

## Socioperception About Smoking Behavior in Islamic Boarding School

Hafid Algristian<sup>1</sup>, Choitotussanijjah<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya

Email: [dr.hafid@unusa.ac.id](mailto:dr.hafid@unusa.ac.id), [choitotussanijjah@unusa.ac.id](mailto:choitotussanijjah@unusa.ac.id)

---

**Keywords:**

*Smoking behavior, Islamic boarding school, socioperception*

**Abstract:**

*Indonesia is the fifth largest tobacco producer in the world. Average cigarette consumption in adolescents over 15 years is 12 cigarettes per day. The increase in the number of smokers is influenced by internal factors and external factors. Internal factors include perception and attitude towards smoking behavior. These perceptions and attitudes determine whether someone agrees and then decides to follow the act or not. Hopefully, the more someone disagrees with smoking behavior, the lower the smoking behavior rate in adolescents. How many people at the boarding school initially refused cigarettes, but because of fear of exclusion, then turned into permissive to cigarettes. This study aims to analyze the perceptions and attitudes of Islamic boarding school alumni to smoking behavior of boarding school residents. The results of this study are expected to be self-evaluation materials as well as a starting point for re-planning counseling programs for the anti-smoking movement in Islamic boarding schools.*

---

**Kata kunci:**

Perilaku merokok, pondok pesantren, sosiopersepsi

**Abstrak:**

Indonesia adalah produsen tembakau terbesar kelima di dunia. Konsumsi rokok rata-rata pada remaja usia lebih dari 15 tahun adalah 12 batang per hari. Peningkatan jumlah perokok ini dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal di antaranya persepsi dan sikap terhadap perilaku merokok. Persepsi dan sikap ini menentukan apakah seseorang menyetujui lalu memutuskan mengikuti perbuatan tersebut atau tidak. Diharapkan, semakin seseorang tidak setuju terhadap perilaku merokok, maka semakin rendah angka perilaku merokok pada remaja. Betapa banyak orang-orang di pondok pesantren yang awalnya menolak rokok, namun karena khawatir dikucilkan, kemudian berubah menjadi permisif terhadap rokok. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persepsi dan sikap alumni pondok pesantren terhadap perilaku merokok warga pondok pesantren. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan evaluasi diri sekaligus titik tumpu awal untuk merencanakan ulang program-program penyuluhan gerakan anti merokok di pondok pesantren.

Received: March 28, 2020. Revised: April 14, 2020. Accepted: April 26, 2020

## 1. Pendahuluan

### a. Tren Merokok di Indonesia

Indonesia adalah produsen tembakau terbesar kelima. Ini adalah salah satu dari lima produsen dan eksportir rokok teratas. Indonesia adalah negara konsumen rokok terbesar keempat. Pada 2008, konsumsi rokok di Indonesia adalah 225 juta batang rokok. Negara ini adalah konsumen rokok terbesar ketiga di dunia. Riset Kesehatan Dasar Nasional (RISKESDAS) tahun 2010 menunjukkan bahwa konsumsi rokok rata-rata per orang (usia 15 tahun ke atas) adalah 12 batang per hari. Juga ditemukan bahwa mereka yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung tidak menggunakan tembakau. Prevalensi merokok di kalangan lulusan universitas adalah 20,6% dibandingkan dengan 26,3% di antara mereka yang tidak bersekolah (World Health Organization, 2011).

Di Indonesia sebanyak 67,4% pria dan 4,5% wanita saat ini menggunakan tembakau dalam bentuk *smokeless form*. Penggunaan tembakau lebih umum di daerah pedesaan (39,1%) dibandingkan dengan daerah perkotaan (33,0%). Prevalensi merokok adalah 67,0% (57,6 juta) di antara pria dan 2,7% (2,3 juta) di antara wanita (GATS, 2011). Sedangkan, menurut *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) tahun 2014, sebanyak 20,3% anak usia sekolah adalah perokok dimana anak laki-laki sebanyak 36,2% dan anak perempuan sebanyak 4,3%. Di antara semua orang dewasa, 51,3% terpapar asap tembakau di tempat kerja (laki-laki 58%, perempuan 41,4%), 78,8% terpapar asap tembakau di rumah masing-masing, 85,4% terpapar asap tembakau saat mengunjungi restoran, dan 70% terpapar asap tembakau saat menggunakan transportasi umum. Sedangkan menurut *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) 2014, 57,3% anak sekolah berusia 13-15 tahun terpapar asap rokok dirumah dan 60% terpapar di rumah dan di tempat umum (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2015).

Peningkatan jumlah perokok muda yang mengawali “karir merokoknya” di usia remaja dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal (S. Chotidjah, 2018). Faktor internal seperti persepsi, sikap fakta dan pengetahuan tentang dampak negatif rokok. Faktor eksternal seperti pengaruh orang tua atau orang dewasa di sekitarnya, ajakan teman, dan fatwa haram rokok. Resultan kedua faktor ini turut membentuk persepsi individual terhadap rokok. Terbentuknya persepsi ini diikuti dengan sikap subyektif seseorang; yakni kecenderungan untuk menerima/menolak, setuju/tidak setuju terhadap stimulus eksternal. Sikap tidak selalu terlihat dari luar, namun dapat dinyatakan melalui perilaku seseorang (*subtle statement through behavior*). Perilaku ini seringkali berkebalikan pada sesuatu yang tidak ia setujui, misalnya para santri curi-curi merokok karena peraturan pondok terlalu ketat (M. Baihaqi and M. T. Yani, 2017), atau sebaliknya, para santri semakin tidak ingin merokok karena melihat pengurus pondok yang merokok seenaknya di hadapan mereka.

Model pendidikan di pondok pesantren mensyaratkan santri tinggal untuk waktu yang lama, dan hanya boleh di kunjungi di waktu-waktu tertentu (misalnya saat akhir pekan atau saat hari raya Islam). Santri mendapat kesempatan pulang kampung saat bulan Ramadhan hingga satu pekan setelah Hari Raya Idul Fitri. Dengan model seperti ini, maka pengasuhan santri sepenuhnya bergantung pada interaksi santri dengan orang dewasa di sekitarnya, seperti kakak kelas, pengurus pondok pesantren, ustadz, Kiai dan orang dewasa lainnya. Merekalah *role model* bagi santri. Termasuk tentang kebiasaan merokok yang ditampilkan kepada santri.

Pondok Pesantren Al Hidayah (Ponpes Al Hidayah) merupakan salah satu pondok pesantren yang didirikan oleh KH. Khoirul Anam Mu'min S.H, M.HI yang berasal dari Bojonegoro, Jawa Timur. Ponpes ini berdiri pada tahun 1997 di Desa Sondriyan, Desa Majasem, Kecamatan Kendal, Kabupaten Ngawi, Jawa Timur. Penelitian tentang Persepsi Masyarakat terhadap Perilaku Merokok Warga Pondok sangat dibutuhkan sebagai upaya peningkatan pengabdian masyarakat di masyarakat sekitar pondok maupun warga pondok itu sendiri.

## b. Perilaku Merokok

Skinner merumuskan bahwa perilaku seseorang dapat dibentuk melalui serangkaian pembiasaan-pembiasaan (R. E. L. Faris, C. S. Hall, and G. Lindzey, 1957). Agar mudah diolah otak dan cepat diterima oleh seseorang, pembiasaan-pembiasaan tersebut haruslah melewati sebuah proses alami, sehingga perubahan yang dirasakan tidak terlalu drastis. Perubahan ini juga harus bersifat menyenangkan (*assuring reward*), atau bersifat menjauhkan dari ketidaknyamanan (*avoiding punishment*) (E. Schreuders, B. R. Braams, N. E. Blankenstein, J. S. Peper, B. Güroğlu, and E. A. Crone, 2018). Seperti contoh, sebuah restoran Jepang di Surabaya harus menyesuaikan selera orang Surabaya meski gaya memasaknya tetap khas Jepang. “Selera” adalah sebuah proses alami, sementara gaya Jepang adalah hal baru yang dapat dianggap *reward* bagi orang Surabaya yang baru pertama kali melihat cara memasak gaya Jepang. Apabila hal ini diulang terus-menerus, maka restoran Jepang ini lambat laun akan menguasai pasar dengan cara menggeser minat masyarakat terhadap masakan tertentu. Padahal, bagi mereka selera adalah hal biasa. Namun, jika digabungkan ke dalam gaya memasak Jepang, maka menu-menu di restoran tersebut menjadi tidak biasa.

