapi, sehingga individu ataupun kelompok di dalamnya taat dan tunduk kepada norma golongan, padahal secara keseluruhan merasa mengabaikan norma-norma masyarakat yang berlaku.

2.2.5 Perilaku kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok.

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu:

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan di sini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
- 3) Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (*self management*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya, bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

Seorang ahli lain Becker dalam Notoatmojo (2007) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan, yaitu:

1. Perilaku hidup sehat

Adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup antara lain:

- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang di sini dalam arti kualitas (mengandung zat-zat gizi yang diperlukan tubuh), dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang, tetapi juga tidak lebih).

- 2) Olahraga teratur, juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga. Dengan sendirinya kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.
- 3) Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia, seolah-olah sudah membudaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.
- 4) Tidak minum minuman keras dan narkoba. Kebiasaan minum miras dan mengonsumsi narkoba (narkotik dan bahan-bahan berbahaya lainnya), juga cenderung meningkat.
- 5) Istirahat yang cukup. Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akan tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga waktu istirahat berkurang. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.
- 6) Mengendalikan stres. Stres akan terjadi pada siapa saja, dan akibatnya bermacam-macam bagi kesehatan. Lebih-lebih sebagai akibat dari tuntutan hidup yang keras seperti diuraikan di atas. Kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang. Stres tidak dapat kita hindari, yang penting dijaga agar stres tidak menyebabkan gangguan kesehatan, kita harus dapat mengendalikan atau mengelola stres dengan kegiatan-kegiatan yang positif.

7) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, misalnya: tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri kita dengan lingkungan, dan sebagainya.

2. Perilaku sakit (*illness behaviour*)

Perilaku sakit ini mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala sakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

3. Perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*)

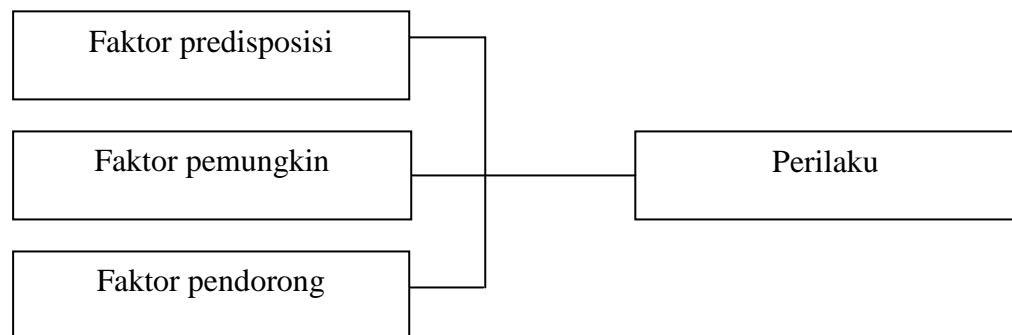
Dari segi sosiologi, orang sakit (pasien) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku ini meliputi:

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan,
- 2) Mengenal/mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak,
- 3) Mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

2.2.6 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2012) perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.



Gambar 2.2 Teori Lawrence Green

Kesimpulan dari teori Lawrence Green adalah bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu juga dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

2.2.7 Proses adopsi perilaku

Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. *Awareness* yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahapan diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dari sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat lama (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

2.3 Konsep merokok

2.3.1 Definisi merokok

Rokok adalah olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *bicotina tabacum, nicotina rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin, tar, dan zat adiktif dengan atau tanpa bahan tambahan (Sukendro, 2007). Rokok adalah cacahan tembakau yang dibungkus dengan kertas yang panjangnya berukuran 7-20 cm (Jaya M., 2009; Suhaimi, 2011).

Amstrong dalam Liesyanto (2011) juga mendefinisikan merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar hingga masuk ke dalam tubuh dan

menghembuskannya kembali keluar. Danusantoso dalam Saputro (2010) mengatakan bahwa asap rokok selain merugikan diri sendiri juga dapat berakibat bagi orang-orang lain yang berada di sekitarnya.

2.3.2 Tipe perilaku merokok

Seperti yang diungkapkan oleh Leventhal & Clearly dalam Indri (2007) terdapat empat tahap dalam perilaku merokok yaitu:

1. Tahap *Preparatory* : Seseorang mendapatkan gambaran yang menyenangkan mengenai merokok dengan cara mendengar, melihat atau dari hasil bacaan. Hal ini menimbulkan minat untuk merokok.
2. Tahap *Initiation* : Tahap perintisan merokok yaitu tahap apakah seseorang akan meneruskan atau tidak terhadap perilaku merokok.
3. Tahap *becoming a smoker* : apabila seseorang telah mengkonsumsi rokok sebanyak empat batang/hari maka mempunyai kecenderungan menjadi perokok.
4. Tahap *maintenance of smoking* : Tahap ini merokok sudah menjadi salah satu bagian dari cara pengaturan diri (*self-regulating*). Merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan.

Menurut Smet dalam Liesyanto (2011) ada tiga tipe perokok yang di klasifikasikan menurut banyaknya rokok yang dihisap, yakni :

1. Perokok berat yang menghisap lebih dari 15 batang rokok dalam waktu sehari
2. Perokok sedang yang menghisap 5-14 batang rokok dalam waktu sehari
3. Perokok ringan yang menghisap 1-4 batang rokok dalam waktu sehari

Berdasarkan tempat-tempat dimana seseorang menghisap rokok, maka Mu'tadin (2002; dalam Saputro, 2010) menggolongkan tipe perilaku merokok

menjadi :

1. Merokok di tempat-tempat umum / ruang publik
 - 1) Kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya mereka masih menghargai orang lain, karena itu mereka menempatkan diri di *smoking area*.
 - 2) Kelompok yang heterogen (merokok ditengah orang-orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo, orang sakit, dll).
2. Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi
 - 1) Kantor atau di kamar tidur pribadi. Perokok memilih tempat-tempat seperti ini yang sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah yang mencekam.
 - 2) Toilet. Perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

Tipe perokok Menurut Dariyo (2003) mengatakan bahwa tipe perokok itu ada dua jenis, yaitu perokok aktif (*active smoker*) dan perokok pasif (*pasive smoker*).

1. Perokok aktif adalah individu yang benar-benar memiliki kebiasaan merokok. Merokok sudah menjadi bagian hidupnya sehingga rasanya tidak enak jika tidak merokok. Oleh karena itu, ia akan berupaya untuk mendapatkannya.
2. Perokok pasif adalah individu yang tidak memiliki kebiasaan merokok, namun terpaksa harus menghisap asap rokok yang dihembuskan oranglain yang berada di dekatnya. Dalam kesehariannya mereka tak berniat dan tak mempunyai kebiasaan merokok.

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi merokok

Seperti yang dikatakan Klinke & Meeker (dalam Liesyanto, 2011) bahwa motif para perokok adalah relaksasi. Dengan merokok dapat mengurangi ketegangan, memudahkan berkonsentrasi, pengalaman yang menyenangkan dan relaksasi. Husaini (2006; 27) Kebiasaan merokok pada sebagian orang, umumnya dipicu oleh citra diri dalam diri tiap individu dan juga pergaulan dalam masyarakat. Remaja umumnya merokok karena sekedar mencontoh orang yang lebih dewasa darinya dan juga terkadang remaja merokok karena sekedar ingin mengikuti trend yang ada disekitarnya (dalam Sa'idah, 2007). Namun banyak juga faktor lain yang mempengaruhi seseorang untuk merokok salah satunya menurut Mu'tadin (2002) dalam Liesyanto (2011) mengemukakan alasan mengapa remaja merokok sebagai berikut.

1. Pengaruh Orang Tua

Remaja perokok adalah anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak bahagia, dimana orang tua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dibandingkan dengan remaja yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia. Remaja yang berasal dari keluarga yang konservatif akan lebih sulit untuk terlibat dengan rokok maupun obat-obatan dibandingkan dengan keluarga yang permisif dan yang paling kuat pengaruhnya adalah bila orang tua sendiri menjadi figur contoh yaitu perokok berat, maka anak-anaknya akan mungkin sekali untuk mencontohnya. Perilaku merokok lebih banyak ditemui pada mereka yang tinggal dengan satu orang tua (*single parent*).

2. Pengaruh Teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa banyak remaja merokok maka semakin besar pula kemungkinan teman-temannya adalah perokok juga dan demikian juga sebaliknya. Ada dua kemungkinan yang terjadi dari fakta tersebut, remaja tersebut terpengaruh oleh teman-temannya atau sebaliknya. Diantara remaja perokok terdapat 87% mempunyai sekurang-kurangnya satu atau lebih sahabat yang perokok begitu pula dengan remaja non perokok.

3. Faktor kepribadian

Orang mencoba untuk merokok karena alasan ingin tahu atau ingin melepaskan diri dari rasa sakit fisik atau jiwa, dan membebaskan diri dari kebosanan. Satu sifat kepribadian yang bersifat pada pengguna obat-obatan (termasuk rokok) ialah konformitas sosial. Pendapat ini di dukung oleh Atkinson (1999) yang menyatakan bahwa orang yang memiliki skor tinggi pada berbagai tes konformitas sosial lebih menjadi perokok dibandingkan dengan mereka yang memiliki skor yang rendah.

4. Pengaruh Iklan

Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau *glamor*, membuat remaja sering kali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti yang ada di dalam iklan tersebut. (Depkes, 2010).

Pendapat lain dikemukakan oleh Sarafino dalam Liesyanto (2011) mengemukakan 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. Pendapat ini didukung Adiatma (2001) yang mengatakan nikotin dalam darah perokok cukup tinggi.

2. Faktor psikologis

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

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

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.

Menurut Tomkins (Dariyo, 2003) menyatakan beberapa alasan individu untuk memiliki perilaku kebiasaan merokok, antara lain:

1. Pengaruh positif (*positive affect*), yakni individu mau merokok karena merokok memberi manfaat positif bagi dirinya. Ia menjadi senang, tenang dan nyaman karena memperoleh kenikmatan dengan merokok.
2. Pengaruh negatif (*negative affect*), yakni merokok dapat meredakan emosi-emosi negatif yang dihadapi dalam kehidupannya.
3. Kebiasaan (*habitual*/ketergantungan fisiologis), yakni perilaku yang sudah menjadi kebiasaan. Secara fisik individu merasa ketagihan untuk merokok dan ia tidak dapat menghindar atau menolak permintaan yang berasal dari dalam diri (*internal*).
4. Ketergantungan psikologis, yaitu kondisi ketika individu selalu merasakan, memikirkan dan memutuskan untuk merokok terus-menerus.

2.3.4 Motif perilaku merokok

Leventhal & Cleary (Liesyanto, 2011) menyatakan motif seseorang merokok terbagi menjadi dua motif utama, yaitu :

1. Faktor psikologis. Pada umumnya faktor ini terbagi dalam lima bagian, yaitu :
 - 1) Kebiasaan : Perilaku merokok menjadi sebuah perilaku yang harus tetap dilakukan tanpa adanya motif yang bersifat negatif maupun positif. Seseorang merokok hanya untuk meneruskan perilakunya tanpa tujuan tertentu.
 - 2) Reaksi emosi yang positif : Merokok digunakan untuk menghasilkan emosi yang positif, misalnya rasa senang, relaksasi dan kenikmatan rasa. Merokok juga dapat menunjukkan kejantanan (kebanggaan diri) dan menunjukkan kedewasaan.

- 3) Reaksi untuk penurunan emosi : Merokok ditunjukkan untuk mengurangi rasa tegang, kecemasan biasa, ataupun kecemasan yang timbul karena adanya interaksi dengan orang lain.
 - 4) Alasan sosial : Merokok ditunjukkan untuk mengikuti kebiasaan kelompok (umumnya pada remaja dan anak-anak). Identifikasi dengan perokok yang lain, dan untuk menentukan image diri seseorang. Merokok pada anak-anak atau remaja juga dapat disebabkan adanya paksaan dari teman-temannya.
 - 5) Kecanduan dan ketagihan : Seseorang merokok karena mengaku telah mengalami kecanduan. Kecanduan terjadi karena adanya nikotin yang terkandung di dalam rokok. Semula hanya mencoba – coba rokok, tetapi akhirnya tidak dapat menghentikan perilaku tersebut karena kebutuhan tubuh akan nikotin.
2. Faktor biologis. Faktor ini menekankan pada kandungan nikotin yang ada di dalam rokok yang dapat mempengaruhi ketergantungan seseorang pada rokok secara biologis.

2.3.5 Bahaya merokok

Efek merokok tidak hanya mempengaruhi kesehatan perokok saja, tetapi juga mempengaruhi kesehatan orang sekitarnya yang tidak merokok, karena terpapar asap rokok tersebut yang disebut perokok pasif (Depkes, 2010). Adapun bahaya merokok adalah sebagai berikut :

1. Bagi perokok aktif : 1) Meningkatkan resiko dua kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung. 2) Meningkatkan resiko dua kali lebih besar untuk mengalami stroke. 3) Meningkatkan resiko mengalami serangan jantung dua kali lebih besar pada mereka yang mengalami tekanan darah tinggi atau

- kadar kolesterol tinggi. 4) Meningkatkan resiko 10 kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung bagi wanita pengguna pil KB. 5) Meningkatkan resiko lima kali lebih besar menderita kerusakan jaringan anggota yang rentan.
2. Bagi perokok pasif : 1) Bahaya kerusakan paru-paru. Kadar nikotin, karbon monoksida, serta zat-zat lain yang lebih tinggi dalam darah mereka akan memperparah penyakit yang sedang diderita, dan kemungkinan mendapat serangan jantung yang lebih tinggi bagi mereka yang berpenyakit jantung. Anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan serta penyakit paru-paru lebih tinggi. Wanita hamil yang merokok beresiko mendapatkan bayi mereka lahir, kurus, cacat, dan kematian.
- 2) Jika suami perokok, maka asap rokok yang dihirup oleh istrinya akan mempengaruhi bayi dalam kandungan

Berdasarkan banyaknya kandungan zat yang tidak menguntungkan dalam rokok bagi tubuh, banyak dampak kesehatan yang diakibatkan oleh rokok. Berikut efek samping yang diakibatkan rokok mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki (Kemenkes, 2012) :

1. Rambut rontok. Rokok memperlambat sistem kekebalan, sehingga tubuh lebih rentan terhadap penyakit seperti lupus erythematosus yang menyebabkan rambut rontok, sariawan mulut, dan erupsi cutan (bintik merah) diwajah, kulit kepala dan tangan.
2. Katarak. Merokok dipercaya dapat memperburuk kondisi mata. Katarak, yaitu memutuhnya lensa mata yang menghalangi masuknya cahaya yang dapat menyebabkan kebutaan, 40% terjadi pada perokok. Rokok dapat

menyebabkan katarak dengan cara mengiritasi mata dengan terlepasnya zat-zat kimia di paru-paru yang oleh aliran darah dibawa sampai kemata.

3. Kulit keriput. Merokok dapat menyebabkan menuaan dini pada kulit karena rusaknya protein yang berguna untuk menjaga elastisitas kulit, terkikisnya vitamin A, dan terhambatnya aliran darah. Kulit perokok menjadi kering dan keriput terutama didaerah bibir dan mata.
4. Kanker kulit. Merokok tidak menyebabkan melonoma, tetapi merokok dapat menyebabkan meningkatkan kemungkinan kematian akibat penyakit tersebut. Ditengarai bahwa perokok berisiko menderita cutaneous squamous cell kanker, sejenis kanker yang meninggalkan bercak pada kulit.
5. Hilangnya pendengaran. Karena tembakau menyebabkan timbulnya endapan pada dinding pembuluh darah sehingga menghambat laju aliran darah ke dalam telinga bagian dalam. Perokok dapat kehilangan lebih awal daripada orang yang tidak merokok atau lebih mudah kehilangan pendengaran karena infeksi pendengaran.
6. Osteoporosis. Ada karbon monoksida, yaitu zat kimia beracun yang banyak terdapat pada gas buang mobil dan asap rokok lebih mudah terikat dalam darah dari oksigen, sehingga kemampuan udara untuk mengangkat oksigen turun 15% pada perokok, akibatnya tulang orang yang merokok kehilangan densitasnya menjadi lebih mudah patah/retak dan penyembuhannya 80% lebih lama.
7. Karies. Rokok mempengaruhi keseimbangan kimiawi dalam mulut, membentuk plak yang berlebihan, membuat gigi menjadi kuning, dan terjadi karies.

8. Emphysema. Emphysema yaitu pelebaran dan rusaknya kantung udara pada paru yang menurunkan kapasitas paru-paru untuk menghisap oksigen dan melepaskan CO₂.
9. Penyakit jantung. Satu diantara 3 kematian di dunia diakibatkan penyakit kardiovaskuler. pemakaian tembakau adalah salah satu faktor risiko terbesar untuk penyakit ini. Rokok menyebabkan denyut jantung lebih cepat, menaikkan risiko hipertensi dan penyumbatan arteri dan akhirnya menyebabkan serangan jantung atau stroke.
10. Kanker. Asap rokok mengandung 40 macam zat karsinogen. Kemungkinan timbulnya kanker paru pada perokok 22 kali lebih besar; lidah, mulut, kelenjer ludah, dan pharynx 6-7 kali lebih besar; kanker kerongkongan 12 kali lebih besar, oesophagus 8-10 kali lebih besar (WHO, 2002).
11. Dislokasi jari-jari. Tar yang terdapat pada asap rokok terakumulasi pada jari-jari dan kuku yang meninggalkan warna kuning dan kecoklatan.
12. Tukak lambung. Konsumsi tembakau menurunkan resistensi terhadap bakteri yang menyebabkan tukak lambung, juga meminimalisasi kemampuan lambung untuk menetralkan asam lambung setelah makan sehingga akan menggerogoti dinding lambung. Tukak lambung pada perokok lebih sulit disembuhkan.
13. Kanker uterus. Merokok dapat meningkatkan risiko kanker serviks dan uterus. kanker ini bisa disebabkan oleh nikotin yang ada dalam darah. Karena asap rokok yang masuk ke dalam tubuh akan segera menyebar ke seluruh tubuh. Zat nikotin yang ada dalam asap rokok tersebut akan memicu pertumbuhan sel tidak normal yang kemudian menjadi biang munculnya sel kanker mulut rahim.

14. Psoriasis. Berkembangnya psoriasis/inflamasi noncontageous pada kulit yang menyisakan bercak merah berair dan gatal 2-3 kali lebih besar terjadi pada perokok.
15. Penyakit beurger. Penyakit yang juga dikenal dengan throaboanginosis obliteran ini adalah terjadinya inflamasi pada arteri vena dan syaraf utama kaki yang mengakibatkan terhambatnya aliran darah dan bila dibiarkan tanpa perawatan akan mengarah kepada gangren (matinya sel tubuh) sehingga pasien perlu diamputasi.

2.4 Konsep pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2011) pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Pendidikan adalah proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. *Commite on health education and promotion terminology* mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai kombinasi dari beberapa hal sebagai pengalaman pembelajaran terencana yang didasarkan pada teori-teori yang logis yang membekali individu, kelompok dan masyarakat dengan peluang-peluang untuk mendapatkan informasi dan keterampilan guna membuat keputusan yang bermutu (McKenzie, 2006).

2.4.1 Metode pendidikan kesehatan

1. Metode pendidikan individual

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi.

2. Metode pendidikan Kelompok

1) Kelompok Besar

(1) Ceramah : metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

(2) Seminar : metode ini cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

2) Kelompok Kecil

(1) Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok semua anggota bebas berpartisipasi dalam diskusi, formasi duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga peserta dapat berhadapan-hadapan atau saling memandang satu sama lain. Pimpinan diskusi duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan lebih tinggi.

(2) Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan metode modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok, yang berbeda adalah pada permulaan, pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan masing-masing.

(3) Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasang-pasangan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang lima menit tiap dua pasang bergabung menjadi satu. Peserta tetap mendiskusikan masalah dan mencari kesimpulannya.

(4) Kelompok Kecil- kecil (*Buzz Group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut disimpulkan secara garis besar.

(5) Bermain Peran (*Role Play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peran. Mereka memerankan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

(6) Permainan Simulasi

Metode ini merupakan gambaran antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti mainan monopoli.

3. Metode pendidikan Masa (*public*)

Pada umumnya bentuk pendekatan ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa, contoh: 1) Ceramah umum (*public speaking*), dilakukan pada acara tertentu. 2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakekatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa. 3) Simulasi, dialog antar

pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan massa. 4) Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan pendidikan kesehatan massa. 5) *Bill board*, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa (Notoatmodjo, 2012).

2.4.2 Media pendidikan kesehatan

Menurut Gagne dalam Sadiman (2003) menegaskan bahwa media adalah berbagai jenis komponen dalam lingkungan siswa yang dapat merangsangnya untuk belajar. Menurut Notoatmodjo (2012) yang dimaksud dengan alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan. Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu atau media (Notoatmodjo, 2012) yakni :

1. Alat bantu lihat (*Visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan, misalnya : slide, film, gambar peta, bagan, dll.
2. Alat bantu dengar (*audio aids*) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran, misalnya : radio, kepingan CD, pita suara, dll.
3. Alat bantu lihat-dengar, seperti televisi, *video cassette*, dan DVD. Alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids (AVA)*.

2.4.3 Tujuan pendidikan kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012) adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan yang dapat diperinci lagi, yakni : 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat. 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat. 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.5 Konsep *Peer group discussion*

2.5.1 Definisi kelompok

Harton & Hunt mendefinisikan kelompok sebagai setiap kumpulan orang yang memiliki kesadaran bersama akan keanggotaan dan saling berinteraksi. Hakikat keberadaan kelompok sosial bukanlah terletak pada dekatnya jarak dan fisik, melainkan pada kesadaran untuk berinteraksi (Putri, 2009).

2.5.2 Jenis kelompok

Menurut Rakhmat (2005) dalam Aristyana (2010) kelompok memiliki beberapa bentuk antara lain :

1. Kelompok primer dan kelompok sekunder

Kelompok primer adalah kelompok yang memiliki hubungan akrab, lebih personal, dan lebih menyentuh hati. Kualitas komunikasi kelompok primer bersifat dalam dan meluas, kualitasnya juga bersifat personal dan lebih ditekankan pada aspek hubungan dari pada aspek isi. (contoh: kawan sepermainan, tetangga dekat, keluarganya)

Kelompok sekunder adalah lawan dari kelompok primer. Hubungan dalam kelompok ini tidak akrab, tidak personal, dan tidak menyentuh hati. Kualitas

komunikasi bersifat dangkal dan terbatas. (contoh: organisasi massa, serikat buruh, dll)

2. Kelompok kita (*in-group*) dan kelompok mereka (*out-group*)

In-group adalah kelompok kita dan dapat berupa kelompok primer dan sekunder. Contohnya keluarga adalah *in-group* kelompok primer. Sedangkan serikat buruh adalah *in-group* kelompok sekunder. Perasaan *in-group* diungkapkan dengan kesetiaan, solidaritas, kesenangan, dan kerja sama.

Out-group adalah kelompok mereka, yaitu diluar kelompok kita. Batasan antara *in-group* dan *out-group* dapat berupa lokasi geografis, suku bangsa, pandangan atau ideology, pekerjaan, profesi, status sosial, dan sebagainya.

