

**KONTRIBUSI FUNGSI KELUARGA TERHADAP PERILAKU REMAJA  
MEROKOK DI SMA/SMK KECAMATAN GOMBONG, KEBUMEN JAWA  
TENGAH.**

Marsito<sup>1</sup>, Junaiti Sahar<sup>2</sup>, Mustikasari<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Jurusan Keperawatan STKes Muhammadiyah Gombong

<sup>2,3</sup> FIK Universitas Indonesia

**ABSTRACT**

Teenagers have big influence on clean and health lifestyles such as no smoking lifestyle. That is why; the family function has an important role on controlling the smoking behavior of the teenagers. This is a descriptive correlation research with the cross Sectional approach to find out the family function influence that divided into 5 family functions; affective, social function, economic function, reproductive function, and health function correlated with the smoking behavior of SMA/SMK students in Gombong, Kebumen Regency, Central Java.

There are 220 teenagers as the samples in this research. They are still in Senior High School (Vocational High School/SMK and General High School/SMA) and they are smokers. The sampling technique was done by using the Cluster Random Sampling. The data analyses used were univariate, bivariate, with Chi Square test and multivariate with the regression logistic test. The research found that the family function influenced the smoking behavior of the students in SMK/SMA in Gombong are social function (p value =0.000), economic function (p value =0.003), reproductive function (p value =0.004) and affective function (p value =0.008).

Meanwhile the most dominant family functions variable that influenced the smoking behavior of SMK/SMA students were social and family economic functions. Because of this reason, it is necessary for the parents or family to have a strong commitment to apply their function as the family to control their teenage children and they can also consider their teenage children development characteristics. Community Nurse has a role on giving suggestion to the parents so that they can do their exact function as the family and give the right and needed information for their teenage children appropriate with their children development stages.

*Keywords; family function, teenage smokers.*

**PENDAHULUAN**

Sistem Kesehatan Nasional mencerminkan upaya masyarakat Indonesia dalam meningkatkan kemampuan bangsa Indonesia dalam hal mencapai derajat kesehatan yang optimal merupakan bentuk pembangunan dibidang kesehatan. Dalam melakukan pembangunan kesehatan bangsa Indonesia tidak terlepas dari unsur

demografi seperti jumlah penduduk, oleh karena itu penduduk merupakan sumber daya manusia yang perlu di tingkatkan khususnya di bidang kesehatan. Hal tersebut dapat tercapai tujuan pembangunan dibidang kesehatan bangsa Indonesia dengan cara melakukan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk untuk dapat mewujudkan kesehatan yang

setinggi-tingginya yang merupakan tujuan pembangunan kesehatan (DepKes RI, 1999).

Semakin besar penduduk di Indonesia khususnya remaja akan memunculkan berbagai macam permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat, hal tersebut perlu menjadi tanggung jawab kita bersama sebagai bangsa di Indonesia. Sementara remaja sendiri termasuk dalam kategori masa tumbuh kembang anak remaja dari kategori periode masa anak ke masa dewasa, dan secara perkembangan psikologis kedewasaan bukan hanya tercapainya umur tertentu melainkan perlu pemantauan perkembangan sosial remaja didalam lingkungan keluarga, hal ini banyak muncul permasalahan remaja akibat lingkungan religi kurang baik. Perkembangan umur remaja memicu moral dan religi pada remaja, hal ini merupakan bagian sangat penting bagi perkembangan remaja di keluarga. Sebagian orang berpendapat moral dan religi bisa mengendalikan tingkah laku remaja, namun perlu juga remaja harus bisa menilai mana perilaku yang baik dan tidak baik yang ada di keluarga dan masyarakat. Dengan demikian remaja tidak akan melakukan hal yang bertentangan dengan norma masyarakat seperti terjadinya kenakalan remaja (Sarwono, 2005).

Remaja itu sendiri mudah berperilaku yang kurang sehat yang mengakibatkan keluarga yang mempunyai anak remaja sangat menghendaki berperilaku baik, dan perlu di waspadai pergaulan remaja pada umumnya sering menyimpang yang di kehendaki oleh keluarga. Sehingga masyarakat khususnya remaja dituntut untuk berperilaku

yang baik seperti pola hidup sehat dengan: memelihara lingkungan rumah; sanitasi air yang bersih; sehat. Pola makan yang baik tidak banyak mengandung lemak dan kolesterol; serta gaya hidup yang sehat seperti makan makanan yang bergizi. Dengan istirahat yang cukup dengan membagi waktu seperti tidur sehari minimal 8 jam dan tidak dibiasakan untuk berperilaku yang kurang sehat seperti remaja melakukan merokok, karena dengan merokok merupakan jalan masuknya penyimpangan yang kurang sehat (DepKes RI, 2003).