Sebagaimana merokok. Pembiasaan haruslah bersifat cukup alamiah agar rokok ini mudah diterima. Juga harus ada semacam *assuring reward* atau *avoiding punishment* agar rokok menjadi menyenangkan untuk diulang terus-menerus menjadi sebuah kebiasaan. Sisi alamiah dari rokok adalah adanya kebutuhan akan zat tertentu (yakni *low-grade stimulant*) yang memudahkan seseorang untuk mempertahankan performa, semacam “melancarkan” jalan pikirannya ketika mempelajari sesuatu meski ia sedang lelah dan tidak memungkinkan untuk belajar. Padahal secara obyektif, tidak semua orang membutuhkan zat tersebut. Kondisi otak berbeda-beda, tidak bisa disama-persiskan. Kalaupun membutuhkan, tidak harus dipenuhi oleh rokok. Bisa oleh kopi dengan *low-dose caffeine*, *tyramine* dalam coklat atau keju, maupun bahan makanan/minuman lain dengan sifat yang senada. Namun, rokok seolah sudah menjadi satu-satunya “properti” yang diyakini dapat meningkatkan performa belajar. Keyakinan inilah yang disebut sebagai *assuring reward*, dan “mempertahankan performa di kala lelah” inilah yang disebut sebagai *avoiding punishment*. Tentunya, keduanya bersifat subyektif. Subyektivitas inilah yang pada akhirnya membentuk persepsi seseorang terhadap rokok.

## c. Persepsi akan Perilaku Merokok

Bagi masyarakat Indonesia yang masih kental akan ketokohan, dua faktor di atas (sifat alami dan *reward/punishment*) menjadi terpenuhi sekaligus melalui kekagumannya kepada seseorang (S. Navigation, 2016). Sudah menjadi sifat manusia bahwasanya ketika ia ingin meningkatkan harga dirinya, adalah dengan cara mengidentikkan (meniru) perilaku-perilaku idolanya kepada dirinya. Ketika perilaku itu sudah dibuat semirip mungkin, maka ia mendapat *reward* berupa rasa percaya diri yang bertambah, sekaligus keyakinan bahwa dirinya tidak akan direndahkan orang lain karena status sosialnya (*avoiding punishment*). Di satu sisi, perilaku meniru ini bertujuan agar dirinya tidak dikucilkan oleh orang-orang di sekitarnya (*social identification to avoid social punishment*).

Keinginan menghindari pengucilan ini memiliki pengaruh yang cukup kuat sehingga menghilangkan sikap kritis seseorang terhadap rokok. Ketika ia telah mengetahui bahwa lebih banyak mudharat daripada manfaat rokok, hanya karena takut dikucilkan dan dimusuhi, maka ia menyimpan bahkan menghilangkan sikap kritisnya. Betapa banyak orang-orang di sekitar kita yang sebenarnya menolak rokok, hanya karena *avoiding social punishment*, menjadi bersikap permisif terhadap rokok. Pada akhirnya, persepsi terhadap rokok itu tidak pernah dikritisi, dan mungkin, tidak layak dikritisi.

Pembiasaan yang dibumbui norma sosial yang permisif ini agaknya membuat persepsi yang semakin mengakar terhadap perilaku merokok di pondok (S. M. Maxwell, 2015). Persepsi ini telah membentuk kebiasaan bahkan menjadi sebuah identitas bagi anak pondok. Persepsi ini dapat diduga bebas-kritik, karena sampai bisa terbentuk kebiasaan yang diteruskan dalam kehidupan kolektif

pesantren (C. Abdulloh, 2018). Yang lebih berbahaya, adalah persepsi-bebas-kritik ini mempengaruhi tokoh-tokoh di pondok pesantren untuk tidak segera memberi fatwa haram atas rokok. Kalaupun rokok dinyatakan makruh, selayaknya bagi seorang tokoh agama agar lebih menyibukkan diri terhadap amalan wajib, memperbanyak sunnah, dan menghindarkan diri dari hal-hal yang syubhat, makruh, bahkan haram.

Seorang budayawan Taufik Ismail dalam situs lokerseni.web.id pernah melancarkan kritiknya terhadap para tokoh (bukan hanya tokoh agama) yang permisif terhadap rokok, melalui sajaknya berjudul “Tuhan Sembilan Senti”. Bagian akhir sajak ini jelas mengkritik para tokoh ahlul-hisap (bukan hisab ilmu falak, melainkan ahli hisap rokok). Dikatakan dalam sajaknya, “Ada 25 penyakit dalam khamr, khamr diharamkan. Ada 15 penyakit dalam daging babi, daging babi diharamkan. Ada 4.000 penyakit dalam rokok, baiknya rokok diapakan?” Sesungguhnya pertanyaan ini bukan hanya kepada ahlul-hisap itu, melainkan kepada kita semua yang kurang-kritis terhadap isu rokok di pondok.

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan analitik-deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Studi ini dilakukan untuk memperoleh deskripsi persepsi masyarakat sekitar terhadap perilaku merokok warga Pondok Pesantren Al-Hidayah, Ngawi. Penelitian ini dilakukan di Desa Majasem, Kecamatan Kendal, Kabupaten Ngawi, dimulai dari tanggal 7 Juni-31 Agustus 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat di sekitar Pondok Pesantren Al-Hidayah (Kecamatan Kendal), Kabupaten Ngawi. Disebutkan bahwa pada tahun 2017 penduduk kecamatan Kendal sebesar 49.929 jiwa. Besar sampel penelitian adalah 95 subyek. Jika jumlah sampel yang valid kurang dari besar sampel di atas ( $n < 95$ ), maka jumlah sampel dilakukan randomisasi lalu dikurangi satu ( $n-1$ ) agar memenuhi ketentuan pengambilan sampel acak sederhana (*simple random sampling*).

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *accidental sampling*. Dengan metode ini peneliti akan mendata setiap warga yang datang/ditemui saat penelitian berlangsung. Jika masuk kriteria inklusi maka warga tersebut dimasukkan ke dalam penelitian. Kriteria inklusi meliputi seluruh masyarakat kecamatan Kendal yang bersedia menjadi responden untuk diwawancarai dengan menandatangani *informed consent* yang diberikan. Kriteria eksklusi adalah apabila subyek sedang atau pernah mengalami gangguan fisik atau jiwa berat dalam satu tahun terakhir, dan subyek penelitian bukanlah warga atau pengurus pondok pesantren Al-Hidayah. Variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah persepsi masyarakat sekitar (*socioperception*) terhadap perilaku merokok warga pondok pesantren.

Persepsi terhadap perilaku merokok adalah pendapat pribadi responden terhadap warga pondok yang diketahui merokok. Persepsi ini diukur menggunakan kuesioner berisi 8 (delapan) pertanyaan yang merekam perilaku-perilaku merokok warga pondok dan pendapat-pendapat warga sekitar terhadap perilaku tersebut. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner demografi dan kuesioner tentang persepsi terhadap perilaku merokok warga pondok. Instrumen ini berfungsi sebagai alat bantu agar wawancara yang dilakukan dapat mendalam namun tetap terstruktur (*guidelines for structured indepth interview*) Terdapat 8 (delapan) pertanyaan utama seputar persepsi responden terhadap rokok yang terbagi dalam tiga kelompok besar. Agar dapat dilakukan kuantifikasi, jawaban-jawaban tersebut dikategorisasi dalam kata kunci yang mirip. Selain jawaban dari pertanyaan utama, juga dilakukan kategorisasi mengenai alasan-alasan atau deskripsi terhadap perilaku kesehatan responden. Pertanyaan tentang persepsi terhadap rokok adalah sebagai berikut:

### 1. Perilaku merokok diri sendiri

- a. Apakah Anda merokok, dan berapa batang per hari?
- b. Apakah Anda tahu bahaya merokok?
- c. Jika sudah tahu, apakah mau berhenti?

