

Pengaruh Distres Emosional terhadap Perilaku Merokok Remaja di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2013)

Diah Adni Fauziah¹, Sudarto Ronoatmodjo², Pandu Riono³

¹STIKES Wijaya Husada, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Bogor

²Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

³Departemen Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Abstrak

Latar Belakang: Prevalensi merokok pada remaja lebih tinggi dibandingkan kelompok dewasa. Salah satu yang menyebabkan perilaku merokok remaja adalah masa transisi menjadi dewasa yang psikologisnya cenderung tidak stabil. Hasil Global Youth Tobacco Survey tahun 2014 melaporkan konsumsi tembakau pada remaja sebesar 20,3%, yaitu 19,4% perokok saat ini dan 2,1% bukan perokok. Distres emosional pada remaja dilaporkan memiliki hubungan terhadap perilaku merokok. Penelitian ini mempelajari besar efek distres emosional terhadap perilaku merokok remaja di Indonesia.

Metode: Data survei Riskesdas 2013 dianalisis dengan menggunakan regresi logistik berganda dengan mempertimbangkan desain survei. Variabel confounding yaitu umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan kepala rumah tangga, sosial ekonomi keluarga, dan anggota rumah tangga yang merokok.

Hasil Hasil penelitian menunjukkan bahwa odds remaja yang merokok mengalami distres emosional sebesar 1,82 kali dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok setelah dikontrol oleh variabel umur, pendidikan kepala rumah tangga, tempat tinggal, dan sosial ekonomi (OR=1,82; 95% CI 1,66- 1,99).

Kesimpulan: Odds remaja yang merokok mengalami distres emosional sebesar 1,82 kali dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok setelah dikontrol oleh variabel umur, pendidikan kepala rumah tangga, tempat tinggal, dan sosial ekonomi

Kata kunci: perilaku merokok, distres, remaja

Emotional Distress Effect to Adolescent's Smoking Behavior in Indonesia (National Health Research 2013)

Abstract

Background Smoking prevalence in adolescent is higher than adult. One of caused is transition fase among adolescent in unstabil psychology. In 2014, Global Youth Tobacco Survey reported the current use of any tobacco product by youth was 20,3%, of which 19,4% were current tobacco smokers and 2,1% were current smokeless tobacco users. Emotional distress in adolescent associated with smoking behaviour. The aimed was to study emotional distress effect to smoking behavior among adolescent in Indonesia.

Method National Health Research Data Survey in 2013 was analyzed by using multiple logistic regression.

Result Result showed that odds adolescent smoker had to emotional distress 1,82 than adolescent nonsmoker adjusted by age, household education, addressed and family's socio economic. (OR=1,82; 95% CI 1,66-1,99).

Conclusion Odds Adolescent smoker had to emotional distress 1,82 than adolescent nonsmoker adjusted by age, household education, addressed and family's socio economic.

Keywords: Smoking, Behaviour, Distress, Adolescent

Alamat Korespondensi:
Diah A. Fauziah
Program Studi Kesehatan Masyarakat,
STIKES Wijaya Husada, Bogor
Email: diahadniskm@gmail.com

PENDAHULUAN

Penggunaan tembakau adalah penyebab utama kematian di dunia.¹ Sekitar 5,4 juta kematian saat ini disebabkan oleh perilaku merokok. World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa lebih dari 80% penggunaan tembakau berhubungan dengan kematian di negara dengan pendapatan rendah hingga menengah pada tahun 2030.² Penyakit akibat rokok dialami oleh para perokok dan orang yang terpapar asap rokok.

