

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perilaku merokok merupakan kebiasaan yang sudah membudaya di Negara Indonesia, konsumsi rokok terus meningkat setiap tahun. Oleh karena itu, bukanlah sesuatu yang mencengangkan jika setiap saat dapat dijumpai orang yang merokok di tempat-tempat umum, seperti pasar, angkot, jalan, bahkan rumah sakit, tidak terkecuali lingkungan pendidikan seperti sekolah (Sulistyoningrum, 2018). Mayoritas perokok di seluruh dunia adalah kaum pria, tetapi tidak menutup kemungkinan kaum perempuan merokok. Merokok tidak hanya dilakukan oleh orang dewasa saja bahkan anak sekolah sekarang sudah merokok. Fenomena yang dapat kita temui secara umum menunjukkan banyak sekali remaja yang merokok bahkan pada usia dibawah 15 tahun. Persentase perilaku merokok remaja berdasarkan Riset Dasar Kesehatan (Riskesdas) tahun 2018 sebesar 9,1%, meningkat dari Riskesdas 2013 yakni 7,2% (Satria, 2019).

Masa remaja merupakan salah satu periode dari perkembangan manusia. Masa ini merupakan masa perubahan atau peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologik, perubahan psikologik, dan perubahan sosial. Para remaja masih mencari jati diri dan mengalami peralihan dari tahap satu ke tahap selanjutnya. Remaja cenderung menyesuaikan diri dan meniru model kelompok teman sebaya serta orang tua sebagai pencarian jati diri. Selain jati diri mereka mempunyai tugas sebagai pelajar. Sebagian perokok remaja mengetahui akan dampak negatif yang ditimbulkan dari kebiasaan

merokok tetapi mereka masih saja tetap melakukan kebiasaan tersebut. Banyak alasan yang dikemukakan oleh remaja yang merokok, bahkan para remaja ini masih berstatus sebagai pelajar atau siswa. Alasan dari para pelajar ini beragam mulai dari dipengaruhi teman, coba-coba, agar bisa diterima oleh lingkungan pergaulan, iseng, menghilangkan stress dan ketegangan, kesepian, menghilangkan rasa jenuh, mencari inspirasi, lambang kedewasaan, agar tidak diolok-olok teman, karena orang tua merokok, dan lain-lain (Satria, 2019). Kebiasaan merokok dapat menyebabkan beberapa gangguan. Dalam jangka pendek, merokok dapat menyebabkan warna kekuningan pada gigi, kuku dan jari tangan, mulut dan keringat pun berbau tidak sedap, sehingga secara psikologis mengurangi rasa percaya diri, mengurangi hubungan dengan orang lain dan menjadi tidak tenang. Akibat jangka panjang adalah timbulnya berbagai macam masalah penyakit kronis salah satunya penyakit paru-paru (Rahman, 2015).

Seseorang dikategorikan sebagai perokok aktif apabila merokok setiap hari dalam jangka waktu minimal enam bulan selama hidupnya dan masih merokok pada saat dilakukan penelitian. Perokok menurut *World Health Organization* (WHO) diklasifikasikan menjadi tiga kelompok berdasarkan jumlah rokok yang dihisap per hari, yaitu seseorang yang mengonsumsi rokok 1 - 10 batang per hari disebut perokok ringan, 11 - 20 batang per hari disebut perokok sedang, dan lebih dari 20 batang per hari disebut perokok berat (Sundari, 2015).

Salah satu cara untuk mereduksi perilaku merokok yang terjadi pada remaja dapat dilakukan dengan cara mengubah pengaruh negatif akibat pandangan diri yang negatif menjadi pikiran yang positif dengan menggunakan teknik restrukturisasi kognitif yaitu suatu teknik yang merupakan bagian dari pendekatan

perilaku rasional emotif, dengan membelajarkan diri sendiri, yang pada dasarnya merupakan suatu bentuk penyusunan kembali kognitif, memfokuskan pada perubahan verbalisasi diri dari remaja. Restrukturisasi kognitif mereduksi perilaku merokok dengan cara mengubah cara berpikir. Tujuan dari teknik restrukturisasi kognitif, yaitu mengubah perilaku merokok dari perilaku negatif ke arah perilaku positif melalui interaksi dengan diri sendiri dan perubahan struktur kognitif (Neenan dan Dryden, 2014).

Teknik restrukturisasi kognitif dapat membantu menetralkan pandangan remaja dan dapat mengembangkan pikiran menjadi pikiran-pikiran yang positif. Restrukturisasi kognitif untuk mereduksi perilaku merokok menitikberatkan pada kognitif yang menyimpang, yaitu cara remaja merasakan tentang merokok. Intervensi diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir remaja yang mempersepsi merokok dapat menghilangkan stress, menambah semangat dan memperoleh kenikmatan. Teknik restrukturisasi kognitif menekankan otak sebagai penganalisa, pengambil keputusan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Premis dasar dari restrukturisasi kognitif adalah remaja harus dapat mengetahui bagaimana berpikir dan dampaknya terhadap orang lain sebelum mencapai perubahan perilaku dari diri remaja. Siswa perlu menginterupsi sifat yang sudah tersurat dari perilakunya sehingga remaja dapat mengevaluasi perilakunya dalam berbagai situasi supaya dapat terjadi perubahan (Choerunnisa, 2014).

Restrukturisasi kognitif membantu seseorang dalam memahami bagaimana aspek pemikiran, perasaan, tindakan, perasaan fisik, dan situasi dari pengalaman seseorang. Kelima aspek yang telah disebutkan saling terhubung sehingga dapat memahami lebih baik masalahnya. Mereduksi perilaku merokok pada remaja

dilakukan dengan cara memeriksa dan mengubah aspek pemikiran dan keyakinan negatif yang berpengaruh besar terhadap empat aspek lainnya di dalam pengalaman yang sedang dialami remaja. Perubahan struktur kognitif adalah sentral dari proses perubahan perilaku merokok pada diri remaja.