- d. Menurut Anda, bagaimana cara terbaik untuk berhenti merokok?
2. Perilaku merokok dalam keluarga
  - a. Apakah keluarga Anda merokok, dan berapa batang per hari?
  - b. Apakah Anda mau meneruskan info tentang bahaya merokok?
3. Perilaku merokok warga pondok
  - a. Apakah Anda pernah melihat warga pondok yang merokok?
  - b. Bagaimana pendapat Anda terhadap perilaku warga pondok yang merokok?

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara terstruktur menggunakan kuesioner yang telah dibuat. Jawaban yang diberikan dicatat kemudian ditabulasi. Waktu pengumpulan data yang dibutuhkan adalah 10-15 menit per subyek penelitian. Analisis data menggunakan menggunakan langkah berikut; Pertama, dilakukan koding data, masing-masing formulir penelitian diberikan kode tertentu untuk mempermudah *entry* dan analisis data. Selanjutnya *entry* data, data dimasukkan secara komputerisasi setelah dibuat struktur *entry* data yang mencakup nomer, nama, variabel, tipe variabel, *width*, *decimals*, *variable labels*, *value labels*, dan *missing values*. *Cleaning* data untuk menghindari kemungkinan adanya kesalahan dalam analisis data, data yang telah dimasukkan akan dicek kembali sehingga kesalahan data dapat segera diperbaiki. Data diolah dengan analisis deskriptif untuk melihat sebaran persepsi masyarakat terhadap perilaku merokok warga pondok dalam tabel distribusi frekuensi.

### 3. Hasil Dan Pembahasan

#### a. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian di lakukan di warga Desa Majasem sekitar Pondok Pesantren Al Hidayah, Kecamatan Kendal, Kabupaten Ngawi. Lokasi berjarak tiga setengah jam dari Surabaya, dengan jarak tempuh 50 menit dari Kabupaten Ngawi, 5 (lima) menit jarak tempuh dengan Puskesmas Kendal, sekitar 1 (satu) jam perjalanan menuju RSUD Dr. Soeroto Ngawi, namun lebih dekat (sekitar 23 menit) dengan RSUD Dr. Sayidiman Magetan. Jarak tempuh yang dekat ke puskesmas sebenarnya sudah cukup menjadi alasan untuk memeriksakan kesehatan, namun sebagian besar responden menggunakan puskesmas sebagai pilihan terakhir untuk berobat. Mayoritas alasan adalah sebagai berikut; (1) Sakit adalah karena takdir Tuhan, untuk menggugurkan dosa-dosa; (2) Selama tidak mengganggu aktivitas (bisa ditahan) atau tidak mengganggu selera makan dan tidak sampai berdarah-darah (bukan kecelakaan fatal), tidak perlu memeriksakan diri; (3) Bisa memanfaatkan tanaman untuk obat oles luka seperti “binahong” (meski ternyata apa yang dimaksud “binahong” bukanlah spesies tanaman *Anredera cordifolia*, melainkan *Cnidocolus aconitifolius* atau daun pepaya Jepang) atau menggunakan balsam yang bebas dibeli di toko; (4) Selama bisa dialihkan kepada pekerjaan atau hal lain tidak perlu harus memeriksakan diri, dan; (5) Tidak tahu bagaimana cara memanfaatkan asuransi kesehatan semacam BPJS atau KIS.

#### b. Karakteristik Demografi

Dari 128 orang yang dilakukan wawancara, terdapat sebanyak 87 data yang lengkap dan dapat dianalisis. Artinya tingkat partisipasi warga yang menyelesaikan wawancara hingga akhir mencapai 67,97%. Dilakukan randomisasi lalu pengurangan ( $n-1$ ) karena jumlah sampel kurang dari besar sampel ( $n < 95$ ), sehingga yang dianalisis sebanyak 86 data sampel. Terdapat dua kasus yang dieksklusi karena usia terlalu muda (10 tahun, satu orang) dan menggunakan rokok jenis elektrik (satu orang). Penelitian ini hanya menganalisis kebiasaan penggunaan rokok kretek atau rokok batang (bukan rokok elektrik atau jenis lain seperti *nicotin patch* dan *sissha*). Sebaran demografi responden tersebut sebagaimana tabel berikut ini.

**Tabel 1.** Karakteristik demografi responden <sup>1</sup>

| Demografi     | Jumlah dalam persen  |
|---------------|--|
| Usia          | Rentang 15-78 tahun, kurang dari 40 tahun (47,1); 40 tahun lebih (52,9)  |
| Jenis kelamin | Laki-laki (39,1); perempuan (60,9)   |
| Pendidikan    | Tidak sekolah (12,6); SD (27,6); SMP (14,9); SMA (20,7); S1/S2 (24,1)  |
| Pekerjaan     | Ibu rumah tangga (10,3); Petani (40,2); Karyawan (3,4); Guru (17,2); Pelajar (12,6); Mahasiswa (5,7); Swasta (10,3). |

<sup>1</sup> jumlah dalam persen dibandingkan total sampel

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa variabilitas usia responden cukup tinggi dengan rentang usia 15-78 tahun, dimana proporsi usia kurang dari 40 tahun hampir menyamai proporsi usia responden 40 tahun ke atas. Jumlah responden perempuan lebih banyak, dengan sebaran latar belakang pendidikan didominasi oleh S1/S2. Hal ini sebenarnya cukup mengejutkan, dimana tingkat pendidikan di Desa Majasem ini dapat dikatakan telah memuaskan karena memiliki lulusan perguruan tinggi hampir seperempat dari keseluruhan responden, meski proporsi taraf pendidikan rendah (sekolah dasar, baik lulus maupun tidak lulus) masih tergolong tinggi.

Hal yang kontradiktif sebenarnya jika melihat sebaran proporsi pekerjaan responden, dimana jumlah pekerjaan ibu rumah tangga dan petani mencapai separuh dari keseluruhan responden dibandingkan jumlah karyawan dan guru yang sangat kecil. Dapat diduga bahwa tingkat pendidikan tinggi (SMA dan S1/S2) masih dinikmati sebagian kecil warga Desa Kendal. Berikut ini adalah tabel silang untuk melihat sebaran pendidikan terhadap pekerjaan responden.

**Tabel 2.** Sebaran pendidikan terhadap pekerjaan <sup>1</sup>

| Pendidikan    | Pekerjaan |        |          |       |        |         |           |
|---------------|-----------|--------|----------|-------|--------|---------|-----------|
|               | IRT       | Petani | Karyawan | Guru  | Swasta | Pelajar | Mahasiswa |
| Tidak Sekolah | 11.11     | 28.57  | --       | --    | --     | --      | --        |
| SD            | 22.22     | 51.43  | --       | --    | 44.44  | --      | --        |
| SMP           | 66.67     | 17.14  | --       | --    | 11.11  | --      | --        |
| SMA           | --        | 2.86   | 66.67    | --    | 33.33  | 100.00  | 20.00     |
| S1            | --        | --     | 33.33    | 93.33 | 11.11  | --      | 80.00     |
| S2            | --        | --     | --       | 6.67  | --     | --      | --        |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan total per kolom.

Sebaran pendidikan terhadap pekerjaan dalam Tabel 2 menunjukkan bahwa jenis pekerjaan ibu rumah tangga dan petani didominasi oleh mereka yang berlatarbelakang pendidikan SD, SMP, bahkan tidak sekolah. Sedangkan jenis pekerjaan guru didominasi oleh mereka yang berpendidikan S1. Sebaran tingkat pendidikan dan pekerjaan ini penting sebagai dasar analisis demografi atas persepsi seseorang terhadap perilaku merokok warga pondok. Diasumsikan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka ia semakin terdidik dan semakin mampu memberikan persepsi negatif akan rokok beserta dampak kesehatan yang ditimbulkan. Dengan asumsi yang sama, persepsi negatif terhadap rokok akan jarang muncul pada sebaran penduduk dengan pekerjaan petani dan ibu rumah tangga.