3. Kelompok keanggotaan dan kelompok rujukan

Kelompok keanggotaan (*membership group*) merupakan kelompok yang menentukan serangkaian perilaku baku bagi anggota-anggotanya. Kelompok rujukan (*reference group*) merupakan kelompok yang digunakan sebagai alat ukur (standart) untuk menilai diri atau bentuk sikap.

4. Kelompok deskriptif dan kelompok preskriptif

Kategori deskriptif menunjukkan klasifikasi kelompok dengan melihat proses pembentukan secara ilmiah. Untuk ini maka kelompok dapat dikelompokkan berdasarkan tujuan masing-masing kelompok.

Kelompok preskriptif mengklarifikasikan kelompok menurut langkah-langkah rasionall yang harus dilewati oleh anggota kelompok untuk mencapai tujuannya.

2.5.3 Definisi *peer group*

Kelompok teman sebaya (*peer group*) dapat memenuhi kebutuhan pribadi remaja, menghargai mereka, menyediakan informasi, menaikkan harga diri dan memberi mereka suatu identitas. *Peers* atau kawan-kawan sebaya adalah anak-anak remaja yang memiliki usia atau tingkat kematangan yang kurang lebih sama (Santrock, 2007). Dalam penelitian ini, *peer group* adalah kelompok kecil yang anggotanya terdiri dari 6-7 orang, sudah saling mengenal, mempunyai umur relatif sama, mempunyai kebutuhan dan tujuan yang sama dan dibentuk secara sengaja untuk mengikuti pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion*.

2.5.4 *Peer group* remaja

Bagi remaja, hubungan teman sebaya merupakan bagian yang paling besar dalam kehidupannya. Pada penelitian yang lain, selama satu minggu, remaja muda laki-laki dan perempuan menghabiskan waktu lebih banyak dengan teman sebaya dari pada waktu dengan orang tuanya menurut Condry, Simon & Bronfenbrenner, dalam Santrock (2003). Menurut Jean Piaget dan Harry Stack Sullivan dalam Santrock (2007) merupakan para ahli teori yang berpengaruh menekankan bahwa melalui interaksi teman sebayalah anak-anak dan remaja belajar mengenai pola hubungan timbal balik dan setara.

Peer group juga memiliki pengaruh negatif terhadap perkembangan remaja. Seorang individu yang ditolak atau tidak diperhatikan oleh teman sebayanya dapat mengakibatkan remaja merasa kesepian dan timbul rasa permusuhan. Santrock (2003) dalam Putri (2009) *peer group* juga dapat merusak nilai-nilai baik yang telah ditanamkan orang tuanya, misalnya bentuk tingkah laku yang dianggap maladaptif oleh orang tua.

2.5.5 Fungsi *peer group*

Sebagaimana kelompok sosial yang lain, maka *peer group* juga mempunyai fungsi. Menurut Santrock (2003) dalam Putri (2009), fungsi *peer group* tersebut adalah : 1) Menyediakan berbagai informasi mengenai dunia di luar lingkungan keluarga. Dari teman atau kelompoknya, remaja belajar apakah yang mereka lakukan lebih baik, sama, atau bahkan lebih buruk dari apa yang dilakukan remaja lainnya. 2) Mengajarkan kebudayaan. Dalam *peer group* ini diajarkan kebudayaan yang berada ditempat itu. 3) Memfasilitasi perkembangan sosial. Individu yang berada dalam *peer group* belajar untuk membentuk jejaring sosial dan menempatkan diri dalam teman sebayanya. 4) Mengajarkan prinsip kejujuran dan keadilan dengan cara mengatasi ketidaksetujuan dengan teman sebaya. 5) Mengajarkan cara membangun hubungan akrab dengan orang lain.

2.5.6 Ciri-ciri *peer group*

Adapun ciri-ciri *peer group* menurut Santoso dalam Asmara (2007) adalah sebagai berikut :

1. Tidak mempunyai struktur organisasi yang jelas : Artinya kelompok teman sebaya terbentuk secara spontan. Diantara anggota kelompok mempunyai kedudukan yang sama, tetapi ada satu diantara anggota kelompok yang dianggap sebagai pemimpin yang dianggap oleh semua anggota bahwa dia memang pantas dijadikan sebagai pemimpin.
2. Bersifat sementara : Karena tidak ada struktur organisasi yang jelas, kelompok ini tidak bisa bertahan lama.

3. *Peer group* mengajarkan individu tentang kebudayaan yang luas : Misal teman sebaya di sekolah, mereka umumnya terdiri dari individu yang berbeda-beda lingkungannya, yang mempunyai aturan atau kebiasaan yang berbeda-beda. Lalu mereka memasukkan dalam kelompok sebaya sehingga mereka saling belajar secara tidak langsung tentang kebiasaan itu dan dipilih yang sesuai dengan kelompok, kemudian dijadikan kebiasaan dalam kelompok.
4. Anggotanya adalah individu sebaya : Contoh konkretnya pada anak usia sekolah SMP dan SMA.

2.5.7 *Peer group discussion*

Peer Group Discussion adalah metode diskusi kelompok yang beranggotakan remaja dengan tingkat umur, kebutuhan, dan tujuan yang sama untuk memperkuat kelompok tersebut (Putri, 2010). *Group discussion* atau diskusi kelompok adalah salah satu metode pendidikan dimana semua orang dapat bebas berpartisipasi dalam sebuah diskusi (Notoatmodjo, 2003).

Peer group discussion adalah metode diskusi kelompok yang beranggotakan remaja dengan tingkat umur, kebutuhan dan tujuan yang sama untuk memperkuat kelompok itu. (Notoatmodjo & Walgito, 2003) dalam Putri (2009) prinsip *peer group discussion* adalah :

1. Anggotanya terdiri dari 6-7 orang, sudah saling mengenal, mempunyai umur relatif sama, mempunyai kebutuhan dan tujuan yang sama dan dibentuk secara sengaja atau sudah ada sebelumnya.
2. Memiliki satu orang ketua kelompok sesuai kesepakatan bersama.

3. Ketua kelompok bertugas untuk memimpin jalannya diskusi, memberikan pancingan pertanyaan dan mengatur jalannya diskusi agar semua anggota dapat kesempatan menyampaikan pendapat.
4. Setiap orang duduk sama tinggi dan berhadap-hadapan, begitu juga dengan ketua kelompoknya agar merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota mempunyai kebebasan atau keterbukaan dalam mengeluarkan pendapat.
5. Ketua kelompok akan menyampaikan kesimpulan atau jawaban dari kasus yang dibahas.
6. Peran fasilitator sebagai pengatur jalannya diskusi agar sesuai dengan tujuan yang telah disepakati.

2.5.8 Tahap *peer group discussion*

1. Pembentukan kelompok
 - 1) Kelompok terdiri dari 6-7 siswa.
 - 2) Memilih pemimpin diskusi (*Group leader*) yang bertugas memimpin diskusi, mendorong partisipasi semua anggota untuk aktif dalam diskusi, dan manajemen waktu diskusi.
 - 3) Setiap kelompok mendapatkan topik materi yang sama.
 - 4) Setiap kelompok merumuskan pertanyaan-pertanyaan untuk didiskusikan.
 - 5) Setiap kelompok membahas bahan diskusi masing-masing.
 - 6) Setiap kelompok membacakan hasil diskusi dihadapan kelompok lain.
 - 7) Fasilitator mengambil kesimpulan dari semua hasil diskusi.
2. Diskusi kelompok dilaksanakan 2-3 kali per/minggu. Setiap peserta membaca materi sebelum dimulai diskusi kelompok agar peserta dapat mempersiapkan diri untuk melaksanakan diskusi.

3. Peserta berperan sesuai diri masing-masing untuk mengungkapkan pendapat mereka secara sejajar. (Aristyana, 2010)

2.5.9 Kelebihan dan kekurangan

Menurut Aristyana (2010) ada beberapa kelebihan dan kekurangan dari metode *peer group discussion*, beberapa kelebihan diantaranya adalah : 1) Memungkinkan saling mengemukakan pendapat. 2) Merupakan pendekatan yang demokrasi. 3) Mendorong rasa persatuan. 4) Memperluas pandangan atau pengetahuan. 5) Menghayati kepemimpinan bersama. 6) Membantu mengembangkan kepemimpinan. 7) Memperoleh pandangan dari berbagai macam orang.

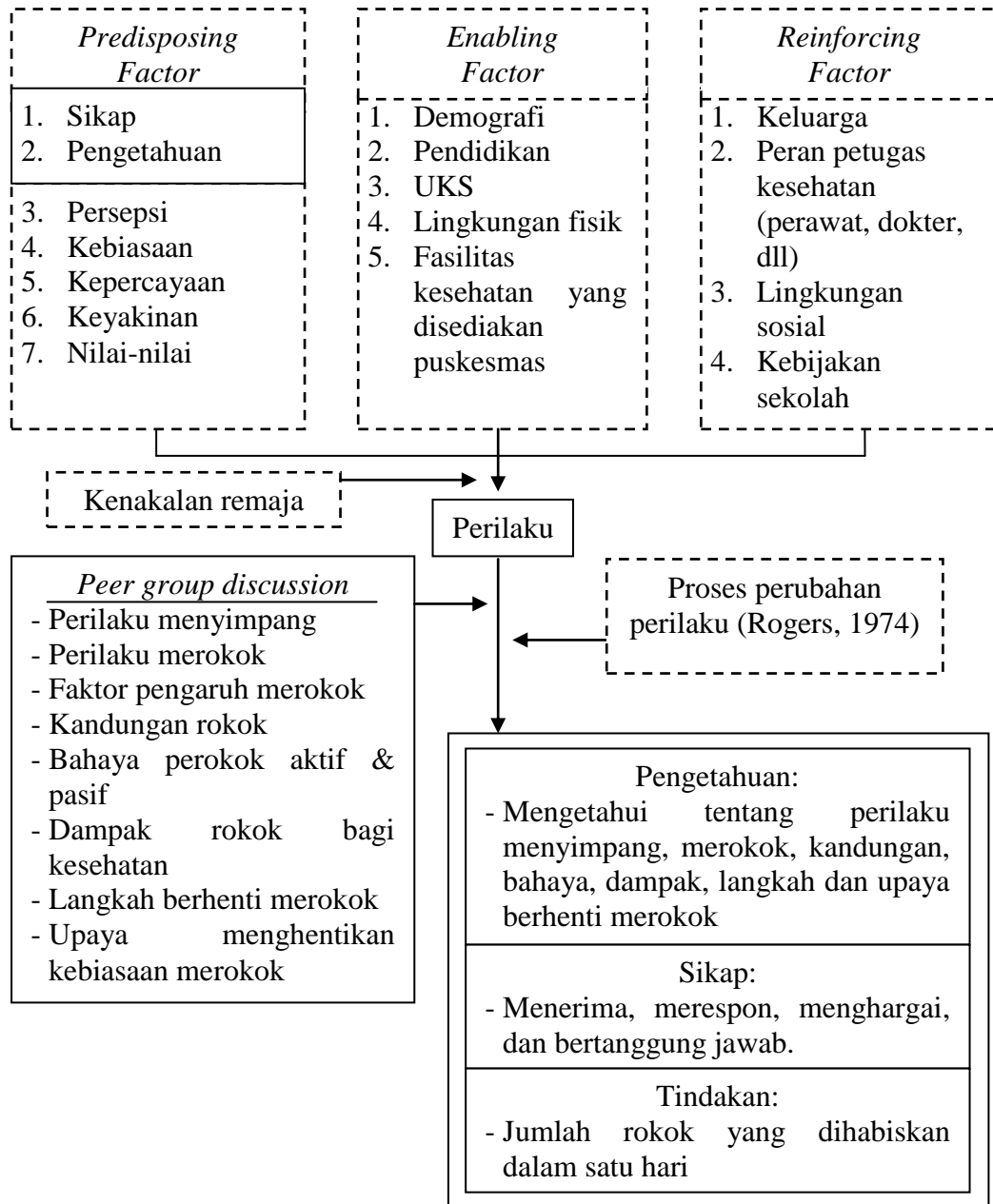
Kekurangan *peer group discussion* apabila diterapkan pada remaja adalah:

- 1) Tidak dapat dipakai pada kelompok yang besar.
- 2) Peserta memperoleh informasi yang terbatas.
- 3) Diskusi mudah berlarut-larut.
- 4) Membutuhkan pemimpin diskusi yang terampil agar tidak menyimpang dari topik pembicaraan.
- 5) Kemungkinan diskusi didominasi oleh remaja yang pandai berbicara.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka konseptual



Keterangan : = Diukur = Tidak diukur

Gambar 3.1 : Kerangka konseptual Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap perubahan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya berdasarkan pengembangan teori Laurence Green (1980).

Berdasarkan teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu : *Predisposing factor* yang terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan nilai. *Enabling factor* yang terdiri dari ketersediaan sumber atau fasilitas dan pendidikan kesehatan, dan *Reinforcing factor* yang terdiri dari peran keluarga, sikap dan perilaku petugas kesehatan, lingkungan sosial serta kebijakan dari sekolah. Ketiga faktor tersebut akan mempengaruhi perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) remaja terhadap perilaku hidup yang sehat namun saat ini remaja merokok akibat faktor perilaku menyimpang yang mengakitbatkan kenakalan remaja dan lingkungan sekitarnya yang sangat berperan, yakni teman sebaya (*peer group*) karena sebagian besar waktu remaja dihabiskan bersama kelompok teman sebaya (*peer group*) (Hurlock, 2007).

Dalam penelitian ini, *peer group* adalah kelompok kecil yang anggotanya 6-7 orang, sudah saling mengenal, mempunyai umur yang relatif sama, mempunyai kebutuhan dan tujuan yang sama, dan dibentuk secara sengaja untuk mengikuti pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion*. Metode ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perilaku merokok, mereka diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion*. Metode ini merupakan pengembangan dari *group discussion* dengan peserta *peer group* remaja (Putri, 2009).

Dalam *peer group* yang dimilikinya, remaja akan merasa lebih nyaman dalam menerima pendidikan kesehatan dan secara tidak langsung akan lebih leluasa dan terbuka untuk mengeluarkan pendapat. Adanya proses diskusi yang dapat membuat dan memberikan tambahan pengalaman serta pengetahuan remaja

tentang perilaku merokok dan cara mengurangi jumlah rokok yang dihisap, serta remaja dapat mengambil sikap yang positif sehingga dapat mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari berupa tindakan yang tidak merugikan dirinya sendiri dan orang-orang di sekitarnya.

3.2 Hipotesis penelitian

H1: Ada pengaruh *peer group discussion* terhadap pengetahuan siswa tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

H1: Ada pengaruh *peer group discussion* terhadap sikap siswa tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

H1: Ada pengaruh *peer group discussion* terhadap tindakan siswa tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

BAB 4

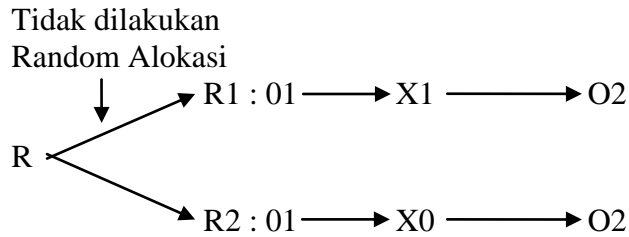
METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai desain penelitian, populasi, sample, sampling, variable penelitian, definisi operasional, instrumen, lokasi, pengumpulan data, kerangka operasional, analisa data, etika penelitian dan keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data untuk mengidentifikasikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2008).

Jenis eksperimen semu (*Quasy-experiment*) dengan desain *pre-test and post-test nonequivalent control group*. Pada desain ini peneliti tidak melakukan randomisasi, sehingga beresiko untuk terjadi ketidakseimbangan karakteristik sample antara kelompok perlakuan dengan kontrol. Penentuan kriteria inklusi yang tepat dapat meminimalisir ketidakseimbangan karakteristik antar kelompok. Kelompok perlakuan diberi intervensi dengan metode *peer group discussion* sedangkan kelompok pembanding/kontrol diberi perlakuan konvensional. Pada kedua kelompok diawali dengan *pre-test* dan setelah pemberian perlakuan diadakan *post-test*, kemudian dilakukan analisis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Gambar 4.1 Rancangan jenis *Quasy Experimental* dengan desain *pre-test and post-test nonequivalent control group* (Dharma, 2011)

Keterangan :

R : Responden penelitian

R1 : Responden kelompok perlakuan yang mengikuti *pre-test* dan *post-test*

R2 : Responden kelompok kontrol yang mengikuti *pre-test* dan *post-test*

O1 : *Pre-test* pada kelompok perlakuan dan pembandingan sebelum perlakuan

X1 : Intervensi pada kelompok perlakuan sesuai SAP

X0 : Perlakuan konvensional pemberian *leaflet*

O2 : *Post-test* setelah perlakuan

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah siswa putra kelas X di SMA Negeri 17 Surabaya yang berjumlah 134 siswa.

4.2.2 Sample

Sample merupakan bagian dari populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian yang dipilih melalui suatu teknik pengambilan sample. Pada penelitian ini kriteria sampelnya adalah :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008).

- 1) Siswa kelas X di SMA Negeri 17 Surabaya.

- 2) Siswa putra yang berusia 15-16 tahun
- 3) Merokok 1-4 batang/hari (kategori ringan)

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab, antara lain :

- 1) Responden tidak mengikuti *peer group discussion* sesuai SAP
- 2) Responden yang mulai merokok sejak 3 tahun terakhir

4.2.3 Teknik sampling

Teknik pengambilan sampling pada penelitian ini menggunakan cara *nonprobability* sampling dengan teknik *purposive sampling*. Peneliti menggunakan sample sesuai dengan kriteria tertentu yang dikehendaki oleh peneliti. Peneliti melakukan *purposive sampling* terhadap populasi terjangkau dengan menggunakan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu responden pada siswa kelas X yang berumur 15-16 tahun dan merokok dalam kategori ringan.

4.3 Variable penelitian

4.3.1 Variable *Independent*

Variable *independent* adalah variable yang menentukan variable lain. Variable *independent* yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *peer group discussion* tentang merokok.

4.3.2 Variable *Dependent*

Variable *dependen* adalah variable yang nilainya ditentukan oleh variable lain. Variable *dependen* dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan perilaku remaja tentang merokok.

4.4 Definisi operasional

Definisi operasional memberikan pengertian suatu variable dan aktifitas-aktifitas yang diperlukan untuk mengukurnya.

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian *Peer Group Discussion* untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja tentang merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

| Variable | Definisi operasional | Parameter | Alat ukur | Skala data | Skor |
|--|---|--|-----------|------------|------|
| Variable Independen: <i>Peer Group Discussion</i> | Sebuah metode diskusi kelompok dengan teman sebaya yang bertujuan untuk mendiskusikan topik tentang rokok dengan diketuai oleh salah satu siswa dan siswa lainnya menjadi anggota, serta peneliti menjadi fasilitator | Memberikan informasi tentang perilaku merokok sebanyak 3 kali pertemuan dan tiap pertemuan dilaksanakan selama 60 menit : 1. Pertemuan pertama : 1) Membahas kasus dengan kelompok 2) Perilaku menyimpang 3) Perilaku merokok 4) Faktor merokok 5) Kandungan rokok 2. Pertemuan kedua : 1) Bahaya perokok aktif dan perokok pasif 2) Dampak merokok bagi kesehatan 3) Langkah berhenti merokok | SAP | - | - |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---------|--|
| | | 3. Pertemuan ketiga : 1) <i>Me-review</i> 2) Menjelaskan upaya menghentikan kebiasaan merokok | | | |
| Variable Dependen: 1. Pengetahuan | Kemampuan remaja untuk mengetahui dan memahami tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan rokok | Pengetahuan remaja tentang : - Pengertian merokok (1) - Perilaku merokok (4,6,10) - Kandungan rokok (2) - Faktor yang mempengaruhi merokok (9) - Jenis perokok (7) - Dampak merokok (3,5,8) | Kuesioner | Ordinal | Terdiri dari pertanyaan pilihan ganda Benar : 1 Salah : 0 Baik : 76-100 % Cukup : 56-75 % Kurang : <55% (Nursalam, 2008) |
| 2. Sikap | Reaksi atau respon yang masih tertutup yang melibatkan pendapat dan emosi yang bersangkutan atau dari seseorang tentang perilaku merokok. | Pertanyaan sikap berisi domain: - Merespon (1,5) - Menerima (2) - Menghargai (3) - Bertanggung jawab (4) | Kuesioner <i>Favorable:</i> 1,2,4,5 <i>Unfavorable:</i> 3 | Ordinal | Terdiri dari pertanyaan positif dan negatif Pertanyaan positif : SS = skor 4 S = skor 3 TS = skor 2 STS = skor 1 Pertanyaan negatif : STS = 4 TS = 3 TS = 2 SS = 1 Kemudian diklasifikasi menjadi : |

| | | | | | |
|-------------|--|--|-----------|----------|---|
| | | | | | Sikap positif : $T > \text{mean}$ Sikap negatif : $T < \text{mean}$. (Azwar, 2011) |
| 3. Tindakan | Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek yang kemudian mengadakan penilaian / pendapat terhadap apa yang diketahui dan akan dipraktikkannya yakni aktivitas merokok yang dilakukan oleh remaja | Pertanyaan tindakan/perilaku berisi domain: Jumlah batang rokok yang dihabiskan responden dalam waktu satu hari | Kuesioner | Interval | Jumlah batang rokok yang dihisap dalam satu hari 0 = tidak merokok 1 = 1 batang 2 = 2 batang 3 = 3 batang 4 = 4 batang |

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti dalam suatu penelitian. Instrumen dalam penelitian ini meliputi :

1. Variable independen adalah *peer group discussion* tentang perilaku merokok yang diukur menggunakan Satuan Acara Pembelajaran (Notoatmodjo, 2007; Optometris, 2012).
2. Variable dependen adalah tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku diukur menggunakan kuesioner dengan *Closed-ended question* kecuali kuesioner mengenai nama (inisial), kelas, dan usia responden menggunakan pertanyaan *Open ended question*. Instrumen pengetahuan dan sikap pernah digunakan oleh Nisak (2012) dan kuesioner tindakan merokok pernah digunakan oleh Ariyanto (2011). Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari :
 - 1) Kuesioner tentang pengetahuan remaja mengenai definisi, kandungan, dampak, bahaya merokok, juga faktor yang menyebabkan dan pencegahan perilaku merokok. Pertanyaan berupa pilihan ganda berjumlah 10 soal.
 - 2) Kuesioner tentang sikap remaja mengenai merokok. Kuesioner terdiri dari 5 soal dengan 4 pertanyaan positif (pertanyaan nomor 1,2,4,5) dan 1 pertanyaan negatif (pertanyaan nomor 3).
 - 3) Kuesioner tentang tindakan remaja terhadap jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari ditentukan dengan kuesioner yang terdiri atas pertanyaan tunggal.

4.6 Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di SMA Negeri 17 Surabaya pada tanggal 14 Mei sampai 10 Juni 2013.

4.7 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat pengantar dari bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya untuk melakukan izin penelitian di SMA Negeri 17 Surabaya. Langkah pertama adalah proses penentuan jumlah sample dilakukan dengan mengacu pada kriteria inklusi menggunakan teknik *purposive sampling*.