Berdasarkan studi pendahuluan yang saya lakukan di SMP Negeri 8 Palopo, masih banyak ditemukan siswa yang merokok. Hasil wawancara kepada guru bimbingan konseling (BK) dan salah satu guru yang mengajar di SMP Negeri 8 Palopo, ditemukan \pm 60 siswa yang aktif merokok di tahun 2020. Permasalahan tersebut menarik minat peneliti untuk meneliti penggunaan teknik restrukturisasi kognitif sebagai salah satu teknik untuk mereduksi perilaku merokok di kalangan remaja yang berfokus pada identifikasi pemikiran negatif dan membangun jalan pikiran baru yang positif.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah penelitian ini yaitu:

1. Bagaimana gambaran perilaku merokok pada siswa SMP Negeri 8 Palopo?
2. Apakah teknik restrukturisasi kognitif efektif dalam mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Untuk mengetahui gambaran perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo?
2. Untuk mengetahui efektifitas teknik restrukturisasi kognitif dalam mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian merupakan sesuatu yang diharapkan ketika sebuah penelitian sudah selesai. Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini, yaitu:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Mengetahui tentang penggunaan teknik restrukturisasi kognitif untuk mereduksi perilaku merokok siswa, maka hasil penelitian ini diharapkan akan bermanfaat dalam menambah perbendaharaan teoritis khususnya dalam masalah Bimbingan Konseling yang diterapkan untuk membantu permasalahan perilaku merokok siswa. Selain itu juga, dapat menambah kepustakaan sebagai bantuan dan studi banding bagi mahasiswa dimasa mendatang.

1.4.2 Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis dari penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut:

1. Bagi sekolah, hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai contoh pengembangan program penanganan perilaku merokok dengan menggunakan teknik restrukturisasi kognitif.
2. Bagi guru Bimbingan Konseling (BK), panduan teknik restrukturisasi kognitif untuk mereduksi perilaku merokok dapat digunakan oleh konselor sekolah dalam mengintervensi permasalahan perilaku merokok remaja dan diharapkan dapat membantu pelaksanaan layanan bimbingan dan konseling untuk mengatasi perilaku merokok remaja.
3. Bagi siswa, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi tambahan dalam mengendalikan keinginan untuk merokok.

1.5 Ruang Lingkup dan Batasan Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini, yaitu:

1. Objek Penelitian

Objek pada penelitian ini adalah teknik restrukturisasi kognitif dan perilaku merokok.

2. Subjek Penelitian

Subjek pada penelitian ini adalah siswa SMP Negeri 8 Palopo.

3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kelas VIII SMP Negeri 8 Palopo tahun pelajaran 2020/2021.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teknik Restrukturisasi Kognitif

2.1.1 Pengertian Teknik Restrukturisasi Kognitif

Teknik restruktukturisasi kognitif adalah salah satu teknik yang ada dalam pendekatan perilaku-kognitif (*cognitive behavior*). *Cognitive behavior* memusatkan perhatian pada kegiatan mengubah pola pikir destruktif dari pikiran dan perilaku (Noviandari, 2016). Pendekatan *cognitive behavior* pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus–kognisi–respons (SKR) yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan SKR dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berfikir, merasa dan bertindak. Teknik restrukturisasi kognitif membantu klien menganalisis secara sistematis, memproses, dan mengatasi masalah-masalah berbasis kognitif dengan mengganti pikiran dan interpretasi negatif dengan pikiran dan interpretasi positif. Restrukturisasi kognitif melibatkan penerapan prinsip-prinsip belajar pada pikiran. Teknik ini dirancang untuk membantu mencapai respons emosional yang lebih baik dengan mengubah kebiasaan penilaian habitual sedemikian rupa sehingga menjadi tidak terlalu bias (Noviandari, 2016).

Menurut Soetjipto (2016), strategi restrukturisasi kognitif didasarkan pada dua asumsi:

1. Pikiran irasional dan kognisi defektif menghasilkan *self defeating behaviors* (perilaku disengaja yang memiliki efek negatif pada diri sendiri).

2. Pikiran dan pernyataan tentang diri sendiri dapat diubah melalui perubahan pandangan dan kognisi personal.

Restrukturisasi kognitif merupakan salah satu teknik yang digunakan dalam teori kognitif perilaku yang menitikberatkan pada modifikasi pikiran-pikiran yang salah. Teknik restrukturisasi kognitif merupakan suatu proses di mana konselor membantu konseli mencari pikiran-pikiran *Self-defeating* dan mencari alternatif rasional sehingga remaja dapat belajar menghadapi situasi-situasi pembangkit kecemasan (Nevid, 2012). Teknik restrukturisasi kognitif menurut Ellis merupakan *Cognitif Restructuring* yaitu memusatkan perhatian pada upaya mengidentifikasi dan mengubah pikiran-pikiran atau pernyataan diri negatif dan keyakinan-keyakinan klien yang tidak rasional menjadi pikiran-pikiran yang positif dan rasional (Nursalim, 2013).

Restrukturisasi kognitif merupakan teknik yang menghasilkan kebiasaan baru pada konseli yang berfikir, merasa bertindak dengan cara mengidentifikasi kebiasaan bermasalah, memberi label pada kebiasaan tersebut, dan menggantikan tanggapan/persepsi diri yang negatif/irasional menjadi lebih rasional/realistis. Restrukturisasi kognitif memusatkan perhatian pada upaya mengidentifikasi dan mengubah pikiran-pikiran atau pernyataan diri negatif dan keyakinan-keyakinan konseli yang tidak rasional. Restrukturisasi kognitif menggunakan asumsi bahwa respon perilaku dan emosional yang tidak adaptif dipengaruhi oleh keyakinan, sikap, dan persepsi (kognisi) konseli (Damayanti, 2016).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa teknik restrukturisasi kognitif yaitu memusatkan perhatian pada upaya mengubah pikiran-pikiran negatif menjadi pikiran-pikiran positif.