**Tabel 3.** Sebaran pendidikan terhadap jenis kelamin dan usia <sup>1</sup>

| Pendidikan | Jenis Kelamin |       | Usia              |                  |
|------------|---------------|-------|-------------------|------------------|
|            | L             | P     | di bawah 40 tahun | 40 tahun ke atas |
|            | Tidak Sekolah | 4.60  | 8.05              | 1.15             |
| SD         | 16.09         | 11.49 | 1.15              | 26.44            |
| SMP        | 2.30          | 12.64 | 9.20              | 5.75             |

|              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| SMA          | 8.05         | 12.64        | 17.24        | 3.45         |
| S1           | 8.05         | 14.94        | 17.24        | 5.75         |
| S2           | --           | 1.15         | 1.15         | --           |
| <b>Total</b> | <b>39.08</b> | <b>60.92</b> | <b>47.13</b> | <b>52.87</b> |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan total sampel.

Pengetahuan akan sebaran pendidikan terhadap pekerjaan ini memungkinkan para pembuat program penyuluhan tentang bahaya rokok memilih sasaran edukasi dengan tepat. Diharapkan, terjadi peningkatan partisipasi pada masyarakat dengan pekerjaan guru, pelajar, dan mahasiswa untuk melakukan *transfer of knowledge* kepada masyarakat dengan pekerjaan ibu rumah tangga dan petani. Terdapat kurang dari lima belas persen jumlah pelajar SMA dan sekitar lima persen responden yang berstatus mahasiswa, dari merekalah diharapkan persepsi negatif akan rokok ini muncul dan program edukasi masyarakat pun dapat digalakkan.

Pada Tabel 3 dapat diketahui bahwa perempuan memiliki sebaran pendidikan yang merata pada SD, SMP, SMA, dan S1, sementara sebaran pendidikan pada laki-laki lebih banyak pada SD. Pada sebaran pendidikan terhadap usia, dapat diketahui bahwa sepertiga responden dengan usia lebih dari 40 tahun memiliki latarbelakang pendidikan SD, sedangkan masyarakat yang berusia di bawah 40 tahun, didominasi oleh mereka yang berlatarbelakang pendidikan SMP, SMA, dan S1 (sekitar 44%). Jelaslah bahwa program penyuluhan tentang dampak akibat rokok dapat mengandalkan responden muda ini.

**c. Persepsi terhadap Perilaku Merokok**

Terdapat sekitar sepertiga responden yang merupakan perokok aktif (20 orang atau 22,99% dari total responden), dengan rerata penggunaan rokok per hari adalah 2 batang dan terbanyak adalah 16 batang (satu pak) per hari. Tabel 4 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden perokok itu mengetahui bahaya merokok. Setelah tahu bahaya merokok pun, sebagian kecil masih ada yang pikir-pikir untuk langsung berhenti bahkan ada yang menyatakan tidak.

**Tabel 4.** Kebiasaan merokok dan sikap terhadap bahaya rokok <sup>1</sup>

|               | Tahu bahaya rokok? |       | Setelah tahu, mau berhenti? |       |       |
|---------------|--------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
|               | Ya                 | Tidak | Ya                          | Tidak | Ragu  |
| Merokok       | 90.00              | 10.00 | 60.00                       | 5.00  | 35.00 |
| Tidak Merokok | 70.15              | 29.85 | 94.03                       | 2.99  | 2.99  |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan total per baris (merokok/tidak merokok).

Data pada Tabel 4 menggambarkan sebuah kenyataan pahit, dimana mayoritas perokok aktif (90%) sebenarnya tahu akan bahaya merokok. Meski 60% di antara perokok aktif tersebut bersedia untuk berhenti merokok setelah mengetahui bahayanya rokok, namun pengetahuan awal mereka terhadap bahaya rokok tidak benar-benar membuat mereka memilih untuk tidak merokok sejak sebelum wawancara. Sudah tahu bahaya rokok sekalipun, masih ragu-ragu bahkan terang-terangan menyatakan tidak mau berhenti merokok. Di lain pihak, terdapat sepertiga di antara non-perokok (29,85%) menyatakan bahwa dirinya tidak mengetahui bahaya merokok. Dua fakta ini menggambarkan betapa merokok-tidaknya seseorang tidak selalu ditentukan oleh tingkat pengetahuannya terhadap bahaya rokok. Hal ini menjadi menarik karena selama ini pengetahuan akan rokok selalu dikaitkan dengan sikap seseorang terhadap rokok.

Jika tingkat pendidikan dan pekerjaan merupakan cerminan tingkat pengetahuan seseorang, maka perlu juga dilakukan analisis antara tingkat pendidikan dan pekerjaan terhadap sikap responden terhadap rokok. Berdasarkan analisis statistik dimana tingkat pendidikan termasuk tidak terdistribusi normal, maka tingkat pendidikan dikelompokkan menjadi dua macam berdasarkan modus (sekolah

dasar, SD), yakni pendidikan rendah (tidak sekolah dan SD) dan pendidikan tinggi (SMP, SMA, S1, dan S2). Sedangkan jenis pekerjaan juga dikelompokkan menjadi dua yakni pekerjaan dengan jam kerja tidak rutin (ibu rumah tangga-IRT dan Petani) dan pekerjaan dengan jam kerja rutin (Karyawan, Guru, Pelajar, Mahasiswa, dan Swasta). Berikut disajikan tabel tingkat pendidikan dan pekerjaan terhadap sikap terhadap rokok.

**Tabel 5.** Sebaran pendidikan dan pekerjaan terhadap sikap terhadap rokok <sup>1</sup>

|                   | Merokok? |       | Tahu bahaya? |       | Tahu dan Mau Berhenti? |       |             |
|-------------------|----------|-------|--------------|-------|------------------------|-------|-------------|
|                   | Ya       | Tidak | Ya           | Tidak | Ya                     | Tidak | Pikir-pikir |
| <b>Pendidikan</b> |          |       |              |       |                        |       |             |
| Rendah            | 28.57    | 71.43 | 68.57        | 31.43 | 94.29                  | --    | 5.71        |
| Tinggi            | 19.23    | 80.77 | 78.85        | 21.15 | 80.77                  | 5.77  | 13.46       |
| <b>Pekerjaan</b>  |          |       |              |       |                        |       |             |
| Tidak rutin       | 25.00    | 75.00 | 72.73        | 27.27 | 88.64                  | 2.27  | 9.09        |
| Rutin             | 20.93    | 79.07 | 76.74        | 23.26 | 83.72                  | 4.65  | 11.63       |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan total per baris (merokok/tidak merokok).

Dari Tabel 5 terlihat bahwa prevalensi non-perokok pada pendidikan tinggi lebih tinggi daripada pendidikan rendah. Prevalensi yang tahu bahaya rokok dan mau berhenti setelah mengetahui pun lebih tinggi pada pendidikan tinggi daripada pendidikan rendah. Meski demikian, masih ada sikap pikir-pikir dahulu sebelum memutuskan berhenti merokok pada pendidikan tinggi. Pada jenis pekerjaan rutin dan tidak rutin tidak terdapat selisih yang tinggi mengenai prevalensi perokok dan non-perokok. Pun jumlah responden dengan pengetahuan akan bahaya merokok dan sikap berhenti merokok tidak terdapat selisih yang banyak antara kedua kelompok pekerjaan.

**Tabel 6.** Distribusi saran cara berhenti merokok

|                        |             | Bagaimana cara berhenti merokok? |         |            |             |                   | Total  |
|------------------------|-------------|----------------------------------|---------|------------|-------------|-------------------|--------|
|                        |             | Melalui Nasihat                  | Skeptis | Tidak tahu | Pikir-pikir | Langsung berhenti |        |
| Jumlah batang per hari | Non-perokok | 59.77                            | 9.20    | 8.05       | --          | --                | 77.01  |
|                        | < 8 batang  | 2.30                             | 3.45    | 2.30       | --          | 2.30              | 10.34  |
|                        | > 8 batang  | 3.45                             | 2.30    | 1.15       | 5.75        | --                | 12.64  |
|                        | Total       | 65.52                            | 14.94   | 11.49      | 5.75        | 2.30              | 100.00 |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan total sampel.