Perilaku rokok dapat mengganggu masalah kesehatan, hal ini perlu mendapat perhatian disemua pihak. Merokok yang memicu masalah kesehatan dapat menimbulkan penyakit jantung, pembuluh darah, saluran pernafasan dan penyakit lainnya. Efek akhir atau kerugian utama dari penghisap rokok adalah kematian. Penyebab terjadinya kematian adalah bronchitis kronis, emfisema, infark miokardio, stroke, dan penyakit kardiovaskuler (Kaplan & Sadock, 1999). Kebijakan sekolah yang mendukung berhentinya merokok di Propinsi Jawa Tengah, khususnya di Kecamatan Gombang antara lain tiap sekolah telah melakukan pemberitahuan dan informasi secara tertulis di sekolah bahwa siswa dilarang merokok dilingkungan sekolah. Menurut informasi yang disampaikan oleh Kepala sekolah SMK dan SMA Kecamatan Gombang mengaku masih banyak siswa-siswa kami yang melakukan tindakan merokok di luar sekolah sehabis istirahat atau di sekolah dengan tersembunyi didalam warung-warung, sejauh ini belum ada dari petugas kesehatan melakukan pendidikan kesehatan terkait dengan

perilaku merokok. Para guru mengatakan untuk melakukan pembinaan dan pendidikan terhadap masalah bahaya merokok bagi remaja di sekolah masih terbentur dengan waktu pembelajaran yang padat, sehingga guru habis waktunya untuk menyampaikan materi pelajaran. Apalagi belum optimalnya fungsi keluarga dalam melakukan pembinaan dan memberikan contoh kepada remaja terkait perilaku sehat tidak merokok. Ditunjang pula dengan keluarga sehingga bisa merokok. Friedman(1998)mengemukakan bahwa perawat komunitas perlu melakukan upaya promotif dan preventif tentang perilaku merokok. Sejauh ini belum peneliti temukan hasil penelitian yang memaparkan kontribusi fungsi keluarga terhadap perilaku merokok pada remaja terutama di Kabupaten Kebumen. Sehingga peneliti merumuskan masalah: Apakah ada kontribusi fungsi keluarga terhadap perilaku remaja merokok di SMK dan SMA di Kecamatan Gombang

#### **METODE PENELITIAN**

##### **Disain Penelitian.**

Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif menggunakan rancangan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen perilaku remaja merokok. Hal ini dilakukan karena kerangka konsep penelitian yang terdiri dari variabel independen dan dependen, untuk variabel independen adalah fungsi keluarga, yang meliputi fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, dan fungsi perawatan kesehatan sedangkan variabel dependen perilaku remaja merokok. Variabel dependen adalah perilaku remaja yang merokok meliputi pengetahuan, ketrampilan, dan

sikap remaja merokok ( Notoatmodjo, 2003).

#### **Populasi dan Sampel**

Populasi adalah keseluruhan dari unit analisis yang karakteristiknya di duga (Sabri & Hastono,1999) menjadi target dalam penelitian ini adalah seluruh siswa kelas I dan II yang sekolah di SMA dan SMK se Kecamatan Gombang yang merokok, serta yang tinggal di Kabupaten Kebumen dengan 11 sekolah dengan jumlah siswa 3708 siswa. Sedangkan untuk kelas III tidak di libatkan dalam kategori penelitian, dikarenakan akan menjalani ujian akhir program. Hal ini dikarenakan waktu yang digunakan terbatas dan bila dilibatkan dalam penelitian mengganggu proses ujian akhir program.

Sampel adalah bagian dari populasi yang mana ciri-cirinya diselidiki dan diukur. Sampel diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Sedangkan sampel dalam penelitian adalah SMA dan SMK Kecamatan Gombang yang merokok dengan kriteria inklusi sampel sebagai berikut:

**Karakteristik remaja merokok:**

- 1). Usia 14-21 tahun.
- 2). Masih aktif di siswa SMA dan SMK Kecamatan Gombang.
- 3). Tinggal bersama keluarga di Kabupaten Kebumen.
- 4). Tidak dalam keadaan sakit.
- 5). Bersedia menjadi responden.

Menurut Sabri & Hastono,(1999) didalam penelitian populasi hanya terdapat satu macam unit analisisnya atau lebih dari satu macam. Populasi dapat

dibagi menjadi populasi sampling, populasi sasaran atau target. Pendapat lain Sugiono, (1999) populasi merupakan obyek dan subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Sampel merupakan bagian dari jumlah dan

karakteristik yang dimiliki oleh populasi.

Hasil survai dan wawancara dengan para guru dan kepala sekolah jumlah populasi remaja merokok di SMK dan SMA se Kecamatan Gombong berkisar 1200 siswa. Dilakukan penarikan sampel dengan menggunakan rumus Lamenshow, Hower dan Klar ( dikutip dari Pramono, 1997) dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \times 1-\alpha/2 \times P (1-P) N}{d^2 (N-1) + Z^2 \times 1-\alpha/2 \times P (1-P) N}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,03 \times 0,997 \times 1200}{(0,05)^2 \times (1200-1) + (1,96)^2 \times 0,03 \times 0,997 \times 1200}$$

$$n = \frac{1378827}{6900}$$

$$n = 200 \text{ siswa}$$

Proporsi populasi 1200 siswa, bila dikehendaki kepercayaan sampel terhadap populasi 95% dengan peneliti mengantisipasi kemungkinan sampel yang drop out, maka jumlah tersebut ditambah 10% dari jumlah sampel, sehingga jumlah total sampel 220 siswa.

Analisis data dilakukan dengan dua tahapan yaitu tahap pengelolaan data dan analisis data: Analisis data pada penelitian ini meliputi tiga tahapan, yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat: Analisis univariat bertujuan mendeskripsikan dari masing-masing variabel yang diteliti variabel independen yaitu fungsi keluarga seperti fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, dan fungsi kesehatan dan variabel dependen perilaku remaja merokok. Untuk data kategorik dan nominal hasilnya disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentase.