2.1.2 Tujuan Restrukturisasi Kognitif

Tujuan dari konseling kognitif perilaku yaitu mengajak peserta didik untuk menentang pikiran dan emosi yang maladaptif dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan peserta didik tentang masalah yang sedang dihadapi. Konseling kognitif berfungsi untuk memperbaiki pola pikir peserta didik menjadi lebih rasional dengan mengubah pikiran-pikiran negatif tentang diri sendiri dan situasi-situasi di luar diri menjadi pikiran-pikiran yang positif. Setelah peserta didik memiliki pemikiran yang positif diharapkan dapat mengaplikasikannya ke dalam perilaku sehari-hari sebagai perilaku yang konstruktif dan positif. Beck (Damayanti, 2016) mengatakan, tujuan terapi kognitif adalah agar klien belajar menjadi terapis bagi dirinya, termasuk mengajarnya untuk :

1. Memonitor pikiran otomatis negatifnya
2. Mengenali hubungan antara kognisi, afek, dan perilaku.
3. Memeriksa dan menguji realitas bukti-bukti yang mendukung dan berlawanan dengan pikiran otomatis yang terdistorsi
4. Menggantikan kognisi-kognisi terbias dengan interpretasi-interpretasi yang realistis
5. Belajar mengidentifikasi dan mengubah keyakinan yang mempermudah untuk mendistorsi pengalamannya.

Ada tiga tujuan teknik restrukturisasi kognitif yang dapat dipenuhi konselor profesional yaitu klien perlu menjadi sadar akan pikiran-pikirannya, klien perlu mengubah proses pikirannya, dan klien perlu bereksperimen untuk

mengeksplorasi dan mengubah ide tentang dirinya dan dunia. Penjelasan dari ketiga tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Klien perlu menjadi sadar akan pikiran-pikirannya. Konselor membantu klien untuk menjadi sadar akan pikirannya dengan cara menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan langsung dengan pikiran dan perasaan klien.
2. Klien perlu mengubah proses pikirannya. Konselor membantu klien menjadi sadar akan perubahan proses pemikiran meminta klien mengevaluasi pikiran dan keyakinan, memunculkan prediksi, dan mempertanyakan logika yang keliru.
3. Klien perlu bereksperimen untuk mengeksplorasi dan mengubah ide tentang dirinya dan dunia. Konselor memerintah klien untuk melakukan percobaan dalam lingkup penyembuhan dan kemudian beralih ke dalam situasi nyata ketika klien sudah merasa bersedia untuk mengubah idenya.

2.1.3 Langkah-Langkah Teknik Restrukturisasi Kognitif

Cormier (Nursalim, 2013) mengungkapkan bahwa, tahapan-tahapan prosedur CR (*Cognitive Restructuring*) terdapat enam bagian utama yaitu dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Rasional; tujuan dan tinjauan singkat prosedur. Rasional digunakan untuk memperkuat keyakinan konseli bahwa “pernyataan diri” dapat mempengaruhi perilaku, dan khususnya pernyataan-pernyataan diri negatif atau pikiran-pikiran menyalahkan diri dapat berisikan penjelasan tentang tujuan terapi, gambaran singkat prosedur yang akan dilaksanakan, dan pembahasan tentang pikiran-pikiran diri positif dan negatif.

2. Identifikasi pikiran konseli dalam situasi problem. Setelah klien menerima rasional yang diberikan, langkah berikutnya adalah melakukan suatu analisa terhadap pikiran-pikiran klien dalam situasi yang mengandung tekanan atau situasi yang menimbulkan kecemasan.
3. Pengenalan dan latihan *coping thought* (CT). Pada tahap ini terjadi perpindahan focus dari pikiran-pikiran klien yang merusak diri menuju ke bentuk pikiran lain yang tidak kompatibel dengan pikiran yang merusak diri. Pikiran-pikiran yang tidak kompatibel ini disebut sebagai pikiran yang menanggulangi (*coping thought* = ct) atau pernyataan yang menanggulangi (*coping statement* = cs) atau intruksi diri yang menanggulangi (*coping self-instruction* = csi). Semuanya dikembangkan untuk klien. Pengenalan dan pelatihan *coping statement* tersebut penting untuk mendukung keberhasilan seluruh prosedur Restrukturisasi Kognitif.
4. Pindah dari pikiran-pikiran negatif ke *coping thought* (CT). Setelah konseli mengidentifikasi pikiran-pikiran negatif dan mempraktikkan CS alternatif, konselor selanjutnya melatih konseli untuk pindah dari pikiran-pikiran negatif ke CS. Terdapat dua kegiatan dalam prosedur ini, yaitu : pemberian contoh peralihan pikiran oleh konselor dan latihan peralihan pikiran oleh konseli.
5. Pengenalan dan latihan penguatan positif. Bagian terakhir dari *Cognitive Restructuring* berisikan kegiatan mengajar konseli tentang cara-cara memberikan penguatan bagi dirinya sendiri untuk setiap keberhasilan yang dicapainya. Ini dapat dilakukan dengan cara konselor memodelkan dan konseli mempraktikkan pernyataan-pernyataan diri yang positif.

6. Tugas rumah dan tindak lanjut. Meskipun tugas rumah merupakan bagian integral dari setiap tahapan prosedur *cognitive restructuring*, konseli pada akhirnya dapat mampu untuk menggunakan *cognitive restructuring* kapan pun diperlukan dalam situasi yang menekan. Tugas rumah ini dimaksudkan untuk memberikan kesempatan kepada konseli untuk mempraktikkan ketrampilan segera untuk mengerjakan tugas yang diperoleh dalam menggunakan CS dalam situasi yang sebenarnya.

