BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Epidemik tembakau secara luas telah menjadi salah satu ancaman kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat dunia yang mengakibatkan sekitar 6 juta kematian pertahun. Lebih dari 5 juta dari kematian tersebut merupakan akibat dari penggunaan tembakau secara langsung dalam bentuk rokok, sementara lebih dari 600.000 dari kematian tersebut merupakan bukan-perokok yang menerima paparan asap rokok atau perokok pasif. Angka tersebut diperkirakan akan mengalami peningkatan hingga 35% pada tahun 2030 (WHO, 2016).

Saat ini terdapat sekitar 1,2 miliar perokok di dunia, yang jumlahnya mendekati 20% dari populasi dunia pada tahun 2014 (*World Cancer Report*-WHO, 2014). Hasil penelitian *WHO Report On The Global Tobacco Epidemic 2011* menemukan bahwa kebiasaan merokok tidak hanya terjadi pada negara maju, namun juga di negara berkembang yang berada di Benua Afrika dan kawasan Asia (WHO, 2015).

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2014, lebih dari 82% perokok di dunia berasal dari negara-negara berkembang dengan pendapatan menengah-rendah (*World Cancer Report*, WHO 2014). Sementara jumlah perokok di negara-negara maju menunjukkan penurunan, di negara-negara berkembang jumlah perokok justru menunjukkan peningkatan. Rata-rata peningkatan konsumsi rokok di negara-negara berkembang mencapai 3,4% per tahun sejak tahun 2002 (*WHO/WPRO-Smoking Statistics*, 2009).

Persebaran 1,2 miliar perokok saat ini terdapat di kawasan Asia Pasifik sebesar 56%, Eropa 24%, Amerika 11% dan Afrika serta Timur Tengah 9%. Sekitar 10% atau 121 juta jiwa dari perokok tersebut berasal dari 10 negara di wilayah Asia Tenggara, yang menjadikan wilayah ini sebagai kawasan dengan jumlah perokok terbesar di kawasan Asia Pasifik dan menyumbang 20% penyebab kematian global akibat tembakau (SEATCA, 2014).

Kawasan Asia Tenggara yang tergabung dalam organisasi *Association of Southeast Asia Nations* (ASEAN) terdiri dari 10 negara dengan kedekatan budaya, ekonomi dan geopolitik, yaitu Brunei Darussalam, Filipina, Indonesia, Laos,

Kamboja, Malaysia, Myanmar, Singapura, Thailand dan Vietnam. Kawasan ini dihuni oleh sekitar 10% dari populasi dunia yaitu sebanyak 625 juta jiwa, namun 20% diantaranya atau sekitar 121 juta jiwa adalah perokok (*ASEAN Statistic Leaflet*, 2015 dan SEATCA, 2014).

Persentase perokok di negara-negara Asia Tenggara tersebar di Indonesia (50,68%), Filipina (14,28%), Vietnam (12,30%), Thailand (8,89%), Myanmar (7,32%), Malaysia (3,91%), Kamboja (1,22%), Laos (0,72%), Singapura (0,29%) dan Brunei (0,06%). Hal ini menjadikan Indonesia sebagai negara Asia Tenggara dengan jumlah perokok terbesar yaitu sekitar 62 juta jiwa dan Brunei dengan jumlah perokok terkecil yaitu sekitar 72.000 jiwa (SEATCA, 2014). Jumlah tersebut dipekirakan akan terus bertambah mengingat rata-rata usia mulai merokok yang semakin menurun yaitu dibawah 18 tahun dan tingginya jumlah penduduk usia muda produktif (15-29 tahun) di Asia Tenggara yaitu sebesar 160 juta jiwa (SEATCA, 2012 dan *ASEAN Statistic Leaflet*, 2015).

Peningkatan prevalensi perokok pemula pada usia remaja saat ini menjadi permasalahan kesehatan masyarakat secara global dengan tren usia mulai merokok yang terus mengalami penurunan dari tahun ke tahun (SEATCA, 2012). Persentase perokok usia 13-15 tahun secara global mengalami peningkatan dari 16% pada tahun 2007 menjadi 18% pada tahun 2010, sementara di wilayah Asia Tenggara terjadi peningkatan dari 17% pada tahun 2007 menjadi 21% pada tahun 2010 (WHO, 2013). Sementara Indonesia, Myanmar dan Thailand menjadi negara Asia Tenggara yang masuk dalam 10 besar negara dengan perokok laki-laki remaja usia 13-15 tahun terbanyak dengan persentase masing-masing 36,2%, 30% dan 26,9 (*The Tobacco Atlas*, 2015).