Rokok merupakan masalah kesehatan yang penting di Indonesia sejak Indonesia menduduki peringkat kelima konsumsi rokok di dunia.² Data Survei Kesehatan Nasional tahun 2004, menunjukkan bahwa 34,5% penduduk Indonesia adalah perokok yaitu sekitar 60 juta penduduk Indonesia. Hasil *Global Youth Tobacco Survey* tahun 2014 melaporkan konsumsi tembakau pada remaja sebesar 20,3%, yaitu 19,4% perokok saat ini dan 2,1% bukan perokok.³ Prevalensi merokok lebih tinggi pada laki-laki dan sangat rendah pada perempuan. Diantara *current smoker* remaja, 75,9% remaja berusaha untuk berhenti merokok. Kecenderungan berhenti merokok bertolak belakang dengan jumlah perokok remaja yang dari tahun ke tahun cenderung mengalami peningkatan karena 80% perokok remaja usia 13-15 tahun tidak berhasil saat mencoba berhenti merokok.⁴

Faktor yang mempengaruhi inisiasi merokok pada remaja yaitu faktor demografi, kondisi orangtua, pendidikan dan status sosial ekonomi. Faktor sosial juga memainkan peran penting. Faktor norma sosial misalnya pengaruh teman sebaya, kondisi keluarga, dan *self-esteem*⁵. Merokok juga berhubungan dengan distress psikiatri (atau gejala dari kecemasan dan depresi) pada kelompok remaja dan dewasa. Perilaku ini biasanya bermula dari masa remaja dan berlanjut pada masa dewasa⁶. Prevalensi distress emosional pada remaja berusia 15-24 tahun menurut data Riskesdas 2007 yaitu 8,7%. Hasil penelitian sebelumnya mengatakan bahwa faktor emosional dan perilaku berhubungan dengan perilaku merokok⁷. Remaja sebagai kelompok yang paling banyak menerima awal tekanan berupa kecemasan di jenjang pendidikannya, sementara mereka sebelumnya belum pernah mengalami atau mengatasi stress yang dapat mengakibatkan tingginya gejala psikiatri dan

mulai merokok.⁸ Hubungan distress emosional dengan perilaku merokok akan menjadi kompleks karena ada beberapa faktor yang mempengaruhinya. Oleh karena itu, mempelajari seberapa besar efek distress emosional dengan perilaku merokok pada remaja adalah hal yang penting.

Menurut Walgito mendefinisikan perilaku atau aktivitas kedalam pengertian yang luas yaitu perilaku yang tampak (*overt behavior*) dan perilaku yang tidak tampak (*innert behavior*), demikian pula aktivitas tersebut disamping motoris juga termasuk aktivitas emosional dan kognitif. Chaplin memberikan pengertian perilaku dalam dua arti. Pertama perilaku dalam arti luas didefinisikan sebagai segala sesuatu yang dialami seseorang. Kedua, perilaku didefinisikan dalam arti sempit yaitu segala sesuatu yang mencakup reaksi yang dapat diamati.⁹

Remaja mulai merokok dikatakan oleh Erikson berkaitan dengan adanya krisis aspek psikososial yang dialami pada masa perkembangannya yaitu masa ketika mereka sedang mencari jati dirinya. Upaya-upaya untuk menemukan jati diri tersebut, tidak semua dapat berjalan sesuai dengan harapan masyarakat. Beberapa remaja melakukan perilaku merokok sebagai cara kompensatoris. Menurut WHO, stress adalah reaksi atau respon tubuh terhadap tekanan mental atau beban kehidupan. Stress adalah suatu kejadian atau stimulus lingkungan yang menyebabkan individu merasa tegang. Rice menyampaikan bahwa stress mengacu pada peristiwa yang diperkirakan membahayakan kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang. Situasi ini disebut sebagai penyebab stress.⁹ Sebuah studi mengatakan kebiasaan hidup yang buruk, adanya stress, lebih menggunakan metode *coping negative* jika marah dan putus asa berhubungan positif dengan perilaku merokok.¹⁰

Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) adalah kuesioner yang dikembangkan oleh WHO untuk skrining gangguan psikiatri dan keperluan penelitian yang telah dilakukan di berbagai negara. SRQ banyak digunakan di negara-negara yang sedang berkembang dan tingkat pendidikan penduduknya masih rendah. Selain itu SRQ

juga sangat cocok digunakan di negara yang penduduknya masih banyak yang berasal dari tingkat sosial ekonomi rendah.¹¹ Ada 20 butir pertanyaan yang sudah berhasil digunakan di pelayanan kesehatan tingkat pertama dan *community based* dan bisa juga dikerjakan langsung oleh responden/ *self-administered* atau melalui wawancara/ *interview-administered*. SRQ-20 terdiri dari pertanyaan-pertanyaan mengenai gejala yang lebih mengarah kepada neurosis.

Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang umur 10-19 tahun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun, dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Jumlah kelompok umur 10-19 tahun di Indonesia menurut Sensus Penduduk 2010 sebanyak 43,5 juta atau sekitar 18% dari jumlah penduduk. Di dunia, diperkirakan kelompok remaja berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia.³

METODE

Untuk menjawab tujuan penelitian digunakan data Riskesdas 2013. Periode analisis penelitian pada bulan April-Mei 2016 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia dengan populasi studi adalah subsampel Riskesdas yang berusia 15-24 tahun sebanyak 118.218 remaja. Metode *sampling* yang digunakan dalam estimasi nasional yaitu penarikan sampel dua tahap berstrata dan subsampel dari estimasi propinsi. Tahap pertama, memilih 250 kabupaten/kota secara *probability proportional to size with replacement* (PPS WR). Tahap kedua, dari setiap kabupaten/kota terpilih, dilakukan pemilihan blok sensus secara *systematic sampling* dari daftar blok sensus sampel Riskesdas Modul MDG's. Data diperoleh dari data set Riskesdas 2013 yang sudah dipublikasi oleh Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2013. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data Riskesdas 2013 adalah kuesioner Riskesdas 2013 individu dan rumah tangga. *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20),

terdiri dari 20 butir pertanyaan yang termasuk dalam kuesioner Riskesdas 2013. Seluruh butir pertanyaan berisi tentang gejala emosional seperti depresi, cemas, somatik, kognitif, dan penurunan energi.

Data dianalisis dengan perangkat lunak statistik. Data yang dipakai merupakan data sekunder dari Riskesdas 2013 dengan *recoding*, yaitu pengkategorian ulang data Riskesdas 2013 sesuai dengan definisi operasional. Analisis hasil berupa analisis deskriptif, bivariabel, dan stratifikasi. Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

HASIL

Data set yang diterima dari Balitbangkes RI diolah dengan sebelumnya mengeksplorasi data dan mengecek apakah data tersebut terdapat *missing*. Setelah terbukti tidak terdapat *missing*, maka proses analisis dilanjutkan dengan menggunakan analisis data survei dalam perangkat lunak statistik. *Sampling unit*, strata, dan pembobotan diatur dalam survei set sesuai dengan teknik *sampling* Riskesdas 2013 dan selanjutnya dimulai analisis sesuai dengan tujuan penelitian.

Analisis Deskriptif Hubungan Variabel Distres Emosional dengan Perilaku Merokok

Distres Emosional

Pengukuran status distres dinilai dengan menggunakan kuesioner Riskesdas 2013 IND pertanyaan bagian F butir F01-F20 dengan *cut off point* 6. Pertanyaan yang diajukan digunakan untuk mengukur kondisi dalam satu bulan terakhir. Jika responden menjawab „ya“ dari pertanyaan yang diajukan maka diberikan skor 1, sedangkan menjawab „tidak“ dari pertanyaan yang diajukan maka diberikan skor 0, sehingga memiliki rentang skoring 0-20. Presentasi tertinggi didapatkan bahwa responden lebih sering mengalami sakit kepala (18,95%), sulit tidur (10,73%), tidak nafsu makan (8,5%), mudah lelah (7,72%), dan merasa tegang, cemas, atau khawatir (6,55%) (Lihat Tabel 1). Berikut adalah tabel distribusi skoring butir pertanyaan lebih dari sama dengan 6 dan kurang dari 6