2.2 Perilaku Merokok

2.2.1 Pengertian Perilaku Merokok

Perilaku merokok terbagi dalam dua kata yaitu perilaku dan merokok. Adapun pengertian dari perilaku menurut Sarwono (2012) adalah sesuatu yang dilakukan oleh individu satu dengan individu lain dan sesuatu bersifat nyata. Chaplin (2012) memberikan pengertian perilaku dalam dua arti. Pertama perilaku dalam arti luas didefinisikan sebagai segala sesuatu yang dialami seseorang. Pengertian yang kedua, perilaku didefinisikan dalam arti sempit yaitu segala sesuatu yang mencakup reaksi yang dapat diamati. Perilaku merokok adalah aktivitas atau sesuatu yang dilakukan oleh seorang individu berupa membakar, menghisap atau menghirup dan menghembuskan kembali asap tembakau keluar dengan menggunakan pipa atau rokok.

Perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon). Respon dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Respon tanpa sadar/reflek atau *reflexive response*, adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Rangsangan disebut

electing stimuli karena respon-respon yang relatif tetap, misalnya makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur, sinar matahari membuat mata tertutup. Rangsangan mendahului respon yang ditimbulkan.

2. Operan respon atau *instrumental response*, adalah respon yang timbul dan berkembang diikuti oleh perangsangan tertentu. Perangsangan disebut reinforcing stimuli atau reinforce karena perangsangan tersebut memperkuat respon yang telah dilakukan. Oleh karena itu perangsangan mengikuti atau memperkuat suatu perilaku tertentu yang telah dilakukan. Apabila seorang anak rajin belajar atau setelah melakukan sesuatu perbuatan memperoleh hadiah, maka akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut, dengan kata lain responnya akan lebih intensif atau lebih kuat lagi.

Menurut Notoatmodjo (2010), yang dimaksud dengan perilaku adalah suatu respon organisme terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut, respon organisme dapat berbentuk dua macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu terjadi di dalam diri individu dan tidak dapat langsung dilihat oleh orang lain, seperti berpikir, tanggapan atau sikap batin, dan pengetahuan. Perilaku remaja masih terselubung yang disebut *covert behavior*.
2. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung.

Perilaku sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata yang disebut *over behavior*. Notoatmodjo (2010) memaparkan perilaku terbentuk dari tiga faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi, merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar motivasi bagi perilaku. Jenis-jenis faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai.
2. Faktor pemungkin, adalah faktor anteseden terhadap perilaku memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor pemungkin terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya: puskesmas.
3. Faktor penguat, merupakan faktor penyerta yang datang sesudah perilaku, memberikan ganjaran intensif atau hukuman atas perilaku dan berperan sebagai menetap atau lenyapnya perilaku tersebut, termasuk dalam faktor penguat adalah manfaat sosial, jasmani, ganjaran nyata ataupun tidak nyata yang diterima oleh pihak lain (*vicarious rewards*).

Etiologi tumbuh-kembangnya perilaku pada manusia mengandung tiga unsur (Makmun, 2013), yang masing-masing unsur berada pada tahap berurutan:

1. *Motivating state* yaitu perilaku itu terjadi karena terangsang stimulasi atau sekresi hormonal dalam diri manusia.
2. *Motivating behavior* yaitu perilaku terjadi semata untuk memenuhi kepuasan kebutuhan dan bersifat instrumental (sadar atau tidak sadar).
3. *Satisfied condition* yaitu agar terpenuhi homeostatis.

2.2.2 Tipe-Tipe Perokok

Menurut Silvan Tomkins (Bambang, 2011) terdapat empat tipe perokok berdasarkan *management of affect theory*, keempat tipe tersebut adalah:

1. Tipe perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif. Seorang perokok dapat merasakan penambahan rasa yang positif. Ada tiga subtype:

- a. *Pleasure relaxation*, perilaku merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat, misalnya merokok setelah minum kopi atau makan.
 - b. *Stimulation to pick them up*. Perilaku merokok hanya dilakukan sekedarnya untuk menyenangkan perasaan.
 - c. *Pleasure of handling the cigarette*. Kenikmatan yang diperoleh dengan memegang rokok. Sangat spesifik pada perokok pipa. Perokok pipa akan menghabiskan waktu untuk mengisi pipa dengan tembakau sedangkan untuk menghisapnya hanya dibutuhkan waktu hanya beberapa menit. Atau perokok lebih senang berlama-lama untuk memainkan rokoknya dengan jari-jarinya lama sebelum menyalakan dengan api.
2. Perilaku merokok yang dipengaruhi oleh perasaan negatif. Banyak orang yang menggunakan rokok untuk mengurangi perasaan negatif, misalnya bila marah, cemas, gelisah, rokok dianggap sebagai penyelamat. Seseorang menggunakan rokok bila perasaan tidak enak terjadi, sehingga terhindar dari perasaan yang lebih tidak enak.
 3. Perilaku merokok yang adiktif, disebut sebagai *psychological addiction*. Seseorang yang sudah adiksi, akan menambah dosis rokok yang digunakan setiap saat setelah efek dari rokok yang dihisapnya berkurang. Perokok umumnya akan pergi keluar rumah membeli rokok, walau tengah malam sekalipun, karena khawatir kalau rokok tidak tersedia setiap saat menginginkannya.
 4. Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan. Perokok menggunakan rokok sama sekali bukan karena untuk mengendalikan perasaan, tetapi karena

benar-benar sudah menjadi kebiasaannya rutin. Pada orang-orang tipe merokok yang sudah menjadi kebiasaan, merokok merupakan suatu perilaku yang bersifat otomatis, seringkali tanpa dipikirkan dan tanpa disadari. Perokok menghidupkan api rokoknya bila rokok yang terdahulu telah benar-benar habis.