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk

melihat pengaruh antara variabel independen (fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, dan fungsi perawatan kesehatan keluarga) dan variabel dependen (perilaku remaja merokok). Dalam penelitian ini digunakan uji Chi Square. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui kontribusi yang paling bermakna dan dominan dari variabel fungsi keluarga yang paling dominan dan variabel perilaku remaja merokok dengan menggunakan uji regresi logistik ganda dengan melihat nilai *p wald*. Jika nilai *p wald* kurang dari 0,25 maka dapat dimasukkan pada tahap uji regresi logistik ganda. Variabel yang di uji dengan regresi logistik sederhana ini adalah variabel fungsi keluarga dengan variabel perilaku remaja merokok.

Selanjutnya dilakukan uji regresi logistik ganda dengan tujuan untuk menentukan variabel yang paling baik dalam memprediksi variabel independen. Variabel dependen dianggap

penting dalam mempengaruhi variabel independen sehingga dapat dilakukan estimasi koefisien regresi logistik. Langkah selanjutnya dengan mengeluarkan secara bertahap variabel yang mempunyai nilai *p wald* tertinggi yaitu nilai *p wald* 0,05 secara berurutan, sehingga pada akhirnya ditemukan satu variabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen dengan nilai *p wald* paling kecil. Dilihat dari nilai *p wald* 0,05 dari variabel fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi dan fungsi kesehatan terhadap perilaku merokok

**HASIL PENELITIAN DAN BAHASAN**

Hasil pengumpulan data yang dilakukan dari Bulan Mei sampai dengan Juni 2007 pada 220 responden adalah sebagai berikut: Kontribusi Fungsi Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok.

Analisis bivariat ini dimaksudkan untuk mengetahui kontribusi fungsi keluarga terhadap variabel perilaku remaja merokok di SMA dan SMK Kecamatan Gombang, serta tahapan-tahapannya berikut ini:

Kontribusi Fungsi Afektif Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok.

**Tabel 1. Kontribusi Fungsi Afektif Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok di SMA/SMK Kecamatan Gombang, Mei 2007 (n=220)**

Fungsi Afektif	Perilaku Remaja Merokok				Total		<i>p value</i>	OR (95%CI)
	tinggi		rendah		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
-tidak baik	59	57.8	43	42.2	102	100	0,008	1
-baik	46	39.0	72	61.0	118	100		2.148
Jumlah	105	47.7	115	52.3	220			(1.252-3.684)

Tabel 1 menunjukkan bahwa ada sebanyak 42,2% keluarga dengan fungsi afektif tidak baik yang mempunyai remaja berperilaku merokok rendah. Sedangkan untuk keluarga dengan fungsi afektif baik terdapat 61% remaja yang berperilaku merokok rendah. Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada kontribusi fungsi afektif keluarga terhadap perilaku remaja merokok  $p=0,008$ , dengan nilai  $OR=2,2$ , artinya keluarga yang melakukan fungsi afektif dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 2,2 kali dibandingkan dengan keluarga

yang melakukan fungsi afektif dengan tidak baik.

Menurut Theresia Indira Shanti (<http://www.KhasanahNakita.htm>, diperoleh tanggal 26 Mei 2007) pola asuh yang diterapkan orang tua pada remaja berbeda dengan yang diberikan kepada anak-anak. Pola asuh yang baik didalam keluarga khususnya bagi orang tua dapat memberikan pengaruh untuk meninggalkan perilaku yang kurang baik kepada anak remaja seperti tindakan merokok. Fungsi afektif didalam keluarga merupakan bagian dari keluarga dalam memberikan pola asah, asih, dan asuh kepada anak anaknya khususnya remaja. Hasil

penelitian didapatkan bahwa kontribusi fungsi afektif keluarga tidak baik lebih besar (55%) dibandingkan dengan fungsi afektif yang baik (45%). Perlunya orang tua keluarga dalam memberikan pola asuh seperti fungsi afektif keluarga kepada remaja dengan baik, dan diharapkan juga kasih sayang yang diberikan oleh orang tua ibu dan bapak kepada anak tidak dibeda-bedakan. Fungsi afektif yang tidak baik akan berpengaruh pada perilaku yang menyimpang dari remaja salah satunya adalah merokok.

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan fungsi afektif keluarga berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok ( $p=0,008$ ). Hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=2,2$  artinya keluarga yang melakukan fungsi afektif dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 2,2 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi afektif dengan tidak baik. Hal ini dapat terjadi karena pembentukan perilaku remaja merokok lebih banyak dari teman remaja itu sendiri, dan tidak selamanya dari keluarga, ada faktor yang keterkaitan dengan hal tersebut antara lain *peer group*. Hal senada didukung oleh Stanhope dan Lancaster(1996) yang mengungkapkan bahwa saat remaja di sekolah atau lingkungan luar rumah remaja lebih cenderung dipengaruhi oleh *peer group* itu sendiri dari pada saat remaja di dalam keluarga. Jika kelompok

remaja dapat diterima di sekolah bersifat positif, terutama berkaitan dengan perilaku merokok dan remaja akan mengikuti dari kelompok teman remaja itu sendiri.