Sample yang memenuhi syarat sesuai kriteria inklusi akan dijelaskan peneliti tentang tujuan, keuntungan, dan kerugian penelitian serta membuat kesepakatan jika sudah menjadi responden harus konsisten sampai akhir kegiatan penelitian agar tidak terjadi *drop out* selama penelitian.

Responden diberi lembar *inform consent* untuk di tanda tangani sebagai persetujuan bahwa menjadi responden dalam penelitian ini. Setelah penentuan responden, kemudian peneliti melakukan *pre-test* untuk mengidentifikasi pengetahuan, sikap dan tindakan merokok responden. selanjutnya responden dibagi menjadi 2 kelompok secara homogen (*matching*), yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pembagian kelompok tersebut berdasarkan pada hasil yang diperoleh dari *pre-test*, pada kelompok perlakuan dilakukan juga perjanjian antara peneliti dengan responden perlakuan agar tidak memberitahukan segala materi atau hasil yang diperoleh kepada kelompok kontrol selama *peer group discussion* berlangsung dengan tujuan untuk mengurangi bias penelitian.

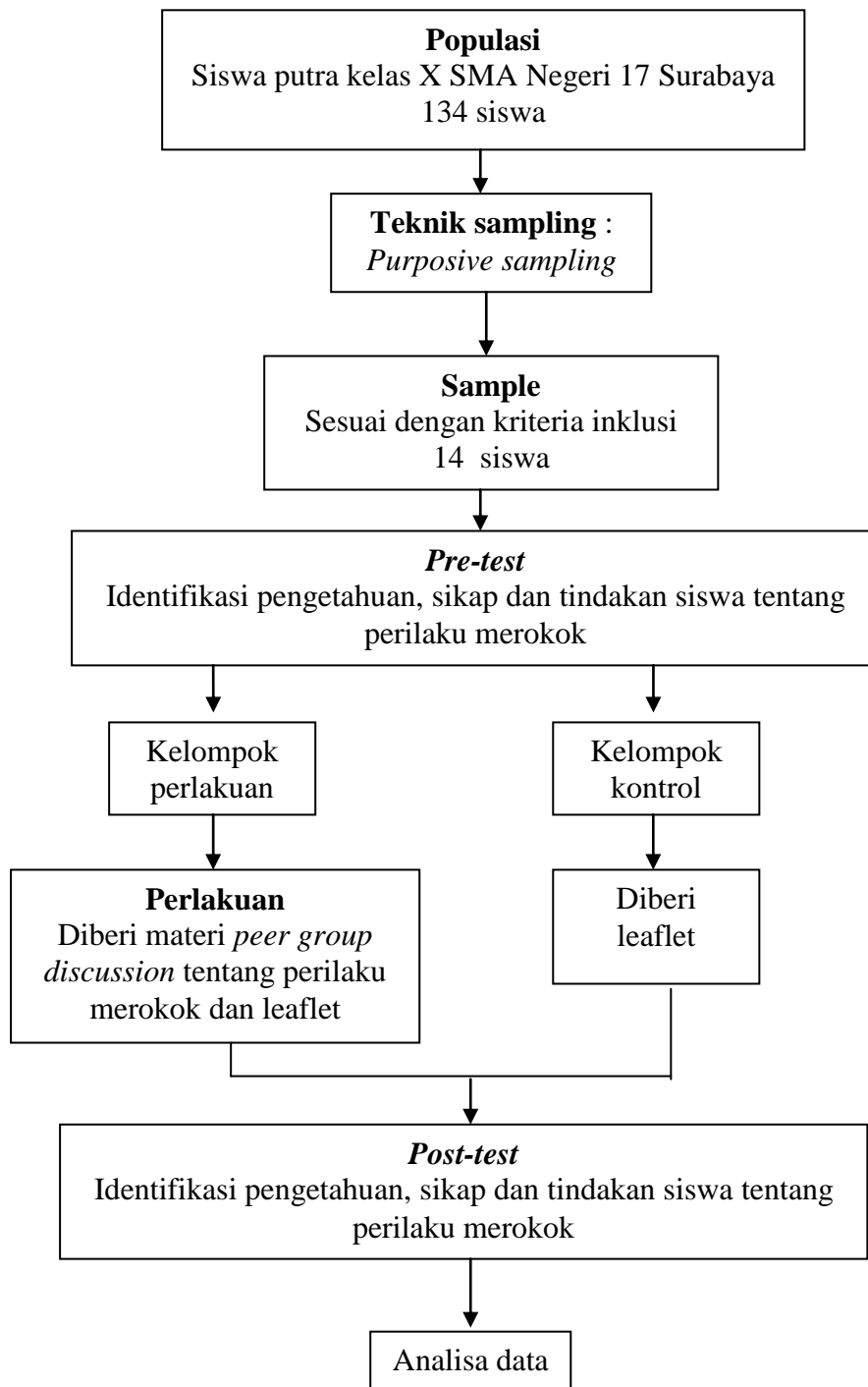
Dua hari setelah dilakukan *pre-test*, kelompok perlakuan diberi intervensi berupa aktifitas *peer group discussion* selama 60 menit setiap pertemuan sebanyak 3 kali. Kegiatan *peer group discussion* dilakukan diluar jam sekolah atau di luar

jam belajar mengajar sekolah yang bertempat di SMA Negeri 17 Surabaya, dengan mencari tempat/ruangan yang kondusif untuk kegiatan berdiskusi. Diskusi pada kelompok perlakuan dilakukan sesuai dengan SAP yang telah dibuat oleh peneliti sebagai acuan dalam pelaksanaan diskusi dengan dipimpin oleh salah satu responden kelompok dan yang lainnya menjadi anggota serta peneliti menjadi fasilitator.

Pertemuan pertama membahas materi tentang konsep penyimpangan perilaku remaja, perilaku merokok, dan faktor yang mempengaruhi perilaku merokok pada remaja. Pertemuan kedua membahas tentang kandungan berbahaya dalam rokok, bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif, dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan, dan langkah untuk berhenti merokok. Pertemuan ketiga membahas tentang upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok dan *mereview* ulang hasil dari dua pertemuan sebelumnya. Ketika kelompok perlakuan diberi *peer group discussion*, kelompok kontrol hanya diberi materi tentang perilaku merokok melalui media *leaflet*.

Setelah pertemuan *peer group discussion* berakhir, delapan belas hari kemudian dilakukan *post-test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol karena menurut European Journal of Social Psychologi, rata-rata seseorang dapat beradaptasi dengan perilaku barunya dalam waktu 18-254 hari. Hasil *post-test* tersebut untuk mengidentifikasi pengetahuan, sikap dan tindakan merokok setelah dilakukan intervensi dengan membagikan kuesioner. kemudian menganalisis hasil *post-test* kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol menggunakan uji statistik.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional Penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap perubahan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

4.9 Analisa data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*, peneliti melihat kelengkapan data yang diperoleh terutama pengisian data penelitian pada lembar kuesioner responden.
2. *Coding*, peneliti hanya memberi kode menurut item pada kuesioner sesuai dengan jawaban responden.
3. Setelah data kuesioner terkumpul dilakukan analisis deskriptif

Untuk mengetahui hubungan pengaruh *peer group discussion* terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku merokok pada remaja dilakukan dengan perangkat lunak komputer program statistik SPSS.

1. Pengetahuan

Benar : diberi skor 1

Salah : diberi skor 0

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\% \quad \text{Dimana : P = Prosentase}$$

F = Jumlah skor jawaban responden

N = Jumlah skor maksimal

Dari semua nilai pengukuran tingkat pengetahuan responden, ditetapkan kategori sbb:

- 1) Tingkat pengetahuan baik jika responden menjawab >75% benar
- 2) Tingkat pengetahuan cukup jika responden menjawab 56-75% benar

3) Tingkat pengetahuan kurang jika responden menjawab <56% benar

(Arikunto, 2006)

2. Sikap

Diukur dengan menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban berupa: Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Ragu-Ragu (RR), Tidak setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS) (Arikunto, 2006). Menurut Arikunto (2006), terdapat kelemahan dengan lima alternatif karena responden cenderung memilih alternatif yang ada di tengah karena dirasa aman dan paling mudah. Sehingga peneliti memilih untuk menggunakan empat alternatif saja, yakni Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS). Responden harus memilih salah satu dari jumlah kategori yang mulai dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. Responden dapat memberi penilaian pada setiap pernyataan sehingga tampak sbb:

Tabel 4.2 Skor Skala Likert

| Kemungkinan Jawaban | Positif | Negatif |
|---------------------|---------|---------|
| Sangat Setuju | 4 | 1 |
| Setuju | 3 | 2 |
| Tidak Setuju | 2 | 3 |
| Sangat Tidak Setuju | 1 | 4 |

Kemudian diperhitungkan nilai skornya dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{x - \bar{x}}{S} \right] \quad (\text{Azwar, 2011})$$

Dimana :

- x = Skor responden
- \bar{x} = Nilai mean kelompok
- S = Standar deviasi

Kemudian sikap dinyatakan:

Positif, jika nilai skor $T \geq \text{mean data}$

Negatif, jika nilai skor $T < \text{mean data}$

3. Tindakan

Merupakan penjelasan tentang jumlah rokok yang dihabiskan responden dalam waktu satu hari berdasarkan jumlah batang. Penilaian perilaku merokok pada remaja (usia 15-16 tahun) ditentukan dengan kuesioner yang terdiri atas pertanyaan tunggal kemudian dinilai dengan tindakan merokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *Peer group discussion*.

4.10 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, sebelumnya peneliti mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Kepala SMA Negeri 17 Surabaya. Setelah mendapat persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. *Informed Consent*

Digunakan untuk menghindari suatu hal yang tidak diinginkan, maka yang menjadi responden adalah yang bersedia diteliti, dan telah menandatangani surat persetujuan. Dalam hal ini peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta tidak akan memaksa dan menghormati hak-haknya.

2. *Anonymity*

Kerahasiaan terhadap responden menjadi prioritas dengan cara tanpa nama, cukup dengan menggunakan nomor kode masing-masing lembar tersebut.

3. *Confidentiality*

Jawaban atau tanggapan yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

4.11 Keterbatasan

1. Pengumpulan data dengan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur dan tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
2. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini masih menggunakan kuesioner dari gabungan penelitian sebelumnya dan belum diuji validasi dan reliabilitasnya sehingga belum bisa distandartkan.
3. Keterbatasan untuk mengobservasi pada variable tindakan responden agar hasil yang didapat lebih baik dan benar.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil penelitian dan pembahasan dari data tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* tentang perilaku merokok pada remaja di SMA Negeri 17 Surabaya. Penyajian hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum dan data khusus. Data umum berupa data demografi karakteristik responden yang meliputi usia, telah berapa lama merokok, jumlah uang saku, dan alasan merokok. Data khusus berisi tentang pengetahuan, sikap dan tindakan responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Data pengetahuan dan sikap yang telah terkumpul kemudian di uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test*, dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ sedangkan data tindakan menggunakan *Paired Sample T-Test*, dan *Independent Sample T-Test*. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 14 Mei sampai 10 Juni 2013 di SMA Negeri 17 Surabaya.

5.1 Hasil penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Lokasi pelaksanaan penelitian di SMA Negeri 17 Surabaya yang berada di Jl. Rungkut Asri Tengah Komp. YKP Surabaya, dengan luas tanah sebesar 7.700 m² dan luas bangunan 2.013 m² yang menghadap ke timur. Tenaga pengajar di sekolah ini berjumlah 72 orang, tenaga pustakawan 1 orang dan staf tata usaha 12 orang. Jumlah keseluruhan siswa SMA Negeri 17 Surabaya adalah 854 orang,

terdiri dari jumlah siswa kelas X sebanyak 309 siswa, kelas XI 278 siswa dan kelas XII sebanyak 267 siswa, serta terdapat 24 ruang kelas untuk kegiatan belajar mengajar.

Kegiatan ekstrakurikuler yang ada di SMA Negeri 17 Surabaya meliputi olahraga basket, futsal, voli, pencak silat, perisai diri, karate, seni musik dan tari. Kegiatan-kegiatan ini berada di bawah pengelolaan organisasi intra sekolah (OSIS). Masalah yang sering terjadi pada siswa adalah pelanggaran terhadap peraturan yang ada disekolah, diantaranya adalah merokok disekolah, membolos pada jam pelajaran, bermain ponsel saat jam pelajaran, dll.

Sesuai dengan tujuan penelitian ini maka yang dibahas adalah tentang perilaku merokok siswa karena dilingkungan sekolah siswa masih terdapat tempat-tempat yang mendukung untuk memberikan kenyamanan pada siswa untuk merokok, seperti : kamar mandi, kantin dan halaman belakang sekolah.

5.1.2 Data umum

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik umum responden di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei – 10 Juni 2013

| Karakteristik responden | Jumlah | Persentase (%) |
|-------------------------|-----------|----------------|
| Usia | | |
| - 15 tahun | 8 | 57 |
| - 16 tahun | 6 | 43 |
| Total | 14 | 100 |
| Lamanya merokok | | |
| - 1 tahun | 9 | 64 |
| - 2 tahun | 5 | 36 |
| Total | 14 | 100 |
| Uang saku | | |
| - ≤Rp 5.000 | 2 | 14 |
| - Rp 10.000-15.000 | 7 | 50 |
| - Rp 15.000-20.000 | 5 | 36 |
| Total | 14 | 100 |
| Alasan merokok | | |
| - Pengaruh orang tua | 2 | 14 |
| - Pengaruh teman | 7 | 50 |
| - Pengaruh iklan | 1 | 7 |
| - Menghilangkan stres | 4 | 29 |
| Total | 14 | 100 |

Tabel 5.1 menunjukkan beberapa karakteristik umum responden, berdasarkan tingkatan umur remaja menunjukkan sebagian besar responden berusia 15 Tahun sebanyak 8 orang (57%) dan 6 orang yang berusia 16 Tahun (43%). Dari karakteristik lamanya merokok, mayoritas responden telah merokok sejak 1 tahun yang lalu sebanyak 9 orang (64%) dan sejak 2 tahun yang lalu terdapat 5 responden (36%). Berdasarkan jumlah uang saku responden menunjukkan bahwa sebanyak 2 responden (14%) uang sakunya ≤Rp 5.000 per hari, 7 responden (50%) uang sakunya Rp 10.000-15.000 per hari dan 5 responden (36%) uang sakunya lebih dari Rp 15.000-20.000 per harinya. sebagian besar sampel yaitu 7 responden (50%) merokok karena terpengaruh oleh temannya dan terkecil 1 responden (7%) merokok karena terpengaruh oleh iklan rokok.

5.1.3 Data khusus

1. Identifikasi dan analisis pengaruh *peer group discussion* terhadap perubahan pengetahuan remaja tentang perilaku merokok.

Tabel 5.2 Tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan *peer group discussion* di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei - 10 Juni 2013

| No. | Kriteria | Perlakuan | | | | Kontrol | | | |
|----------------------------------|----------|-----------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | | Pre-test | | Post-test | | Pre-test | | Post-test | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1. | Kurang | 4 | 57,14 | 0 | 0 | 4 | 57,14 | 3 | 42,86 |
| 2. | Cukup | 3 | 42,86 | 1 | 14,29 | 3 | 42,86 | 3 | 42,86 |
| 3. | Baik | 0 | 0 | 6 | 85,71 | 0 | 0 | 1 | 14,28 |
| Mean | | 54.28 | | 88.57 | | 55.71 | | 60 | |
| SD | | 9.76 | | 10.69 | | 7.87 | | 11.55 | |
| <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> | | p=0,015 | | | | p=0,317 | | | |
| $\alpha \leq 0,05$ | | | | | | | | | |
| <i>Mann-Whitney U Test</i> | | | | | | p=0,008 | | | |
| $\alpha \leq 0,05$ | | | | | | | | | |

Tabel 5.1 menyajikan perbandingan pengetahuan antara responden yang diberikan perlakuan berupa *peer group discussion* dan yang tidak diberikan. Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan tingkat pengetahuan pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *peer group discussion* dengan nilai $p = 0,015$. Sebelum dilakukan *peer group discussion* sebagian besar responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berada dalam kriteria kurang. Sedangkan setelah diberikan *peer group discussion* terdapat peningkatan pengetahuan yaitu sebagian besar responden pada kelompok perlakuan berada pada kriteria baik sebanyak 6 responden (85,71%). Hasil nilai mean yang semula 54,28 (*pre-test*) meningkat menjadi 55,71 (*post-test*), menunjukkan secara

kuantitatif bahwa pengetahuan responden terhadap perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya meningkat setelah diberikan intervensi berupa *peer group discussion*. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan yang bermakna sebelum dan setelah di berikan *peer group discussion* dengan nilai $p= 0,317$. Uji statistik dengan *Mann-Whitney U Test* menunjukkan nilai signifikansi $p= 0,008$ berarti $p \leq 0,05$ maka H_1 diterima yang artinya ada pengaruh *peer group discussion* terhadap pengetahuan responden tentang perilaku merokok.

2. Identifikasi dan analisis pengaruh *peer group discussion* terhadap perubahan sikap remaja tentang perilaku merokok

Tabel 5.3 Tingkat sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan *peer group discussion* di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei - 10 Juni 2013

| No. | Kriteria | Perlakuan | | | | Kontrol | | | |
|-----|----------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | | Pre-test | | Post-test | | Pre-test | | Post-test | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1. | Kurang | 6 | 85,71 | 1 | 14,29 | 5 | 71,43 | 5 | 71,43 |
| 2. | Cukup | 1 | 14,29 | 6 | 85,71 | 2 | 28,57 | 2 | 29,57 |
| | Mean | 14.14 | | 19 | | 13.71 | | 15.71 | |
| | SD | 1.77 | | 1.41 | | 1.63 | | 1.89 | |
| | <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> | $p=0,025$ | | | | $p=1,000$ | | | |
| | $\alpha \leq 0,05$ | | | | | | | | |
| | <i>Mann-Whitney U Test</i> | | | | | $p=0,037$ | | | |
| | $\alpha \leq 0,05$ | | | | | | | | |

Tabel 5.2 menyajikan perbandingan sikap responden sebelum dan sesudah intervensi. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan tingkat sikap pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *peer group discussion* dengan nilai $p= 0,025$. Sebelum dilakukan *peer group discussion* sebagian besar responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok

kontrol berada dalam kriteria sikap negatif. Sedangkan setelah diberikan *peer group discussion* terdapat peningkatan sikap yaitu sebagian besar responden pada kelompok perlakuan berada pada kriteria sikap yang positif yaitu 6 responden (85,71%). Hasil mean yang semula 14,14 (*pre-test*) meningkat menjadi 19 (*post-test*). Pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan sikap yang bermakna sebelum dan setelah diberikan *peer group discussion* dengan nilai $p=1,000$. Uji statistik dengan *Mann-Whitney U Test* menunjukkan nilai signifikansi $p= 0,037$ berarti $p \leq 0,05$ maka H_1 diterima yang artinya ada pengaruh *peer group discussion* terhadap sikap responden tentang perilaku merokok.

3. Identifikasi dan analisis pengaruh *peer group discussion* terhadap perubahan tindakan remaja tentang perilaku merokok

Tabel 5.4 Tindakan responden sebelum dan sesudah dilakukan *peer group discussion* di SMA Negeri 17 Surabaya tanggal 14 Mei s/d 10 Juni 2013

| Nomor Responden | Kelompok Perlakuan | | Kelompok Kontrol | |
|-----------------|----------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| | Rokok yang dihisap (batang) | | Rokok yang dihisap (batang) | |
| | Pre-test | Post-test | Pre-test | Post-test |
| 01 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| 02 | 3 | 1 | 4 | 4 |
| 03 | 4 | 1 | 4 | 4 |
| 04 | 3 | 0 | 4 | 3 |
| 05 | 2 | 0 | 3 | 2 |
| 06 | 3 | 2 | 4 | 2 |
| 07 | 4 | 1 | 3 | 3 |
| Mean | 3,29 | 1,00 | 3,43 | 2,86 |
| SD | 0,756 | 0,816 | 0,787 | 0,900 |
| | $p= 0,000$ | | $p= 0,102$ | |
| | <i>Paired Sample T Test</i> | | <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> | |
| | $p= 0,002$ | | | |
| | <i>Independent Sample T Test</i> | | | |

Tabel 5.2 menyajikan perbandingan sikap responden sebelum dan sesudah intervensi. Pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mayoritas responden masih menghisap rokok dalam sehari yakni antara 2-4 batang perhari. Setelah dilakukan *peer group discussion* pada kelompok perlakuan di dapatkan hasil dari uji statistik *Paired Sample T Test* nilai $p=0,000$ yang menunjukkan adanya perubahan yang bermakna sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Pada kelompok kontrol dari hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* di dapatkan nilai $p=0,102$ yang menunjukkan tidak ada perubahan tindakan yang bermakna sebelum dan setelah *peer group discussion*. Uji statistik dengan *Independent Sample T Test* menunjukkan nilai signifikansi $p=0,002$ berarti $p \leq 0,05$ maka H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan tindakan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh dari *peer group discussion* terhadap perubahan pengetahuan responden tentang perilaku merokok pada kelompok perlakuan. Hasil rerata meningkat dari *pre-test* ke *post-test* yang terdapat pada tabel 5.2, menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan responden meningkat setelah diberikan intervensi. Sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang kurang pada saat *pre-test* karena di SMA Negeri 17 Surabaya belum pernah diadakan penyuluhan sebagai upaya promotif dan preventif sebagai upaya dalam penanganan mengurangi dampak penyakit yang diakibatkan oleh rokok di kalangan remaja.

Setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* responden mengalami peningkatan pengetahuan yang bermakna.

Sedangkan hasil penelitian pengetahuan pada kelompok kontrol dilihat dari hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* yang menunjukkan $p=0,317$ yang artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara tingkat pengetahuan pada saat *pre-test* dan *post-test*. Hasil uji statistik *Mann-Whitney U Test* menunjukkan nilai signifikansi $p=0,008$ yang artinya ada pengaruh *peer group discussion* terhadap pengetahuan responden tentang perilaku merokok. Hasil rerata pada kelompok perlakuan lebih tinggi dari pada hasil rerata pada kelompok kontrol saat *post-test*, hal ini menunjukkan secara kuantitatif adanya peningkatan pengetahuan yang lebih baik pada kelompok perlakuan.

Tingkatan pengetahuan terjadi melalui 6 tahap yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehensive*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*) dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2012). Selama penelitian berlangsung, peneliti berusaha untuk menggali tingkatan pengetahuan responden dengan cara mengajukan pertanyaan pada pertemuan yang ketiga. Tingkatan “tahu” responden terlihat saat peneliti bertanya mengenai resiko perilaku merokok pada remaja dan responden yang ditunjuk mampu menjelaskannya. Selanjutnya tahap “memahami” dilalui sewaktu diminta menjelaskan pendapat mengapa responden harus mengurangi bahkan berhenti merokok, dan beberapa diantara responden mengemukakan pendapatnya mengenai dampak merokok. Tahapan “aplikasi” terlihat sewaktu peneliti memberikan pertanyaan setelah pelaksanaan *peer group discussion* yang kedua mengenai langkah untuk berhenti merokok, responden yang ditanya dapat menjawab dengan benar. Kemudian tahap “analisis” tampak ketika responden yang ditunjuk dapat menjelaskan faktor risiko merokok sehingga dapat menyebabkan penyakit. Untuk tingkat “sintesis” yaitu

setiap responden mengemukakan pendapat pribadinya tentang sebab akibat dari perilaku merokok. Tahapan terakhir yaitu “evaluasi”, responden saat dua orang ditunjuk untuk menjelaskan dampak apa saja bagi kesehatan akibat dari menghisap rokok dalam jangka waktu yang panjang, kemudian responden yang lain diminta memberikan penilaian terhadap jawaban kedua rekannya tersebut.