Menurut Monks, Kmoers dan Haditono (2001) masa remaja (*adolescence*) adalah masa peralihan dari fase anak-anak (*childhood*) menuju fase dewasa (*adulthood*) dengan rentang usia dari 12 hingga 21 tahun (Monks *et al.*, 2001). Semakin muda usia seseorang memulai merokok, semakin tinggi resikonya terhadap kecanduan nikotin dan penyalahgunaan obat-obatan terlarang (CDC, 2004). Berdasarkan penelitian oleh *Johns Hopkins School of Public Health*, remaja usia 12-15 tahun yang merokok 44 kali lebih beresiko terhadap penyalahgunaan narkoba dibandingkan remaja yang tidak merokok (JHSPH,

2000). Sementara penelitian Prasetyo *et al.* (2013) menemukan penggunaan rokok pada remaja sebagai *entry point* terhadap penyalahgunaan obat-obatan terlarang (Prasetyo *et al.,* 2013).

Paparan terhadap rokok yang dimulai sejak usia dini (usia remaja) meningkatkan resiko kesakitan dan kematian dini akibat penyakit kronis-degeneratif pada usia produktif, diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit paru obstruktif kronis dan stroke. Penelitian Supriyono (2008) menemukan perokok usia di bawah 45 tahun memiliki resiko sebesar 2,4 kali terhadap kejadian penyakit jantung koroner. Hal ini menjadi bukti bahwa konsumsi rokok merupakan salah satu penyebab peningkatan morbiditas dan mortalitas dini akibat penyakit jantung koroner (Supriyono, 2008). Perokok yang mengonsumsi hingga 10 batang rokok per-hari, usia harapan hidupnya menjadi 5 tahun lebih rendah dan resiko terkena kanker paru meningkat hingga 20 kali dibandingkan dengan bukan-perokok. Sementara perokok yang mengonsumsi hingga 4 batang rokok per-hari memiliki resiko 5 kali lebih tinggi terkena kanker paru (*The Tobacco Atlas*, 2015).

Global Youth Tobacco Survey (GYTS) pada tahun 1998 mengeluarkan protokol untuk melakukan surveilans penggunaan rokok pada remaja, sebagai bagian dari *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS) yang dirancang oleh *World Health Organization* (WHO) dan *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Protokol tersebut menggunakan metodologi yang telah distandarisasi dan telah digunakan secara luas sebagai rujukan standar penelitian mengenai perilaku merokok pada remaja di seluruh dunia. Cakupan topik/kategori dalam protokol tersebut yaitu prevalensi merokok, determinan perilaku merokok (pengetahuan dan sikap terhadap rokok, paparan perokok pasif, paparan media pro-dan anti-rokok, akses dan ketersediaan rokok, peraturan larangan merokok), keinginan untuk berhenti merokok (*smoking cessation*), kurikulum sekolah terkait dampak kesehatan rokok dan demografi (GYTS, 2012).

Dalam domain perilaku, merokok merupakan tindakan (*practice*) yang terwujud sebagai perilaku terbuka (*overt behavior*) yang dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2012). Menurut Green (1980) perilaku manusia ditentukan oleh tiga faktor penentu (determinan), yaitu faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor-

faktor penguat (*reinforcing factors*). Faktor-faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Faktor-faktor pemungkin terwujud dalam lingkungan fisik yang memfasilitasi terlaksananya perilaku atau tindakan. Sementara faktor-faktor penguat berperan dalam mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan telaah sistematik pendahuluan yang telah dilakukan terhadap penelitian mengenai determinan perilaku merokok pada remaja, diperoleh beberapa determinan (faktor penentu) yang mempunyai hubungan yang signifikan terhadap perilaku merokok pada remaja. Penelitian Martini *et al.* tahun 2004 di Jawa Timur menunjukkan bahwa akses yang mudah untuk mendapatkan rokok, anggota keluarga yang merokok dan kelompok sebaya/*peer group* yang merokok meningkatkan resiko remaja untuk merokok (Martini *et al.*, 2004). Penelitian dari Rudatsikira, *et al*. di Thailand menemukan bahwa pengetahuan yang rendah terhadap rokok dan orang tua yang merokok meningkatkan resiko seseorang untuk merokok (Rudatsikira *et al.*, 2008). Penelitian lain dari Abidin, *et al*. tahun 2014 di Malaysia menunjukkan bahwa sikap positif terhadap rokok dan tidak adanya peraturan larangan merokok meningkatkan resiko seseorang untuk merokok (Abidin *et al.*, 2014). Penelitian Kabir *et al.* di Nepal dan Srilanka menemukan remaja yang menerima paparan iklan rokok memiliki peluang yang lebih tinggi untuk merokok (Kabir *et al*., 2014).