Hal ini berbeda menurut pendapat Dariyo (2005) dan Hockenberry (2005) mengatakan bahwa pola asuh pada remaja yang menerapkan aturan yang terlalu ketat dan penuh disiplin dapat menimbulkan masalah perubahan perilaku remaja, dimana remaja akan beresiko melakukan apa saja termasuk melakukan pola hidup kurang baik seperti merokok. Begitu pula apabila remaja diberi kebebasan tanpa pengendalian dan pengawasan yang tepat dapat berakibat terjadinya tindakan yang bersifat prematur pada remaja, yaitu kebebasan tanpa diimbangi tanggung jawab remaja sehingga remaja itu sendiri dapat mengabaikan pengendalian dan pengawasan dari orang tua (Wright & Leahey, 1994).

Kasih sayang keluarga dengan lingkungan dimana anggota keluarga dapat belajar *trust* dan percaya dengan anggota keluarga lainnya seperti anak-anak yang membutuhkan kasih sayang baik diluar dan didalam keluarga (McMurray, 2003). Menurut analisa peneliti maka perlu fungsi keluarga ditingkatkan dalam memberikan kasih sayang remajanya dan tidak boleh dibedakan antara remaja dan anak-anak.

**Kontribusi Fungsi Sosial Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok.**

**Tabel 2. Kontribusi Fungsi Sosial Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok di SMA/SMK Kecamatan Gombong, Mei 2007 (n=220)**

Fungsi Sosial	Perilaku Remaja Merokok				Total		<i>P value</i>	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		N	%		
	N	%	N	%				
-tidak baik	68	64,2	38	35,8	106	100	0,000	1
-baik	37	32,5	77	67,5	114	100		3,72
Jumlah	116	52,7	104	47,3	220			(2,132-6,506)

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa ada sebanyak 35,8% keluarga dengan fungsi sosial tidak baik yang mempunyai remaja berperilaku merokok rendah. Sedangkan untuk keluarga dengan fungsi sosial baik terdapat 67,5% remaja yang berperilaku merokok rendah. Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada kontribusi fungsi sosial keluarga terhadap perilaku remaja merokok  $p=0,000$ , dengan nilai  $OR=3,7$ , artinya keluarga yang melakukan fungsi sosial dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 3,7 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi sosial dengan tidak baik.

Secara sosiologis bahwa merokok di Indonesia masih menjadi isu bahkan dari tokoh ulama seperti tokoh masyarakat masih sependapat setali tiga uang, yang artinya ulama Indonesia memakruhkan hukumnya merokok. Berbeda dengan di Malaysia yang memfatwakan bahwa merokok haram hukumnya. Ulama yang terkenal Syehikh Yunus Qordawi termasuk ulama yang mengharamkan merokok (Abadi,2006). Dengan cara keluarga melibatkan anak khususnya remaja untuk bersosialisasi dengan

lingkungan keluarga akan menimbulkan dampak positif dan negatif bagi remaja itu sendiri. Fungsi sosial keluarga merupakan tugas keluarga dalam melibatkan kegiatan anak remaja di masyarakat, dari hasil penelitian didapatkan bahwa kontribusi fungsi sosial keluarga yang baik(51,8%) lebih besar dibandingkan fungsi sosial keluarga yang tidak baik(48,2%). Fungsi sosial yang tidak baik akan berdampak pada perilaku yang menyimpang dari remaja seperti merokok.

Berdasarkan hasil uji stastistik didapatkan fungsi sosial keluarga berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok( $p=0,000$ ). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=3,7$  artinya keluarga yang melakukan fungsi sosial dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 3,7 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi sosial dengan tidak baik. Hal ini dapat terjadi karena pembentukan perilaku remaja merokok dapat terjadi seperti lebih banyak dari lingkungan dari keluarga remaja seperti: orang tua, saudara tua, atau anggota keluarga lainnya yang tinggal serumah. Hal ini didukung oleh Bart Smett,

dkk(2000) tentang faktor yang menentukan perilaku merokok pada anak remaja dilakukan di Semarang , yaitu tentang faktor yang mempengaruhi perilaku merokok remaja adalah terekspose dari anggota keluarga yang sebenarnya keluarga menjadi panutan dan pengaruh yang paling kuat adalah dari teman yang lebih tua.

Pendapat lain bertentangan dengan penelitian yang dilakukan Muclisin (2006) kontribusi sosial lingkungan terhadap perilaku remaja merokok di area pedesaan tidak memiliki hubungan bermakna pada perilaku remaja merokok pada anggota keluarga. Hal ini cukup beralasan, jika Bart Smett melakukan penelitian di wilayah kota sedangkan remaja yang diambil untuk penelitian di wilayah desa. Dimana di kota pola hubungan orang tua dengan remaja cenderung lebih terbuka dan akrab,

sedangkan di wilayah pedesaan pola hubungan orang tua dengan remaja sebatas hubungan orang tua dan anak, sehingga rasa takut anak kepada orang tuanya cenderung lebih kuat.