Peer group discussion adalah kelompok teman sebaya yang dimana mereka dapat berinteraksi, dalam *peer group* ini seseorang akan lebih terbuka dalam mengungkapkan permasalahannya (Asmara, 2007). Dalam penelitian ini, *peer group* adalah kelompok kecil yang anggotanya terdiri dari orang yang sudah saling mengenal dan mempunyai usia relatif sama dan dibentuk secara sengaja untuk mengikuti pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion*. Metode diskusi dengan teman sebaya ini cocok dilakukan pada usia remaja sesuai dengan kriteria yang digunakan oleh peneliti yakni usia 15-16 tahun, karena mereka dapat saling tukar menukar pengalaman dan pendapat dengan temannya. *Group discussion* memungkinkan seseorang dapat mengemukakan pendapat dan memperluas pandangan/pengetahuan (Maulana, 2009). Selain itu kelompok perlakuan dapat mengetahui dan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan perilaku merokok pada forum diskusi yang sudah dilakukan. Mereka saling bertukar pengalaman yang terjadi sehari-hari dan mencari penyelesaiannya bersama-sama. Menurut Notoatmodjo (2012), pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Penyampaian pesan dengan metode *peer group discussion* diharapkan dapat memberikan pengetahuan

yang lebih baik kepada masyarakat, kelompok, maupun individu tentang dampak perilaku merokok terhadap kesehatan.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu, sedangkan sebagian besar pengetahuan manusia didapatkan melalui indra penglihatan (30%) dan indera pendengaran (10%) (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan responden yang masih kurang dapat mengalami peningkatan yang signifikan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion*. Hal ini dipengaruhi oleh adanya pemberian suatu informasi dari luar melalui suatu proses pembelajaran dengan *peer group discussion* tentang perilaku merokok pada remaja yang dilakukan sebanyak tiga kali pertemuan, hal ini bertujuan agar terjadi retensi informasi pada diri responden. responden akan lebih mengerti dengan mendapatkan informasi secara terus dari peneliti, semakin banyak informasi yang masuk maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan seseorang. Penerimaan informasi yang jelas dan benar mempengaruhi proses pembelajaran sehingga meningkatkan pengetahuan responden tentang perilaku merokok pada remaja.

Basleman dan Mappa (2011) menjelaskan bahwa belajar sering diartikan sebagai proses atau hasil dan merupakan suatu kegiatan seseorang yang bisa dilakukan secara sengaja atau secara acak serta dapat memperoleh informasi atau keterampilan, sikap baru, pengertian, atau nilai. Belajar biasanya disertai perubahan tingkah laku dan berlangsung sepanjang hayat. Berdasarkan pemikiran tersebut, pendidikan adalah usaha sistematis yang terorganisasi untuk memajukan belajar, membina kondisi, dan menyediakan kegiatan yang mengakibatkan terjadinya peristiwa belajar. Sesuai dengan responden dalam penelitian ini yakni

remaja berusia 15-16 tahun yang masih merasa perlu mengumpulkan pengalaman baru, dan mengujinya walaupun beresiko karena remaja pada fase ini mulai bereksperimen dengan rokok (Depkes, 2001). Menurut Rogers dalam Basleman dan Mappa (2011) ada tiga unsur penting dalam belajar, yakni 1) peserta belajar hendaknya dihadapkan pada masalah nyata yang ingin dicari penyelesaiannya. 2) apabila kesadaran akan masalah terbentuk, maka terbentuk pulalah sikap terhadap masalah tersebut. pada tahap ini, sikap terbentuk melalui proses kenyataan (*realness, guiness*)-penerimaan (*acceptance*)-pengertian empatik (*empathic understanding*). 3) adanya sumber belajar, baik manusia maupun bahan tertulis/cetak.

Tingkat pengetahuan responden pada kelompok perlakuan setelah diberikan *peer group discussion* didapatkan peningkatan yang signifikan. Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada responden dalam penelitian ini dikarenakan adanya (1) kesadaran dan ketertarikan responden akan pentingnya *peer group discussion* tentang perilaku merokok pada remaja apalagi informasi yang akan disampaikan belum pernah diketahui secara jelas sebelumnya, hal ini ditunjukkan dengan beberapa responden peserta *peer group discussion* untuk bertanya kepada fasilitator selama kegiatan penyuluhan berlangsung, (2) materi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan responden saat ini, sebab beberapa responden merokok dikarenakan oleh faktor dari lingkungan yakni teman sebaya. Selain faktor gaya hidup remaja saat ini yang telah menganggap merokok di usia remaja adalah hal yang wajar dan untuk mempererat persahabatan dengan teman sebaya yang lainnya lewat merokok secara bersama-sama dalam satu kelompok atau satu tempat. (3) metode penyampaian yang diberikan dalam penelitian ini

peneliti menggunakan metode diskusi dengan teman sebaya, cara ini dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa responden tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Pengetahuan tentang kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara baik dan lebih mendalam, sehingga perilaku yang mereka peroleh akan lebih baik juga (Notoatmodjo, 2007). Selain itu bertujuan untuk mencegah kejenuhan responden dan lebih bisa berdiskusi secara terbuka dan tidak terlalu formal. (4) pemberian informasi yang jelas karena komunikasi yang dilakukan dua arah antara fasilitator dengan responden dan menggunakan contoh kasus yang sesuai dengan realita dilapangan sebagai media untuk menggali informasi yang ada dalam diri untuk didiskusikan lagi bersama teman sebaya sehingga responden dapat mengetahui dan memahami tentang perilaku merokok, komunikasi ini ditunjukkan dengan adanya respon yang positif dari responden untuk mengemukakan pendapatnya tentang perilaku merokok.

Sedangkan pada kelompok kontrol saat *pre-test* didapatkan tiga responden yang berpengetahuan cukup yakni responden nomer 2,3 dan 6. Hal ini dapat terjadi karena responden tersebut memperoleh pengetahuan dari beberapa media informasi yang ada sekarang ini (poster/televisi) atau juga dari orang tua responden yang menjelaskan tentang bahaya merokok. Kelompok kontrol tidak dilakukan pendidikan kesehatan melainkan diberikan informasi tentang perilaku merokok pada remaja melalui *leaflet* yang dibagikan kepada responden. *Leaflet* sebagai media pembelajaran sehingga responden pada kelompok kontrol menjadi dapat menguasai materi tanpa penjelasan tambahan dari peneliti. Hal ini

mengakibatkan responden pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan pengetahuan yang signifikan seperti yang terjadi pada kelompok perlakuan. Rendahnya perubahan pengetahuan responden yang terjadi pada kelompok kontrol dipengaruhi oleh minat responden tersebut untuk membaca *leaflet* yang diberikan kepada mereka. Tidak adanya motivasi dari diri responden untuk membaca *leaflet* mengakibatkan pengetahuan mereka kurang meningkat karena tidak adanya tambahan informasi yang diperoleh.

Penerimaan dan pemahaman suatu materi yang diberikan pada kelompok akan bergantung dari individu yang menerimanya, walaupun karakteristik demografi sama akan tetapi responden yang bisa mengerti dan memahami informasi yang diberikan padanya akan meningkat tingkat pengetahuannya. Menurut Matra (1994) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2005), makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Informasi yang diterima dari pendidikan kesehatan akan mengalami proses belajar di otak, belajar (*learning*) merupakan proses pengolahan dan penyimpanan informasi sebagai hasil pengalaman yang didapatkan seseorang (Vander, Sherman da Luciano, 2001) dalam Aristyana (2010).

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012) perubahan perilaku seseorang juga dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. 2) faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan. 3) faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok

referensi dari perilaku masyarakat. Setelah itu sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru) menurut Rogers (1974) Dalam Notoatmodjo (2012), didalam diri orang tersebut terjadi proses peroses yang berurutan, yakni 1) *Awareness*, yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu. 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus. 3) *Evaluation* yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Dalam hal ini sikap responden sudah lebih baik lagi. 4) *Trial* yakni seseorang telah mulai mencoba perilaku baru. 5) *Adoption* yakni subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Berdasarkan penelitian pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa ada perbedaan antara tingkat sikap sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil rerata meningkat dari *pre-test* ke *post-test*, menunjukkan secara kuantitatif bahwa sikap responden meningkat setelah diberikan intervensi. Sikap sebelum intervensi dapat dilihat dari tabel 5.3 dimana sebagian besar responden memiliki sikap yang negatif. Sedangkan hasil dari penelitian pada kelompok kontrol dilihat dari uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan $p=1,000$ yang artinya tidak ada perbedaan antara tingkat sikap responden sebelum dan sesudah intervensi. Hasil rerata pada kelompok perlakuan lebih tinggi dari pada hasil rerata pada kelompok kontrol, hal ini menunjukkan secara kuantitatif adanya peningkatan sikap setelah diberikan *peer group discussion*. Sedangkan uji statistik dengan *Mann-Whitney U Test* menunjukkan nilai signifikansi $p=0,037$ maka H_1 diterima berarti ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Mayoritas responden pada kelompok kontrol masih termasuk dalam kategori sikap negatif.

Jumlah responden pada kelompok perlakuan yang mempunyai sikap positif mengalami peningkatan dari satu responden (*pre-test*) menjadi enam responden (*post-test*). Adapun sikap responden dalam perilaku merokok dapat dipengaruhi oleh karakteristik demografi seperti usia. Usia responden 15-16 tahun berpengaruh terhadap kemampuan interpretasi sikap mereka, menurut Depkes RI (2001) pada usia tersebut remaja mulai berpikir secara independen dan membuat keputusan sendiri. Seperti pada responden dengan nomer 4 dan 5 pada kelompok perlakuan yang mengalami peningkatan pengetahuan maka akan meningkat pula sikapnya secara signifikan, berbeda dengan responden nomer 2 yang hanya mengalami perubahan sikap sedikit. Adanya peningkatan pemahaman tersebut akan menciptakan sikap positif responden, seperti halnya yang disampaikan Azwar (2008), bahwa orang akan mengubah sikapnya jika orang tersebut mampu mengubah kognitifnya terlebih dahulu.

Pada kelompok kontrol saat *pre-test* ditemukan 2 responden telah bersikap positif yakni responden nomer 2 dan 6 karena pada nilai pengetahuannya dalam kategori yang cukup. Setelah kegiatan intervensi pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan karena tidak ada materi yang diberikan karena kelompok kontrol hanya menerima leaflet dan ini juga dikarenakan tidak adanya dukungan dari lingkungan sekitar dan kebiasaan yang susah dihilangkan.

Menurut Azwar (2008) struktur sikap mempunyai 3 komponen yaitu (1) komponen kognitif (*cognitive*) merupakan kepercayaan mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap, (2) komponen aktif (*affective*) merupakan kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek, (3) komponen konatif (*conative*) merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam

diri seseorang yang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapi. Kepercayaan yang dianut responden merupakan dasar pengetahuan mereka untuk menentukan sikap yang dipilih, apakah yang memihak untuk menghentikan perilaku merokoknya atau menolak. Kepercayaan responden yang membentuk sikap negatif (tidak memihak) terhadap menghentikan perilaku merokoknya dapat dikarenakan kurang mendapat informasi yang jelas dan benar, sehingga sikap negatif responden yang sudah terbentuk atas dasar kepercayaan mempengaruhi perasaannya dan pada akhirnya responden memiliki kecenderungan untuk bersikap sesuai kepercayaan dan perasaannya.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi responden dalam bersikap adalah kebudayaan. Budaya hidup sehat responden yang selama ini dipercaya akan mempengaruhi sikap responden dalam menghadapi penyakit yang ditimbulkan oleh rokok. Mereka menganggap sepele dalam menjaga kesehatan, karena mereka tidak tahu akan bahaya yang bisa ditimbulkan dari kebiasaan buruk tersebut bisa mengakibatkan berbagai macam penyakit yang ditimbulkan oleh rokok. Seseorang akan memiliki pola sikap tertentu dikarenakan ia mendapat *reinforcement* (penguatan) dari lingkungan atau masyarakat di sekitarnya (Azwar, 2008).

Sikap belum merupakan tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan reaksi tertutup terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2007). Sikap responden dicerminkan dengan kesediaannya atau kesiapan untuk bertindak dan belum merupakan pelaksanaan suatu tindakan. Menurut Azwar (2008), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pembentukan sikap pada diri seseorang adalah 1)

pengalaman pribadi, 2) seseorang yang dianggap penting, 3) lembaga keagamaan
4) pengaruh budaya.

Pertama yaitu pengalaman pribadi, apa yang telah dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap suatu stimulus. Menurut Middlebrook (1974) dalam Azwar (2008), bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu obyek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. hal ini sesuai dengan kondisi responden di tempat penelitian dimana sebelum diberikan *peer group discussion* sebagian besar responden memiliki sikap yang negatif terhadap perilaku merokok. Rendahnya sikap positif ini dapat diakibatkan karena responden tidak pernah memiliki pengalaman atau mengetahui dampak merokok disekitarnya sehingga responden mengabaikan faktor-faktor risiko yang dapat mengakibatkan penyakit akibat merokok.

Kedua yaitu orang lain yang dianggap penting, keberadaan seseorang yang dianggap penting akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap seseorang terhadap sesuatu, dalam hal ini kehadiran orang yang dianggap mampu (petugas kesehatan) akan sangat mempengaruhi sikap responden dalam melakukan pengurangan rokok yang dihisap. Ketiga yaitu institusi atau lembaga keagamaan, sistem ini mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap responden karena para responden menjadikan sistem ini sebagai dasar acuan dalam bertindak maupun sebagai konsep moral untuk berperilaku. Keempat yaitu pengaruh budaya, budaya hidup responden yang dijalankan selama ini akan menanamkan pengaruh terhadap pembentukan sikap, jika budaya di lingkungan rumah mempunyai sikap yang

negatif terhadap perilaku merokok maka responden akan mengikuti pola budaya tersebut.

Azwar (2008) mengemukakan bahwa komponen afektif merupakan komponen kedua setelah komponen kognitif dalam struktur sikap. Menurut Azwar (2008), tingkat pendidikan merupakan suatu sistem yang berpengaruh dalam pembentukan sikap. Tingkat pendidikan yang tinggi menyebabkan orang mempunyai sikap yang positif dalam menjalankan tugasnya. Responden dalam penelitian ini berada dalam tingkat pendidikan yang sama tetapi tingkat penerimaan dan pemahaman setiap individu terhadap materi yang diberikan berbeda satu sama lain, sehingga akan mempengaruhi sikap responden tentang perilaku merokoknya. Intelegensi juga akan mempunyai pengaruh terhadap proses pemahaman isi pesan dan penerimaan persuasi. Orang yang lebih cerdas akan lebih mudah memahami isi pesan-pesan persuasif yang kompleks (Azwar, 2008).

Berdasarkan hasil uji statistik *Paired Sample T Test* pada kelompok perlakuan didapat $p=0,000$ dan *Wilcoxon Signed Rank test* pada kelompok kontrol didapat $p=0,102$, sehingga terdapat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Serta hasil rerata mengalami penurunan dari *pre-test* ke *post-test* menunjukkan secara kuantitatif bahwa tindakan responden yakni jumlah rokok yang dihisap dalam satu hari mengalami penurunan setelah diberikan intervensi. Tindakan sebelum intervensi dapat dilihat dari tabel 5.4 dimana pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mayoritas responden mempunyai tindakan yang relatif sama yakni menghabiskan 4 batang rokok setiap harinya. Sedangkan uji statistik dengan *Independen Sample T Test* menunjukkan $p=0,002$,

sehingga ada pengaruh *peer group discussion* terhadap perubahan tindakan responden.

Pada kelompok perlakuan terdapat 2 responden yang mengalami penurunan jumlah rokok yang dihisapnya perhari hingga menjadi tidak merokok lagi yakni responden nomer 4 dan 5. Hal ini di dukung karena reponden telah menyadari tentang bahaya merokok bagi kesehatannya, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 3 responden yang jumlah *pre-test* dan *post-test* nya sama yakni responden nomer 1,2,3 dan 6 hal ini dapat didukung dari uang saku responden yang cukup untuk digunakan membeli beberapa batang rokok. Sedangkan responden nomer 4 dan 5 jumlah rokok yang dihisapnya menurun karena responden tersebut hanya merokok jika sedang berkumpul dengan teman-teman sebayanya saja.

Menurut Effendi dalam Aristyana (2010), hambatan-hambatan yang sering dihadapi dalam memecahkan masalah kesehatan adalah pendidikan yang rendah, keterbatasan keuangan, sarana dan prasarana, kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang. Jenjang pendidikan secara umum mempengaruhi bentuk pemikiran dan tindakan yang dilakukan responden. dilihat dari karakteristik responden yang berpendidikan sama yakni SMA dan memiliki uang saku yang relatif cukup untuk membeli rokok serta di dukung oleh faktor yang mendukung perilaku merokok dari teman sebaya sehingga mengakibatkan rendahnya tingkat keinginan atau tidak mempunyai motivasi untuk peduli terhadap kesehatan diri sendiri.

Menurut Lawrence Green yang dikutip dalam Notoatmodjo (2012) menyebutkan bahwa suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain tersedianya fasilitas sehingga suatu pengetahuan dan sikap yang sudah terbentuk dapat diaplikasikan dengan baik dan benar. Selain faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari keluarga dan lingkungan sekitar. Tindakan memiliki beberapa tingkatan yaitu (1) persepsi (*perception*) merupakan mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. (2) respon terpimpin (*guided response*) merupakan suatu kegiatan dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai contoh yang diberikan. (3) mekanisme (*mechanism*) merupakan suatu kegiatan dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan. (4) adopsi (*adoption*) tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2003). Menurut Thorndike dalam Setiawati (2008) yang mendasari bahwa belajar merupakan pembentukan hubungan antara stimulus dan respon serta pengulangan terhadap pengalaman-pengalaman itu memperbesar peluang timbulnya respon tindakan yang benar.

Perubahan jumlah rokok yang dihisap dalam sehari/tindakan responden setelah diberikan *peer group discussion* dalam penelitian ini dapat dipengaruhi oleh (1) tingkat pendidikan responden dalam jenjang yang sama dan dalam satu lingkungan, sehingga responden dapat mengaplikasikan pengetahuan yang didapat dalam bentuk nyata yaitu mengurangi jumlah rokok yang dihisap. (2) dukungan

dan motivasi dari orang yang terdekat dalam hal ini adalah teman sebaya yang ada di sekolah sehingga responden merasa terdorong untuk memulai gaya hidup yang sehat. (3) kebudayaan/kebiasaan merokok saat berkumpul bersama teman-teman sesama perokok perlahan tidak memotivasi responden untuk merokok karena responden sudah tahu secara jelas dan benar bahaya/dampak merokok bagi kesehatan. (4) metode yang di berikan dapat memberikan informasi terhadap responden dari buku kisah nyata tokoh-tokoh terkenal yang ada di Indonesia dan dunia saat berhenti merokok dan cara berhenti merokok.

Pendidikan kesehatan pada dasarnya ialah suatu proses mendidik individu/masyarakat supaya mereka dapat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya (Sarwono, 2004). Teknik diskusi dalam kegiatan belajar bertujuan agar responden dapat dirangsang untuk responsif terhadap lingkungan, mengidentifikasi dan merumuskan masalah, mencari alternatif pemecahan masalah, menetapkan prioritas penyelesaian setelah mempertimbangkan sumber yang tersedia dan kendala yang mungkin dihadapi (Basleman, Mappa, 2011). Di tempat penelitian berdasarkan data demografi terdapat responden yang telah merokok sejak 1-2 tahun yang lalu, jika tindakan tersebut dilakukan semakin lama lagi tidak menutup kemungkinan jumlah rokok yang dihisap oleh responden akan semakin bertambah (Leventhal, 1988; Dhuyvettere, 1990), walaupun seperti yang dikatakan Klinke dan Meeker dalam Liestyanto (2011) bahwa motif perokok adalah untuk relaksasi, kedepannya juga tidak menutup kemungkinan para responden akan memperoleh dampak yang disebabkan oleh tindakan merokoknya tersebut seperti yang disebutkan oleh Depkes RI (2012) terdapat 15 macam penyakit yang dapat disebabkan oleh rokok.

Sedangkan, tidak ada usaha dari petugas kesehatan untuk mencegah kejadian penyakit-penyakit yang diakibatkan rokok dengan mengadakan pendidikan kesehatan.

Pemberian informasi dimaksudkan untuk menciptakan suatu perilaku sehat responden sehingga tidak terjadi sakit, karena menurut Frieden (2010) pendidikan kesehatan mampu mempengaruhi perubahan perilaku seseorang. Terjadinya peningkatan pemahaman responden merupakan awal dari meningkatnya pengetahuan, sikap dan tindakan responden tentang perilaku merokok dengan cara mengurangi atau berhenti menghisap rokok. Hal ini sejalan dengan penelitian Deviani, dkk (2004) dalam Maryanti (2007), bahwa adanya pengetahuan terhadap manfaat suatu hal akan menyebabkan orang memiliki sikap yang positif terhadap hal tersebut. Knowles (1973) dalam Basleman dan Mappa, (2011) menyebutkan pembelajaran merupakan suatu proses tempat perilaku diubah, dibentuk, atau dikendalikan dengan fungsi pada aspek-aspek tertentu seperti motivasi yang diyakini bisa membantu menghasilkan perubahan dalam diri seseorang.

Adanya pendidikan kesehatan mengenai perilaku merokok pada remaja di SMA Negeri 17 Surabaya dapat meningkatkan pengetahuan para responden menjadi lebih baik. Kemudian memunculkan reaksi responden untuk menilai kebiasaan-kebiasaan yang selama ini telah mereka lakukan dengan mengacu pada pengetahuan yang sudah diperoleh. Responden yang sudah bisa menangkap pesan-pesan positif dari perilaku merokok lalu memutuskan untuk bersikap positif dan merubah tindakan menjadi lebih baik. Penelitian lain yang dilakukan oleh Dahm et al (2009) menyimpulkan bahwa sikap yang dimiliki oleh seseorang dapat digunakan untuk memprediksi tindakan yang ia lakukan. Pengetahuan yang telah

dipahami oleh responden mampu menghasilkan sikap yang positif dengan tindakan menjaga kesehatan tubuhnya salah satunya dengan cara mengurangi dan berhenti merokok karena disamping itu perilaku merokok juga sangat merugikan bagi perokok pasif yang secara tidak langsung juga ikut menghirup paparan asap rokok dari perokok aktif (Dariyo, 2003).