Dari Tabel 6 diketahui bahwa lebih dari separuh responden mengusulkan, cara berhenti merokok adalah dengan menasihati, sementara seperempat yang lain menyebutkan tidak tahu caranya bahkan skeptis. Meski sebaran perokok aktif dengan jumlah kurang dari delapan batang perhari menunjukkan sikap skeptis dan tidak tahu cara berhenti merokok, sebagian kecil menyatakan siap langsung berhenti. Sementara perokok dengan jumlah lebih dari delapan batang per hari tidak ada yang menyatakan siap berhenti dan bahkan banyak yang pikir-pikir dahulu untuk berhenti.

#### **d. Persepsi terhadap Perilaku Merokok dalam Keluarga**

Salah satu pendekatan yang saat ini digaungkan untuk menuju masyarakat sehat tanpa rokok adalah melalui pendekatan keluarga. Pendekatan ini dirasa cukup efektif melalui pemberdayaan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat. Untuk menuju masyarakat yang sehat tanpa rokok, maka keluarga perlu mendapat penguatan agar menghindari konsumsi rokok. Cara ini dianggap langsung menusuk ke jantung permasalahan, yakni membentengi keluarga dari sikap permisif terhadap rokok.

**Tabel 7.** Perilaku merokok dalam keluarga <sup>1</sup>

|               | Keluarga merokok? |       | Jumlah rokok dalam keluarga per hari |              | Mau teruskan info tentang rokok? |             |
|---------------|-------------------|-------|--------------------------------------|--------------|----------------------------------|-------------|
|               | Ya                | Tidak | < 10 batang                          | > 10 batang  | Ya                               | Tidak       |
| Merokok       | <b>65.00</b>      | 35.00 | 38.46                                | <b>61.54</b> | 100.00                           | --          |
| Tidak merokok | <b>53.73</b>      | 46.27 | 47.22                                | <b>52.78</b> | 94.03                            | <b>5.97</b> |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan total per baris (merokok/tidak merokok).

Pada Tabel 7 disajikan tabel distribusi perilaku merokok dalam keluarga. Berdasarkan analisis statistik, rerata jumlah batang rokok yang dikonsumsi dalam keluarga adalah lima batang per hari. Angka ini masih lebih tinggi dibandingkan rerata konsumsi rokok oleh responden, yakni dua batang per hari. Hal ini juga dikonfirmasi oleh data pada Tabel 7 mengenai jumlah rokok per hari dalam keluarga, yang mana baik perokok aktif maupun non-perokok memiliki prosentase yang lebih tinggi pada lebih dari sepuluh batang per hari. Patutlah menjadi dugaan bahwa responden berada di lingkungan rentan dimana keluarganya justru menjadi sumber penularan dari perilaku merokok. Ini menjadi alasan kuat mengapa para pembuat program penyuluhan dampak rokok perlu melibatkan keluarga sebagai wujud pencegahan dan intervensi dini berbasis keluarga.

Program penyuluhan dan pemberdayaan berbasis keluarga tersebut dimulai dengan kesediaan responden untuk meneruskan informasi mengenai dampak rokok kepada keluarga. Dari Tabel 7 diketahui bahwa hampir semua responden bersedia meneruskan informasi kepada keluarganya. Partisipasi aktif ini memungkinkan para pengambil kebijakan untuk bersentuhan langsung kepada keluarga sebagai unit terkecil masyarakat, dalam rangka pelaksanaan program edukasi dan pencegahan yang lebih baik.

Sebagian besar program penyuluhan dampak akibat rokok saat ini hanya bersentuhan kepada responden saja, tidak sampai menelisik kepada sebab dinamik dalam sistem keluarganya. Selain meningkatkan peluang *rejection* akibat merasa terpojok, responden juga enggan meneruskan isi penyuluhan kepada keluarganya sementara keluarganya sendiri adalah “sumber teladan” dari perilaku merokok. Partisipasi aktif yang ditunjukkan dalam Tabel 7 ini membuka peluang bagi para penyuluh atau pembuat program mengupas rokok sebagai gaya hidup dalam sebuah sistem keluarga, lalu merencanakan intervensi yang tepat sasaran dan tidak berdasarkan simptomatik semata pada diri responden.

#### **e. Persepsi terhadap Perilaku Merokok Warga Pondok**

Dengan mengetahui sikap dan perilaku responden terhadap perilaku merokok dirinya dan keluarganya, diharapkan mampu memprediksi sikap dan perilaku mereka terhadap perilaku merokok oleh orang lain dalam sistem di luar diri mereka. Dikatakan bahwa warga pondok adalah “suri tauladan” bagi masyarakat sekitar, karena warga pondok ini dianggap paling mengerti soal agama. Dapat diasumsikan bahwa apa yang dilakukan oleh warga pondok merupakan cerminan mereka dalam memahami agama. Asumsi ini menjadi semacam *short cut* bagi masyarakat sekitar untuk mempelajari agama melalui apa yang mereka saksikan dari perilaku warga pondok. Sehingga, perilaku warga pondok yang ditampakkan ke luar adalah indikator sikap mental dan perilaku bagi masyarakat sekitar. Berikut ini disajikan sebaran persepsi dan sikap responden terhadap perilaku merokok warga pondok.

**Tabel 8.** Persepsi dan sikap terhadap perilaku merokok warga pondok <sup>1</sup>

|               | Lihat warga pondok merokok? |       | Pendapat terhadap perilaku merokok warga pondok? |       |       |       |       |      |      |      |
|---------------|-----------------------------|-------|--|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
|               | Ya                          | Tidak | 1  | 2     | 3     | 4     | 5     | 6    | 7    | 8    |
| Merokok       | 40.00                       | 60.00 | 20.00  | 20.00 | 10.00 | 25.00 | 20.00 | --   | 5.00 | --   |
| Tidak merokok | 52.24                       | 47.76 | 13.43  | 22.39 | 11.94 | 11.94 | 23.88 | 7.46 | 5.97 | 2.99 |

<sup>1</sup> dalam persen dibandingkan persen per baris (merokok/tidak merokok). Pendapat terhadap perilaku merokok, secara berurutan: 1 Biasa. 2 Ingin menegur. 3 Haram. 4 Pura-pura tidak tahu. 5 Tidak suka. 6 Bahaya. 7 Boros. 8 Merasa terganggu.

Hampir tiga perempat perokok aktif mengaku tidak melihat warga pondok merokok, sementara non-perokok secara berimbang mengaku melihat warga pondok merokok. Ketika digali mengenai pendapat mereka terhadap perilaku merokok warga pondok, muncul hasil yang menarik dan sebenarnya bisa diduga. Dari Tabel 9 diketahui bahwa para perokok aktif menyebut perilaku merokok warga pondok ini sebagai hal yang “biasa” (nomor 1), bahkan mayoritas menyebutkan “pura-pura tidak tahu” (nomor 4). Meski ada di antara mereka yang menyebutkan “tidak suka” (nomor 5), tidak ada satupun yang mengatakan bahwa perilaku tersebut “bahaya” dan tidak membuat mereka “merasa terganggu” (nomor 6 dan 8). Yang unik, para perokok aktif itu mengatakan bahwa perilaku merokok bagi warga pondok itu hukumnya “haram” (nomor 3) namun mereka sendiri juga melakukan.

#### **f. Diskusi Gap antara Pengetahuan dan Sikap terhadap Rokok**

Mengetahui dampak negatifnya, bukan berarti menghindari barangnya. Menghindari barangnya pun, bukan berarti sudah tahu dampak negatifnya. Mungkin ini kalimat yang paling pas untuk menggambarkan adanya gap antara pengetahuan dan sikap responden terhadap rokok. Tahu bahaya rokok tidak lantas menghindari rokok, dan tidak merokok bukan lantas karena ia paham bahayanya. Penelitian ini (sebagaimana ditunjukkan dalam tabel 4) mengkonfirmasi bahwa merokok telah menjadi sebuah budaya yang diwariskan tanpa melalui proses kritik, setinggi apapun dan sebagus apapun kemajuan pendidikan di sebuah masyarakat. Seakan-akan rokok sudah menjadi bagian dari kehidupan bermasyarakat. Apapun dampak negatifnya bisa dianggap diabaikan. Menurut data Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) pada Maret 2018 ditemukan bahwa rokok adalah kebutuhan pokok kedua setelah beras yang banyak dibeli baik oleh masyarakat kota dan desa (I. A. Ridlo, 2019). Dari data tersebut juga diketahui bahwa prosentase perokok di pedesaan lebih tinggi daripada di kota. Tempat penelitian kali ini telah menjadi gambaran yang sangat jelas bahwa program utama pemberantasan rokok semestinya diprioritaskan di desa, terlebih yang jauh dari akses pendidikan dan kesehatan.

