

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Alasan Pemilihan Teori

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Health Belief Model* sebagai landasan berpikir. Peneliti memilih teori tersebut dikarenakan beberapa alasan. Teori-teori Psikososial saat ini memberikan penjelasan yang paling komprehensif mengenai perubahan perilaku kesehatan merokok dan menawarkan pemahaman yang paling baik mengenai bagaimana faktor kognitif dan sosial mempengaruhi perilaku-perilaku kesehatan (Bandura 2000 dalam Bierman). Teori Psikososial membahas proses kognitif yang menjelaskan dan juga memprediksi motivasi individu. Mereka juga menganggap perilaku kesehatan dipengaruhi oleh proses berpikir individu, persepsi terhadap realita, dan lingkungan sosial. Dalam rangka untuk membahas sikap dan keyakinan penyedia layanan kesehatan merokok terkait untuk penghentian merokok dan memprediksi hal-hal yang menentukan perubahan perilaku merokok, sebuah kerangka teori psikososial adalah pilihan yang paling masuk akal. Pada bagian ini akan diuraikan mengenai hal-hal yang bersifat teoritis yang akan dipakai untuk menjelaskan teori *health belief model* dan beberapa konsep yang relevan dengan permasalahan yang diteliti. Adapun beberapa konsep yang relevan adalah *health behavior*, *health belief model*, rokok, dan perilaku merokok.

2.2. Health Belief Model

2.2.1. Pengertian Health Behavior

Dewasa ini berkembang paradigma baru dalam dunia psikologi yaitu pendekatan *Health Psychology*, yang menggabungkan antara model perilaku psikologi, sosial dan kesehatan. Jika didefinisikan maka *health psychology* adalah salah satu sub bagian yang menitikberatkan pada dinamika interrelasi antara perilaku dan status psikologis dengan kesehatan fisik (Bishop, 1994;3). Dalam membahas paradigma *health psychology* maka kita akan membicarakan pencegahan primer pada manusia untuk merubah perilaku mereka dalam mengurangi risiko terkena penyakit tertentu. Perilaku yang diintervensi ini biasa disebut dengan *Health Behaviour*. *Health behaviour* adalah perilaku yang dilakukan seseorang untuk tetap sehat sebagai tujuan untuk mencegah datangnya penyakit pada dirinya (Kasl & Cobb, 1966 dalam Bishop, 1994; 74).

Kasl dan Cobb (1966) mendefinisikan tiga tipe perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, yaitu :

1. Perilaku sehat, perilaku untuk mencegah penyakit, contohnya: makan makanan yang rendah lemak.
2. Perilaku sakit, perilaku untuk mengobati, contohnya: pergi ke dokter.

3. Perilaku peran sakit, beberapa aktivitas untuk sembuh, contohnya: minum obat, istirahat.

Perilaku sehat lebih jauhnya didefinisikan oleh **Matarazzo (1984)** dalam **Jane Ogden**, diantaranya:

1. Kebiasaan-kebiasaan yang memperburuk kesehatan, yang disebut '*behavioural pathogens*'. Misalnya: merokok, banyak makan makanan berlemak tinggi, minum banyak alkohol.
2. Perilaku-perilaku yang melindungi kesehatan, yang disebut '*behavioural immunogens*'. Misalnya: menggosok gigi, menggunakan sabuk pengaman, mencari informasi sehat, melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, tidur dalam waktu yang relatif sama setiap malam

Ringkasnya, **Matarazzo** membedakan antara kedua perilaku yang memberikan akibat negatif (*behavioural pathogens*) dan perilaku yang mungkin memberikan akibat positif (*behavioural immunogens*). Secara umum, perilaku sehat dianggap sebagai perilaku yang berhubungan dengan keadaan sehat seseorang.