Berdasarkan pemaparan di atas, wilayah Asia Tenggara yang terdiri dari negara-negara berkembang dengan populasi remaja yang semakin meningkat beresiko menghadapi lonjakan perokok pemula usia remaja dalam beberapa tahun ke depan. Dalam menentukan kebijakan kesehatan yang melindungi remaja dari bahaya rokok, prinsip *evidance-based* sangat penting untuk diterapkan. Telah banyak penelitian yang dilakukan untuk mengetahui determinan perilaku merokok pada remaja, sehingga diperlukan adanya penarikan kesimpulan yang dapat digunakan untuk pencegahan dan pengendalian jumlah perokok remaja di Asia Tenggara. Dibutuhkan beberapa penelitian tentang determinan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara karena satu penelitian saja tidak cukup untuk

digeneralisasikan ke populasi. Pendekatan ini dikenal dengan Meta-Analisis (Stroup, 2000).

Meta analisis ditujukan untuk menganalisis kembali hasil-hasil penelitian yang diolah secara statistik berdasarkan pengumpulan data primer yang relevan untuk mencapai sebuah kesimpulan yang lebih kuat. Hal ini dilakukan untuk mengkaji keajegan hasil penelitian yang disebabkan semakin banyaknya replikasi atau verifikasi penelitian yang sering kali justru memperbesar terjadinya variasi hasil penelitian (Nindrea, 2016). Studi meta analisis menggabungkan hasil dari banyak studi orisinal, sistematis, terencana, observasi retrospektif, dengan analisis statistik yang formal. Meta-Analisis berbeda dengan *systematic review* karena dalam proses analisisnya digunakan metode statistik (Anwar, 2005).

Meta-Analisis pada awalnya banyak digunakan dalam penelitian klinis, namun dalam beberapa dekade terakhir mulai digunakan pada penelitian observasional. Untuk membantu peneliti yang ingin melakukan penelitian Meta-analisis dari penelitian observasional telah disusun sebuah protokol yang disebut sebagai *Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology* (MOOSE) (Stroup, 2000). Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai ”*Analisis Determinan Perilaku Merokok pada Remaja di Asia Tenggara Menggunakan Pendekatan Meta-Analisis*”.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apa saja determinan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahuinya determinan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara

2. Tujuan Khusus

1. Diketahuinya hubungan antara pengetahuan tentang bahaya rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara

2. Diketahuinya hubungan antara sikap terhadap rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
3. Diketahuinya hubungan antara ketersediaan rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
4. Diketahuinya hubungan antara akses untuk mendapatkan rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
5. Diketahuinya hubungan antara kelompok sebaya (*peer group*) yang merokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
6. Diketahuinya hubungan antara anggota keluarga yang merokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
7. Diketahuinya hubungan antara iklan rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
8. Diketahuinya hubungan antara peraturan larangan merokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara

D. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara pengetahuan tentang bahaya rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
2. Ada hubungan antara sikap terhadap rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
3. Ada hubungan antara ketersediaan rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
4. Ada hubungan antara akses untuk mendapatkan rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
5. Ada hubungan antara kelompok sebaya (*peer group*) yang merokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
6. Ada hubungan antara anggota keluarga yang merokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara
7. Ada hubungan antara iklan rokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara.
8. Ada hubungan antara peraturan larangan merokok dengan perilaku merokok pada remaja di Asia Tenggara

E. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi pada akademisi dan pihak-pihak yang membutuhkan, untuk pengembangan ilmu kesehatan masyarakat mengenai determinan perilaku merokok pada remaja di wilayah Asia Tenggara.

2. Aspek Praktis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan terutama bagi *stakeholders* di bidang kesehatan untuk menentukan prioritas langkah dalam penyusunan program-program dan kebijakan yang melindungi remaja dari bahaya rokok.
2. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya guna pengembangan penelitian terkait perilaku merokok pada remaja terutama di wilayah Asia Tenggara.

UNIVERSITAS ANDALAS
UNTUK KEDJAJAAN BANGSA