Tabel 1. Distribusi Skoring Butir Pertanyaan Distres Emosional

Butir pertanyaan	Status distress emosional	
	Ya (≥ 6)	Tidak (< 6)
Sering menderita sakit kepala	79,16	16,12
Merasa tegang, cemas, atau khawatir	71,23	2,42
Mudah lelah	69,50	3,62
Sulit tidur	65,32	6,55
Tidak nafsu makan	59,51	5,45
Mudah takut	58,14	2,17
Sulit untuk mengambil keputusan	57,19	1,53
Sulit berpikir jernih	53,07	1,09
Mengalami rasa tidak enak di perut	52,18	2,20
Tangan gemetar	44,58	1,21
Merasa lelah sepanjang waktu	43,25	0,71
Pencernaan terganggu	42,65	1,63
Merasa tidak bahagia	40,78	0,52
Menangis lebih sering	38,04	0,59
Merasa sulit menikmati kegiatan sehari-hari	36,31	0,39
Kehilangan minat pada berbagai hal	34,04	0,37
Pekerjaan sehari-hari terganggu	30,15	0,24
Merasa tidak berharga	26,90	0,19
Tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup	26,05	0,18
Mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup	13,94	0,07

Setelah diketahui distribusi butir pertanyaan, selanjutnya dilakukan skoring. Responden yang mengalami distress emosional yaitu skoring lebih dari sama dengan 6 sebesar 5,25%. Semakin banyak skoring, maka persentasinya semakin menurun, akan tetapi terjadi peningkatan persentase pada skoring 20.

Tidak adanya gejala distress emosional terbanyak pada gejala depresi (95,51%) sedangkan responden lebih sering mengalami gejala somatik dibandingkan gejala lainnya (76,61%). Jika dilihat dari tiap gejala, semakin banyak responden mengalami gejala, maka semakin cenderung mengalami distress emosional (Lihat Tabel 2).

Umur 17-19 tahun lebih tinggi mengalami distress emosional. Laki-laki cenderung lebih tidak memiliki gejala distress emosional dan perempuan cenderung memiliki lebih banyak gejala distress emosional, akan tetapi pada gejala cemas, laki-laki dengan 1 gejala cemas lebih tinggi daripada perempuan. Distres emosional paling banyak terjadi pada pendidikan kepala rumah tangga yang tamat SD (5,29%). Pada daerah perkotaan lebih banyak ditemukan gejala distress emosional dibandingkan pedesaan. Status sosial ekonomi kelompok menengah atas lebih cenderung mengalami distress emosional (5,66%).

Keberadaan ART yang merokok di rumah membuat responden cenderung memiliki gejala distress emosional dibandingkan dengan tidak adanya ART yang merokok di rumah.

Perilaku Merokok

Responden tidak pernah sama sekali merokok dalam satu bulan terakhir (69,89%) lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang setiap hari merokok (19,87%), responden yang merokok kadang-kadang (7,99%), tidak merokok tapi sebelumnya pernah merokok kadang-kadang (1,84%), dan tidak merokok tapi sebelumnya pernah merokok setiap hari (0,41%).

Perilaku merokok dikategorikan menjadi dua, yaitu merokok jika responden menjawab ya setiap hari dan ya kadang-kadang, dan tidak merokok jika responden menjawab tidak, tapi sebelumnya pernah merokok setiap hari, tidak, tapi sebelumnya pernah merokok kadang-kadang, dan tidak pernah sama sekali. Responden yang menjawab tidak, tapi sebelumnya pernah merokok setiap hari dan tidak, tapi sebelumnya pernah merokok kadang-kadang dikategorikan sebagai tidak merokok karena pengukuran pada saat diambil sampel