Health behaviour yang buruk sangat penting tidak hanya karena mereka berimplikasi terhadap penyakit tetapi juga karena perilaku ini bisa berkembang menjadi *health habits* yang buruk. *Health habits* adalah perilaku sehat terkait dengan tingkah laku yang sudah

terbentuk dan terkadang ditampilkan secara otomatis tanpa adanya kepekaan, pada umumnya dikembangkan pada masa anak-anak dan mulai menjadi stabil pada usia 11 atau 12 tahun (R.Y Cohen, Brownell, & Felix, 1990 dalam Bishop 1994; 53). Tapi terkadang *health habits* dapat dikembangkan awalnya karena penguatan yang disebabkan akibat positif tertentu, seperti persetujuan orang tua yang lalu menjadi tingkah laku yang bertahan atau berdiri sendiri sebagai proses penguatan, yang lalu dipertahankan karena faktor-faktor lingkungan *health habits* yang baik dan dapat mengubah *health habits* yang buruk, hal tersebut adalah salah satu pencegahan primer yang diukur untuk mengurangi faktor-faktor resiko terjadinya penyakit sebelum penyakit tersebut berkembang. Terdapat beberapa determinan yang dapat menggambarkan apa saja yang dapat mempengaruhi *health habits* seseorang, yaitu: (Taylor, 1999; 54)

1. Faktor Demografik. Contohnya orang yang lebih muda, orang dengan tingkat ekonomi menengah ke atas, lebih berpendidikan, orang dengan tingkat stress yang rendah dan mendapat tekanan social yang rendah umumnya mempraktekkan *health habits* yang baik (N.H. Gottlieb & Green, 1984 dalam Taylor, 1999). *Health behavior* sangat beragam dalam berbagai kelompok usia, umumnya *health habit* akan menjadi baik ketika masa anak-anak, menurun ketika masa remaja dan dewasa awal namun meningkat lagi pada orang dewasa (H. Leventhal, Prohaska & Hitschman, 1985 dalam Taylor, 1999).

2. Persepsi terhadap kontrol personal diri. Suatu keadaan dimana seseorang merasa dirinya dapat mengontrol kesehatannya dapat mempraktekkan *health habits* lebih baik daripada mereka yang melihat kesehatan adalah faktor keberuntungan (Wallston, Wallstone & DeVellis, 1978 dalam teori health locus of control, dalam Taylor 1999).
3. *Social influences*. Pengaruh sosial dapat berimplikasi terhadap praktek dari *health habit*. Keluarga, teman-teman dan rekan kerja dapat mempengaruhi baik kearah yang menguntungkan maupun merugikan (Broman, 1993, Quedrel & Hartman, 1990 dalam Taylor, 1999)
4. *Personal Goals*. *Health habits* umumnya sangat terkait dengan tujuan-tujuan personal (Eiser & Gentle, 1988 dalam Taylor, 1999)
5. *Personal symptom*. Contohnya: mahasiswa yang tidak berhenti dari perilaku merokok sama dengan tidak melakukan perilaku sehat misalnya mereka merasa nyaman dengan dirinya pada saat merokok, sehingga tidak mpedulikan kemungkinan masalah berbagai penyakit yang nantinya akan dia alami.
6. Memiliki akses terhadap *health care delivery system*
7. *Cognitive factors*. Praktek *health habit* terkait dengan faktor-faktor kognitif seperti *belief* bahwa perilaku sehat tertentu adalah menguntungkan atau adanya perasaan bahwa seseorang memiliki potensi besar akan menderita penyakit tertentu jika tidak mempraktekkan perilaku sehat tertentu.

2.2.2. *Health Belief Model*

Sejak awal 1950-an, *Health Belief Model* (HBM) telah menjadi salah satu yang paling banyak digunakan sebagai kerangka kerja konseptual dalam penelitian perilaku kesehatan, baik untuk menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan maupun sebagai pedoman kerangka kerja untuk intervensi perilaku kesehatan. Selama dua dekade terakhir, HBM telah diperluas, dibandingkan dengan kerangka kerja lainnya, dan digunakan untuk mendukung intervensi untuk mengubah perilaku kesehatan.

Dalam hal ini, akan meninjau komponen fundamental HBM dan memeriksa konstruksi psikososial lainnya yang lebih menjelaskan hubungan dalam model. Pertama, asal-usul HBM dan hubungan HBM teori psikososial dieksplorasi. Kedua, membahas isu yang berkaitan dengan pengukuran HBM konstruksi. Ketiga, memberikan contoh aplikasi dari HBM dalam skrining kanker dan perilaku pencegahan. Aplikasi menggambarkan bagaimana HBM telah digunakan untuk menjelaskan perilaku dan juga sebagai dasar untuk intervensi. Alasan penggunaan contoh-contoh tersebut karena mereka mewakili dua masalah kesehatan masyarakat yang sangat berbeda dalam masyarakat kita, masing-masing dengan implikasi perilaku (dalam Glanz, 2002 hal 46)

2.2.3 Pengertian *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model (HBM) adalah model yang menspesifikan bagaimana individu secara kognitif merepresentasikan perilaku sehat dan yang komponennya penting untuk memprediksi perilaku sehat protektif.