Sosialisasi perilaku merokok adalah dari keluarga dan lingkungan teman sebaya. Sementara itu, perilaku merokok lebih berkaitan dengan aspek lingkungan sosial. Oleh karena itu pendapat Dian,(2006) teman sebaya memberikan kontribusi yang cukup besar kepada remaja untuk merokok, Menurut analisis peneliti maka perlu orang tua atau keluarga dalam mewaspadai pergaulan remaja terhadap kelompok teman sebaya anak-anaknya.

**Kontribusi Fungsi Ekonomi Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok.**

**Tabel 3. Kontribusi Fungsi Ekonomi Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok di SMA/SMK Kecamatan Gombong, Mei 2007 (n=220)**

Fungsi Ekonomi	Perilaku Remaja Merokok				Total		P value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		N	%		
	N	%	N	%				
-tidak baik	63	58,3	45	41,7	108	100	0,003	1
-baik	42	37,5	70	62,5	112	100		2,333
Jumlah	105	47,7	115	52,3	220			(1,358-4,008)

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa ada sebanyak 41,7% keluarga dengan fungsi ekonomi tidak baik yang mempunyai remaja berperilaku merokok rendah. Sedangkan untuk keluarga dengan fungsi ekonomi baik terdapat 62,5% remaja yang berperilaku merokok rendah. Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada kontribusi fungsi ekonomi keluarga terhadap

perilaku remaja merokok  $p=0,003$ , dengan nilai  $OR=2,3$  , artinya keluarga yang melakukan fungsi ekonomi dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi ekonomi dengan tidak baik.

Pendapat Abadi,(2006) biaya kesehatan keluarga dan pemerintah yang dikeluarkan untuk berobat akibat merokok sebesar 3 kali lipat dari cukai yang didapatkan, jadi kalau cukainya Rp 27 trilyun, maka biaya kesehatannya sebesar Rp. 81 trilyun akibatnya terjadi defisit anggaran. Oleh karena itu perlu keluarga untuk melakukan pendidikan serta melakukan pendekatan kepada anak remaja agar dapat menekan terjadinya pemborosan uang akibat membakar rokok. Selama ini keluarga memberikan uang saku sekolah kepada anak remaja yang tidak pernah di monitoring penggunaannya dari keluarga memberikan uang kepada anak remaja sebatas memberikan saja. Dalam hal ini fungsi ekonomi keluarga merupakan bagian dalam mencukupi kebutuhan sandang pangan dan papan kepada semua anggota keluarganya khususnya anak remajanya. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kontribusi fungsi ekonomi keluarga yang baik lebih besar(50,9%) dibandingkan dengan fungsi ekonomi keluarga tidak baik(49,1%). Fungsi ekonomi yang tidak baik akan berdampak pada perilaku yang menyimpang dari remaja salah satunya adalah merokok.

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan fungsi ekonomi keluarga berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok( $p=0,003$ ). Hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=2,3$  artinya keluarga yang melakukan fungsi ekonomi dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi ekonomi

dengan tidak baik. Hal ini dapat terjadi karena pembentukan perilaku remaja merokok dapat didukung dari ekonomi keluarga. Hasil riset Larson dkk(dalam Theodorus, 1994) mengemukakan bahwa sensitivitas ketajaman penciuman dan pengecapan para perokok berkurang di dibandingkan dengan non-perokok. Dilihat dari sisi ekonomi, merokok pada dasarnya 'membakar uang' apabila hal ini dilakukan remaja yang belum memiliki penghasilan sendiri. Dilihat dari sisi orang disekelilingnya, merokok menimbulkan dampak negative bagi perokok pasif. Resiko yang ditanggung perokok pasif akan berdampak pada penggunaan rokok dan akan berdampak melakukan tindakan merokok. Dengan itu remaja akan mencari atau menysisihkan uang untuk membeli rokok dari hasil uang saku sekolah yang diberikan oleh keluarga.

Senada diungkapkan bahwa secara ekonomi remaja melakukan merokok dapat menimbulkan dampak negatif bagi anggota keluarga itu sendiri atau perokok pasif. Resiko yang ditanggung perokok pasif lebih berbahaya dari pada perokok aktif karena daya tahan terhadap zat-zat yang berbahaya sangat rendah (Safarino dalam Cahyani,1995). Hal ini terjadi ada hubungannya pengaruh ekonomi keluarga dengan perilaku remaja merokok. Menurut analisa peneliti maka perlunya pemerintah mengeluarkan undang-undang larangan merokok ditempat umum, sanksi bagi penjual dan pembeli rokok.

Kontribusi Fungsi Reproduksi Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok.

Tabel 4. Kontribusi Fungsi Reproduksi Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok di SMA/SMK Kecamatan Gombong, Mei 2007 (n=220)

Fungsi Reproduksi	Perilaku Remaja Merokok				Total		p value	OR (95%CI)
	Tinggi		Rendah		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
-tidak baik	58	59,2	40	40,8	98	100	0,004	1 2,314
-baik	47	38,5	75	61,5	122	100		
Jumlah	105	47,7	115	52,3	220			

(1,344-3,984)

Berdasarkan tsabel 4 menunjukkan bahwa ada sebanyak 40,8% keluarga dengan fungsi reproduksi tidak baik yang mempunyai remaja berperilaku merokok rendah. Sedangkan untuk keluarga dengan fungsi reproduksi baik terdapat 61,5% remaja yang berperilaku merokok rendah. Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada kontribusi fungsi reproduksi keluarga terhadap perilaku remaja merokok  $p=0,004$ , dengan nilai  $OR=2,3$ , artinya keluarga yang melakukan fungsi reproduksi dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi reproduksi dengan tidak baik.