Tempat merokok juga mencerminkan pola perilaku merokok. Berdasarkan tempat-tempat dimana seseorang menghisap rokok, Mu'tadin (2012) menggolongkan tipe perilaku merokok menjadi:

1. Merokok di tempat-tempat umum, terbagi ke dalam dua kelompok, yaitu: kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya mereka masih menghargai orang lain, perokok menempatkan diri di smoking area dan kelompok yang heterogen (merokok di tengah orang-orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo dan orang sakit).
2. Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi seperti kantor atau di kamar tidur pribadi. Perokok memilih tempat-tempat pribadi yang sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah dan mencekam. Toilet pun tak jarang dijadikan sebagai tempat untuk merokok. Perokok dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

2.2.3 Tahapan dalam Merokok

Leventhal dan Clearly (dalam Komalasari dan Helmi, 2010) menyebutkan empat tahap dalam perilaku merokok sehingga menjadi perokok, yaitu:

1. Tahap *preparatory*, seseorang mendapat gambaran yang menyenangkan tentang merokok dengan cara mendengar, melihat atau dari hasil bacaan untuk menimbulkan minat merokok.
2. Tahap *initiation*, tahap perintisan merokok yaitu tahap apakah seseorang akan meneruskan atau tidak terhadap perilaku merokok.
3. Tahap *becoming a smoker*, apabila seseorang telah mengkonsumsi rokok sebanyak empat batang perhari maka mempunyai kecenderungan menjadi perokok.
4. Tahap *maintenance of smoking*, merokok sudah menjadi salah satu bagian dari cara pengaturan diri (*self regulating*). Merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan.

2.2.4 Kategori Perilaku Merokok

Timothy (dalam Silva, 2011) mengemukakan perilaku merokok dapat dikategorikan ke dalam tiga kategori berdasarkan jumlah rokok yang dikonsumsi setiap hari. Berikut kategori perilaku merokok berdasar jumlah rokok:

1. Kategori tinggi: apabila perokok mengkonsumsi 2-8 batang rokok setiap hari.
2. Kategori sedang: apabila perokok mengkonsumsi 9-15 batang rokok setiap hari.
3. Kategori rendah: apabila perokok mengkonsumsi lebih dari 15 batang setiap hari.

Pengklasifikasian perilaku merokok juga dapat dilihat dari tempat orang merokok menurut Trim (2011):

1. Merokok di tempat umum atau ruang publik
 - a. Kelompok homogen, (sama-sama perokok), secara bersama-sama menikmati rokok. Umumnya perokok yang menempatkan diri di smoking area dapat dikatakan masih menghargai orang lain.
 - b. Kelompok heterogen (merokok di tengah orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo, orang sakit, dan lain-lain). Perokok tergolong sebagai orang yang tidak berperasaan, kurang etis, dan tidak memiliki tata karma. Bertindak kurang terpuji dan kurang sopan.
2. Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi
 - a. Di kantor atau di kamar tidur pribadi. Perokok digolongkan sebagai individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh dengan rasa gelisah yang mencekam.
 - b. Di toilet, perokok dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

Tingkat perilaku merokok pada seseorang dapat dilihat pada waktu-waktu merokok seseorang. Waktu merokok adalah saat-saat dimana seseorang biasa melaksanakan kegiatan merokok dalam aktivitas keseharian seseorang (Silva, 2011). Waktu merokok dapat dibagi menjadi: pagi hari, sore hari, bangun tidur, saat senggang atau sedang tidak ada pekerjaan, sedang mengamen, buang air besar/kecil, setelah makan. Semakin sering dan intens seseorang merokok pada waktu-waktu tersebut maka semakin menunjukkan seseorang adalah perokok berat, pasalnya semakin sering rokok hadir pada setiap

kegiatan keseharian seseorang membuktikan kegiatan merokok sudah menjadi rutinitas bagi individu

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok

Perilaku merokok merupakan perilaku yang berbahaya bagi kesehatan, tetapi masih banyak orang yang melakukannya. Orang mulai merokok ketika masih remaja. Sejumlah studi menegaskan sebanyak 85%-95% perokok mulai merokok sebelum usia 18 tahun (Juniarsih, 2020). Ada berbagai alasan yang dikemukakan oleh para ahli untuk menjawab mengapa seseorang merokok. Setiap individu mempunyai kebiasaan merokok yang berbeda dan biasanya disesuaikan dengan tujuan seseorang merokok. Seseorang merokok karena faktor-faktor *socio cultural* seperti kebiasaan budaya, kelas sosial, gengsi, dan tingkat pendidikan (Smet, 2010).

Faktor dari dalam diri remaja dapat dilihat dari kajian perkembangan remaja. Remaja mulai merokok dikatakan oleh Erikson (Komalasari dan Helmi, 2010) berkaitan dengan adanya krisis aspek psikososial yang dialami pada masa perkembangannya yaitu masa ketika mereka sedang mencari jati dirinya. Masa remaja dilukiskan sebagai masa badai dan topan karena ketidaksesuaian antara perkembangan psikis dan sosial. Tidak semua dapat berjalan sesuai dengan harapan masyarakat ketika remaja melakukan upaya-upaya untuk menemukan jati diri. Merokok menjadi suatu cara agar remaja tampak bebas dan dewasa saat remaja menyesuaikan diri dengan teman sebayanya. Istirahat, santai dan kesenangan, penampilan diri, rasa ingin tahu, rasa bosan, sikap menentang dan stres berkontribusi remaja untuk mulai merokok. Rasa rendah diri, hubungan interpersonal yang kurang baik, putus sekolah, sosial ekonomi yang rendah dan

tingkat pendidikan orang tua yang rendah serta tahun-tahun pertama transisi antara sekolah dasar dan sekolah menengah juga menjadi faktor resiko yang mendorong remaja mulai merokok.

Mu'tadin (2012) mengemukakan alasan mengapa remaja merokok, yaitu: pengaruh orang tua, pengaruh teman, pengaruh iklan dan faktor kepribadian. Laventhal dan Clearly (dalam Nasution, 2012) menyatakan faktor seseorang merokok terbagi menjadi dua faktor utama, yaitu faktor psikologis dan faktor biologis. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi remaja merokok menurut Silvan Tomkins (dalam Bambang, 2011), yaitu faktor psikososial, faktor psikiatrik, faktor kognitif dan faktor lingkungan.