HBM berisi beberapa konsep utama yang memprediksi mengapa orang akan mengambil tindakan untuk mencegah, untuk skrining, atau untuk mengontrol kondisi penyakit, ini termasuk kerentanan, keseriusan, manfaat dan hambatan untuk perilaku, dan isyarat untuk bertindak. Awalnya, Hochbaum (1958, dalam Glanz) mempelajari persepsi tentang apakah orang percaya bahwa mereka rentan terhadap tuberkulosis dan keyakinan mereka tentang manfaat pribadi dari deteksi dini (Hochbaum, 1958). Di antara individu yang dipamerkan keyakinan baik dalam kerentanan mereka sendiri untuk tuberkulosis dan tentang keseluruhan manfaat dari deteksi dini, 82% memiliki setidaknya satu dada sukarela X-ray. Dari kelompok menunjukkan tidak satupun dari keyakinan ini, hanya 21% telah memperoleh sukarela sinar-X selama periode kriteria.

Jika individu menganggap diri mereka sebagai rentan terhadap kondisi, percaya bahwa kondisi akan memiliki konsekuensi serius, percaya bahwa tindakan tersedia bagi mereka akan bermanfaat dalam mengurangi kerentanan mereka terhadap baik atau keparahan kondisi,

dan percaya manfaat yang diharapkan dari mengambil tindakan lebih besar daripada hambatan (atau biaya) tindakan, mereka cenderung untuk mengambil tindakan yang mereka percaya akan mengurangi risiko mereka .

Dalam kasus penyakit medis didirikan (daripada pengurangan risiko belaka), dimensi telah dirumuskan untuk memasukkan penerimaan diagnosis, perkiraan pribadi dari kerentanan terhadap konsekuensi penyakit, dan kerentanan terhadap penyakit pada umumnya. (dalam Glanz, 2002 hal 47).

Model ini menekankan pada aspek kognisi yang sering kali terlupakan dalam mempelajari tingkah laku kesehatan (Sarafino, 1998). Teori perilaku yang sangat mempengaruhi mengapa seseorang melakukan perilaku sehat adalah *health belief model* (HBM) (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966, dalam Glanz). *Health Belief Model* diformulasikan oleh Rosenstock (1966) untuk memprediksi kemungkinan individu akan melibatkan diri dalam perilaku sehat atau tidak. HBM telah banyak diaplikasikan pada penelitian-penelitian tentang berbagai macam perilaku kesehatan.

Secara umum, sekarang dipercayai individu akan mengambil tindakan pencegahan apabila individu menganggap dirinya rentan terhadap kondisi yang ia percayai menimbulkan konsekuensi serius. Individu akan mengambil tindakan memeriksakan dirinya apabila ia

mempercayai serangkaian aksi dapat menguntungkannya dalam mengurangi kerentanannya terhadap masalah kesehatan ataupun keseriusan dari kondisi tersebut dan individu akan mengambil langkah mengontrol kondisi kesehatannya yang sakit apabila ia mempercayai bahwa keuntungan yang diperoleh melebihi rintangan yang dihadapi pada saat mengambil langkah tersebut.

Menurut HBM kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan (*health belief*) dalam Taylor, 2003 hal 66 yaitu:

- Derajat/tingkat mana seseorang menerima ancaman kesehatan dalam dirinya (*perceives a personal health threat*).
- Persepsi terhadap latihan kesehatan khusus akan sangat efektif dalam mengurangi ancaman kesehatan (*perception that a particular health practice will effective in reducing that threat*).

Penilaian pertama adalah *perception of health threat*. Persepsi akan ancaman penyakit itu sendiri dipengaruhi paling sedikit 3 faktor, yaitu :

1. *General health values* (penilaian secara umum mengenai kesehatannya) dimana termasuk didalamnya ketertarikan dan perhatian tentang kesehatan.

2. Keyakinan spesifik tentang kerentanan (*vulnerability*) terhadap penyakit khusus.
3. Keyakinan terhadap konsekuensi dari penyakit, seperti apakah konsekuensi dari penyakitnya serius atau tidak.

Penilaian kedua adalah *perceived threat reduction*. Apakah individu percaya pemeriksaan kesehatan akan mengurangi ancaman yang diakibatkan dari penyakit.