Soekidjo,(2005) mengatakan orang tua baik ibu dan ayah mempunyai resiko untuk mewariskan kesehatan atau penyakit kepada anak-anak keturunan mereka. Orang tua yang melakukan perilaku merokok akan ditirukan kepada anak remajanya. Banyak remaja melakukan tindakan merokok karena terepos oleh keluarga itu sendiri seperti mengikuti bapaknya yang merokok. Fungsi reproduksi keluarga merupakan fungsi yang diharapkan keluarga agar kelak nanti memilih teman pasangan

yang sehat dan subur seperti tidak merokok. Hasil penelitian didapatkan bahwa kontribusi fungsi reproduksi yang baik lebih besar(55,5%) dibandingkan dengan fungsi reproduksi yang tidak baik(44,5%). Fungsi reproduksi yang tidak baik akan berdampak pada perilaku yang menyimpang dari remaja salah satunya adalah merokok.

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan fungsi reproduksi keluarga berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok( $p=0,004$ ). Hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=2,3$  artinya keluarga yang melakukan fungsi reproduksi dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi reproduksi dengan tidak baik. Oleh karena itu perlu adanya pemberitahuan informasi mengenai masalah seksualitas remaja ataupun kesehatan reproduksi melalui kelompok teman remaja itu sendiri, hal ini memungkinkan untuk bahwa masa remaja berkembang sikap 'conformity' yaitu kecenderungan untuk mengikuti opini, pendapat, nilai, kebiasaan, kegemaran, dan keinginan remaja itu sendiri(Yusuf, 2002).

Pria yang merokok akan mengalami penurunan jumlah sperma motil dan munculnya berbagai abnormalitas sperma dalam segi bentuk maupun pergerakan. Para peneliti mengatakan bahan kimia dalam rokok dapat menyebabkan gangguan pada sistem vaskuler pada khususnya organ suplai darah testis. Meskipun efek langsung rokok pada infertilitas pada pria belum diketahui, penelitian menunjukkan bahwa merokok dapat mengurangi kualitas sperma dan ini dapat dijadikan alasan bahwa merokok dianggap sebagai faktor penyebab infertilitas (Suresh, 2004)

Pendapat Brigham(1991) mengatakan perilaku remaja merokok merupakan perilaku simbolisasi. Simbul dari kematangan cara berfikir, kekuatan

kepemimpinan, dan daya tarik kepada lawan jenisnya, untuk kematangan cara berfikir secara tidak langsung remaja akan mengikuti tindakan morokok bila ada anggota keluarga yang merokok.Orang tua / keluarga tidak menginginkan anak remajanya untuk merokok. Menurut analisis peneliti perlunya dilakukan pendidikan reproduksi remaja dimasuk dalam kurikulum sekolah, dan sebagai orang tua bisa menjembatani remaja yang mengalami kesulitan dalam mempersepsikan masalah seksual remaja. Untuk itu perlunya tindakan promosi kesehatan reproduksi baik kepada orang tua, ibu dan anak-anak remaja.

Kontribusi Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok.

**Tabel 5. Kontribusi Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku Remaja Merokok di SMA/SMK Kecamatan Gombong, Mei 2007 (n=220)**

Fungsi perawatan Kesehatan an	Perilaku Remaja Merokok				Total		P value	OR (95%CI)
	Tinggi		Rendah		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
-tidak baik	58	53,2	51	46,8	109	100	0,139	1
-baik	47	42,3	64	57,7	111	100		1,55
Jumlah	105	47,7	115	52,3	220			(0,909-2,637)

Berdasarkan tabel 5. menunjukkan bahwa ada sebanyak 46,8% keluarga dengan fungsi kesehatan tidak baik yang mempunyai remaja berperilaku merokok rendah. Sedangkan untuk keluarga dengan fungsi kesehatan baik terdapat 57,7% remaja yang berperilaku merokok rendah. Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa tidak ada kontribusi fungsi kesehatan keluarga terhadap

perilaku remaja merokok  $p=0,139$ , dengan nilai  $OR=1,6$  artinya keluarga yang melakukan fungsi kesehatan dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 1,6 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi kesehatan dengan tidak baik.

Menurut Soekidjo (2005), tatanan keluarga atau rumah

tangga perlu melakukan pendidikan dan promosi kesehatan bagi remaja, dimana keluarga merupakan unit paling kecil di masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat di keluarga khususnya orang tua dan remaja, harus di mulai dari tatanan keluarga itu sendiri, hal ini dimungkinkan karena keluarga tempat berkumpulnya anggota keluarga. Bila anggota keluarga berperilaku kurang baik maka jelas akan mempengaruhi pada anggota keluarga khususnya remaja untuk tidak baik seperti merokok. Fungsi perawatan kesehatan yang tidak baik akan berdampak pada perilaku yang menyimpang dari remaja salah satunya adalah merokok. Hasil penelitian didapatkan bahwa kontribusi fungsi perawatan kesehatan keluarga yang baik lebih besar (50,5%) dibandingkan dengan fungsi perawatan kesehatan keluarga yang tidak baik(49,5%).