2.2.6 Dampak Perilaku Merokok

Merokok menimbulkan dampak positif yang sangat sedikit. Graham (dalam Ogden, 2010) menyatakan perokok menyebutkan dengan merokok dapat menghasilkan mood positif dan dapat membantu individu menghadapi keadaan-keadaan yang sulit. Smet (2010) menyebutkan keuntungan merokok (terutama bagi perokok) yaitu mengurangi ketegangan, membantu berkonsentrasi, dukungan sosial dan menyenangkan. Sheridan dan Rachmacher (dalam Astuti, 2012) mengemukakan merokok merupakan masalah kesehatan masyarakat karena dapat menimbulkan berbagai penyakit. Rokok dan berbagai produk tembakau lainnya bersifat adiktif. Sifat adiktif dikarenakan adanya nikotin yang hanya terkandung dalam tembakau. Nikotin adalah zat psikoaktif yang bersifat adiktif yang dapat menimbulkan adiksi dengan cara yang sama dengan substansi lain seperti kokain dan heroin. Merokok memberikan konsekuensi yang signifikan baik terhadap kesehatan fisik, psikologis serta ekonomis. Dampak merokok terhadap kesehatan

telah diketahui secara luas. Merokok berakibat terhadap 25% kematian akibat penyakit jantung koroner, 80% kasus penyakit saluran pernafasan kronis, 90% kematian akibat kanker paru, serta memiliki kontribusi terhadap berkembangnya kanker laring, mulut, dan pankreas, serta kanker paru pada perokok pasif. Perokok pasif yang tinggal bersama perokok memiliki resiko tinggi terkena penyakit kronis (Astuti, 2012).

Secara psikologis merokok sering dianggap sebagai salah satu cara untuk menumbuhkan emosi positif, menimbulkan efek relaksasi, menghilangkan kecemasan, menumbuhkan ketergantungan psikologis untuk mengatur keadaan emosinya. Terdapat keuntungan psikologis yang dirasakan, tetapi cara-cara ini bukanlah cara yang adaptif untuk pengatasan masalah. Keuntungan psikologis yang diperoleh tidak sebanding dengan resiko kesehatan fisik yang akan dialami karena biaya kesehatan yang harus dikeluarkan untuk membeli rokok itu sendiri. Merokok juga terkait dengan munculnya kebiasaan-kebiasaan yang tidak menguntungkan bagi kesehatan, seperti konsumsi obat-obat terlarang, minuman beralkohol, serta berkurangnya aktivitas fisik sebagai pengisi waktu luang (Astuti, 2012).

Inisiasi merokok pada usia-usia awal lebih berbahaya daripada penggunaan awal pada usia-usia yang lebih tua karena pada umumnya akan menjadi prediktor bagi sejumlah masalah pada remaja seperti putus sekolah, perilaku seks tidak sehat, dan delinkuensi. Steinberg (dalam Astuti, 2012) merokok merupakan pintu gerbang pertama untuk penyalahgunaan obat-obatan. Jumlah dan tingkat kepadatan sel yang digunakan untuk berpikir jauh lebih rendah pada orang yang merokok dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Jumlah dan kepadatan

sel mempengaruhi daya ingat. Begitu juga dengan kepadatan sel. Semakin padat, semakin kuat daya ingat. Hasil penelitian yang menunjukkan tingkat kepadatan sel berkurang, mempunyai implikasi daya ingat perokok tersebut menjadi berkurang, merupakan efek kronis akibat merokok (Trim, 2011).

2.3 Penggunaan Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk Mereduksi Perilaku

Merokok pada Remaja

Berikut adalah tahapan implementasi restrukturisasi kognitif dalam mereduksi perilaku merokok remaja.

1. Tahapan pertama: asesmen dan diagnosa

Asesmen dan diagnosa ditahap awal bertujuan untuk memperoleh data tentang kondisi konseli yang akan ditangani serta mengantisipasi kemungkinan kesalahan penanganan pada proses konseling. Di tahap pertama dilakukan kegiatan sebagai berikut.

- a. Penyebaran alat ukur perilaku merokok remaja untuk mengumpulkan informasi mengenai tingkat perilaku merokok remaja.
- b. Melakukan kontrak konseling dengan konseli mampu berkomitmen untuk mengikuti proses konseling dari tahap awal sampai tahap akhir.

2. Tahapan kedua: mengidentifikasi pikiran-pikiran negatif remaja

Sebelum konseli diberikan bantuan untuk mengubah pikiran-pikiran yang mengalami disfungsi, terlebih dahulu konselor perlu membantu konseli untuk menyadari disfungsi pikiran-pikiran yang konseli miliki dan memberitahukan secara langsung kepada konselor. Pada level umum, konseli didorong untuk

kembali pada pengalaman dan melakukan introspeksi atau merefleksikan pengalaman-pengalaman yang sudah dilalui.

Pikiran-pikiran negatif yang muncul seperti kecemasan, fobia, gangguan makan, dan penyalahgunaan zat dapat terjadi karena perasaan inferiority (rendah diri), asumsi yang berbahaya, penolakan terhadap perubahan dan pemeliharaan asumsi salah yang mendorong konseli terhadap perilaku merokok.

3. Tahapan ketiga: memonitor pikiran-pikiran remaja melalui *thought record*

Pada tahap ketiga, konseli dapat diminta untuk membawa buku catatan kecil yang berguna untuk menuliskan tugas pekerjaan rumah, hal-hal yang berhubungan dengan perlakuan dalam konseling, dan mencatat pikiran-pikiran negatif. Berikut adalah format yang diajukan untuk mencatat pikiran-pikiran negatif konseli.