2.2.3. Perkembangan *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) dirintis pada tahun 1950-an oleh ahli-ahli psikologi sosial di *United States Public Health Service*, untuk menjelaskan kurangnya partisipasi masyarakat mengikuti program deteksi dini penyakit, yaitu skrining tuberculosi (TBC). Kemudian model ini digunakan untuk menjelaskan perilaku masyarakat dalam menanggapi suatu penyakit. **Irwin Rosenstock** mengembangkan model ini pada tahun 1966 dan menjelaskan usaha preventif yang berhubungan dengan kesehatan seperti pemeriksaan kesehatan dan imunisasi. Lebih dari tiga dekade, HBM merupakan salah satu pendekatan psikososial yang paling sering digunakan untuk menjelaskan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health-related behavior*).

HBM berakar pada teori kognitif (seperti keyakinan dan sikap) dan berkaitan dengan proses berpikir yang terlibat dalam pengambilan

keputusan pribadi untuk bertindak dengan satu cara tertentu. HBM menekankan peran hipotesis atau harapan subjektif individu. Pada perspektif ini, perilaku merupakan fungsi dari nilai subjektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subjektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep seperti ini dikenal sebagai teori “nilai-harapan” (*value-expectancy*). Jadi dapat dikatakan HBM merupakan teori nilai-harapan. Jika konsep ini diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka dapat diartikan menjadi: keinginan untuk tidak sakit atau menjadi sembuh (nilai), dan keyakinan (*belief*) bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah atau menyembuhkan penyakit (harapan). Harapan ini kemudian diartikan sebagai perkiraan-perkiraan seseorang terhadap resiko mengidap suatu penyakit dan keseriusan akibat suatu penyakit, serta kemungkinan untuk mengurangi ancaman penyakit melalui suatu tindakan tertentu.

HBM menyatakan seseorang yang mengambil tindakan sehat dapat ditentukan oleh empat faktor, yaitu:

1. *Perceived susceptibility*, kerentanan terhadap penyakit;
2. *Perceived severity*, keseriusan penyakit;
3. *Perceived benefits*, keuntungan dari tindakan sehat; dan
4. *Perceived barriers*, kerugian untuk tindakan sehat.

Becker and Mainman (1975) menambahkan faktor ke lima dalam HBM, yaitu *health motivation* atau *general health value*. *Health motivation* ini mengacu pada kepedulian individu untuk meyoroti persoalan-persoalan terkait kesehatan bagi dirinya sendiri. Akhir-akhir ini faktor *cues to action* ditambahkan sebagai tambahan untuk menjelaskan HBM. Pengembangan ini dilakukan oleh **Oliver dan Berger (1979)** untuk menggambarkan HBM sebagai '*more a collection of variables than a formal theory or model*'. *Cues to action* bisa bersifat internal (seperti suasana hati, persepsi simptom) atau eksternal (seperti literatur yang mempromosikan kesehatan, informasi dalam media, proses pengaruh sosial). Disamping itu ada faktor lain yang mempengaruhi HBM, yaitu variabel demografis (usia, jenis kelamin, latar belakang budaya), sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial), dan variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah) (**Becker and Rosenstock, 1984**).

2.2.4. *Komponen Health Belief Model*

a. *Perceived Susceptibility*

Keyakinan individu terhadap kerentanan dirinya terhadap komplikasi penyakit. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa ia akan mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka. Tiap individu memiliki persepsi yang beragam mengenai kemungkinan dirinya mengalami suatu kondisi yang dapat memperburuk kesehatan. Secara statistik, mereka yang tergolong ekstrim rendah dari

perceived susceptibility menyangkal bahwa dirinya beresiko untuk terkena penyakit.

b. *Perceived Severity*

Keyakinan yang dimiliki seseorang sehubungan dengan perasaan akan keseriusan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya sekarang. Seseorang mengevaluasi seberapa besar konsekuensi yang ditimbulkan dari penyakit tersebut, baik konsekuensi medis, seperti kematian, cacat, dan rasa sakit, maupun konsekuensi sosial, seperti efeknya terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial. Penting untuk memperhitungkan faktor emosional dan finansial ketika mempertimbangkan tingkat keseriusan penyakit.

c. *Perceived Benefit*

Keyakinan yang berkaitan dengan keefektifan dari beragam perilaku dalam usaha untuk mengurangi ancaman penyakit atau keuntungan yang dipersepsikan individu dalam menampilkan perilaku sehat.