Pengetahuan yang tinggi tentang dampak negatif rokok, belum tentu membuat seseorang serta merta meninggalkan rokok. Seperti contoh di Amerika. Meskipun sangat sadar akan risiko kesehatan yang ditimbulkan oleh rokok, dua pertiga perokok Amerika saat ini tidak memiliki niat untuk berhenti (Sallit, M. Ciccazzo, and Z. Dixon, 2009). Yang menentukan merokok tidaknya seseorang adalah adanya keyakinan dalam dirinya untuk mengantisipasi resiko akibat rokok. Keyakinan ini terbentuk dari faktor internal (pengalaman dan kemantapan diri) maupun faktor eksternal (campur tangan Tuhan, perilaku tenaga kesehatan atau akses terhadap layanan kesehatan) (M. Moshki, M. Panahi-Shahri, F. Najarpour, and M. Mirzania, 2018). Sumber internal-eksternal ini saling mempengaruhi satu sama lain, sehingga kadang dalam budaya Nusantara (Jawa khususnya) tidak dapat dibedakan secara jelas mana pengaruh internal, mana pengaruh eksternal. Misalnya, penduduk Desa Majasem meyakini bahwa datangnya penyakit disebabkan karena takdir Tuhan (eksternal), maka dari itu nikmatilah hidup sambil tetap merokok, biar tubuh punya waktu untuk menyembuhkan dirinya sendiri (internal).

Keyakinan tersebut dipengaruhi oleh; (1) pengalamannya di masa lalu dalam menghadapi penyakit (termasuk pengaruh orang-orang di sekitarnya), (2) keyakinannya untuk pulih dan mengatasi sendiri penyakitnya, dan (3) kemudahan dalam memperoleh akses layanan kesehatan. Pada masyarakat desa seperti Desa Majasem dengan akses transportasi, pendidikan, dan kesehatan yang tak semudah di kota, menghadapi penyakit dengan kemampuan sendiri adalah sebuah kewajiban. Mereka berusaha untuk menolerir sakit (“sakit sedikit tidak apa-apa”). Jikapun sakit, mereka memilih untuk menghadapinya sendiri kecuali jika memang benar-benar mengalami sakit yang tidak tertahankan.

Beberapa perilaku yang ditemukan ketika wawancara untuk menghadapi penyakit antara lain; (1) dengan melakukan distraksi melalui pekerjaan (“harus sibuk supaya tidak memikirkan sakit”); (2) melakukan idealisasi terhadap gender maskulin (“lelaki jangan gampang mengeluh”); (3) simplifikasi masalah dengan makan, istirahat, dan tidur (“selama masih bisa makan dan tidur, saya baik-baik saja”, atau “kalau tidak bisa menahan sakit, coba istirahat atau tidur dulu”); (4) melakukan *self-medication* dengan memanfaatkan tanaman yang diyakini sebagai obat atau membeli obat bebas *over the counter* (misalnya mencari daun “binahong” untuk mengobati luka basah agar cepat kering, mengoles balsem pada bagian yang dirasa nyeri, minum kopi jahe untuk menghilangkan pegal-pegal), atau; (5) berkonsultasi kepada orang-orang yang diyakini “pintar” terhadap pengobatan, seperti kyai (dukun atau praktisi spiritual non-agama sudah sangat jarang di Desa Majasem). Uniknyalagi, sudah menjadi pemahaman umum bahwa dampak negatif rokok seperti batuk-batuk dan kepala pusing dapat diatasi dengan minum kopi. Mayoritas responden adalah penikmat kopi, dan mengolesi rokoknya dengan jelaga kopi agar lebih nikmat, sekaligus menangkal efek negatif rokok.

Mereka baru benar-benar berobat jika penyakit yang diderita sudah dirasa parah. Dikatakan bahwa orang desa hanya akan berobat pada kasus-kasus yang akut (nyeri mendadak), berdarah-darah (seperti kecelakaan dengan luka terbuka), atau penyakit yang melibatkan saluran pencernaan (tidak enak makan dan buang air besar/kecil terganggu). Penyakit kronis seperti kencing manis, asam urat, kolesterol, gagal jantung, saluran pernapasan kronis, bahkan tumor / kanker yang sudah membesar sekalipun mendapatkan perhatian yang sangat minim. Mereka “terpaksa” menganggap penyakit tersebut sebagai bagian dari dirinya. Meskipun mengganggu, mereka tidak punya daya upaya untuk berobat secara rutin ke sentra kesehatan terdekat. Mereka memilih untuk memangkas harapan akan kesembuhan, karena harapan yang terlalu tinggi sepertinya lebih terasa menyakitkan daripada penyakit itu sendiri (faktanya bahwa akses kesehatan terlampau sulit dijangkau, sehingga lebih baik tidak berharap samasekali). Mekanisme adaptasi ini yang disebut sebagai “penyekatan emosi”. Mereka memilih untuk tidak terlibat terlalu dalam terhadap masalah yang mereka hadapi sendiri. Mereka menghindarkan diri dari perasaan kecewa, sedih, dan marah dengan berkata, “Memang sudah takdirnya, memang sudah nasibnya sakit seperti ini.” Padahal sebenarnya perilaku ini membuat mereka abai terhadap masalah, terkesan menghindar, kurang proaktif untuk mencari pengobatan. Mereka pasif, dan perkataan yang menyandarkan pada takdir merupakan *sweet escape* (pelarian yang mudah dan menyenangkan) untuk menghibur diri mereka sendiri.

Tiga sikap ini yang mewarnai keputusan mereka terhadap rokok: (1) penyekatan emosi; (2) abai terhadap masalah, dan; (3) pelarian yang mudah dan menyenangkan. Kenyataannya, rokok mengandung lebih dari 7.000 zat kimia, dan 69 di antaranya menyebabkan kanker. Namun dalam kenyataan yang mereka pahami, rokok tidaklah beracun karena tidak serta merta menyebabkan sakit yang akut (sebagaimana seseorang yang menghirup jenis asap lain, misalnya gas air mata polisi). Semisal rokok dibuat tidak enak seperti gas air mata ini, niscaya mereka akan berhenti. Jikapun mereka mengalami sebuah penyakit yang mungkin disebabkan karena rokok, seperti jantung koroner, resiko kencing manis yang lebih parah, bahkan tumor sekalipun, mereka menjawab, “Semua orang pasti sakit, belum tentu disebabkan karena rokok.” Kasus ekstrim yang pernah dilaporkan adalah seorang pasien pasca operasi laringektomi (mengambil kanker saluran napas atas sehingga tersisa

sebuah lubang trakheostomi pada lehernya) tetap menghirup rokok melalui lubang leher tersebut karena merasa bahwa penyakitnya sudah diambil melalui operasi (R. E. Sezer, 2018).

Rokok memang didesain untuk memicu perilaku adiktif melalui rasa yang enak dan nyaman (R. E. Sezer, 2018). Beberapa rasa ditambahkan untuk membuat rokok ini lebih nikmat ketika dihisap. Misalnya cengkeh, mentol, atau ragam aroma lain. Juga penggunaan asam levulinic dan bronkodilator, yang menyebabkan saluran napas lebih terbuka dan membuat lapisan lendir di permukaan saluran napas menjadi kurang sensitif terhadap asap rokok. Kombinasi ini membuat *first time smoker* tidak mengalami reaksi batuk yang hebat, dan bagi *habitual smoker* membuat nikotin mudah meresap di permukaan saluran napasnya. Efek nikmat karena nikotin meresap lebih cepat ini yang mereka cari. Zat nikotin dalam rokok secara simultan meningkatkan dopamin dalam *ventral tegmental area* dan nukleus akumbens otak, dimana area-area ini berperan dalam sistem *reward*. Stimulasi terus menerus pada area ini menyebabkan penggunaannya semakin menyenangkan rokok, dan menganggapnya sebagai *reward* jangka pendek yang mudah didapatkan. Rokokpun menjadi pilihan utama untuk rekreasi karena secara ekonomis jauh lebih murah dan lebih mudah dilakukan dibanding plesir atau tamasya. Cukup duduk diam di beranda rumah, lalu “sebat” (nyalakan sebatang), maka sensasi di otaknya sama seperti plesir keluar rumah. Semua kombinasi ini membuat rokok sebagai *sweet escape* atau pelarian yang mudah dan menyenangkan, di kala istirahat untuk melepas penat.