Herawani dalam Aristyana (2010) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan usaha untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap, maupun tindakan untuk mencapai hidup sehat secara optimal. Pemberian informasi dimaksudkan untuk menciptakan suatu perilaku sehat sehingga tidak terjadi suatu penyakit. Terjadi peningkatan pemahaman responden merupakan awal dari meningkatnya pengetahuan tentang perilaku merokok dan cara menguranginya. Adanya *peer group discussion* mengenai macam-macam penyakit yang diakibatkan oleh rokok pada responden di SMA Negeri 17 Surabaya dapat meningkatkan pengetahuan para responden, dimana pengetahuan yang telah dipahami oleh responden mampu menghasilkan sikap yang positif untuk melakukan tindakan yang baik pula. Sehingga terbentuk remaja yang peduli akan bahaya penyakit yang ditimbulkan oleh rokok dengan banyaknya remaja yang merokok disekitar responden di sekolah dan diharapkan responden penelitian juga dapat menjelaskan kepada teman-teman sebayanya tentang baik dan buruknya perilaku merokok, agar terwujudnya pola hidup yang sehat dan menurunnya angka penyakit yang diakibatkan oleh perilaku merokok serta mengurangi perilaku menyimpang dikalangan remaja.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan simpulan dan saran dari hasil penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan siswa remaja tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya.

6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan responden tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya sebelum diberikan *peer group discussion* rata-rata masih kurang karena responden belum pernah di berikan penjelasan yang jelas tentang dampak merokok bagi kesehatan, setelah diberikan *peer group discussion* mayoritas pengetahuannya meningkat dan mengerti tentang bahaya merokok bagi kesehatan, sedangkan pada kelompok kontrol pengetahuan responden kurang baik pada *pre-test* dan *post-test*. Melalui *peer group discussion* para responden dapat saling tukar-menukar informasi dengan teman sebayanya sehingga dapat menambah pengetahuan.
2. Sikap responden tentang perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya sebelum diberikan *peer group discussion* sebagian besar bersikap negatif dan setelah diberikan *peer group discussion* sebagian besar memiliki sikap yang positif. Pada kelompok kontrol tidak ada perubahan baik sebelum maupun sesudah *peer group discussion* yaitu sebagian besar bersikap negatif. Melalui *peer group discussion* yang membahas tentang perilaku merokok pada remaja, responden dapat mengambil sikap positif yang akan diambil untuk mengurangi jumlah rokok yang dihisap.

3. Tindakan responden dalam perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya sebelum diberikan *peer group discussion* responden telah masuk dalam kategori ringan yakni jumlah rokok yang dihisap kurang dari atau sama dengan 4 batang per hari. Pada kelompok perlakuan setelah diberikan *peer group discussion* mengalami perubahan jumlah rokok yang dihisap dalam sehari mengalami penurunan dan mulai ada yang berhenti merokok, sedangkan pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan. Metode *peer group discussion* cukup efektif untuk mengubah tindakan siswa remaja dalam mengurangi jumlah rokok yang dihisap dalam sehari karena memperoleh dukungan antar teman sebaya atas dasar dampak yang ditimbulkan oleh rokok.
4. *Peer group discussion* mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pada siswa di SMA Negeri 17 Surabaya tentang perilaku merokok. Proses belajar yang nyaman dan menyenangkan dengan kelompok teman sebaya ini dapat merubah persepsi remaja pertengahan mengenai perilaku merokok yang pada akhirnya dapat menambah pengetahuan dan sikap remaja, serta menurunkan tindakan/jumlah rokok yang dihisap dalam satu hari.

6.2 Saran

1. Upaya peningkatan kesehatan remaja dalam perilaku merokok, tidak hanya berpusat pada pendidikan yang di berikan dirumah dan disekolah tetapi juga harus ada upaya preventif dan promotif yang dapat dilaksanakan oleh petugas kesehatan baik dokter dan perawat yang ada di

puskesmas sekitar sekolah dengan cara pendidikan atau penyuluhan kesehatan.

2. Bagi sekolah sebaiknya menjadikan sekolah bebas dari asap rokok dan lebih sering mengadakan sidak dan memberi hukuman yang tegas terhadap siswa yang masih merokok dilingkungan sekolah.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggunakan penelitian ini sebagai bahan gambaran untuk melakukan penelitian dan menggunakan metode lain yang lebih efektif untuk mengurangi perilaku merokok di kalangan remaja serta dengan waktu penelitian yang lebih lama sehingga memperoleh hasil yang lebih berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, P.D.M., 2010. *Psikologi Remaja*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Amalia, L., 2009. *Mengobati Kanker Serviks dan 32 Jenis Kanker Lainnya*. Yogyakarta: Landscape. Hal 59-62.
- Anon., n.d. *The law Society of Upper Canada*. [Online] Available at: www.LSUC.ON.CA [Accessed Diakses tanggal 5 April 2013].
- Arikunto, S., 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Aristyana, E., 2010. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Peer Group Discussion Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Pencegahan Kanker Serviks di Dusun Ngrandu Kecamatan Sukomoro Nganjuk*. Surabaya: Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Ariyanto, S., 2011. *Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Perilaku Merokok Pada Remaja Pria di Desa Budagan Kecamatan Padamawu Kabupaten Pamekasan*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Asmara, T., 2007. *Efektifitas Bimbingan Kelompok dengan Teknik Peer Group dalam Meningkatkan Konsep Diri Siswa Kelas III A di SMP Mardisiwa Semarang Tahun Pelajaran 2006/2007*. Universitas Negeri Semarang: Skripsi Tidak Dipublikasikan.
- Azwar, S., 2011. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- BKKBN, 2002. *Orang Tua Sebagai Sahabat Remaja*. Jakarta: BKKBN.
- Cahyaningsih, D.S., 2011. *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Depkes, P.J.I., 2010. *Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes, R.I. 2012. Pusat Promosi Kesehatan.
<http://www.promkes.depkes.go.id/index.php/component/search/?searchword=rokok&searchphrase=all&Itemid=435>. Diakses 5 Maret 2013
- Efendi, M., 2005. *Efektivitas Pendekatan Terapi Perilaku Kognitif Untuk Meningkatkan Persepsi Efikasi Diri Tidak Merokok di Kalangan Siswa SLTP*. Surabaya: Disertasi Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.

- Efendi, F. & Makhfudli, 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hurlock, E.B., 2000. *Perkembangan Anak, Jilid 1*. Jakarta: Erlangga.
- Hurlock, E.B., 2004. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
- Hurlock, E.B., 2007. *PSIKOLOGI PERKEMBANGAN: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan (ed.5)*. Jakarta: Erlangga.
- Indri, 2007. *Perilaku Merokok Pada Remaja*. [Online] Available at: <http://respiratory.usu.ac.id/handle/123456789/3642>. diakses 10 maret 2013.
- Isrofin, 2009. *Penerapan Teknik Peer Group Discussion Untuk Meningkatkan Konsep Diri Positif Siswa Kelas XII s1 di MAN Malang*. Malang: Perpustakaan Digital Universitas Negeri Malang.
- Joewana, S., 2003. *Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif: Penyalahgunaan Napza/Narkoba, E/2*. Jakarta: EGC.
- Kholish, N., 2011. *Kisah Inspiratif Perjuangan Berhenti Merokok*. Yogyakarta: Real Books.
- Liesyanto, F.A., 2011. *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa S1 Program Studi Ilmu Keperawatan Jalur Reguler di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga*. Surabaya: Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Maulana, H.D.J., 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nisak, F.K., 2012. *Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Notoatmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2011. *Kesehatan Masyarakat. Revisi ed*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Revisi ed*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Promosi Kesehatan di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Optometrist, T.C.o., 2012. *Guidance for Facilitators of Peer Discussion Groups*. [Online] Available at: http://literacy.kent.edu/eureka/strategies/book_clubs.pdf. diakses 29 maret 2013
- Parrot, A., 2004. *Does Cigarette Smoking Cause Stress*. [Online] Available at: <http://www.fidarticles.com/>. diakses 1 maret 2013
- Putri, A.A., 2009. *Pengaruh Peer Group Discussion Terhadap Penurunan Kecemasan Remaja Putri Menghadapi Fluor Albus di SLTPN 32 Surabaya*. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga: Skripsi Tidak Dipublikasikan.
- Rumini, P.D.S. & Sundari, D.S., 2004. *Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sanjaya, W., 2011. *Strategi Pembelajaran Berorientasi Standar Proses Pendidikan*. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Santrock, J.W., 2007. *Remaja. 11 Jilid 2 ed*. Jakarta: Erlangga.
- Santrock, J.W., 2012. *Life-Span Development. 13 ed*. Jakarta: Erlangga.
- Sarwono, S.W., 2010. *Teori-teori Psikologi Sosial*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sarwono, S.W., 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Siquera, d., 2004. *Smoking cessation in adolescent: The role of nicotine dependence, stress, and coping methods*. [Online] Available at: <http://www.proquest.com/>.
- Soetjningsih, 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Suharnan, 2005. *Psikologi Kognitif*. Surabaya: Srikandi.
- Suiraka, I.P. & Supriasa, I.D.N., 2012. *Media Pendidikan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tandra, H., 2011. *Merokok dan Kesehatan*. [Online] Available at: http://antirokok.or.id/berita/berita_rokok_kesehatan.htm. diakses 8 Maret 2013
- Wallace, J.J.F.D.M., 2006. *nursing research*. Second ed ed. USA: spinger publising Company.
- WHO, 2013. *Tobacco*. [Online] Available at: www.who.int/mediacenter/factsheets/fs339/en/. diakses juli 2013

Lampiran 1



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH MENENGAH ATAS NEGERI 17
Jl.RungkutAsri Tengah Komp.YKP(031) 8700717Surabaya 60293



7384

SURAT – KETERANGAN
No : 800/189/436.5.6.15.217/2013

Kepala SMA Negeri 17 Surabaya menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : ARIF NOVAN RISMANA

N I M : 130915053

Universitas Negeri Airlangga Surabaya Fakultas Keperawatan S 1 ,dan kami

Telah memberikan perijinan melakukan pengambilan data awal pada siswa putra

Lokasi Pengambilan : SMA Negeri 17 Surabaya

Rungkut Asri tengah kompleks YKP Surabaya

Waktu : Bulan April 2013

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Surabaya, 02 April 2013

Kepala,



Drs.BAMBANG AGUS SANTOSO

Pembina Tk. I

NIP. 19610826 198603 1 011

Lampiran 2



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 13 Mei 2013

Nomor : 1466 /UN3.1.12/PPd/2013
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Sekolah SMA Negeri 17 Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Arif Novan Rismana
 NIM : 130915053
 Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Peer Group Discussion Terhadap Perubahan Perilaku Merokok Di SMA Negeri 17 Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plh. Wakil Dekan I
 Wakil Dekan II,



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
 NIP : 197806062001122001

Lampiran 3



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH MENENGAH ATAS NEGERI 17
Jl. Rungkut Asri Tengah Komp. YKP (031) 8700717 Surabaya 60293



SURAT – KETERANGAN
No : 800/388/436.5.6.15.217/2013

Kepala SMA Negeri 17 Surabaya menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : ARIF NOVAN RISMANA

N I M : 130915053


Universitas Negeri Airlangga Surabaya Fakultas Keperawatan S 1 , dan kami
Telah menjalankan penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Peer*
Grup Discussion Terhadap Perubahan Perilaku Merokok

Lokasi Pengambilan : SMA Negeri 17 Surabaya
Rungkut Asri tengah kompleks YKP Surabaya

Waktu : Bulan Mei s/d Juni 2013

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Surabaya, 11 Juni 2013

Kepala,

Drs. BAMBANG AGUS SANTOSO
Pembina Tk. I

NIP. 19610826 198603 1 011

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Arif Novan Rismana

Nim : 130915053

Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang saat ini dalam tahap menyelesaikan tugas akhir, akan melaksanakan penelitian dengan judul “Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap perubahan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya”.

Untuk maksud di atas saya mohon kesediaan Anda berkenan untuk menjadi subjek dalam penelitian saya. Adapun hal-hal yang perlu anda ketahui adalah :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer group discussion* terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan remaja tentang perilaku merokok.
2. Manfaat penelitian ini adalah memberikan pengetahuan dan wawasan kepada Anda tentang perilaku merokok.
3. Pelaksanaan penelitian ini adalah dengan pemberian informasi kepada Anda tentang perilaku merokok, yang sebelum dan sesudah pemberian informasi

tersebut diharapkan Anda mengisi kuesioner *pre-test* dan *post-test* yang telah disiapkan oleh peneliti dan kemudian hasilnya akan diolah oleh peneliti. Diharapkan Anda memberikan jawaban dengan jujur sesuai petunjuk yang ada.

4. Identitas Anda sebagai responden akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti dan hanya data yang Anda isikan yang akan digunakan. Jawaban yang anda berikan juga akan peneliti jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Bersama ini saya mohon kesediaannya untuk menjadi responden. Atas partisipasi dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Mei 2013

Hormat saya,

Arif Novan Rismana

Lampiran 5

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Informant Consent

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama siswa :

Kelas/Telp :

Setelah diberikan penjelasan mengenai pelaksanaan penelitian “Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer geroup discussion* terhadap perubahan perilaku merokok di SMA Negeri 17 Surabaya”, Saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Arif Novan Rismana sampai dengan berakhirnya masa penelitian yang dimaksud.

Bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian sesuai dengan kondisi yang sesungguhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak sedang dalam paksaan siapapun dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Mei 2013

()

Lampiran 6

**Kuesioner Pengaruh Pendidikan Kesehatan *Peer Group Discussion*
Terhadap Perubahan Perilaku Merokok di SMA Negeri 17 Surabaya**

Data demografi

1. Usia anda saat ini?
 - a. 15 Tahun
 - b. 16 tahun
2. Sejak kapan anda mulai merokok?
 - a. 1 tahun yang lalu
 - b. 2 tahun yang lalu
3. Berapakah uang saku anda saat sekolah?
 - a. \leq Rp 5.000
 - b. Rp 10.000 – Rp 15.000
 - c. \geq Rp 15.000
4. Faktor apakah yang mendasari alasan anda untuk merokok?
 - a. Faktor orang tua
 - b. Faktor teman
 - c. Faktor Iklan
 - d. Faktor kepribadian (menghilangkan stress)

A. Pengetahuan Remaja Mengenai Merokok

Petunjuk: Lingkari pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

1. Apakah rokok itu?
 - a. Cacahan tembakau
 - b. Tembakau yang dibakar lalu dihisap
 - c. Tembakau yang dihisap
 - d. Cacahan tembakau yang dibungkus dengan kertas
2. Zat-zat kimia dalam rokok antara lain:
 - a. Tar, nikotin, karbon monoksida
 - b. Metanol, naftalene, chlorin
 - c. Amonia, nikotin, mineral
 - d. Vitamin, nitrosamine, asam
3. Apakah bahaya nikotin dalam rokok?
 - a. Memicu kanker paru-paru

- b. Darah tidak mampu mengikat oksigen
 - c. Terikat pada protein
 - d. Meracuni ginjal
4. Berikut ini yang termasuk perilaku merokok adalah, kecuali ...
- a. Membakar tembakau
 - b. Menghisap tembakau
 - c. Membeli rokok
 - d. Menghembuskan asap
5. Penyakit yang ditimbulkan akibat merokok, kecuali ..
- a. Kanker
 - b. Penglihatan kabur
 - c. Kencing manis
 - d. Sakit maag
6. Pernyataan di bawah ini adalah benar, kecuali ...
- a. Merokok bukanlah suatu penyakit
 - b. Merokok memicu munculnya penyakit
 - c. Merokok dapat menyebabkan stress
 - d. Merokok merugikan perokok dan orang di sekitarnya
7. Siapa sajakah yang disebut perokok pasif?
- a. Ayah yang merokok
 - b. Ibu hamil yang merokok
 - c. Anak dalam kandungan ibu hamil yang merokok
 - d. Pedagang rokok yang merokok
8. Apakah akibat yang ditimbulkan bagi anak-anak yang menghirup asap rokok?
- a. Batuk, pilek
 - b. Muntah-muntah
 - c. Kejang
 - d. Pingsan
9. Faktor apa saja yang mempengaruhi kebiasaan merokok remaja?
- a. Uang saku kurang
 - b. Ajakan teman
 - c. Peraturan merokok di sekolah

- d. Akses rokok terbatas
10. Apakah yang tidak boleh kamu lakukan jika kamu adalah perokok berat dan ingin berhenti dari kebiasaan tersebut?
- Niatan yang kuat pada diri
 - Mencari alternatif sehat lain
 - Mengganti dengan cerutu tembakau
 - Menurunkan jumlah rokok per hari

B. Sikap Remaja Mengenai Merokok

Petunjuk: Beri tanda (√) pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

SS: Sangat Setuju

S : Setuju

TS: Tidak Setuju

STS: Sangat Tidak Setuju

| No | Pernyataan | SS | S | TS | STS |
|----|--|----|---|----|-----|
| 1 | Menurut anda bahaya merokok terhadap remaja yang terutama adalah fisiknya | | | | |
| 2 | Menurut anda nikotin dalam rokok menyebabkan ketergantungan/adiksi | | | | |
| 3 | Menurut anda teman sebaya tidak dapat mempengaruhi perilaku merokok seseorang | | | | |
| 4 | Menurut anda iklan di media memicu perilaku merokok remaja | | | | |
| 5 | Menurut anda anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan | | | | |

C. Tindakan Remaja Mengenai Merokok

Petunjuk: Isilah dengan (angka) benar dan jujur.

1. Berapa batang rokok yang Anda habiskan dalam sehari?

..... Batang/hari

Lampiran 7

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Peer group discussion I

Tempat : SMA Negeri 17 Surabaya

Sasaran : Siswa putra kelas X di SMA Negeri 17 Surabaya

Hari/Tanggal : Disesuaikan

Alokasi Waktu: 60 menit

1. TUJUAN

1) Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti *peer group discussion* selama 60 menit, peserta bertambah pengetahuannya tentang perilaku menyimpang pada remaja, perilaku merokok, faktor yang mempengaruhi remaja merokok dan kandungan zat yang terdapat di dalam rokok.

2) Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan, peserta mampu :

- (1) Memahami tentang perilaku menyimpang
- (2) Memahami perilaku merokok
- (3) Menyebutkan faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok
- (4) Memahami Kandungan dalam rokok

2. MATERI

- 1) Perilaku menyimpang pada remaja
- 2) Perilaku merokok

- 3) Faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok
- 4) Macam-macam kandungan dalam rokok
3. **METODE** : *Peer group discussion* dan peneliti sebagai fasilitator
4. **MEDIA** : Contoh kasus dan *Leaflet*
5. **KEGIATAN**

| No | Tahap dan waktu | Kegiatan Fasilitator | Kegiatan Responden |
|----|---|--|--|
| 1. | Pendahuluan 10 menit | Pembukaan : 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatn kontrak kegiatan 3. Menyampaikan tujuan dari pendidikan kesehatan 4. Menyebutkan materi <i>peer group discussion</i> I | 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan |
| 2. | Kegiatan inti 40 menit (20 menit) (20 menit) | Pelaksanaan A. Diskusi <i>peer group</i> • Memberikan kasus untuk di diskusikan dalam kelompok • Memberikan waktu untuk berdiskusi • Memberikan peserta kesempatan untuk menyampaikan hasil diskusi • Peneliti sebagai fasilitator mengawasi jalannya diskusi agar sesuai dengan tujuan pembelajaran B. Pemberian materi • Pengertian perilaku menyimpang • Pengertian perilaku merokok • Menjelaskan faktor yang mempengaruhi merokok • Menjelaskan | A. Siswa berdiskusi dengan kelompok <i>peer group</i> nya, dipimpin oleh ketua kelompok. Setelah selesai kemudian menyampaikan hasil yang di diskusikan oleh ketua kelompok. B. Mendengarkan dan membaca leaflet serta aktif dalam bertanya |

| | | | |
|----|---------------------|---|--|
| | | kandungan di dalam rokok • Memberikan leaflet • Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya | |
| 3. | Penutup 10 menit | Evaluasi 1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang diberikan 2. Pemberian reinforcement Terminasi 1. Menyampaikan jadwal peer group discussion II 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terima kasih dan salam | 1. Menjawab pertanyaan 2. Menerima 1. Memperhatikan 2. Menjawab salam |

6. ANTISIPASI MASALAH

- 1) Sebelum dimulai, peserta dijelaskan untuk sedapat mungkin tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan *peer group discussion* berakhir. Peserta dapat meninggalkan tempat dengan izin fasilitator.
- 2) Bila ada peserta yang kurang aktif dalam kegiatan diskusi, maka fasilitator memberikan pertanyaan atau dengan memberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya.
- 3) Bila ada peserta yang terlalu aktif dalam diskusi maka fasilitator bertugas untuk mengendalikan dengan cara melempar pertanyaan kepada responden yang kurang aktif, sehingga diskusi berjalan dengan baik.

7. EVALUASI

1) Evaluasi Struktur

- (1) Persiapan kegiatan telah diselesaikan 2 hari sebelumnya
- (2) Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap materi *peer group discussion*
- (2) Peserta memberikan pendapat saat *peer group discussion*

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta mampu menjelaskan tentang penyimpangan perilaku remaja
- (2) Peserta memahami tentang perilaku merokok
- (3) Peserta memahami faktor yang mempengaruhi perilaku merokok
- (4) Peserta mampu menjelaskan kandungan berbahaya yang terdapat di dalam rokok

Lampiran 8

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN***Peer group discussion II***

Tempat : SMA Negeri 17 Surabaya

Sasaran : Siswa putra kelas X di SMA Negeri 17 Surabaya

Hari/Tanggal : Disesuaikan

Alokasi Waktu: 60 menit

1. TUJUAN

1) Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti *peer group discussion* selama 60 menit, peserta bertambah pengetahuannya tentang bahaya merokok terhadap perokok aktif dan pasif, dampak merokok bagi kesehatan dan langkah untuk berhenti merokok

2) Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan, peserta mampu :

- (1) Memahami bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif
- (2) Menyebutkan dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan
- (3) Memahami langkah untuk berhenti merokok

2. MATERI

- 1) Bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif
- 2) Dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan
- 3) Langkah untuk berhenti merokok

3. METODE : *Peer group discussion* dan peneliti sebagai fasilitator

4. MEDIA : Contoh kasus dan *Leaflet*

5. KEGIATAN

| No | Tahap dan waktu | Kegiatan fasilitator | Kegiatan responden |
|----|---|--|--|
| 1. | Pendahuluan 10 menit | Pembukaan 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatn kontrak kegiatan 3. Menyampaikan tujuan dari pendidikan kesehatan 4. Menyebutkan materi <i>peer group discussion</i> II | 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. mendengarkan |
| 2. | Kegiatan inti 40 menit (20 menit) (20 menit) | Pelaksanaan A. Diskusi <i>peer group</i> • Memberikan kasus untuk di diskusikan dalam kelompok • Memberikan waktu untuk berdiskusi • Memberikan peserta kesempatan untuk menyampaikan hasil diskusi • Peneliti sebagai fasilitator mengawasi jalannya diskusi agar sesuai dengan tujuan pembelajaran B. Pemberian materi • Menjelaskan antara bahaya perokok aktif dan perokok pasif • Menjelaskan dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan • Langkah/proses berhenti merokok • Memberikan leaflet • Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya | A. Siswa berdiskusi dengan kelompok <i>peer group</i> nya, dipimpin oleh ketua kelompok. Setelah selesai kemudian menyampaikan hasil yang di diskusikan oleh ketua kelompok. B. Mendengarkan dan membaca leaflet serta aktif dalam bertanya |
| 3. | Penutup 10 menit | Evaluasi 1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang diberikan | 1. Menjawab pertanyaan |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | 2. Pemberian <i>reinforcement</i> Terminasi 1. Menyampaikan jadwal <i>peer group</i> <i>discussion</i> III 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terima kasih dan salam | 2. Menerima 1. Memperhatikan 2. Menjawab salam |
|--|--|---|--|

6. ANTISIPASI MASALAH

- 1) Sebelum dimulai, peserta dijelaskan untuk sedapat mungkin tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan *peer group discussion* berakhir. Peserta dapat meninggalkan tempat dengan izin fasilitator.
- 2) Bila ada peserta yang kurang aktif dalam kegiatan diskusi, maka fasilitator memberikan pertanyaan atau dengan memberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya.
- 3) Bila ada peserta yang terlalu aktif dalam diskusi maka fasilitator bertugas untuk mengendalikan dengan cara melempar pertanyaan kepada responden yang kurang aktif, sehingga diskusi berjalan dengan baik.