d. *Perceived Barrier*

Keyakinan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku sehat atau rintangan yang dipersepsikan individu yang dapat bertindak sebagai halangan dalam menjalani perilaku yang direkomendasikan. Seseorang

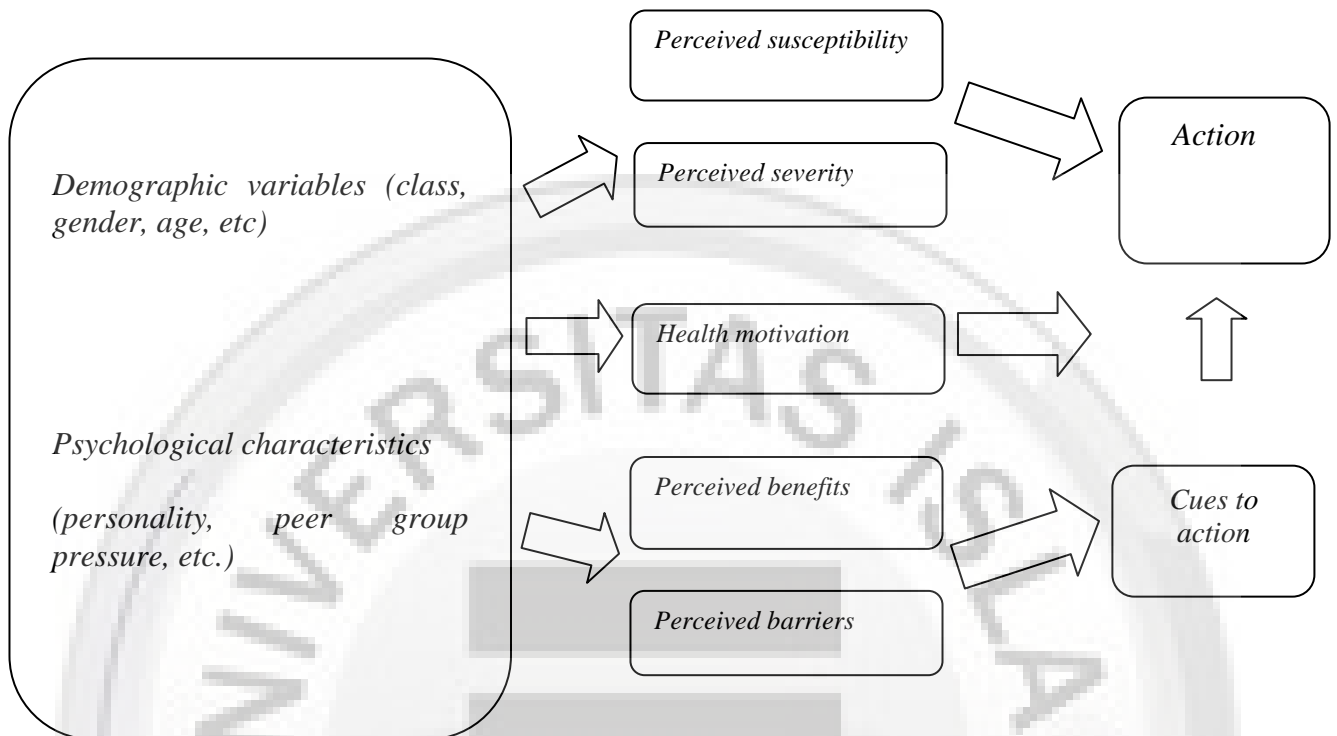
akan menganalisis untung-rugi untuk menimbang-nimbang keektifan sebuah perilaku. Apakah perilaku tersebut memakan biaya, tidak menyenangkan, sulit, memberi rasa sakit, tidak nyaman, memakan banyak waktu, dan sebagainya. Seseorang mungkin mengurungkan niatnya untuk melakukan perilaku sehat walaupun ia percaya bahwa ada keuntungan dalam menjalankan perilaku tersebut apabila hambatan yang dipersepsikan individu melebihi keuntungan yang diperoleh.

e. ***Cues to Action***

Cues to Action adalah keyakinan seseorang mengenai adanya tanda atau sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah suatu pencegahan. Tanda tersebut berasal dari luar (kampanye di media massa, nasehat dari orang lain, kejadian pada kenalan atau keluarga, artikel di koran atau majalah), dan dari dalam (persepsi seseorang terhadap kondisi kesehatan badannya).

f. ***Health Motivation / General Health Value***

Kepedulian individu untuk meyoroti persoalan-persoalan terkait kesehatan bagi dirinya sendiri. Bagaimana kepedulian individu untuk kesehatannya. Misalnya: “saya khawatir bahwa merokok mungkin merusak kesehatan saya.”