Tabel 2. Distribusi Gejala Distres dengan Distres Emosional dan Perilaku Merokok

Gejala Distres	Distres Emosional (%)	Perilaku Merokok (%)
Tidak ada gejala somatic	0,42	27,27
1 gejala somatic	6,91	30,79
2 gejala somatic	27,92	30,47
3 gejala somatic	61,97	23,89
4 gejala somatic	88,94	25,60
Tidak ada gejala cemas	0,43	26,80
1 gejala cemas	14,14	38,20
2 gejala cemas	53,7	27,95
3 gejala cemas	84,09	25,11
Tidak ada gejala depresi	0,95	27,60
1 gejala depresi	36,28	31,40
2 gejala depresi	72,61	30,18
3 gejala depresi	92,45	30,55
4 gejala depresi	99,68	38,95
5 gejala depresi	100,00	30,44
6 gejala depresi	100,00	25,12
7 gejala depresi	100,00	25,02
Tidak ada gejala kognitif	1,28	27,55
1 gejala kognitif	38,56	32,27
2 gejala kognitif	75,48	31,71
3 gejala kognitif	97,51	31,51
Tidak ada gejala penurunan energy	0,98	27,51
1 gejala penurunan energy	31,27	31,03
2 gejala penurunan energy	72,75	31,34
3 gejala penurunan energy	97,26	34,17

responden statusnya tidak merokok dan persentasinya kecil. Responden yang merokok sebesar 27,87%.

Dilihat dari keseluruhan masing-masing butir pertanyaan kuesioner, responden yang mengalami keluhan gejala distres emosional pada butir pertanyaan lebih banyak pada berperilaku tidak merokok. Keseluruhan responden dengan atau tanpa gejala distres emosional lebih banyak pada berperilaku tidak merokok (Lihat Tabel 2). Perilaku merokok terjadi peningkatan pada variabel umur, semakin tua umur maka semakin besar untuk merokok. Akan tetapi jika dibandingkan dengan perilaku tidak merokok, perilaku merokok responden lebih sedikit dibandingkan responden yang tidak merokok. Laki-laki cenderung berperilaku merokok dibandingkan perempuan (46,96%). Semakin tinggi pendidikan kepala rumah tangga maka cenderung menurun perilaku merokoknya. Responden yang berperilaku merokok lebih banyak pada daerah pedesaan (29,84%). Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi maka semakin menurun perilaku merokoknya. Status sosial ekonomi kelompok menengah atas lebih

cenderung berperilaku merokok (5,66%). Keberadaan ART yang merokok di rumah membuat responden cenderung berperilaku merokok dibandingkan dengan tidak adanya ART yang merokok di rumah.

Analisis Pengaruh Distres Emosional terhadap Perilaku Merokok

Analisis bivariabel menggunakan pengkategorian dari setiap variabel kovariat. Umur dibagi menjadi dua kategori yaitu 15-19 dan 20-24 tahun. Pendidikan kepala rumah tangga dibagi dua kategori berdasarkan referensi penelitian sebelumnya yaitu pendidikan rendah dan pendidikan tinggi.

Besar efek variabel kausal utama distres emosional dengan perilaku merokok sebesar 1,01 (95% CI 0,94-1,07), artinya remaja yang merokok kemungkinan mengalami distres emosional tidak berbeda dengan remaja yang tidak merokok. Dari 20 butir pertanyaan keluhan distres emosional, dapat dilihat bahwa responden yang mengalami sulit tidur (OR=1,47; 95% CI 1,43-1,51), merasa tidak bahagia (OR=1,25; 95% CI 1,17-1,32), dan

sulit berpikir jernih (OR=1,20; 95% CI = 1,13-1,26) lebih berpengaruh untuk berperilaku merokok dibandingkan dengan butir pertanyaan keluhan lainnya. Jika diamati berdasarkan gejala distress emosional dihubungkan dengan perilaku merokok, didapatkan bahwa keseluruhan gejala tidak berpengaruh terhadap perilaku merokok responden.

Analisis Stratifikasi

Variabel kovariat umur, tempat tinggal,

pendidikan KRT, dan sosial ekonomi keluarga, tidak memodifikasi efek hubungan distress emosional dengan perilaku merokok. Variabel jenis kelamin terdapat beda efek distress emosional terhadap perilaku merokok meskipun perbedaannya tidak begitu kecil. Keberadaan ART yang merokok tidak dapat dianalisis karena terdapat sel yang kosong sehingga dihilangkan dari analisis data stratifikasi (Lihat Tabel 3).