7. EVALUASI

1) Evaluasi Struktur

- (1) Persiapan kegiatan telah diselesaikan 2 hari sebelumnya
- (2) Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan

2) Evaluasi proses

- (1) Peserta antusias terhadap materi *peer group discussion*
- (2) Peserta memberikan pendapat saat *peer group discussion*

3) Evaluasi hasil

- (1) Peserta mampu menjelaskan bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif
- (2) Peserta memahami dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan
- (3) Peserta mampu menjelaskan langkah untuk berhenti merokok

Lampiran 9

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN***Peer group discussion III***

Tempat : SMA Negeri 17 Surabaya

Sasaran :Siswa putra kelas X di SMA Negeri 17 Surabaya

Hari/Tanggal : Disesuaikan

Alokasi Waktu: 60 menit

1. TUJUAN

1) Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti *peer group discussion* selama 60 menit, peserta dapat mengingat kembali pembahasan mengenai penyimpangan perilaku remaja, perilaku merokok, faktor yang mempengaruhi perilaku merokok, kandungan berbahaya dalam rokok, bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif, dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan, dan langkah berhenti merokok pada pertemuan sebelumnya. Serta akan dijelaskan upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok.

2) Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan, peserta mampu :

- (1) Memahami perilaku menyimpang
- (2) Memahami perilaku merokok
- (3) Menyebutkan faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok
- (4) Memahami kandungan dalam rokok
- (5) Memahami bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif

(6) Menyebutkan dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan

(7) Memahami langkah untuk berhenti merokok

(8) Memahami upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok

2. MATERI

1) Perilaku menyimpang pada remaja

2) Perilaku merokok

3) Faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok

4) Macam-macam kandungan dalam rokok

5) Bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif

6) Dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan

7) Langkah untuk berhenti merokok

8) Upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok

3. **METODE** : *Peer group discussion* dan peneliti sebagai fasilitator

4. **MEDIA** : *Leaflet*

5. KEGIATAN

| No | Tahap dan waktu | Kegiatan fasilitator | Kegiatan responden |
|----|---------------------------|--|--|
| 1. | Pendahuluan 10 menit | Pembukaan 5. Mengucapkan salam 6. Mengingatnkan kontrak kegiatan 7. Menyampaikan tujuan dari pendidikan kesehatan 8. Menyebutkan materi <i>peer group discussion III</i> | 5. Menjawab salam 6. Mendengarkan 7. Mendengarkan 8. mendengarkan |
| 2. | Kegiatan inti 40 menit | Pelaksanaan A. Memberikan pertanyaan tentang : • Perilaku menyimpang pada remaja | A. Menjawab pertanyaan |

| | | | |
|----|---------------------|---|--|
| | (25 menit) | <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku merokok • Faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok • Macam-macam kandungan dalam rokok • Bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif • Dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan • Langkah untuk berhenti merokok | |
| | (15 menit) | <p>B. Pemberian materi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok • Memberikan hand out • Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya | B. Mendengarkan dan membaca hand out, serta aktif dalam bertanya |
| 3. | Penutup 10 menit | <p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang diberikan 2. Pemberian <i>reinforcement</i> <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terima kasih dan salam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Menerima <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam |

6. ANTISIPASI MASALAH

- 1) Sebelum dimulai, peserta dijelaskan untuk sedapat mungkin tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan *peer group discussion* berakhir. Peserta dapat meninggalkan tempat dengan izin fasilitator.

- 2) Bila ada peserta yang kurang aktif dalam kegiatan diskusi, maka fasilitator memberikan pertanyaan atau dengan memberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya.
- 3) Bila ada peserta yang terlalu aktif dalam diskusi maka fasilitator bertugas untuk mengendalikan dengan cara melempar pertanyaan kepada responden yang kurang aktif, sehingga diskusi berjalan dengan baik.

7. EVALUASI

1) Evaluasi struktur

- (1) Persiapan kegiatan telah diselesaikan 2 hari sebelumnya
- (2) Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan

2) Evaluasi proses

- (1) Peserta antusias terhadap materi *peer group discussion*
- (2) Peserta memberikan pendapat saat *peer group discussion*

3) Evaluasi hasil

- (1) Peserta mampu menjelaskan tentang penyimpangan perilaku remaja
- (2) Peserta mamahami tentang perilaku merokok
- (3) Peserta memahami faktor yang mempengaruhi perilaku merokok
- (4) Peserta mampu menjelaskan kandungan berbahaya yang terdapat di dalam rokok
- (5) Peserta mampu menjelaskan bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif
- (6) Peserta memahami dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan
- (7) Peserta mampu menjelaskan langkah untuk berhenti merokok
- (8) Peserta mampu memahami upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok

- (9) Peserta dapat mengurangi dan menghentikan perilaku merokoknya setelah mengikuti *peer group discussion*

Lampiran 10

MATERI

PENGARUH *PEER GROUP DISCUSSION* TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN MEROKOK DI SMA NEGERI 17 SURABAYA

1. Perilaku menyimpang

Penyimpangan merupakan perilaku yang oleh sejumlah besar orang dianggap sebagai hal yang tercela dan diluar batas toleransi (Sunarto, 2004). Sedangkan perilaku yaitu suatu tindakan, perbuatan dan perilaku (Partanto, 1999). Jadi yang di maksud dengan perilaku menyimpang adalah perilaku dari para warga masyarakat yang dianggap tidak sesuai dengan kebiasaan, tata aturan atau norma sosial yang berlaku. Secara sederhana kita memang dapat mengatakan bahwa seseorang berperilaku menyimpang apabila menurut anggapan sebagian masyarakat (minimal di suatu kelompok atau komunitas tertentu) perilaku atau tindakan tersebut diluar kebiasaan, adat istiadat, aturan, nilai-nilai atau norma sosial yang berlaku (Dwi, 2007).

Penyimpangan perilaku dapat juga didefinisikan sebagai suatu perilaku yang diekspresikan oleh seorang atau beberapa anggota masyarakat yang secara disadari atau tidak disadari, tidak menyesuaikan diri dengan norma yang berlaku yang telah diterima oleh sebagian besar dengan anggota masyarakat (Mulyadi, 1995).

Mulyadi (1995) Dhohiri (2003) Dwi (2007) dalam Nurseno (2009) menjelaskan bentuk-bentuk penyimpangan perilaku terdiri atas :

- 1) Penyimpangan primer (*primary deviation*) adalah penyimpangan yang dilakukan seseorang, hanya bersifat temporer dan tidak berulang-ulang. Orang yang melakukan penyimpangan ini masih dapat diterima secara sosial karena hidupnya tidak didominasi oleh pola perilaku menyimpang itu.
- 2) Penyimpangan sekunder (*secondary deviation*) adalah perbuatan yang dilakukan secara khas memperlihatkan perilaku penyimpangan dan secara umum dikenal sebagai orang-orang yang menyimpang karena sering kali melakukan tindakan yang meresahkan orang lain. (gaya hidupnya didominasi oleh perilaku menyimpang dan masyarakat tidak bisa mentolerir perilaku tersebut.
- 3) Penyimpangan individual (*individual deviation*) adalah penyimpangan yang dilakukan oleh seseorang dengan melakukan tindakan-tindakan yang menyimpang dari norma yang telah ada dan nyata-nyata menolak norma-norma tersebut.
- 4) Penyimpangan kelompok (*group deviation*) adalah tindakan yang bertentangan dengan norma-norma masyarakat yang dilakukan sekelompok orang dan beraksi secara kolektif. Penyimpangan ini dilakukan oleh sekelompok orang yang tunduk pada norma kelompok, padahal norma tersebut bertentangan dengan norma masyarakat yang berlaku.
- 5) Penyimpangan campuran (*mixture of both deviation*) adalah penyimpangan ini dilakukan oleh suatu golongan sosial yang terorganisir secara rapi, sehingga individu ataupun kelompok di dalamnya taat dan tunduk kepada norma golongan, padahal secara keseluruhan merasa mengabaikan norma-norma masyarakat yang berlaku.

2. Perilaku merokok

Rokok adalah olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *bicotina tobacum, nicotina rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin, tar, dan zat adiktif dengan atau tanpa bahan tambahan (Sukendro, 2007). Rokok adalah cacahan tembakau yang dibungkus dengan kertas yang panjangnya berukuran 7-20 cm (Jaya M., 2009; Suhaimi, 2011).

Merokok adalah menghisap gulungan tembakau yang dibungkus dengan kertas (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1990). Amstrong (1990) juga mendefinisikan merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar hingga masuk ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar. Danusantoso (1991; dalam Saputro, 2010) mengatakan bahwa asap rokok selain merugikan diri sendiri juga dapat berakibat bagi orang-orang lain yang berada di sekitarnya.

Laventhal & Cleary (Oskamp, 1984) dalam Liesyanto (2011) menyatakan motif seseorang merokok terbagi menjadi dua motif utama, yaitu:

1. Motif psikologis

1) Kebiasaan

Perilaku merokok menjadi sebuah perilaku yang harus tetap dilakukan tanpa adanya motif yang bersifat negatif ataupun positif. Seseorang merokok hanya untuk meneruskan perilakunya tanpa tujuan tertentu.

2) Reaksi emosi yang positif

Merokok digunakan untuk menghasilkan emosi yang positif, misal rasa senang, relaksasi, dan kenikmatan rasa. merokok juga dapat menunjukkan kejantanan (kebanggaan diri) dan menunjukkan kedewasaan.

3) Reaksi untuk penurunan emosi

Merokok ditujukan untuk mengurangi rasa tegang, kecemasan biasa, ataupun kecemasan yang timbul karena adanya interaksi dengan orang lain.

4) Alasan sosial

Merokok ditujukan untuk mengikuti kebiasaan kelompok (umumnya pada remaja dan anak-anak), identifikasi dengan perokok yang lain, dan untuk menentukan *image* diri seseorang. Merokok pada anak-anak juga dapat disebabkan adanya paksaan dari teman-temannya.

5) Kecanduan atau ketagihan

Seseorang merokok karena mengaku telah mengalami kecanduan. Kecanduan terjadi karena adanya nikotin yang terkandung di dalam rokok. Semula hanya mencoba-coba rokok, tetapi akhirnya tidak dapat menghentikan perilaku tersebut karena kebutuhan tubuh akan nikotin

2. Motif biologis

Faktor ini menekankan pada kandungan nikotin yang ada di dalam rokok yang dapat mempengaruhi ketergantungan seseorang pada rokok secara biologis.

Selain motif-motif diatas, individu juga dapat merokok dengan alasan sebagai alat mengatasi stres (koping) (sarafino, 1994).

3. Faktor yang mempengaruhi merokok

Menurut Levy (1984) setiap individu mempunyai kebiasaan merokok yang berbeda dan biasanya disesuaikan dengan tujuan mereka merokok. Pendapat tersebut di dukung oleh Smet (1994) yang menyatakan bahwa seseorang merokok karena faktor-faktor *sosio cultural* seperti kebiasaan budaya, kelas sosial, gengsi, dan tingkat pendidikan.

Mu'tadin (2002) dalam Liesyanto (2011) mengemukakan alasan mengapa remaja merokok, antara lain :

1. Pengaruh orang tua

Remaja perokok adalah anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang kurang harmonis, dimana orang tua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dibandingkan dengan remaja yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia. Remaja yang berasal dari keluarga konservatif akan lebih sulit untuk terlibat dengan rokok maupun obat-obatan dibandingkan dengan keluarga yang permisif, dan yang paling kuat pengaruhnya adalah bila orang tua sendiri menjadi figur contoh yaitu perokok berat, maka anak-anaknya akan mungkin sekali untuk mencontohnya. Perilaku merokok lebih banyak didapati pada mereka yang tinggal dengan satu orang tua (*single parent*).

2. Pengaruh teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa banyak remaja merokok maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok juga dan demikian juga sebaliknya. Ada dua kemungkinan yang terjadi dari fakta tersebut, remaja tersebut terpengaruh oleh teman-temannya atau sebaliknya. Diantara remaja perokok terdapat 87% mempunyai sekurang-kurangnya satu atau lebih sahabat yang perokok begitu pula dengan remaja non perokok

3. Faktor kepribadian

Orang mencoba untuk merokok yang karena alasan ingin tahu atau ingin melepaskan diri dari rasa sakit dan kebosanan. Satu sifat kepribadian yang bersifat pada pengguna obat-obatan (termasuk rokok) ialah konformitas sosial. Pendapat ini didukung oleh Atkinson (1999) yang menyatakan bahwa orang yang memiliki skor tinggi pada berbagai tes konformitas sosial lebih menjadi perokok dibandingkan dengan mereka yang memiliki skor yang rendah.

4. Pengaruh iklan

Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambar bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau *glamour*, membuat remaja seringkali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti yang ada dalam iklan tersebut.

Pendapat lain dikemukakan oleh Safarino (1994), Smet (1994) dan Aditama (2001) dalam Liesyanto (2011) yakni mengemukakan 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 rokok, dan kandungan nikotin dalam darah perokok cukup tinggi.

2. Faktor psikologis

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 para 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

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

Berdasar kesimpulan diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi perilaku merokok. Faktor-faktor tersebut yaitu faktor-faktor demografis, faktor lingkungan sosial, faktor psikologis, faktor sosial-kultural dan faktor sosial politik.

4. Kandungan dalam rokok

Banyak sekali zat berbahaya yang terdapat didalam rokok. Berikut akan diuraikan secara singkat sebagian zat kimia berbahaya yang terdapat dalam rokok, antara lain :

1. Karbon monoksida

Karbon monoksida adalah sejenis gas yang tidak mempunyai bau. Unsur ini dihasilkan oleh pembakaran yang tidak sempurna dari unsur zat arang atau karbon. Zat ini sangat beracun, oksigen dan karbon monoksida dapat dibawa oleh hemoglobin ke dalam otot-otot dalam seluruh tubuh, satu molekul hemoglobin dapat membawa empat molekul oksigen. Kalau hemoglobin itu dibebani dengan karbon moksida, maka akan berkuranglah oksigen yang dapat dibawa hemoglobin ke dalam tubuh, maka akibatnya seseorang akan kekurangan oksigen. Oleh karena banyak *adenosin triphospat* (ATP) atau *nukleotida* yang menyimpan energi yang

dibutuhkan untuk otak dari fungsi otot. Racun karbon monoksida akan membuat seseorang gampang capai dan grogi.

2. Nikotin

Nikotin adalah cairan berminyak yang tidak berwarna dan dapat membuat rasa perih. Nikotin itu menghalangi kontraksi rasa lapar, itu sebabnya seseorang bisa merasakan tidak lapar karena merokok, dan karena itu pulalah sebabnya jika seseorang berhenti merokok akan menjadi gemuk karena dia merasa lapar dan ingin makan terus.

3. Ammonia

Amonia merupakan gas yang tidak berwarna yang terdiri dari nitrogen dan hidrogen. Zat ini biasanya digunakan sebagai bahan campuran pembersih lantai. Zat ini sangat tajam baunya dan sangat merangsang. Ammonia ini sangat gampang memasuki sel-sel tubuh. Begitu kerasnya racun yang terdapat pada ammonia itu, sehingga kalau disuntikkan sedikitpun kepada peredaran darah akan mengakibatkan seseorang pingsan atau koma.

4. Hidrogen sianida

Hidrogen sianida adalah sejenis gas yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak mempunyai rassa. Zat ini merupakan zat yang paling ringan serta gampang terbakar. Zat ini sangat efisien untuk menghalangi pernafasan. Sianida adalah salah satu zat yang mengandung racun yang sangat berbahaya. Sedikit saja sianida dimasukkan langsung ke dalam tubuh dapat mengakibatkan kematian.

5. Formaldehyde

Formaldehyde adalah sejenis gas yang tidak berwarna dengan bau yang tajam. Gas ini adalah tergolong pengawet dan pembasmi hama. Salah satu jenis formaldehyde ini adalah formalin. Formaldehyde ini banyak digunakan sebagai pengawet di laboratorium. Itulah sebabnya formaldehyde itu sangat beracun keras terhadap semua organisme hidup.

6. Phenol

Phenol adalah campuran yang terdiri dari kristal yang dihasilkan dari destilasi beberapa zat organik, seperti kayu dan arang, serta dapat juga diperoleh dari *ter* arang. Bahan ini merupakan zat beracun yang sangat berbahaya. Phenol ini terikat ke protein dan menghalangi aktifitas enzim.

7. Hidrogen sulfida

Hidrogen sulfida adalah sejenis gas beracun yang gampang terbakar dengan bau yang keras. Zat ini dapat menghalangi oksidasi enzim (zat besi yang berisi pigmen)

8. Pyridine

Pyridine adalah sejenis cairan tidak berwarna dengan bau yang tajam. Diperoleh dari penyulingan minyak, tulang-tulang, *ter* arang, serta pembusukan dari sejenis alkohol tertentu (sejenis alkalin dari tumbuh-tumbuhan). Pyridine ini juga terdapat pada tembakau. Zat ini dapat digunakan untuk mengubah sifat alkohol sebagai pelarut, pembunuh hama, meski juga pernah dipakai sebagai obat untuk penyakit asma.

9. Methanol

Methanol adalah sejenis cairan ringan yang gampang menguap, dan mudah terbakar. Zat ini biasanya digunakan sebagai campuran bahan bakar roket. Cairan ini dapat diperoleh dengan penyulingan bahan kayu atau dari sintesa karbon monoksida dan hidrogen. Meminum atau menghisap methanol dapat mengakibatkan kebutaan, bahkan kematian.

10. Tar

Tar (Ter: Indonesia), adalah sejenis zat yang berbentuk cairan kental berwarna coklat tua atau hitam yang diperoleh dengan cara destilasi dari kayu atau arang. Tar ini juga didapat dari getah tembakau. Tar terdapat dalam rokok yang terdiri dari ratusan bahan kimia yang dapat menyebabkan kanker. Bilamana zat tersebut dihisap waktu merokok akan mengakibatkan kanker paru-paru.

5. Bahaya antara perokok aktif dan perokok pasif

Efek merokok tidak hanya mempengaruhi kesehatan perokok saja, tetapi juga mempengaruhi kesehatan orang sekitarnya yang tidak merokok, karena terpapar asap rokok tersebut. Adapun bahaya merokok adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2003)

1. Bagi perokok aktif

- 1) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung.
- 2) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami stroke.

- 3) Meningkatkan risiko mengalami serangan jantung dua kali lebih besar dari pada mereka yang mengalami tekanan darah tinggi atau kadar kolesterol tinggi.
 - 4) Meningkatkan risiko 10 kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung bagi wanita pengguna pil KB.
 - 5) Meningkatkan risiko lima kali lebih besar menderita kerusakan jaringan anggota tubuh yang rentan
2. Bagi perokok pasif
- 1) Bahaya kerusakan paru-paru. Kadar nikotin, karbon monoksida, serta zat-zat lain yang lebih tinggi dalam darah mereka akan memperparah penyakit yang sedang diderita, dan kemungkinan mendapat serangan jantung yang lebih tinggi bagi mereka yang berpenyakit jantung. Anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan serta penyakit paru-paru lebih tinggi. Wanita hamil yang merokok beresiko mendapatkan bayi mereka lahir kurus, cacat, dan kematian.
 - 2) Jika suami perokok, maka asap rokok yang dihirup oleh istrinya akan mempengaruhi bayi dalam kandungannya.

6. Dampak menjadi perokok aktif bagi kesehatan

Bahaya merokok bagi remaja tidak akan terlihat langsung, karena penyakit yang ditimbulkan akibat merokok baru akan terlihat beberapa tahun kemudian. Namun demikian remaja perlu mencegah kebiasaan merokok agar tetap sehat dan lebih tangguh dalam menghadapi masa depan.

Berdasarkan banyaknya kandungan zat yang tidak menguntungkan dalam rokok bagi tubuh, banyak dampak kesehatan yang diakibatkan oleh rokok. Berikut

efek samping yang diakibatkan rokok mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki (Kemenkes, 2012) :

1. Rambut rontok. Rokok memperlemah sistem kekebalan, sehingga tubuh lebih rentan terhadap penyakit seperti lupus erythematosus yang menyebabkan rambut rontok, sariawan mulut, dan erupsi cutan (bintik merah) diwajah, kulit kepala dan tangan.
2. Katarak. Merokok dipercaya dapat memperburuk kondisi mata. Katarak, yaitu memutihnya lensa mata yang menghalangi masuknya cahaya yang dapat menyebabkan kebutaan, 40% terjadi pada perokok. Rokok dapat menyebabkan katarak dengan cara mengiritasi mata dengan terlepasnya zat-zat kimia di paru-paru yang oleh aliran darah dibawa sampai kemata.
3. Kulit keriput. Merokok dapat menyebabkan menuaan dini pada kulit karena rusaknya protein yang berguna untuk menjaga elastisitas kulit, terkikisnya vitamin A, dan terhambatnya aliran darah. Kulit perokok menjadi kering dan keriput terutama didaerah bibir dan mata.
4. Kanker kulit. Merokok tidak menyebabkan melonoma, tetapi merokok dapat menyebabkan meningkatkan kemungkinan kematian akibat penyakit tersebut. Ditengarai bahwa perokok berisiko menderita cutaneous squamous cell kanker, sejenis kanker yang meninggalkan bercak pada kulit.
5. Hilangnya pendengaran. Karena tembakau menyebabkan timbulnya endapan pada dinding pembuluh darah sehingga menghambat laju aliran darah ke dalam telinga bagian dalam. Perokok dapat kehilangan lebih awal daripada orang yang tidak merokok atau lebih mudah kehilangan pendengaran karena infeksi pendengaran.

6. Osteoporosis. Ada karbon monoksida, yaitu zat kimia beracun yang banyak terdapat pada gas buang mobil dan asap rokok lebih mudah terikat dalam darah dari oksigen, sehingga kemampuan udara untuk mengangkat oksigen turun 15% pada perokok, akibatnya tulang orang yang merokok kehilangan densitasnya menjadi lebih mudah patah/retak dan penyembuhannya 80% lebih lama.
7. Karies. Rokok mempengaruhi keseimbangan kimiawi dalam mulut, membentuk plak yang berlebihan, membuat gigi menjadi kuning, dan terjadi karies.
8. Emphysema. Emphysema yaitu pelebaran dan rusaknya kantung udara pada paru yang menurunkan kapasitas paru-paru untuk menghisap oksigen dan melepaskan CO₂.
9. Penyakit jantung. Satu diantara 3 kematian di dunia diakibatkan penyakit kardiovaskuler. pemakaian tembakau adalah salah satu faktor risiko terbesar untuk penyakit ini. Rokok menyebabkan denyut jantung lebih cepat, menaikkan risiko hipertensi dan penyumbatan arteri dan akhirnya menyebabkan serangan jantung atau stroke.
10. Kanker. Asap rokok mengandung 40 macam zat karsinogen. Kemungkinan timbulnya kanker paru pada perokok 22 kali lebih besar; lidah, mulut, kelenjer ludah, dan pharynx 6-7 kali lebih besar; kanker kerongkongan 12 kali lebih besar, oesophagus 8-10 kali lebih besar (WHO, 2002).
11. Dislokasi jari-jari. Tar yang terdapat pada asap rokok terakumulasi pada jari-jari dan kuku yang meninggalkan warna kuning dan kecoklatan.