Gambar 2.1. Bagan *Health Belief Model*

dalam buku **David F. Marks dkk** dan buku **Ian P. Albery dkk.**

2.3. Perilaku Rokok

Rokok merupakan suatu benda yang dapat dihisap dan mengeluarkan asap. Pada umumnya rokok berbentuk silinder yang terbuat dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm yang berisi daun-daun tembakau yang telah

dicacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung lainnya.

Rokok biasanya dijual dalam bungkus berbentuk kotak atau kemasan kertas yang dapat dimasukkan dengan mudah ke dalam kantong. Sejak beberapa tahun terakhir, bungkus-bungkus tersebut juga umumnya disertai pesan kesehatan yang memperingatkan perokok akan bahaya kesehatan yang dapat ditimbulkan dari merokok, misalnya kanker paru-paru atau serangan jantung.

Merokok adalah perilaku yang diasosiasikan dengan suatu urutan ritual (Peters & Morgan, 2002). Ritual tersebut dimulai dengan mengeluarkan sebatang rokok dari bungkusnya, lalu pada salah satu ujungnya dibakar, kemudian menghisap asap pembakaran tembakau tersebut melalui ujung yang tidak terbakar. Asap yang dihisap melalui mulut disebut asap utama (*mainstream smoke*), sedangkan asap yang terbentuk pada ujung rokok yang terbakar dan asap yang dihembuskan ke udara oleh perokok disebut asap sampingan (*sidestream smoke*) (Kaplan, dkk., 1993). Asap yang dihembuskan ke udara tersebut dapat dihirup oleh siapapun yang berada di dekat perokok tersebut, orang yang menghirup asap dari orang yang merokok disebut perokok pasif, atau *second-hand smokers* (Sheridan, 1992; Sarafino, 1990; Oskamp & Schultz, 1998). Asap rokok yang dihembuskan oleh perokok aktif dan terhirup oleh perokok pasif, lima kali lebih banyak

mengandung karbon monoksida, empat kali lebih banyak mengandung tar dan nikotin (Wardoyo, 1996).

Kegiatan merokok dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kondisi lingkungan sosial disekitar perokok, kondisi psikologis atau kondisi biologis perokok itu sendiri (Oskamp & Schultz, 1998).

2.3.1. Kategori Perokok

Sitepoe (2000) mengategorikan perokok berdasarkan jumlah konsumsi rokok harian yaitu :

1. Perokok ringan : jumlah konsumsi rokok 1 – 10 batang/ hari
2. Perokok sedang : jumlah konsumsi rokok 11 – 20 batang/ hari
3. Perokok berat : jumlah konsumsi rokok lebih dari 20 batang/ hari

Kwon Myung & Gwan Seo (2011) mengatakan bahwa orang yang mengkonsumsi rokok dalam jumlah yang lebih kecil memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk berhenti merokok.

Taylor (2009) menyebut istilah *chippers* untuk menjelaskan perokok yang mengkonsumsi rokok kurang dari 5 batang/ hari dan biasanya *chippers* tidak menjadi perokok berat sehingga sangat kecil kemungkinan mengalami ketergantungan nikotin.

Istilah lainnya pada perokok adalah *social smoker* yaitu individu yang merokok hanya pada situasi sosial tertentu misalnya

saat bertemu dengan teman lama di suatu acara atau pesta. Situasi sosial tersebut bertindak sebagai isyarat atau pemicu untuk merokok (Hahn & Payne, 2003).

2.3.2. Tahapan Menjadi Perokok

Merokok bukanlah hal yang terjadi secara tiba – tiba. Seseorang berubah dari bukan perokok menjadi perokok melalui beberapa proses. Ogden (2000) menjelaskan empat tahapan seseorang menjadi perokok yaitu :

1. Tahap I dan II : *Initiation dan Maintenance*

Tahap *initiation* dan *maintenance* cukup sulit dibedakan. *Initiation* merupakan tahap awal atau pertama kali individu merokok sedangkan *maintenance* merupakan tahap dimana individu kembali merokok.