Dapat disimpulkan, rokok sendiri menjadi sesuatu yang irasional untuk dibantah melalui pendidikan, penyuluhan, dan sejenisnya. Meskipun rokok diketahui menjadi penyebab dari berbagai masalah kesehatan, namun karena masalah tersebut sifatnya kronis (bukan akut atau mendadak), maka para pengguna bisa saja berpikir, “Sekarang merokok saja, besok-besok kalau sakit *toh* berhenti sendiri. Kalaupun sakit, ya sudah takdirnya, bukan karena rokoknya.” Ini adalah tantangan yang harus dipecahkan bagi para pembuat program berhenti rokok, dimana perlu pendekatan lain yang sama-sama irasionalnya untuk membantah irasionalitas yang sudah ada, sehingga membentuk sikap baru yang lebih permanen untuk menolak rokok.

#### **g. Penguatan Keluarga sebagai Strategi Lawan Rokok**

Jika keluarga dipahami sebagai unit terkecil suatu masyarakat, maka perubahan pada masyarakat hendaknya dimulai dari penguatan keluarga. Karena kebiasaan hidup sehat dan bersih pada dasarnya akan ditularkan kepada anggota keluarga yang lain. Sayangnya, studi terkini membuktikan bahwa pendekatan kepada keluarga saat ini belum diteorisasi dengan baik (G. Hubbard, T. Gorely, G. Ozakinci, R. Polson, and L. Forbat, 2016). Memang banyak penelitian yang secara individual membuktikan ampuhnya pendekatan keluarga, namun karena terlalu banyaknya bias pada metodologi, hasil akhirnya secara kolektif pun diragukan. Teori-teori pendekatan keluarga belum tersistemasi dengan baik, sehingga para fasilitator di lapangan belum menemukan acuan yang paling unggul untuk memodel pendekatan keluarga yang sesungguhnya. Teori yang tidak tersistemasi dengan baik ini membuat para fasilitator menemukan jalan buntu terhadap penerapan program berhenti merokok di lapangan, dan malah menambah beban baru baik kepada responden atau kepada pelaksana program apabila dipaksakan bekerjasama dengan keluarga.

Salah satu yang paling jelas penyebab kegagalan teorisasi pendekatan keluarga adalah tentang “siapa yang dianggap keluarga” oleh responden. Apakah keluarga dengan hubungan darah, keluarga kecil (atau *core family*, dimana satu rumah hanya terdiri dari ayah, ibu, anak), keluarga besar (atau *extended family*, dimana satu rumah berisi kakek, nenek, paman, ayah, dan ibu), keluarga atau kerabat jauh yang saat ini ditinggali responden, bisa juga pengasuh yang tidak ada hubungan keluarga sama sekali namun telah responden ikuti dari kecil hingga dewasa, atau bahkan hubungan pertemanan yang dapat menerimanya sebagai bagian dari keluarga. Untuk melakukan teorisasi ulang tentang pendekatan keluarga, ada baiknya merumuskan terlebih dahulu siapa yang dianggap sebagai

“keluarga” dalam sistem keluarga di Indonesia, sehingga dapat memprediksi siapa saja pihak yang dapat memberikan pengaruh yang besar terhadap pembentukan identitas responden.

Beberapa responden yang mengikuti penelitian ini mengkonfirmasi bahwa dalam satu rumah penduduk di Desa Majasem bisa terdapat beberapa kepala keluarga, seperti kakek, paman, dan ayah. Sistem pengambilan keputusan diserahkan kepada sosok yang paling dominan dalam rumah tersebut, bisa kakek, paman, atau ayah. Jikapun satu rumah terdiri dari keluarga kecil (ayah, ibu, dan anak), maka rumah tersebut terletak dalam bidang tanah keluarga yang telah dibagi-bagi, dimana ada beberapa rumah lain yang ditinggali keluarga lain yang masih ada hubungan darah. Atau satu rumah besar telah dibagi menjadi beberapa bagian (dengan sekat dinding bata/bambu) dan memiliki pintu masuknya sendiri-sendiri. Meskipun rumah secara fisik terpisah, namun pengambilan keputusan tetap dilakukan secara bermusyawarah satu keluarga, dipimpin oleh sosok yang paling dominan. Dengan kata lain, sistem keluarga ini dapat dianggap sebagai sistem keluarga besar atau *extended family*.

Sebagaimana ditunjukkan dalam tabel 7, semua responden baik perokok dan non-perokok berada di lingkungan keluarga yang perokok, dengan jumlah rerata penggunaan sebanyak lima batang per hari (lebih tinggi daripada rerata penggunaan rokok oleh responden, yakni dua batang per hari). Seharusnya hal ini menjadi tidak masalah, karena yang terpenting adalah partisipasi aktif baik responden dan keluarganya terhadap program berhenti merokok. Justru ketika fasilitator berpikir, “Jika orang tua merokok, wajar anaknya bahkan istrinya juga merokok,” maka secara tidak langsung, fasilitator membatasi dirinya untuk berpikir kreatif dalam mencari akar masalah dan menemukan solusi terhadap program penguatan keluarga ini.

Tsoh dkk (2015) menyebutkan bahwa komunikasi aktif antara fasilitator berhenti merokok dengan responden dan keluarganya dapat meningkatkan partisipasi pada program dari 2% menjadi 60%. Hasil ini cukup menjanjikan, mengingat banyak sekali program berhenti merokok dinyatakan gagal bukan karena program tersebut buruk, namun karena rendahnya partisipasi responden. Yang menarik, rekrutmen responden dalam penelitian ini tanpa melihat apakah keluarga adalah perokok atau non-perokok, atau memiliki riwayat merokok di masa lalu. Mau apapun statusnya, jika sama-sama tidak proaktif terhadap program, maka keterlibatan itu menjadi sia-sia.

Strategi utama dalam penguatan keluarga sebagai strategi melawan rokok adalah dengan memperkuat ikatan antar anggota keluarga, memperbaiki hubungan, dan meningkatkan kemampuan pengasuhan. Tidak ada satupun dalam strategi ini yang menyebutkan riwayat penggunaan rokok dalam keluarga. Artinya, mau merokok atau tidak merokok, pendampingan keluarga sama-sama terbukti efektif untuk membantu pengurangan konsumsi rokok dalam keluarga. Peran terpenting dalam penguatan keluarga ini adalah adanya dukungan pasangan terhadap keterlibatan suami/istrinya dalam program berhenti merokok (S. S. C. Chan *et al.*, 2017). Tidak perlu ada perilaku menghakimi, tidak perlu ada sikap saling menyalahkan, semua masalah dihadapi bersama sebagai satu tim yang utuh dan kompak.

Tahap pertama dalam program penguatan keluarga, justru pasangan akan mendapatkan konseling yang lebih intens daripada suami/istrinya. Tahap kedua barulah konseling kepada responden yang merokok. Tahap ketiga adalah melakukan konseling bersama sebagai satu sistem keluarga. Fasilitator berhenti merokok akan membekali pasangan responden dengan berbagai macam informasi penting seputar rokok, tanda-tanda bahaya dan cara pertolongan pertama apabila kesehatan keluarga mulai terganggu akibat rokok, serta cara melakukan pendampingan kepada suami/istrinya. Fasilitator bisa berupa seorang perawat, pekerja sosial, atau dokter umum/dokter keluarga, dan memberikan janji bertemu yang rutin sebagai tindak lanjut sekaligus penguatan jejaring agar pasangan ini tidak merasa sendirian dalam menanggung beban keluarganya.