12. Tukak lambung. Konsumsi tembakau menurunkan resistensi terhadap bakteri yang menyebabkan tukak lambung, juga meminimalisasi kemampuan lambung untuk menetralkan asam lambung setelah makan sehingga akan menggerogoti dinding lambung. Tukak lambung pada perokok lebih sulit disembuhkan.
13. Kanker uterus. Merokok dapat meningkatkan risiko kanker serviks dan uterus. Kanker ini bisa disebabkan oleh nikotin yang ada dalam darah. Karena asap rokok yang masuk ke dalam tubuh akan segera menyebar ke seluruh tubuh. Zat nikotin yang ada dalam asap rokok tersebut akan memicu pertumbuhan sel tidak normal yang kemudian menjadi biang munculnya sel kanker mulut rahim.
14. Psoriasis. Berkembangnya psoriasis/inflamasi noncotageous pada kulit yang menyisakan bercak merah berair dan gatal 2-3 kali lebih besar terjadi pada perokok.
15. Penyakit beurger. Penyakit yang juga dikenal dengan throaboanginosis obliteran ini adalah terjadinya inflamasi pada arteri vena dan syaraf utama kaki yang mengakibatkan terhambatnya aliran darah dan bila dibiarkan tanpa perawatan akan mengarah kepada gangren (matinya sel tubuh) sehingga pasien perlu diamputasi.

7. Langkah untuk berhenti merokok

| No. | Fase | Tahap perubahan |
|-----|--|-------------------------------|
| 1. | Perokok belum menentukan sikap | - |
| 2. | Bersikap : “Mungkin ada baiknya berhenti merokok.” | Awal perubahan sikap |
| 3. | Bersikap : “Saya harus berhenti merokok.” | Proses lanjut perubahan sikap |
| 4. | Bersikap : “Saya akan mencoba berhenti merokok.” | Keputusan pertama |

| | | |
|----|--|--------------------|
| 5. | Bersikap : “Saya akan berhenti merokok.” | Keputusan kedua |
| 6. | Mengambil tindakan berhenti merokok | Perubahan perilaku |
| 7. | Berhasil berhenti merokok | Perubahan perilaku |
| 8. | Mempertahankan keberhasilan | Perubahan perilaku |

8. Upaya menghentikan kebiasaan merokok

1. Langkah-langkah persiapan untuk berhenti merokok (Depkes RI dan WHO, 2005)

1) Kenalilah penyebab kenapa anda merokok

Seseorang akan lebih berhasil untuk berhenti merokok jika mampu mengenali sebab-sebab ia merokok. Sebagian besar orang merokok karena kecanduan, kebiasaan, dan kebutuhan mental. Tetapkanlah perilaku yang lebih spesifik yang menyebabkan seseorang merokok.

(1) Merokok karena kecanduan

Jika merokok karena kecanduan, maka hari-hari pertama berhenti merokok menjadi hal yang berat (masa kritis biasanya 1,5-2 minggu). Tips untuk mengatasi kecanduan adalah sebagai berikut:

1. Berpikirlah mengenai hal-hal yang menyenangkan
2. Mencoba cara tertentu yang dapat mengalihkan keinginan untuk merokok, misal dengan banyak minum air putih, banyak makan buah, dan sayur-sayuran setiap kali ingin merokok, kemudian mengobrol dengan seseorang dan tetap menyibukkan diri dengan berolah raga.
3. Cobalah cara relaksasi seperti pemijatan punggung dan leher, relaksasi otot, serta nafas dalam.

4. Setelah masa kritis terlewati maka akan lebih mudah terhindar dari keinginan untuk merokok.

(2) Merokok sebagai kebiasaan

Jika merokok karena kebiasaan, maka putuskan semua hubungan antara rokok dan kebiasaan. Tips untuk mengatasi kebiasaan merokok adalah sebagai berikut:

1. Jika ingin merasakan rokok ditangan, bermainlah dengan barang-barang lain seperti pensil, tusuk gigi ataupun rokok bekas. Jika rindu menyalakan rokok, jauhkanlah rokok dari jangkauan dan buanglah korek api.
2. Jika biasa merokok sesudah makan, segeralah bangkit dari duduk atau pergi jalan-jalan dan melakukan hal-hal lain yang membuat anda lupa pada rokok.
3. Jika suka merokok saat minum kopi, minumlah jus buah sebagai gantinya.

(3) Merokok sebagai kebutuhan

Jika biasa merokok untuk memenuhi kebutuhan mental/menenangkan diri, maka cobalah untuk mengingat bahwa sebenarnya dampak rokok adalah kanker paru, serangan jantung, sesak nafas, dan batuk. Tips untuk mengatasi kebiasaan merokok (karena sebagai kebutuhan) adalah sebagai berikut:

1. Tanyakan pada diri anda sendiri, jangan-jangan ada teman yang merokok yang menderita salah satu penyakit tersebut. anda tentu tidak menginginkan hal ini terjadi pada diri anda.
2. Jika rokok dapat merangsang keinginan anda, alihkan dengan berjalan-jalan dan berolahraga.
3. Jika rokok dapat membuat anda rileks, anda memakai rokok sebagai penenang diri. Berpikirlah dengan sejujurnya dan anda akan mengakui bahwa merokok tidak mengatasi masalah anda.

Atasi masalah ini dengan membicarakannya bersama teman-teman atau keluarga yang dapat membantu anda untuk mengalihkan perhatian anda dari rokok.

2. Tetapkan perilaku yang paling sederhana atau mudah diubah berdasarkan situasi penyebab timbulnya keinginan merokok. Tidak mungkin kita mengharapkan agar perilaku yang kita ubah langsung dapat hilang sama sekali. Bagi seorang perokok yang ingin berhenti merokok, di dalam dirinya mempunyai dua keyakinan, yaitu keyakinan apakah berhenti merokokitu akan menguntungkan dirinya, kemudian keyakinan tentang bisa atau tidaknya melaksanakan perilaku tersebut.

Apabila jika tiba-tiba keinginan merokok timbul. Segera catat dan amati mengapa tiba-tiba ingin merokok atau bahkan mengambil rokok secara refleks. Situasi tersebut mungkin timbul karena melihat nikmatnya orang lain merokok, rasa ingin merokok sesudah makan, melihat atau meraba ada rokok di kantong

atau ada rasa aman di mulut. Segeralah membuat catatan. Sesudah beberapa kali mencoba akan ditemukan situasi-situasi yang memicu perilaku merokok.

3. Buatlah komitmen atau pernyataan tentang niat anda untuk berhenti merokok.

Bacalah komitmen dan pernyataan tentang niat anda sekurang-kurangnya di depan pihak yang ingin dijadikan sebagai pengingat, agar keinginan untuk berhenti merokok dapat benar-benar terwujud.

4. Langkah nyata berhenti merokok

1) Tetapkan niat anda untuk memulai berhenti merokok pada hari tertentu yang anda rasa paling tepat untuk misalnya ingin berhenti merokok pada saat ulang tahun anda.

2) Anda dapat mulai berhenti merokok dengan cara-cara berikut ini :

(1) *Cold turkey*

Cara ini dapat dilakukan dengan merokok dalam jumlah yang seperti biasa, merokok setiap hari, dan secara tiba-tiba berhenti merokok sama sekali pada hari yang sudah anda tentukan. Banyak perokok yang berhasil dengan cara seperti ini.

(2) Cara penundaan

Dengan cara ini anda menunda saat merokok, hari pertama merokok jam 7, hari kedua jam 9, dan hari berikutnya jam 11, sampai seterusnya hingga anda tidak merokok sama sekali selama sehari penuh. Anda tidak perlu menghitung jumlah rokok yang anda konsumsi setiap hari.

(3) Cara pengurangan

Dengan cara pengurangan, anda mengurangi jumlah rokok yang anda hisap setiap harinya, misalnya beri waktu 6 hari bagi anda untuk berhenti merokok. Pada hari pertama anda merokok seperti biasa misalnya 20 batang, hari kedua 18 batang, hari ketiga 15 batang, hari keempat 10 batang, hari kelima 5 batang, hari keenam adalah hari tanpa rokok seperti yang telah anda tentukan.

(4) Anda bisa mengajak teman dekat anda untuk berhenti merokok bersama-sama. Cara ini akan lebih positif hasilnya, karena dapat mendukung satu sama lain.

(5) Beritahulah teman-teman anda mengenai niat dan tanggal yang anda tetapkan untuk berhenti merokok. Mintalah mereka untuk memberikan dukungan pada anda.

(6) Pada malam hari sebelum anda berhenti merokok, isaplah rokok yang terakhir dan buang sisa rokok anda yang lain. Mulai hari itu anda benar-benar tidak merokok.

5. Bimbingan dan tindak lanjut

Bimbingan kepada orang yang berusaha berhenti merokok dapat dilakukan setiap minggu dalam 3 minggu pertama (masa kritis), dan setiap 2 minggu pada minggu ke 4 sampai bulan ke 3 (untuk memotivasi).

Lampiran 11

PEER GROUP DISCUSSION**Kasus I**

Pak Andi, Pak Imam dan Pak Adam adalah 3 dari 5 orang yang bekerja sebagai mekanik di Depo lokomotif kereta api jurusan Surabaya-Jakarta. Kegiatan yang dilakukan sehari-hari dalam kaitannya dengan pekerjaannya, yaitu merawat dan memperbaiki bagian-bagian lokomotif yang mengalami gangguan atau kerusakan. Ketiga orang tersebut kelihatan kompak dalam menangani setiap pekerjaan yang dibebankan kepada mereka. Selain itu yang lebih mengembirakan, mereka sejak di SLTP dan SLTA mereka selalu bersama-sama, mereka mendapat pekerjaan dan ditempatkan dalam satu ruang/bengkel yang sama.

Di sela-sela bekerja Pak Andi, Pak Imam dan Pak Adam tak lupa selalu menyelinapkan sebatang rokok di mulutnya, sedangkan dua orang lainnya yang bekerja di ruang / bengkel tersebut tidak merokok. Mereka dengan santainya, ketiga orang bersahabat tersebut bekerja sambil menghisap rokok kesukaan masing-masing. Pak Andi selalu menghisap rokok kretek cap “Gudang Gandum”, Pak Imam senang menghisap rokok filter cap “Jambu Monyet”, sedangkan Pak Adam sangat fanatik terhadap rokok mild mentol cap “Bintang”. Menurut Pak Andi menghisap rokok kretek rasanya lebih mantap, dapat meningkatkan semangat kerja, cocok untuk para pekerja berat (pekerja bengkel dan sejenisnya) yang membutuhkan stamina dan kecermatan yang tinggi. Sedangkan alasan Pak Imam memilih rokok filter, selain aroma harum juga asap yang dihisap dapat disaring oleh filter yang terdapat pada setiap batang rokok, sehingga tingkat kebersihan dan kesehatannya lebih terjamin dari pada rokok kretek yang dihisap oleh Pak Andi. Berbeda dengan alasan yang dikemukakan oleh Pak Adam yang memilih mild mentol sebagai kawan bekerjanya sehari-hari. Selain rasa “*mint*” (segar) yang terdapat pada setiap batang rokok tersebut dianggap dapat menyegarkan tenggorokan, terutama jika terkena batuk. Barangkali hal ini yang membuat Pak Adam jarang sakit dibanding 2 orang sahabatnya.

Kondisi ketiga orang tersebut sejauh ini memang tidak menunjukkan gejala-gejala yang sangat mengkhawatirkan, seperti: gangguan jantung, gangguan paru-paru, liver, tbc, tekanan darah tinggi, dll. Memang diantara ketiga orang tersebut, barangkali Pak Andi memang seringkali mengalami nyeri dan gatal pada tenggorokannya tetapi dengan meminum wedang jahe dan jeruk nipis biasanya berangsur-angsur hilang rasa gatal dan nyeri tenggorokannya. Sedangkan Pak Imam dan Pak Adam sejauh ini secara fisik nampak sehat-sehat saja, mereka jarang sekali mengalami gangguan kesehatan seperti yang dialami oleh Pak Andi. Sekali waktu memang mereka nampak mengalami batuk-batuk atau sakit pada

tenggorokan, itupun menurut pengakuan mereka semata akibat bau minyak yang ditimbulkan dari mesin lokomotif, dan bukan karena merokok.

Dilihat dari rentang lamannya merokok, pak Adam barangkali yang lebih dulu memulai merokok, yakni sejak duduk di kelas 1 SMP. Pak Imam mulai merokok sejak duduk di kelas 1 SMK, sedangkan Pak Andi mulai merokok sejak lulus SMK dan menjadi pegawai di PT. Kereta Api Indonesia.

Latihan 1

Lingkarilah alternatif jawaban (B) jika pertanyaan/ Pernyataan di bawah ini anda anggap benar dan huruf (S) jika anda anggap salah.

| No | Pertanyaan/ pernyataan | Pilihan anda |
|-----|---|--------------|
| 1. | Pendapat Pak Andi benar, bahwa rokok kretek dapat merangsang semangat kerja | B – S |
| 2. | Tumbuh kembangnya kebiasaan merokok pada setiap orang berbeda | B – S |
| 3. | Kebiasaan merokok pada remaja dapat menjadi bukti kejantanan sebagai seorang pria | B – S |
| 4. | Bekerja sambil menghisap rokok dapat memberikan ketenangan dan lebih konsentrasi | B – S |
| 5. | Seseorang pekerja bengkel seperti Pak Andi, Pak Imam dan Pak Adam, memang sudah selayaknya merokok untuk memperoleh keseimbangan stamina untuk bekerja | B – S |
| 6. | Pendapat Pak Imam ada benarnya, bahwa filter yang terdapat pada setiap batang rokok dapat menyaring asap rokok sehingga aman bagi kesehatan | B – S |
| 7. | Kandungan racun tembakau (nikotin dan tar) rokok diberi filter lebih aman dibandingkan dengan rokok kretek | B – S |
| 8. | Walaupun jarang sekali sakit Pak Andi, Pak Imam dan Pak Adam sebaiknya harus rutin periksa ke dokter | B – S |
| 9. | Rasa mentol yang terdapat pada asap rokok yang dihisap bermanfaat mengurangi sakit batuk, tenggorokan, dan sejenisnya | B – S |
| 10. | Tidak ada bedanya lama dan banyaknya rokok yang dihisap seseorang dengan rasa sakit yang diderita seperti kanker paru-paru dan gangguan jantung | B – S |
| 11. | Seiringnya batuk-batuk yang diderita oleh 2 orang pekerja yang tidak merokok tersebut semata-mata lebih disebabkan oleh ketidaksiapan kondisi fisik untuk bekerja sebagai mekanik | B – S |
| 12. | Pengakuan pak imam dan pak adam hanya mengada-ada, bahwa sakit batuk yang diderita mereka semata akibat bau minyak yang ditimbulkan dari mesin | B – S |

| | | |
|-----|---|-------|
| | lokomotif dan bukan karena rokok | |
| 13. | Menyimak pengalaman pak andi tersebut, untuk menghindari sakit batuk atau nyeri tenggorokan sebaiknya seseorang perokok harus banyak minum wedang jahe dan jeruk nipis tanpa harus berhenti merokok | B – S |

Tuliskan saran atau pendapat anda kepada mereka yang disebut dibawah ini !

1. Saran/pendapat anda untuk Pak Andi :

.....

2. Saran/pendapat anda untuk Pak Imam :

.....

3. Saran/pendapat anda untuk Pak Adam

.....

4. Pendapat anda mengenai contoh kasus di atas?

.....

Lampiran 12

PEER GROUP DISCUSSION**Kasus II**

Jika kamu berkunjung ke tempat-tempat umum seperti : kantor pos, bank, stasiun, terminal, rumah makan, dll. Pernahkah kamu mengamati tingkah laku orang-orang yang ada disana? Barangkali kamu akan menjumpai berbagai macam perilaku yang ditampakkan oleh orang-orang yang ada di dalamnya.

Berikut ini akan diilustrasikan perilaku yang ditampakkan oleh orang-orang yang berda disebuah stasiun kereta api. Ketika calon penumpang kereta api tersebut menunggu giliran untuk mendapatkan tiket pesanannya, banyak diantara mereka melakukan berbagai macam aktivitas untuk mengisi waktu luang, salah satunya beberapa orang dengan santainya menghisap dan mengepulkan asap rokok didalam ruangan. Perlu diketahui ruang tunggu tersebut dilengkapi dengan pendingin udara (Air Condition) untuk memberikan kenyamanan bagi para calon penumpang. Beberapa orang yang sempat ditanya alasannya mengapa merokok dalam ruangan tersebut, orang pertama menjawab: “dari pada stress menunggu antrian tiket yang lama mendingan merokok agar pikiran menjadi lebih santai, yahh ... hitung-hitung mengurangi stres”. Berbeda alasan yang dikemukakan oleh orang kedua, dia merokok dengan harapan untuk menyegarkan tenggorokan, atau mengurangi bau mulut yang tidak sedap.

Suasana yang hampir sama dengan yang terjadi di ruang tunggu kereta api tersebut yaitu situasi dalam bus kota antar kota. Berbagai perilaku para penumpang dalam menikmati perjalanan antarkota tersebut, diantara mereka juga ada yg merokok. Hal yang patut dicatat, hampir 20% penumpang di dalam bus tersebut diketahui merokok (kebetulan bus tersebut tidak dilengkapi AC) sehingga tidak ada larangan bagi penumpang untuk merokok. Bila dicermati dengan baik, sebenarnya asap rokok mengepul dalam bus tersebut cukup banyak, hal itu dapat diketahui dari bau yang ditimbulkan oleh asap tersebut sangat menyengat. Para perokok tersebut nampaknya tidak peduli akibat yang ditimbulkan oleh asap rokok tersebut, padahal dalam bus terdapat beberapa anak balita. Ketika seorang ibu yang menggendong anak balita tersebut ditanya, “apakah asap rokok yang dikepulkan oleh suaminya, yang duduk di samping ibu tidak mengganggu anaknya yang balita?”. Si Ibu pun menjawab dengan entengnya, “anak saya sudah kebal terhadap asap rokok, karena setiap hari di rumah juga terbiasa dengan situasi seperti ini”.

Jawaban yang hampir serupa dikemukakan oleh salah seorang penumpang, dimana sebelah kanan-kiri tempat duduknya diketahui ada penumpang lain sedang merokok, ketika ditanya. “Apakah batuk anda tadi karena asap rokok tersebut?”.

“Oh.. tidak, batuk tadi karena tenggorokan saya sedang gatal, lagi pula asap-asap rokok tersebut sebenarnya tidak mengganggu sama sekali karena jendela bagian atas bus’kan telah dibuka” jawab penumpang tersebut dengan santai.

Latihan 2

Lingkarilah alternatif jawaban (B) jika pertanyaan/ Pernyataan di bawah ini anda anggap benar dan huruf (S) jika anda anggap salah.

| No | Pertanyaan/ pernyataan | Pilihan anda |
|-----|---|--------------|
| 1. | Selama tidak ada protes dari penumpang lain, merokok di dalam kendaraan umum boleh-boleh saja | B – S |
| 2. | Merokok dapat menjadi salah satu cara untuk mengurangi bau tak sedap pada mulut. | B – S |
| 3. | Perokok pasif memiliki risiko yang sama dengan perokok aktif dalam hal terkena penyakit akibat asap rokok | B – S |
| 4. | Rasa gurih dan sedap pada rokok sebenarnya hanya tipuan yang dibuat oleh perusahaan rokok | B – S |
| 5. | Rasa harum yang ditimbulkan oleh asap rokok, sangat berbahaya jika terhisap oleh orang lain disekitarnya (perokok pasif) | B – S |
| 6. | Penyakit jantung, paru-paru, liver, tbc, dll adalah jenis penyakit karena keturunan dari pada akibat rokok | B – S |
| 7. | Merokok adalah satu-satunya cara yang paling efektif untuk mengurangi stres sebagaimana yang dialami oleh para calon penumpang kereta api tersebut | B – S |
| 8. | Jika dicermati dengan baik, sebenarnya orang merokok didalam ruangan memang lebih berbahaya dibanding merokok diluar ruangan | B – S |
| 9. | Dari sisi etika, ada yang mengatakan bahwa merokok dalam perjalanan bus sama sekali tidak dibenarkan karena dapat mengurangi kenyamanan orang lain. | B – S |
| 10. | Efek dari asap rokok yang ada di ruangan ber AC tidak terlalu berbahaya di bandingkan didalam bus, karena udara dalam ruangan ber AC sudah dikondisikan | B – S |
| 11. | Pendapat ibu yang memiliki anak balita ada benarnya, bahwa kebiasaan merokok orang tuanya dirumah secara tidak langsung membuat anak kebal terhadap asap rokok | B – S |
| 12. | Asap rokok yang terhirup tanpa sengaja oleh orang yang tidak merokok (seperti uraian diatas), memang tidak terlalu berbahaya bagi kesehatan bila dibandingkan dengan yang merokok | B – S |

Tuliskan saran atau pendapat anda kepada mereka yang disebut dibawah ini !

1. Saran untuk para perokok (yang ada diruang tunggu kereta api dan bus) :

.....
.....
.....

2. Saran untuk Ibu dari anak balita :

.....
.....
.....