Tabel 2.1 Rekaman pikiran

Situasi	Pikiran yang Muncul	Emosi (diberi tingkat intensitas 0-100)	Tindakan yang dilakukan

Format yang tertetera pada Tabel 2.1 dapat dibuat oleh konseli atau disiapkan oleh konselor sebagai format yang sudah dicetak dalam kertas. Format dapat dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan, karena yang terpenting bukan

terletak pada format rekaman pikiran akan tetapi pada isi informasi yang terdapat pada format. Melalui format rekaman pikiran yang disepakati, konseli harus menjadi partisipan yang aktif dalam memutuskan cara-cara merekam informasi, sehingga dapat berguna dan dapat meningkatkan efektivitas penyelesaian pekerjaan rumah.

4. Tahapan keempat: intervensi pikiran-pikiran negatif remaja menjadi pikiran-pikiran yang positif.
5. Pada tahap kelima: pikiran-pikiran negatif konseli yang telah terkumpul dalam *thought record* dimodifikasi.

Beberapa hal mengenai pikiran-pikiran negatif meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Menemukan pikiran-pikiran negatif yang berhubungan dengan reaksi emosi yang kuat.
2. Menemukan pikiran-pikiran yang berkaitan dengan pola respon perilaku yang kuat.
3. Menemukan pikiran-pikiran yang memiliki tingkatan keyakinan yang tinggi.
4. Menemukan pikiran-pikiran yang berulang, karena pikiran-pikiran yang dikemukakan berulang-ulang menunjukkan pola berpikir konseli.

Pada awal mengintervensi pikiran-pikiran negatif konseli, secara umum terdapat tiga pertanyaan umum yang dapat digunakan, yaitu:

1. Apa bukti dari pikiran-pikiran negatif anda?
2. Apa saja alternatif-alternatif pikiran untuk memikirkan situasi-situasi yang anda temui?
3. Apa saja pengaruh dari cara berpikir seperti itu?

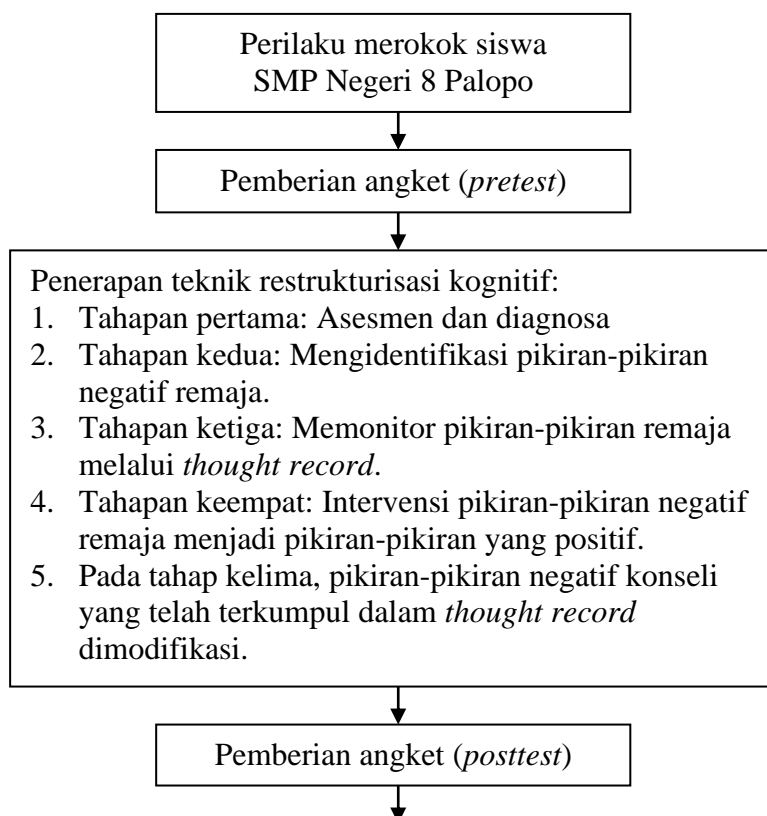
Hal penting yang harus diperhatikan oleh konselor dalam menangani perilaku merokok pada remaja adalah kompetensi konselor. Seorang konselor yang profesional adalah konselor yang memahami konsep bimbingan dan konseling yang baik. Bimbingan pribadi dan teknik restrukturisasi kognitif untuk membantu remaja yang memiliki perilaku merokok, konselor juga harus mempunyai pengetahuan tentang perilaku merokok remaja, cara penanggulangan, dan tugas perkembangan remaja, agar dalam penanganan perilaku merokok yang dialami siswa SMP dapat berkurang. Teknik yang dirancang dengan pengelolaan yang terstruktur dengan baik diharapkan mampu mengurangi perilaku merokok yang terjadi di kalangan siswa SMP.

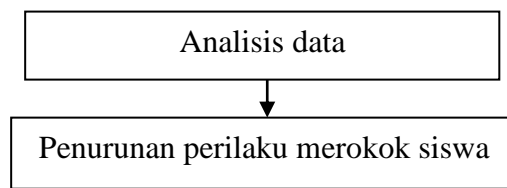
2.4 Kerangka Konseptual

Perilaku merokok muncul pada kondisi psikologis tertentu. Kondisi remaja yang sedang stres memiliki kecenderungan yang lebih sulit untuk berhenti merokok. Orang yang depresi memiliki kecenderungan dua kali lebih banyak untuk menjadi seorang perokok daripada orang yang tidak depresi. Restrukturisasi kognitif merupakan salah satu teknik yang menitikberatkan pada perubahan tingkah laku melalui interaksi dengan diri sendiri dan perubahan struktur kognitif. Remaja yang memiliki perilaku merokok disebabkan karena kondisi psikologis yang membuat remaja tertarik dan terus merokok hingga menghabiskan puluhan batang. Kondisi psikologis yang membuat remaja terus merokok adalah stres, frustrasi, perasaan sedang down, bosan, dan gugup. Kondisi psikologis yang buruk semakin membuka jalan bagi remaja untuk terus merokok.