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan fungsi perawatan kesehatan keluarga tidak berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok ( $p=0,139$ ). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,6$  artinya keluarga yang melakukan fungsi perawatan kesehatan dengan baik mempunyai peluang untuk mendukung perilaku remaja merokok yang rendah sebesar 1,6 kali dibandingkan dengan keluarga yang melakukan fungsi perawatan kesehatan dengan tidak baik. Pendapat ini bertentangan, menurut Mangunegoro dalam DepKes RI,(2006) merokok dapat mengakibatkan penyakit gangguan pernafasan seperti paru-paru,

kanker paru dan penyakit lainnya. Oleh karena itu perlu peran keluarga dalam memberikan informasi pendidikan kepada anak remaja seputar penyakit yang diakibatkan merokok, terlihat masih banyak merokok diakibatkan karena ketidak tahuan masalah kesehatan remaja merokok. Dengan meningkatnya peran kesehatan keluarga akan menurunnya angka kejadian penyakit yang diakibatkan merokok remaja.

Pendapat lain menurut Abadi (2006) merokok dapat mengganggu kesehatan. Kandungan yang berbahaya dalam asap rokok terkandung 4000 racun kimia berbahaya, dan 43 diantaranya bersifat karsinogenik yang dapat mengakibatkan terjadinya kanker. Kejadian kanker paru 90% kanker paru pada laki-laki disebabkan oleh rokok, dan 70% untuk perempuan , kanker mulut, kanker bibir, asma, kanker leher rahim, jantung koroner, darah tinggi, stroke, kanker darah dan impotensi pada kaum pria. Menurut analisis peneliti perlunya pemerintah membuat tanyangan bahaya-bahaya yang diakibatkan oleh rokok melalui media TV, dan koran untuk informasi kepada masyarakat dan keluarga yang mempunyai remaja merokok pada umumnya. Oleh karena itu dalam melakukan promosi kesehatan sasaran utama orang tua, terutama ibu dan selanjutnya akan dilaksanakan oleh ibu kepada anak-anaknya khususnya remaja dalam merubah perilaku merokok.

Hasil uji logistik ganda didapatkan fungsi keluarga yang paling dominan berhubungan dengan perilaku remaja merokok

adalah fungsi sosial keluarga dengan ( $p=0,000$ ) dibandingkan dengan fungsi ekonomi keluarga. Menurut Harlianti,(1988) bahwa perilaku merokok remaja dapat dipengaruhi oleh lingkungan sebaya yang memberikan sumbangan efektif sebesar 33,048%. Lingkungan dengan teman sebaya dapat mempunyai arti yang sangat penting bagi perkembangan remaja itu sendiri, oleh karena itu perlunya kebutuhan fungsi sosial keluarga dilaksanakan dengan sungguh-sungguh. Kebutuhan untuk diterima dan usaha untuk menghindari penolakan dari teman sebaya, hal ini memungkinkan kebutuhan untuk dapat dilaksanakan.

Pendapat lain Darkin(1995) sosialisasi mempunyai sistem nilai yang sesuai dengan tuntutan norma yang diinginkan kelompok remaja. Dengan demikian remaja cenderung akan lebih menginginkan kelompok kaitnnya dengan perilaku merokok.Melihat kontribusi yang paling dominan pada perilaku remaja melakukan merokok adalah dari kelompok sosial, perlunya aturan yang mengatur pergaulan yang sehat dimasyarakat.

#### SIMPULAN DAN SARAN

1. Fungsi keluarga mencakup afektif, sosial, ekonomi, reproduksi, dan perawatan kesehatan dipersepsikan yang baik lebih besar dibandingkan keluarga tidak baik, berarti fungsi keluarga ini dirasakan keluarga sebagai tugas yang harus dilaksanakan oleh keluarga sebagai bentuk pertanggung jawaban terhadap

anggota keluarga khususnya dengan anak remaja dengan penanaman fungsi keluarga tersebut secara dini.

2. Fungsi keluarga yang berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok di SMA/SMK Kecamatan Gombang adalah fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi ekonomi dan fungsi reproduksi keluarga. Sedangkan yang tidak berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Fungsi sosial ekonomi keluarga akan bentuk bila keluarga melakukan fungsi afektif yang sedini mungkin pada keluarga dengan anak remaja yang memungkinkan generasi yang ada didalam keluarga menjadi termonitor oleh keluarga.
3. Fungsi sosial merupakan fungsi yang paling dominan berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok. Sosialisasi melalui pendampingan keluarga dengan penerapan perilaku disiplin, menghargai norma, budaya dan penekanan kebutuhan anak sesuai dengan perkembangan remaja, sehingga dapat berkontribusi terhadap mereka untuk tidak melakukan perilaku yang kurang sehat seperti merokok.

1. Bagi Keluarga perlu:
  - a. melaksanakan tugas keluarga untuk anggota keluarga semenjak umur anak sedini mungkin melalui fungsi keluarga .