Ogden mengatakan bahwa merokok biasanya dimulai sebelum usia 19 tahun dan individu yang mulai merokok pada usia dewasa jumlahnya sangat kecil. Faktor kognitif berperan besar ketika individu mulai merokok, antara lain: menghubungkan perilaku merokok dengan kesenangan, kebahagiaan, keberanian, kesetia-kawanan dan percaya diri. Faktor lainnya adalah memiliki orang-tua perokok, tekanan teman sebaya untuk merokok, menjadi pemimpin dalam kegiatan sosial dan tidak adanya kebijakan sekolah terhadap perilaku merokok.

2. Tahap III : *Cessation*

Cessation merupakan suatu proses dimana perokok pada akhirnya berhenti merokok.

Tahap *cessation* terbagi dalam empat tahapan, yaitu :

- *Precontemplation* (belum ada keinginan berhenti merokok)
- *Contemplation* (ada pemikiran berhenti merokok)
- *action* (ada usaha untuk berubah)
- *maintenance* (tidak merokok selama beberapa waktu).

Tahapan tersebut bersifat dinamis karena seseorang yang berada di tahap *contemplation* dapat kembali ke tahap *precontemplation* karena pertimbangan beberapa faktor psikososial.

3. Tahap IV : *Relapse*

Individu yang sudah berhasil berhenti merokok tidak menjadi jaminan bahwa ia tidak akan kembali menjadi perokok. Marlatt dan Gordon (dalam Ogden, 2000) membedakan antara *lapse* dengan *relapse*. *Lapse* adalah kembali merokok dalam jumlah kecil sedangkan *relapse* adalah kembali merokok dalam jumlah besar.

Ada beberapa situasi yang mempengaruhi *pre-lapse* yaitu *high risk situation*, *coping behavior* dan *positive-negative outcome expectancies*. Saat individu

dihadapkan dengan *high risk situation* maka individu akan melakukan strategi *coping behavior* berupa perilaku atau kognitif. Bentuk perilaku misalnya menjauhi situasi atau melakukan perilaku pengganti (makan permen karet) sedangkan bentuk kognitif adalah mengingat alasan berhenti merokok. *Positive outcome expectancies* (misalnya merokok mengurangi kecemasan) dan *negative outcome expectancies* (misalnya merokok membuatnya sakit) dipengaruhi pengalaman individu.

No lapse akan berhasil dilakukan jika individu memiliki strategi coping dan *negative outcome expectancies* serta peningkatan *self efficacy* yang mempengaruhi individu tetap bertahan untuk tidak merokok. Namun, jika individu tidak memiliki strategi coping dan memiliki *positive outcome expectancies* serta *self efficacy* yang rendah maka individu akan mengalami *lapse* (kembali merokok dalam jumlah kecil).

24. Kerangka Pemikiran

Banyak survey yang menunjukkan masih terdapat banyak pelaku kesehatan yang menampilkan perilaku merokok. Salah satunya adalah hasil survey yang dilakukan oleh Young & Kornegey pada tahun 2004

bahwa sebanyak 25% dari pelaku kesehatan merupakan perokok. Pelaku kesehatan yang dimaksud yaitu dokter, perawat dan akademisi kesehatan. Sebagai pelaku kesehatan seharusnya mereka telah memahami akan bahaya dari rokok dan sepatutnya menjadi contoh yang baik untuk perilaku gaya hidup sehat termasuk salah satunya yaitu tidak merokok. Ketika pelaku kesehatan ternyata ikut menjadi seorang perokok maka hal tersebut akan menghambat perannya sebagai duta dalam mencanangkan perilaku hidup sehat. Hal tersebut juga menyebabkan masyarakat memandang peran mereka menjadi tidak efektif.

Dalam hal ini, peneliti menemukan perilaku merokok yang kerap terjadi di kalangan mahasiswa dan salah satunya yaitu mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung yang juga merupakan bagian dari pelaku kesehatan. Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unisba mengetahui bahwa rokok itu menjadi salah satu faktor dari beberapa penyakit tetapi mereka merasa diri mereka tidak rentan terhadap penyakit-penyakit yang disebabkan rokok dan sejauh ini mereka menilai bahwa kondisi fisik mereka baik-baik saja. Dalam HBM hal ini berkaitan dengan *perceived susceptibility*. Dimana, *perceived susceptibility* tersebut diartikan sebagai keyakinan individu terhadap kerentanan dirinya terhadap komplikasi penyakit. Dengan perilaku yang demikian mengindikasikan bahwa mahasiswa Fakultas Kedokteran memiliki *perceived susceptibility* yang negatif.