Tabel 3. Pengaruh Distres Emosional terhadap Perilaku Merokok Berdasarkan Strata Variabel Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Kepala Rumah Tangga, Tempat Tinggal, dan ART yang Merokok

Variabel	Distres	Perilaku merokok		OR (95% CI)
		Ya	Tidak	
Umur				
15-19 tahun	Ya	594	2.696	1,06 (0,97-1,15)
	Tidak	12.860	62.005	
20-24 tahun	Ya	587	1.094	0,95 (0,86-1,04)
	Tidak	13.889	24.493	
Jenis kelamin				
Laki-laki	Ya	1.146	870	1,82 (1,67-1,98)
	Tidak	26.482	37.382	
Perempuan	Ya	35	2.920	2,06 (1,51-2,82)
	Tidak	267	49.116	
Tempat tinggal				
Perkotaan	Ya	616	2.052	1,06 (0,97-1,16)
	Tidak	11.947	42.426	
Pedesaan	Ya	565	1.738	0,97 (0,88-1,06)
	Tidak	14.802	44.072	
Pendidikan KRT				
Rendah	Ya	959	2.764	0,95 (0,88-1,02)
	Tidak	21.488	59.028	
Tinggi	Ya	222	1.026	1,12 (0,97-1,29)
	Tidak	5.261	27.470	
Sosial ekonomi				
Rendah	Ya	475	1.381	0,90 (0,81-1,00)
	Tidak	10.950	28.639	
Tinggi	Ya	706	2.409	1,07 (0,98-1,16)
	Tidak	15.799	57.859	
ART yang merokok				
Ada	Ya	1.181	3.198	0,97 (0,90-1,03)
	Tidak	26.749	70.050	
Tidak ada	Ya	-	592	-
	Tidak	-	16.448	

Secara teori dan penelitian sebelumnya, variabel jenis kelamin dan sosial ekonomi keluarga merupakan confounder hubungan distress emosional dengan perilaku merokok. *Odds* merokok pada responden yang distress emosional pada perempuan 2 kali dibandingkan dengan *Odds* merokok pada responden yang distress emosional pada laki-laki (Lihat Tabel 3).

Hasil *adjusted* OR pengaruh distress emosional terhadap perilaku merokok adalah

1,82 (95% CI 1,66-1,99), artinya remaja yang merokok mengalami distress emosional sebesar 1,82 kali dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok setelah dikontrol oleh variabel umur, pendidikan kepala rumah tangga, tempat tinggal, dan sosial ekonomi.

Dikarenakan jenis kelamin memodifikasi efek distress emosional terhadap perilaku merokok, maka dilakukan analisis untuk melihat OR tiap stratum jenis kelamin sebelum dan setelah dikontrol.

Tabel 4. Odds Ratio Distres Emosional terhadap Perilaku Merokok pada Strata Jenis Kelamin

Strata	Crude OR	Adjusted OR
Laki-laki	1,85 (95% CI 1,70-2,03)	1,79 (95% CI 1,63-1,97)
Perempuan	2,20 (95% CI 1,55-3,14)	2,16 (95% CI 1,52-3,09)
Total	1,87 (95% CI 1,72-2,05)	1,82 (95% CI 1,66-1,99)

Remaja merokok yang distress emosional pada perempuan (OR=2,20; 95% CI 1,55-3,14) lebih tinggi dibandingkan remaja merokok yang distress emosional pada laki-laki (OR=1,85; 95% CI 1,70-2,03). Remaja merokok yang distress emosional pada perempuan (OR=2,16; 95% CI 1,52-3,09) tetap lebih tinggi dibandingkan remaja merokok yang distress emosional pada laki-laki setelah dikontrol oleh variabel umur, pendidikan kepala rumah tangga, tempat tinggal, dan sosial ekonomi (OR=1,79; 95% CI 1,63-1,97). Perbandingan OR pada kedua strata sebelum dan setelah dikontrol tidak jauh berbeda (Lihat Tabel 4).