#### **h. Dilema Hukum Agama terhadap Rokok**

Sebagaimana diketahui, agama (dalam hal ini Islam) memerintahkan seseorang untuk menjaga kesehatan, salah satu di antaranya adalah hanya memasukkan zat atau bahan yang halal dan *thayyib*

(baik) ke dalam dirinya. Apabila seorang muslim memasukkan zat atau bahan yang selain dua kondisi tersebut, apalagi yang berbahaya, maka ia termasuk menzalimi (merugikan atau membahayakan diri sendiri). Sudah menjadi pemahaman setiap muslim bahwa Allah *subhanahu wa ta'ala* mendesain tubuh dan jiwa manusia sedemikian rupa dengan segala kelebihan dan kekurangannya, maka wajib bagi manusia untuk menjaga dirinya sebagai wujud syukurnya kepada Allah Sang Pencipta (World Health Organization, 1999).

Ketika responden menyebutkan bahwa rokok hukumnya “haram” bagi warga pondok namun sebaliknya untuk dirinya sendiri, maka dapat dipahami bahwa ini adalah standar ganda pada sikap responden. Hukum agama dipasangkan ketat kepada orang lain, sementara dipasangkan longgar kepada dirinya sendiri. Sikap ini merupakan idealisasi masyarakat terhadap tokoh yang dianggapnya berpengaruh, dimana tokoh tersebut tidak selayaknya melakukan kesalahan agar dinyatakan patut menjadi teladan. Idealisasi adalah salah satu *coping mechanism* yang primitif ketika seseorang berhadapan dengan kecemasan-kecemasan akibat ketidakpastian zaman. Idealisasi ini menumbuhkan semacam pengharapan baru yang menjadi tumpuan masyarakat awam untuk masa depan lebih baik. Masyarakat tidak boleh kehilangan harapan. Harapan itu mereka proyeksikan kepada tokoh agama di sekitarnya; masyarakat menitipkan sebuah harapan kepada tokoh tersebut agar menjadi pionir perubahan (S. I. Abdelwahab, *et al.*, 2013).

Pemahaman awam boleh menjadi udzur akan hal ini, karena harapan masyarakat ini sifatnya manusiawi. Masyarakat masih membutuhkan bantuan untuk menginduksi perubahan dalam dirinya melalui nilai-nilai yang mereka pelajari dari tokoh yang ada di sekitar mereka. Namun, apa jadinya jika idealisasi-proyeksi ini terjadi terus menerus? Maka beban itu akan ditanggung oleh satu pihak saja; yakni tokoh agama. Beban yang tak seimbang ini lantas membuat tokoh agama terpojok dan merasa disalah-salahkan atas kekurangan dalam diri mereka. Terpojok dan disalah-salahkan adalah dua hal yang “tidak sepatutnya” dialami bagi seorang tokoh, dan bagi tokoh, ia akan melakukan semacam pembelaan diri agar tetap dianggap patut bagi masyarakatnya.

Pembelaan diri ini dapat berupa rasionalisasi dan intelektualisasi. Rasionalisasi, yakni mencari alasan pembena mengapa ia boleh merokok, termasuk besarnya manfaat dan rendahnya resiko merokok baginya. Yang paling parah adalah intelektualisasi, yakni menggunakan alasan-alasan *qauniyah* (dalil) dan *qaulyah* (akal) untuk menjelaskan perihal rokok di mata agama dan di mata tokoh agama yang selevel dengan dirinya. Garis bawahi, “di mata tokoh agama yang selevel dengan dirinya.” Untuk intelektualisasi ini, masyarakat akan menangkapi tidak hanya sebagai sebuah opini, melainkan perintah bagi awam untuk memperbolehkan merokok. Saat itu terjadi, maka tokoh akan merasa “patut” karena kata-katanya adalah “hukum agama” bagi masyarakat (WHO, 2014).

#### 4. Kesimpulan

Karena keterbatasan penelitian, tidak semua responden bersedia menjawab dan menyelesaikan kuesioner, sehingga kuesioner yang bisa dianalisis sangat terbatas (kurang dari besar sampel minimal). Tidak meneliti motivasi di balik perilaku merokok dan tidak merokok, sebagai jawaban mengapa responden tetap merokok meski tahu bahayanya, dan jika bukan karena bahaya merokok, apa alasan seseorang memutuskan untuk tidak merokok.

#### Daftar Pustaka

- World Health Organization, (2011). “Global Adult Tobacco Survey: Indonesia Report 2011.”
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2015. “Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Indonesia Report 2014.”
- S. Chotidjah, (2018). “Pengetahuan Tentang Rokok, Pusat Kendali Kesehatan Eksternal Dan Perilaku Merokok,” *Makara Hum. Behav. Stud. Asia*, vol. 16, no. 1.

- M. Baihaqi and M. T. Yani, (2017). "Motif Santri Dalam Melakukan Pelanggaran Di Pondok Pesantren Modern Darul Ulum Peterongan Jombang," *Kaji. Moral dan Kewarganegaraan*, vol. 5, no. 3.
- R. E. L. Faris, C. S. Hall, and G. Lindzey, (1957). *Theories of Personality.*, 9th ed., vol. 22, no. 4. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- E. Schreuders, B. R. Braams, N. E. Blankenstein, J. S. Peper, B. Güroğlu, and E. A. Crone, 2018. "Contributions of Reward Sensitivity to Ventral Striatum Activity Across Adolescence and Early Adulthood," *Child Dev.*, vol. 89, no. 3.
- S. Navigation, (2016). "Working Resources - Leadership Personality Do You Have the Right Big Five Traits," no. 1.
- S. M. Maxwell, (2015). "An exploration of human resource personnel and toxic leadership," Walden University.
- C. Abdulloh, (2018). "Internalisasi Budaya Merokok di Pesantren," Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- "Puisi Tuhan Sembilan Senti Karya Taufik Ismail." [Online]. Available: <https://www.lokerseni.web.id/2011/06/puisi-tuhan-sembilan-senti-karya-taufik.html>. [Accessed: 13-Jun-2019].
- I. A. Ridlo, (2019). "Illusion of Tobacco Prosperity," in *Green Discussion*,
- J. Sallit, M. Ciccazzo, and Z. Dixon, 2009. "A Cognitive-Behavioral Weight Control Program Improves Eating and Smoking Behaviors in Weight-Concerned Female Smokers," *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 109, no. 8.
- M. Moshki, M. Panahi-Shahri, F. Najarpour, and M. Mirzania, (2018). "Relationship between treatment motivation, substance use, craving, withdrawal symptoms and health locus of control in addicted patients," *J. Res. Heal.*, vol. 8, no. 3.
- R. E. Sezer, (2018). "Essentials Of Tobacco Dependence And Current Tobacco Pandemic I: Health Hazards and Addiction," in *Yesilay Akademi*.
- R. E. Sezer, (2018). "Essentials Of Tobacco Dependence And Current Tobacco Pandemic II: Tobacco industry, current products, and tobacco control," in *Yesilay Akademi*.
- G. Hubbard, T. Gorely, G. Ozakinci, R. Polson, and L. Forbat, (2016). "A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking," *BMC Fam. Pract.*, vol. 17, no. 1.
- J. Y. Tsoh et al., (2015). "A Social Network Family-Focused Intervention to Promote Smoking Cessation in Chinese and Vietnamese American Male Smokers: A Feasibility Study," *Nicotine Tob. Res.*, vol. 17, no. 8.
- S. S. C. Chan et al., (2017). "Family-Based Smoking Cessation Intervention for Smoking Fathers and Nonsmoking Mothers with a Child: A Randomized Controlled Trial," *J. Pediatr.*, vol. 182.
- World Health Organization, (1999). "Tobacco Free Initiative: Meeting on Tobacco and Religion," Geneva, Switzerland.
- S. I. Abdelwahab, U. Yagoub, R. Al Sunosi, A. Bulgiba, A. Hatim, and A. Alahmar, (2013). "Smoking Cessation Efforts in Special Population: A Review of Research on Muslim Countries and Communities," *Int. J. Pharmacol.*, vol. 9, no. 2.
- WHO, (2014). "Tobacco use and religion,"