Lampiran 13

**PEERGROUP
DISCUSSION**

Pertemuan I

SMA Negeri 17

Surabaya



FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

2013



Rokok adalah

olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *bicotina tobacum*, *nicotina rustica* dan terdiri dari 4000 bahan lainnya



Merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar hingga masuk ke dalam tubuh dan menghembuskannya

MOTIF SESEORANG UNTUK MEROKOK :

1. Kebiasaan
2. Reaksi emosi yang positif
3. Reaksi untuk penurunan emosi
4. Alasan sosial
5. Kecanduan atau ketagihan
6. Kandungan nikotin yang ada di dalam rokok yang dapat membuat ketergantungan

Faktor—Faktor Yang Mempengaruhi Merokok:

Pengaruh orang tua



Pengaruh teman



Faktor kepribadian



Pengaruh iklan



KANDUNGAN DALAM ROKOK

- Karbon monoksida
- Nikotin
- Ammonia
- Hidrogen Sianida
- Formaldehyde
- Phenol
- Hidrogen sulfida
- Pyridine
- Methanol
- Tar

PEER GROUP DISCUSSION

Pertemuan II

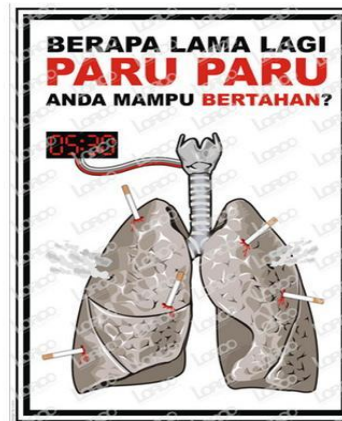
SMA Negeri 17
Surabaya



FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2013

Dampak perokok aktif

1. Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung.
2. Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami stroke.
3. Meningkatkan risiko mengalami serangan jantung dua kali lebih besar dari pada mereka yang mengalami tekanan darah tinggi atau kadar kolesterol tinggi.
4. Meningkatkan risiko 10 kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung bagi wanita pengguna pil KB.
5. Meningkatkan risiko lima kali lebih besar menderita kerusakan jaringan anggota tubuh yang rentan

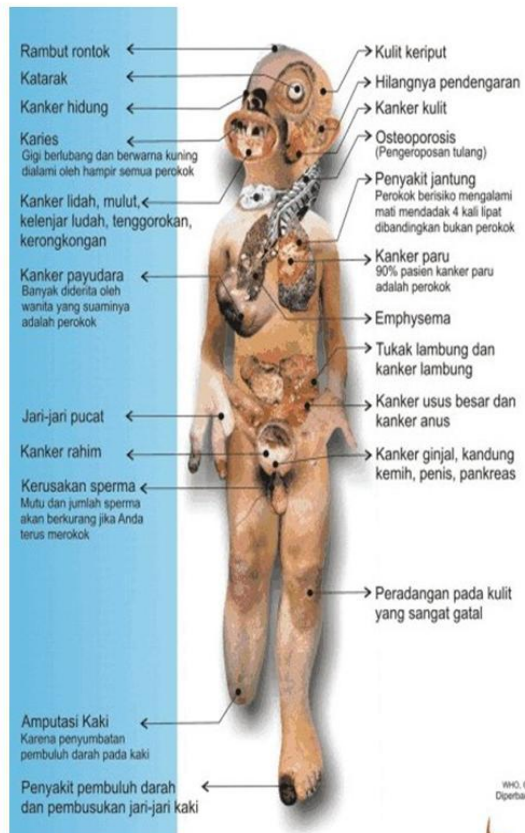


Dampak perokok pasif

1. Bahaya kerusakan paru-paru.
2. Anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan serta penyakit paru-paru lebih tinggi.
3. Wanita hamil yang merokok beresiko mendapatkan bayi mereka lahir kurus, cacat, dan kematian.
4. Jika suami perokok, maka asap rokok yang dihirup oleh istrinya akan mempengaruhi bayi dalam kandungannya.



TUBUH SEORANG PEROKOK



Langkah Untuk Berhenti Merokok!!

| No. | Fase | Tahap perubahan |
|-----|--|-------------------------------|
| 1. | Perokok belum menentukan sikap | |
| 2. | Bersikap : "Mungkin ada baiknya berhenti merokok." | Awal perubahan sikap |
| 3. | Bersikap : "Saya harus berhenti merokok." | Proses lanjut perubahan sikap |
| 4. | Bersikap : "Saya akan mencoba berhenti merokok." | Keputusan pertama |
| 5. | Bersikap : "Saya akan berhenti merokok." | Keputusan kedua |
| 6. | Mengambil tindakan berhenti merokok | Perubahan perilaku |
| 7. | Berhasil berhenti merokok | Perubahan perilaku |
| 8. | Mempertahankan keberhasilan | Perubahan perilaku |



**PEER GROUP
DISCUSSION**

Pertemuan III

**SMA Negeri 17
Surabaya**



**FAKULTAS KEDERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2013**

**Langkah-langkah persiapan
untuk berhenti merokok**



**Kenalilah penyebab
kenapa anda
Merokok!!**

1. Merokok karena kecanduan

- 1) Berpikirlah mengenai hal-hal yang menyenangkan
- 2) Mencoba cara tertentu yang dapat mengalahkan keinginan untuk merokok, misal dengan banyak minum air putih, banyak makan buah, dan sayur-sayuran setiap kali ingin merokok, kemudian mengobrol dengan seseorang dan tetap menyibukkan diri dengan berolah raga.
- 3) Cobalah cara relaksasi seperti pemijatan punggung dan leher, relaksasi otot, serta nafas dalam.

2. Merokok sebagai kebiasaan

- 1) Jika ingin merasakan rokok ditangan, bermainlah dengan barang-barang lain seperti pensil, tusuk gigi ataupun rokok bekas. Jika rindu menyalakan rokok, jauhkanlah rokok dari jangkauan dan buanglah korek api.
- 2) Jika biasa merokok sesudah makan, segeralah bangkit dari duduk atau pergi jalan-jalan dan melakukan hal-hal lain yang membuat anda lupa pada rokok.
- 3) Jika suka merokok saat minum kopi, minumlah jus buah sebagai gantinya.



3. Merokok sebagai kebutuhan

- 1) Tanyakan pada diri anda sendiri, jangan-jangan ada teman yang merokok yang menderita salah satu penyakit tersebut. anda tentu tidak menginginkan hal ini terjadi pada diri anda.
- 2) jika rokok dapat merangsang keinginan anda, alihkan dengan berjalan-jalan dan berolahraga.
- 3) jika rokok dapat membuat anda rileks, anda memakai rokok sebagai penenang diri. Berpikirlah dengan sejujurnya dan anda akan mengakui bahwa merokok tidak mengatasi masalah anda.

Tetapkan perilaku yang paling sederhana atau mudah diubah berdasarkan situasi penyebab timbulnya keinginan merokok.



Apabila jika tiba-tiba keinginan merokok timbul. Segera catat dan amati mengapa tiba-tiba ingin merokok atau bahkan mengambil rokok secara refleksi.



Buatlah komitmen atau pernyataan tentang niat anda untuk berhenti merokok.

Langkah nyata berhenti merokok

Tetapkan niat untuk memulai berhenti merokok pada hari tertentu yang dirasa paling tepat. Anda dapat mulai berhenti merokok dengan cara-cara berikut ini :

1. Cold turkey

Cara ini dapat dilakukan dengan merokok dalam jumlah yang seperti biasa, merokok setiap hari, dan secara tiba-tiba berhenti merokok sama sekali pada hari yang sudah anda tentukan. Banyak perokok yang berhasil dengan cara seperti ini.

2. Cara penundaan

Dengan cara ini anda menunda saat merokok, hari pertama merokok jam 7, hari kedua jam 9, dan hari berikutnya jam 11, sampai seterusnya hingga anda tidak merokok sama sekali selama sehari penuh. Anda tidak perlu menghitung jumlah rokok yang anda konsumsi setiap hari.

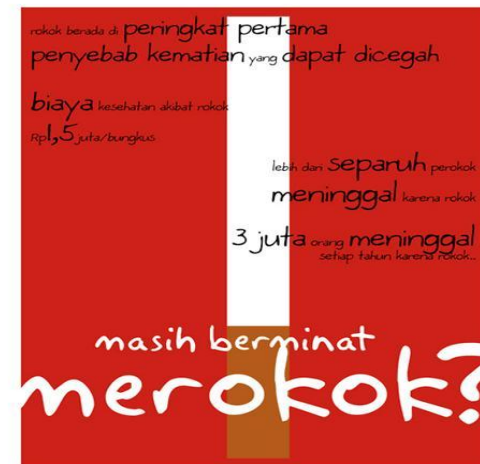
3. Cara pengurangan

Dengan cara pengurangan, anda mengurangi jumlah rokok yang anda hisap setiap harinya, misalnya beri waktu 6 hari bagi anda untuk berhenti merokok. Pada hari pertama anda merokok seperti biasa misalnya 20 batang, hari kedua 18 batang, hari ketiga 15 batang, hari keempat 10 batang, hari kelima 5 batang, hari keenam adalah hari tanpa rokok seperti yang telah anda tentukan.



Bimbingan dan tindak lanjut

Bimbingan kepada orang yang berusaha berhenti merokok dapat dilakukan setiap minggu dalam 3 minggu pertama (masa kritis), dan setiap 2 minggu pada minggu ke 4 sampai bulan ke 3 (untuk memotivasi).



imagine a world without tobacco
save children, clean the air



Lampiran 14

Pembagian kelompok

| Nomer Responden | Nilai | | | Total | Kelompok |
|-----------------|-------------|-------|----------|-------|----------|
| | Pengetahuan | Sikap | Tindakan | | |
| 1 | 50 | 13 | 2 | 65 | 2 |
| 2 | 60 | 14 | 4 | 78 | 1 |
| 3 | 60 | 16 | 4 | 80 | 2 |
| 4 | 50 | 13 | 3 | 66 | 1 |
| 5 | 60 | 13 | 4 | 77 | 1 |
| 6 | 60 | 12 | 4 | 76 | 2 |
| 7 | 50 | 13 | 4 | 67 | 2 |
| 8 | 50 | 14 | 3 | 67 | 1 |
| 9 | 50 | 13 | 3 | 66 | 2 |
| 10 | 70 | 13 | 2 | 85 | 1 |
| 11 | 50 | 14 | 3 | 67 | 1 |
| 12 | 70 | 16 | 4 | 90 | 2 |
| 13 | 40 | 18 | 4 | 62 | 1 |
| 14 | 50 | 13 | 3 | 66 | 2 |

Keterangan :

1 = Kelompok perlakuan

2= Kelompok kontrol

HASIL TABULASI DATA

| Kelompok | No. | Demografi | | | | Pengetahuan | | | Sikap | | | Tindakan | | |
|-----------|-----|-----------|---------------|-----------|----------------|-------------|-----------|---------|----------|-----------|---------|----------|-----------|---------|
| | | Usia | Mulai merokok | Uang saku | Alasan merokok | Pre-test | Post-test | selisih | Pre-test | Post-test | selisih | Pre-test | Post-test | selisih |
| Perlakuan | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 60 | 80 | 20 | 14 | 19 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 50 | 90 | 40 | 13 | 19 | 6 | 3 | 1 | 2 |
| | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 60 | 100 | 40 | 13 | 20 | 7 | 4 | 1 | 3 |
| | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 50 | 100 | 50 | 14 | 19 | 5 | 3 | 0 | 3 |
| | 5 | 2 | 1 | 1 | 2 | 70 | 90 | 20 | 13 | 20 | 7 | 2 | 0 | 2 |
| | 6 | 2 | 1 | 2 | 4 | 50 | 90 | 50 | 14 | 16 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| | 7 | 2 | 1 | 3 | 4 | 40 | 70 | 30 | 18 | 20 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Kontrol | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 50 | 60 | 10 | 13 | 15 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 60 | 80 | 20 | 16 | 18 | 2 | 4 | 4 | 0 |
| | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 60 | 50 | -10 | 12 | 14 | 2 | 4 | 4 | 0 |
| | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | 50 | 50 | 0 | 13 | 14 | 1 | 4 | 3 | 1 |
| | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 50 | 50 | 0 | 13 | 15 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| | 6 | 1 | 1 | 3 | 2 | 70 | 60 | -10 | 16 | 18 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| | 7 | 1 | 2 | 2 | 2 | 50 | 70 | 20 | 13 | 13 | 0 | 3 | 3 | 0 |

Keterangan :

1. Usia: 1 = 15 Tahun

2 = 16 Tahun

2. Mulai merokok: 1= 1 Tahun yang lalu

2= 2 Tahun yang lalu

3. Uang saku : 1 = ≤Rp 5.000

2= Rp 10.000-15.000

3= ≥Rp 15.000

4. Alasan merokok: 1= Faktor orangtua

2= Faktor Teman

3= Faktor Iklan

4= Menghilangkan stres

TABULASI DATA KHUSUS
PENGETAHUAN
KELOMPOK PERLAKUAN PRE TEST

| Nomer Responden | Pertanyaan Pengetahuan | | | | | | | | | | Jumlah Benar | Skor | Kriteria |
|-----------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 | 60 | Cukup |
| 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 50 | Kurang |
| 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 6 | 60 | Cukup |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 50 | Kurang |
| 5 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 | 70 | Cukup |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 50 | Kurang |
| 7 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 40 | Kurang |
| | | | | | | | | | | | Mean | 54.28 | |
| | | | | | | | | | | | SD | 9.76 | |

TABULASI DATA KHUSUS
PENGETAHUAN
KELOMPOK PERLAKUAN POST-TEST

| Nomer Responden | Pertanyaan Pengetahuan | | | | | | | | | | Jumlah Benar | Skor | Kriteria |
|-----------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 8 | 80 | Baik |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 90 | Baik |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 100 | Baik |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 100 | Baik |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 90 | Baik |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 90 | Baik |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 70 | Cukup |
| | | | | | | | | | | | Mean | 88.57 | |
| | | | | | | | | | | | SD | 10.69 | |

TABULASI DATA KHUSUS
PENGETAHUAN
KELOMPOK KONTROL PRE-TEST

| Nomer Responden | Pertanyaan Pengetahuan | | | | | | | | | | Jumlah Benar | Skor | Kriteria |
|-----------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 50 | Kurang |
| 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 | 60 | Cukup |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 6 | 60 | Cukup |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 50 | Kurang |
| 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 50 | Kurang |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 7 | 70 | Cukup |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 50 | Kurang |
| | | | | | | | | | | | Mean | 55.71 | |
| | | | | | | | | | | | SD | 7.87 | |

TABULASI DATA KHUSUS
PENGETAHUAN
KELOMPOK KONTROL POST-TEST

| Nomer Responden | Pertanyaan Pengetahuan | | | | | | | | | | Jumlah Benar | Skor | Kriteria |
|-----------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 | 60 | Cukup |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 8 | 80 | Baik |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 | 50 | Kurang |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 50 | Kurang |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 50 | Kurang |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 | 60 | Cukup |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 7 | 70 | Cukup |
| | | | | | | | | | | | Mean | 60 | |
| | | | | | | | | | | | SD | 11.55 | |

TABULASI DATA KHUSUS

SIKAP

KELOMPOK PERLAKUAN PRE-TEST

| Nomor Responden | Pertanyaan sikap | | | | | Total | T | Kriteria |
|------------------|------------------|---|---|---|---|-------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 14 | 49.2 | Negatif |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 3 | 13 | 43.6 | Negatif |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 13 | 43.6 | Negatif |
| 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 14 | 49.2 | Negatif |
| 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 13 | 43.6 | Negatif |
| 6 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 14 | 49.2 | Negatif |
| 7 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 18 | 71.8 | Positif |
| Mean | | | | | | 14.14 | | |
| T – Mean | | | | | | | 50.03 | |
| Standart Deviasi | | | | | | 1.77 | | |

TABULASI DATA KHUSUS

SIKAP

KELOMPOK PERLAKUAN POST-TEST

| Nomor Responden | Pertanyaan sikap | | | | | Total | T | Kriteria |
|------------------|------------------|---|---|---|---|-------|------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 19 | 50 | Positif |
| 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 19 | 50 | Positif |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 57.1 | Positif |
| 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 19 | 50 | Positif |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 57.1 | Positif |
| 6 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 16 | 28.7 | Negatif |
| 7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 57.1 | Positif |
| Mean | | | | | | 19 | | |
| T – Mean | | | | | | | 50 | |
| Standart Deviasi | | | | | | 1.41 | | |

TABULASI DATA KHUSUS

SIKAP

KELOMPOK KONTROL PRE-TEST

| Nomor Responden | Pertanyaan sikap | | | | | Total | T | Kriteria |
|------------------|------------------|---|---|---|---|-------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 13 | 45.7 | Negatif |
| 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 16 | 64 | Positif |
| 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 12 | 39.5 | Negatif |
| 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 | 13 | 45.7 | Negatif |
| 5 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 13 | 45.7 | Negatif |
| 6 | 4 | 4 | 4 | 1 | 3 | 16 | 64 | Positif |
| 7 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 13 | 45.7 | Negatif |
| Mean | | | | | | 13.71 | | |
| T – Mean | | | | | | | 50.04 | |
| Standart Deviasi | | | | | | 1.63 | | |

TABULASI DATA KHUSUS

SIKAP

KELOMPOK KONTROL POST-TEST

| Nomor Responden | Pertanyaan sikap | | | | | Total | T | Kriteria |
|------------------|------------------|---|---|---|---|-------|-------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 1 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 15 | 48.6 | Negatif |
| 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 18 | 63.8 | Positif |
| 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 14 | 43.5 | Negatif |
| 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 14 | 43.5 | Negatif |
| 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 15 | 48.6 | Negatif |
| 6 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 18 | 63.8 | Positif |
| 7 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 13 | 38.4 | Negatif |
| Mean | | | | | | 15.71 | | |
| T – Mean | | | | | | | 50.03 | |
| Standart Deviasi | | | | | | 1.89 | | |

TABULASI DATA KHUSUS

TINDAKAN

KELOMPOK PERLAKUAN PRE-
TEST

| Nomor Responden | Jumlah rokok |
|-----------------|--------------|
| 1 | 4 |
| 2 | 3 |
| 3 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| 6 | 3 |
| 7 | 4 |

TABULASI DATA KHUSUS

TINDAKAN

KELOMPOK KONTROL PRE-
TEST

| Nomor Responden | Jumlah rokok |
|-----------------|--------------|
| 1 | 2 |
| 2 | 4 |
| 3 | 4 |
| 4 | 4 |
| 5 | 3 |
| 6 | 4 |
| 7 | 3 |

TABULASI DATA KHUSUS

TINDAKAN

KELOMPOK PERLAKUAN POST-
TEST

| Nomor Responden | Jumlah rokok |
|-----------------|--------------|
| 1 | 2 |
| 2 | 1 |
| 3 | 1 |
| 4 | 0 |
| 5 | 0 |
| 6 | 2 |
| 7 | 1 |

TABULASI DATA KHUSUS

TINDAKAN

KELOMPOK KONTROL POST-
TEST

| Nomor Responden | Jumlah rokok |
|-----------------|--------------|
| 1 | 2 |
| 2 | 4 |
| 3 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| 6 | 2 |
| 7 | 3 |

Lampiran 15

Uji statistik pengetahuan kelompok perlakuan

| | | Ranks | | |
|-------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Pengetahuan Post-test - | Negative Ranks | 7 ^a | 4.00 | 28.00 |
| Pengetahuan Pre-test | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 7 | | |

a. Pengetahuan Post-test < Pengetahuan Pre-test

b. Pengetahuan Post-test > Pengetahuan Pre-test

c. Pengetahuan Post-test = Pengetahuan Pre-test

Test Statistics^b

| | |
|------------------------|---|
| | Pengetahuan Post-test - Pengetahuan Pre-test |
| Z | -2.428 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .015 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji statistik pengetahuan kelompok kontrol

| | | Ranks | | |
|-------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Pengetahuan Post-test - | Negative Ranks | 3 ^a | 2.50 | 7.50 |
| Pengetahuan Pre-test | Positive Ranks | 1 ^b | 2.50 | 2.50 |
| | Ties | 3 ^c | | |
| | Total | 7 | | |

a. Pengetahuan Post-test < Pengetahuan Pre-test

b. Pengetahuan Post-test > Pengetahuan Pre-test

c. Pengetahuan Post-test = Pengetahuan Pre-test

Test Statistics^b

| | |
|------------------------|---|
| | Pengetahuan Post-test - Pengetahuan Pre-test |
| Z | -1.000 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .317 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji statistik pengetahuan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Ranks

| | Kelompok | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------------|-----------|----|-----------|--------------|
| Pengetahuan Post-test | Perlakuan | 7 | 4.79 | 33.50 |
| | Kontrol | 7 | 10.21 | 71.50 |
| | Total | 14 | | |

Test Statistics^b

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| | Pengetahuan Post-test |
| Mann-Whitney U | 5.500 |
| Wilcoxon W | 33.500 |
| Z | -2.639 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .008 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .011 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

Uji statistik sikap kelompok perlakuan

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|----------------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| Sikap Post-test - Sikap Pre-test | Negative Ranks | 5 ^a | 3.00 | 15.00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 2 ^c | | |
| | Total | 7 | | |

a. Sikap Post-test < Sikap Pre-test

b. Sikap Post-test > Sikap Pre-test

c. Sikap Post-test = Sikap Pre-test

Test Statistics^b

| | Sikap Post-test - Sikap Pre-test |
|------------------------|-------------------------------------|
| Z | -2.236 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .025 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji statistik sikap kelompok kontrol

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|----------------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| Sikap Post-test - Sikap Pre-test | Negative Ranks | 0 ^a | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 7 ^c | | |
| | Total | 7 | | |

a. Sikap Post-test < Sikap Pre-test

b. Sikap Post-test > Sikap Pre-test

c. Sikap Post-test = Sikap Pre-test

Test Statistics^b

| | |
|------------------------|-------------------------------------|
| | Sikap Post-test - Sikap Pre-test |
| Z | .000 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 1.000 |

a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji statistik sikap kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Ranks

| | Kelompok | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------|-----------|----|-----------|--------------|
| Sikap Post-test | Perlakuan | 7 | 5.50 | 38.50 |
| | Kontrol | 7 | 9.50 | 66.50 |
| | Total | 14 | | |

Test Statistics^b

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| | Sikap Post-test |
| Mann-Whitney U | 10.500 |
| Wilcoxon W | 38.500 |
| Z | -2.082 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .037 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .073 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

Uji statistik normalitas distribusi data Tindakan

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | Df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| perlakuan pre-test | .256 | 7 | .182 | .833 | 7 | .086 |
| perlakuan post-test | .214 | 7 | .200* | .858 | 7 | .144 |
| kontrol pre-test | .338 | 7 | .015 | .769 | 7 | .020 |
| kontrol ppost-test | .258 | 7 | .174 | .818 | 7 | .062 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Uji statistik tindakan kelompok perlakuan

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------------------|------|---|----------------|-----------------|
| Pair 1 perlakuan pre-test | 3.29 | 7 | .756 | .286 |
| perlakuan post-test | 1.00 | 7 | .816 | .309 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|---|---|-------------|------|
| Pair 1 perlakuan pre-test & perlakuan post-test | 7 | .540 | .211 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|-------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 perlakuan pre-test - perlakuan post-test | 2.286 | .756 | .286 | 1.587 | 2.985 | 8.000 | 6 | .000 |

Uji statistik tindakan kelompok kontrol

Descriptive Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Minimum | Maximum |
|--------------------|---|------|----------------|---------|---------|
| kontrol pre-test | 7 | 3.43 | .787 | 2 | 4 |
| kontrol ppost-test | 7 | 2.86 | .900 | 2 | 4 |

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--|----------------|----------------|-----------|--------------|
| kontrol ppost-test - kontrol pre-test | Negative Ranks | 3 ^a | 2.00 | 6.00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 4 ^c | | |
| | Total | 7 | | |

a. kontrol ppost-test < kontrol pre-test

b. kontrol ppost-test > kontrol pre-test

c. kontrol ppost-test = kontrol pre-test

Test Statistics^b

| | kontrol ppost- test - kontrol pre- test |
|------------------------|---|
| Z | -1.633 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .102 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji statistik tindakan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Group Statistics

| | Kelompok | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------|-----------|---|------|----------------|-----------------|
| tindakan post-test | Perlakuan | 7 | 1.00 | .816 | .309 |
| | Kontrol | 7 | 2.86 | .900 | .340 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | F | Sig. | T | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| tindakan post-test Equal variances assumed | .401 | .539 | -4.044 | 12 | .002 | -1.857 | .459 | -2.858 | -.857 |
| Equal variances not assumed | | | -4.044 | 11.889 | .002 | -1.857 | .459 | -2.859 | -.856 |

Lampiran 16

Dokumentasi kegiatan