PEMBAHASAN

Individu-individu dengan problem psikiatrik dan terkait kepribadian tertentu yang membuat mereka lebih sering mengalami distress personal lebih cenderung untuk merokok. Individu dengan masalah psikiatri seperti gangguan *major depressive*, berbagai macam gangguan kecemasan, schizophrenia, gangguan kepribadian antisosial, dan individu dengan kepribadian tertentu yang menyebabkan mereka lebih sering mengalami distress pribadi lebih mungkin untuk merokok. Contohnya, kepribadian *neuroticism* (kecenderungan umum untuk mengalami perasaan negatif dan stress) ternyata berhubungan dengan tingginya prevalensi perilaku merokok. Penelitian terhadap keluarga, saudara kembar, dan molekul genetik menunjukkan bahwa faktor genetik ikut

memainkan peran yang cukup signifikan dalam perilaku merokok dan distress. Secara lebih spesifik dapat dijelaskan bahwa terdapat banyak gen yang berperan ganda, mempengaruhi seorang individu untuk merokok dan membuat seorang individu cenderung mengembangkan kepribadian dan gangguan psikiatri yang berhubungan dengan stress.¹²

Hasil penelitian mengatakan bahwa distress emosional berpengaruh terhadap perilaku merokok setelah dikontrol dengan variabel umur, jenis kelamin, pendidikan kepala rumah tangga, tempat tinggal dan sosial ekonomi keluarga (OR 1,82 ; 95% CI 1,66-1,99). Hal ini sesuai dengan penelitian Finkelstein *et.al* dan Booker menghasilkan temuan bahwa tingkat stres yang tinggi berakibat terhadap meningkatnya risiko untuk merokok.¹³ Booker *et al.* secara lebih rinci menemukan bahwa para remaja yang melaporkan tingkat stres tinggi juga melaporkan tingkat merokok yang tinggi, niat yang lebih besar untuk merokok pada tahun depan, dan keinginan yang lebih kuat untuk merokok di SMA dibandingkan mereka yang melaporkan tingkat stres rendah.¹⁴ Mereka berharap dapat menjadi lebih relaks dengan merokok sehingga bisa mengalihkan perhatiannya dari keadaan yang menyebabkan stres.¹⁴

Finkelstein *et.al* menemukan bahwa kejadian penuh stres yang paling sering dihadapi para remaja adalah hal-hal yang

berhubungan dengan sekolah (seperti keharusan belajar untuk menghadapi ujian, dan mendapat nilai buruk), teman sebaya (seperti berdebat dengan teman), dan hal-hal pribadi (seperti gangguan tidur, keharusan bangun lebih pagi, dan sakit).¹³ Di samping itu, masa remaja merupakan masa seorang individu menghadapi masalah untuk pertama kalinya seperti masalah berat badan, jerawat, menstruasi, perkembangan yang tertinggal, rangsangan seksual, tekanan sekolah, kebosanan, orang tua yang cerewet, tekanan dari teman sebaya, dan masalah uang. Masalah-masalah tersebut menyebabkan remaja sangat rentan menghadapi stres.

Individu yang merokok banyak beranggapan bahwa rokok dapat membantunya merasa lega dan santai saat stres, padahal yang dirasakan itu merupakan bentuk ketergantungan terhadap nikotin¹⁵

Masalah emosional dan perilaku diantara perokok dan tidak perokok berbeda efeknya pada strata jenis kelamin. Hasil penelitian di Israel menyatakan bahwa remaja yang emosionalnya bermasalah meningkatkan risiko perilaku merokok dan remaja perempuan yang merokok memiliki masalah emosional yang lebih tinggi daripada laki-laki. Akan tetapi, tidak ada perbedaan risiko perilaku merokok yang signifikan pada remaja yang aktif dalam forum konseling di sekolah atau pelayanan kesehatan.⁵ Perbedaan risiko strata jenis kelamin ini dapat diidentifikasi bahwa antara perempuan dan laki-laki memiliki *coping* stres yang berbeda sehingga berpengaruh pada penyaluran distress emosional.