Mahasiswa Fakultas kedokteran sebenarnya menyadari cepat atau lambat kesehatan mereka akan terganggu dari efek rokok hal ini dipengaruhi juga dari pengalaman mereka sebagai mahasiswa kesehatan yang sering berjumpa dengan pasien yang menderita penyakit akibat merokok dan juga dari keadaan sekitar yang meninggal akibat rokok sehingga saat perasaan itu muncul mereka cenderung mengurangi konsumsi rokok namun hal itu hanya bersifat sementara. Perilaku tersebut dalam HBM berkaitan dengan *perceived severity*. Dimana, *perceived severity* tersebut diartikan sebagai keyakinan yang dimiliki seseorang sehubungan dengan perasaan keseriusan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya. Dengan perilaku yang demikian mengindikasikan bahwa mahasiswa Fakultas Kedokteran memiliki *perceived severity* yang negatif.

Mahasiswa Fakultas Kedokteran mengatakan bahwa diri mereka mendapatkan keuntungan dari perilaku merokoknya yaitu merasa lebih percaya diri, tenang, lebih konsentrasi dalam mengerjakan tugas tetapi mereka juga menyadari jika mereka berhenti merokok akan membuat lebih hemat dan secara fisik pun akan lebih sehat. Dalam HBM hal ini berkaitan dengan *perceived benefit*. Dimana, *perceived benefit* tersebut diartikan sebagai keefektifan dari beragam perilaku dalam usaha untuk mengurangi ancaman penyakit atau keuntungan yang dipersepsikan individu dalam menampilkan perilaku sehat. Dengan perilaku yang demikian

mengindikasikan bahwa mahasiswa Fakultas Kedokteran memiliki *perceived benefit* yang negatif.

Pada beberapa mahasiswa Fakultas Kedokteran Unisba ada yang sempat berhenti merokok namun hal tersebut tidak berlangsung lama dikarenakan ketika mereka berhenti merokok, mereka merasa dirinya sulit konsentrasi, kurang percaya diri, merasa ada kebiasaan yang kurang dari dirinya dan ada juga yang merasakan ketika berhenti merokok, berat badan menjadi bertambah dikarenakan harus membeli makanan pengganti rokok. Dalam hal ini berkaitan dengan *perceived barrier*. Dimana, *perceived barrier* tersebut diartikan sebagai keyakinan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku sehat atau rintangan yang dipersepsikan individu yang dapat bertindak sebagai halangan dalam menjalani perilaku yang direkomendasikan. Dengan perilaku yang demikian mengindikasikan bahwa mahasiswa Fakultas Kedokteran memiliki *perceived barrier* yang negatif.

Mahasiswa Fakultas Kedokteran telah mendapatkan pengetahuan yang baik mengenai kesehatan termasuk salah satunya informasi mengenai bahaya rokok baik dari perkuliahan, seminar dan juga pengalaman mereka saat berhadapan dengan pasien yang menderita penyakit akibat rokok namun dengan tetap merokok seolah mereka mengabaikan hal tersebut. Dalam HBM hal ini berkaitan dengan *cues to action*. Dimana, *cues to action* tersebut diartikan sebagai keyakinan seseorang mengenai adanya tanda atau sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah

suatu pencegahan. Dengan perilaku yang demikian mengindikasikan bahwa mahasiswa Fakultas Kedokteran memiliki *cues to action* yang negatif.

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unisba mengantisipasi dirinya agar terhindar dari penyakit berbahaya dari efek rokok dengan melakukan kontrol kesehatan secara rutin, olah raga, kegiatan yang bermanfaat untuk mengurangi konsumsi rokok. Dalam HBM hal ini berkaitan dengan *health motivation*. Dimana, *health motivation* tersebut diartikan sebagai kepedulian individu untuk menyoroti persoalan-persoalan terkait kesehatannya. Dengan perilaku yang demikian mengindikasikan bahwa mahasiswa Fakultas Kedokteran memiliki *health motivation* yang positif. Semua keyakinan mahasiswa Kedokteran Unisba yang telah diuraikan diatas menggambarkan bahwa adanya indikasi *health belief*-nya negatif dimana hal tersebut mempengaruhi perilaku merokoknya.