- b. mengadakan program “*Parenting training*” bagi orang tua khususnya keluarga melalui kegiatan masyarakat seperti rukun warga/ rukun tetangga atau badan perwakilan desa.
  - c. emantau pergaulan anak remaja di lingkungan keluarga dan masyarakat melalui tukar pendapat antara keluarga dan anak remaja di waktu makan malam dan liburan.
  - d. menanamkan penerapan saling mendukung dan menghargai setiap anggota keluarga khususnya pada anak remaja
2. Bagi Sekolah perlu:
- a. menanamkan prinsip belajar berdisiplin waktu, etika dan perilaku sebagai bentuk pertanggung jawaban remaja terhadap tugas yang di berikan oleh sekolah melalui kegiatan organisasi siswa sekolah.
  - b. melakukan bimbingan dan konseling kepada anak siswa secara teencana dan berkesinambungan.
  - c. bekerja sama dengan Puskesmas dalam melaksanakan implementasi kegiatan siswa disekolah terkait dengan masalah kesehatan pada remaja khususnya perilaku remaja merokok.
  - d. melaksanakan pertemuan antara orang tua dengan sekolah terkait dengan masalah siswa merokok melalui hasil evaluasi proses akhir belajar siswa.
  - e. membentuk “*peer group*” (kelompok sebaya) di sekolah agar dapat membentuk perubahan perilaku remaja melalui kegiatan organisasi siswa sekolah.
3. Untuk Keilmuan perlu:
- a. Dapat menambah konsep, teori dan wawasan tentang fungsi keluarga yang berkontribusi terhadap perilaku remaja merokok dalam melakukan pendidikan kesehatan remaja.
  - b. Dapat membantu dalam menyelesaikan permasalahan asuhan keperawatan keluarga terkait dengan fungsi keluarga dan perilaku remaja merokok
  - c. Bisa digunakan dalam melakukan promosi kesehatan bagi keluarga dengan anak remaja yang merokok berdasarkan fungsi keluarga.
4. Bagi Peneliti Keperawatan Selanjutnya perlu:
- a. menyertakan variabel *confounding* dari karakteristik remaja sebagai variabel penelitian .
  - b. melakukan penelitian khususnya model kontribusi fungsi sosial

- ekonomi keluarga yang paling tepat dalam mempengaruhi perilaku remaja merokok dengan disain quasi-eskperimen.
- c. melakukan penelitian kualitatif dengan metode pendekatan budaya/ethografi pada remaja dengan merokok.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, T. ( 2005). *Biaya sosial akibat merokok, majalah tarbawi*, Edisi 104 Th.7/Shafar 1426H/17 Maret 2005.
- Atkinson, ( 1999). *Pengantar psikologi perkembangan* , Yogyakarta : Media Pustaka.
- Bart Smet, Lea Maes, Kristiana Haryani, (2000). "Determonant of smoking behaviour among adolescent in Semarang, Indonesia" *Journal of the Belgian Public Health*,231(03).
- Brigham, C.J.(1991). *Social psychology*, Boston: Harper Collins Publisher Inc.
- Departemen Kesehatan RI. (1999). *Rencana pembangunan kesehatan menuju indonesia sehat 2010* , Jakarta : DepKes RI
- ( 2003) *Kemitraan manuju sehat 2010*, Jakarta
- ( 2004) *Sistem kesehatan noasional* . Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Dep Kes RI. & WHO. (2005). *Loklatih konsumen berhenti merokok bagi petugas Kesehatan* , Jakarta
- Dep Kes RI, & Dep Sos RI. ( 2001). *Pedoman kesehatan jiwa remaja ( Pegangan Bagi Dokter Puskesmas )*, Jakarta
- Friedman, M.M., ( 1998). *Family nursing , research. theory and practice*, Fourth edition Connecticut: Appleton & Lange
- Harlianti, T. T.,( 1988). *Hubungan antara penemuan kasih sayang orang tua dan pengaruh lingkungan merokok teman sebaya dengan tingkah laku merokok remaja SMP*. Fakultas Psikologi UGM.
- Hochenbeny, (2005). *Essentials of pediatric nursing*, Seventy Edition. USA : Mosby Company.
- Dian. & Helmi,F.A.(2001). *Faktor – faktor penyebab perilaku merokah pada remaja* . UGM Jogjakarta
- Muchlisin, A,. (2006). *Faktor-faktor kontribusi terhadap perilaku merokok agregat remaja di kelurahan gampang sokoharjo jawa tengah*. Tesis S-2 FIK-UI.
- Sarwono, (2000) *Psikologi remaja* , Jakrta, Edisi revisi Gramedia Persada
- Smet, B. (1994). *Psikologi kesehatan* . Jakarta:PT Gramedia Widiasarana Indonesia
- Soetjiningsih, ( 2004). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*: Jakarta CV Sagung Seto
- Stanhope & Lancaster, ( 2000). *Commonity public health nursing* , Filty Edition,USA: Mosby Company.

- Sukijo , N., ( 2005). *Penantar ilmu kesehatan masyarakat* , Rineke Cipta Jakarta
- Suresh C, Sikka D, Shah P. Male infertility and glutathione. *HCLD Frontiers in Bioscience* 1 2004; e78-86. Available from: <http://www.wellnesswallcharts.com/Male-Infertility.html>.
- Theodorus, (1994). *Ciri perokok di kalangan mahasiswa-mahasiswi universitas sriwijaya*. *Jurnal JEN.No.3*, 19-24
- Yusuf, S.(2002). *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Bandung: Remaja Rosdakarya.