Bias informasi memungkinkan terjadi karena pemakaian alat ukur status distress emosional yang tidak akurat. Penggunaan kuesioner yang dirancang untuk negara berkembang membuat pertanyaan yang mudah dimengerti responden tetapi jawabannya cenderung subjektif dan sulit diukur keakuratannya sehingga hasilnya kurang sensitif untuk menyimpulkan bahwa responden mengalami distress emosional. Selain itu, *cut off point* yang digunakan memungkinkan adanya misklasifikasi non-diferensial yang arahnya mendekati *null value*.

Pemilihan blok sensus dengan mengeluarkan kriteria rumah tangga tidak biasa misalnya panti asuhan, barak militer, membuat remaja yang *eligible* tidak ikut terseleksi sebagai subjek penelitian. Proporsi

laki-laki lebih banyak berperilaku merokok dibandingkan perempuan, akan tetapi *odds ratio* distress emosional terhadap perilaku merokok pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa adanya bias *uncontrolled confounding*. Terbatasnya pengambilan sampel pada rumah tangga tidak biasa membuat hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan pada populasi remaja di Indonesia, generalisasi terbatas pada remaja yang tinggal di rumah tangga.

KESIMPULAN

Variabel jenis kelamin memodifikasi efek hubungan distress emosional dengan perilaku merokok meskipun kecil nilainya. Hasil *adjusted OR* pengaruh distress emosional terhadap perilaku merokok pada strata jenis kelamin adalah 1,82 (95% CI 1,66-1,99), artinya remaja yang merokok kemungkinan mengalami distress emosional sebesar 1,82 kali dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok setelah dikontrol oleh variabel umur, pendidikan kepala rumah tangga, tempat tinggal, dan sosial ekonomi.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Geneva; 2011.
2. Asia WRO for S-E. Fact Sheet on Global Youth Tobacco Survey: Indonesia [Internet]. 2009. Tersedia pada: <http://www.searo.who.int/tobacco/data/en/>
3. WHO. Global Youth Tobacco Survey Indonesian Report. New Delhi; 2014.
4. N S, S S, TY A. Linking data to tobacco control program action among students aged 13-15 in Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) member states, 2000-2006. *Tob Control*. 2008;17(6):372-8.
5. Schoval, Kleinfeld, Farbstein, Kanaaneh, Valevski, Apter, et al. Gender differences in emotional and Behavioral Disorder dan service use among adolescent smoker. *J Eur Psychiatry*. 2013;28:397-403.
6. RC K, P B, O D, Al E. Lifetime

- prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
7. Maes HH, Sullivan PF, Bulik CM, Neale MC, Prescott CA, Eaves LJ. A twin study of genetic and environmental influences on tobacco initiation, regular tobacco use and nicotine dependence. *PsychologyMed*. 2004;34(7):1251–61.
 8. MJ G, M B. Ageing, sosial class, and common mental disorders: Longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. *Psychol Med*. 2011;41:56–74.
 9. Nasution, I.K. Perilaku Merokok pada Remaja. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2007. Diakses pada 13 Februari 2016. Available from: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3642/1/132316815.pdf>
 10. Sheidow, A. J., Henry, D. B., Tolan, P. H., & Strachan, M. K. (2014). The role of stress exposure and family functioning in internalizing outcomes of urban families. *Journal of child and family studies*, 23(8), 1351-1365.
 11. WHO. A user's guide to the self reporting questionnaire. Geneva; 1994.
 12. Davison, gerald C, John M. Neale & Ann M. Kring 2006. Psikologi abnormal edisi 9. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
 13. Finkelstein DM, Kubzansky LD, Goodman E. Sosial Status, Stress, and Adolescent Smoking. *J Adolesc Heal* 39678–685. 2006;39:678–85.
 14. Booker CL, Gallaher P, Unger JB, Ritt-Olson A, Johnson CA. Stressful Life Events, Smoking Behavior, and Intentions to Smoke among a Multiethnic Sample of Sixth Graders. *Ethn Health*. 2004;9(4):369–97.
 15. Komalasari D, Helmi AF. Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja. *J Psikol*. 2000;28:37–47.