Salah satu teknik yang digunakan untuk mereduksi perilaku remaja terhadap rokok melalui pendekatan kognitif-perilaku adalah teknik restrukturisasi kognitif. Restrukturisasi kognitif pada dasarnya merupakan suatu bentuk penyusunan kembali kognitif, memfokuskan pada perubahan verbalisasi diri remaja dan restrukturisasi berperan sentral. Restrukturisasi kognitif adalah salah satu teknik yang digunakan dalam teori kognitif perilaku yang menitikberatkan pada kognitif yang menyimpang. Konseling akan diarahkan pada modifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak dengan menekankan otak sebagai penganalisa, pengambil keputusan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Pada akhirnya restrukturisasi kognitif diharapkan dapat membantu siswa dalam mereduksi perilaku merokok dengan mengubah perilaku dari yang negatif menjadi positif.

Berikut adalah kerangka konseptual dalam penelitian ini yang dapat digambarkan secara sistematis sebagai berikut:





Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

2.5 Hipotesis Penelitian

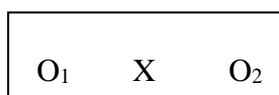
1. Hipotesis Alternatif (H_a): Teknik restrukturisasi kognitif efektif dalam mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo.
2. Hipotesis Nihil (H_o): Teknik restrukturisasi kognitif tidak efektif dalam mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah pra-eksperimen yaitu metode penelitian eksperimen yang desain dan perlakuannya seperti eksperimen tetapi tidak ada pengontrolan variabel sama sekali (Sugiyono, 2012). Desain penelitian *One-Group Pretest-Posttest Design* yaitu desain eksperimen dengan memberikan *pretest* sebelum dan *posttest* sesudah diberikan perlakuan atau eksperimen. Desain penelitian digunakan untuk memperoleh gambaran keefektifan teknik restrukturisasi kognitif untuk mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo. Desain penelitiannya adalah sebagai berikut:



Keterangan :

O_1 = Nilai *pretest* (sebelum dilakukan *treatment*)

X = Eksperimen/tindakan (*treatment*)

O_2 = Nilai *posttest* (setelah dilakukan *treatment*)

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kelas VIII SMP Negeri 8 Palopo.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September 2020.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Saryono, 2013). Populasi dalam penelitian ini yaitu semua siswa kelas VIII.2, VIII.4 dan VIII.9 SMP Negeri 8 Palopo dengan jumlah peserta didik sebanyak 71 orang.

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti (Hidayat, 2013). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah siswa yang dijadikan sampel yaitu 10 orang. Peneliti mengambil sampel dengan cara menetapkan ciri sesuai dengan tujuan dan pertimbangan tertentu yang ingin dicapai. Adapun pertimbangan subjek dalam penelitian ini berisi karakteristik sampel yang digunakan oleh peneliti yaitu:

1. Siswa perokok
2. Siswa yang memiliki kebiasaan merokok pada kategori tinggi
3. Bersedia menjadi responden atau subjek dalam penelitian ini.

3.4 Jenis dan Sumber Data

3.4.1 Jenis Data

Jenis data dibagi menjadi dua macam yaitu data kuantitatif dan data kualitatif. Dimana dalam penelitian ini menggunakan menggunakan data kuantitatif.

3.4.2 Sumber Data

Sumber data secara umum ada dua macam yaitu sumber primer dan sekunder. Dari jenis data ada dua macam yaitu data kuantitatif dan kualitatif. Berdasarkan

penelitian ini dari ketiga data yang diperoleh adalah data kuantitatif dari sumber primer, yaitu data yang langsung diambil dari responden (sumber data pertama) dengan penyebaran angket kemudian ditabulasi untuk memperoleh data yang sebenarnya. Dalam penelitian ini menggunakan siswa kelas VIII SMP Negeri 8 Palopo.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah teknik penelitian tidak langsung dengan menggunakan angket. Pengungkapan data perilaku merokok siswa menggunakan angket yang disusun sesuai rujukan definisi operasional variabel. Instrumen pengumpulan data menggunakan model rating *Scales Summated Ratings* (Likert).

3.6 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.6.1 Identifikasi Variabel

Variable yang diteliti dalam penelitian ini yaitu variabel teknik restrukturisasi kognitif sebagai variabel bebas dan perilaku merokok pada siswa SMP Negeri 8 Palopo sebagai variabel terikat.

3.6.2 Definisi Operasional

Teknik restrukturisasi kognitif adalah teknik konseling kognitif perilaku yang dijadikan sebuah upaya mengubah kognitif remaja yang negatif menjadi positif sebagai sentral dari proses perubahan perilaku merokok melalui tahapan-tahapan intervensi yang sistematis. Perilaku merokok adalah suatu tindakan membakar rokok kemudian menghisap asap rokok dengan menggunakan pipa atau rokok dan menghembuskannya keluar sehingga dapat menimbulkan asap.

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian, merupakan alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatan mengumpulkan data (Arikunto, 2010). Instrumen penelitian perilaku merokok pada remaja menggunakan angket tertutup dalam bentuk *checklist*, yaitu angket yang disajikan dalam bentuk sedemikian rupa sehingga responden tinggal memberikan tanda *checklist* pada kolom jawaban yang sesuai. Angket perilaku merokok dibuat dalam bentuk pernyataan-pernyataan beserta kemungkinan jawabannya. Item pernyataan perilaku merokok dibuat dalam bentuk alternatif respon subjek yaitu selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Jika siswa menjawab pada kolom selalu diberi skor 4, kolom sering diberi skor 3, kolom kadang-kadang diberi skor 2, dan kolom tidak pernah diberi skor 1. Alat ukur ini adalah kuesioner yang menggunakan *Skala Likert*.

Jumlah pernyataan dikuesioner sebanyak 40 pernyataan, maka dapat ditentukan penilaian sebagai berikut:

$$X_{\min} = 40$$

$$X_{\max} = 160$$

$$\text{Range} = X_{\max} - X_{\min}$$

$$= 160 - 40$$

$$= 120$$

$$\text{Mean} = (X_{\max} + X_{\min}) / 2$$

$$= (160+40) / 2$$

$$= 200/2$$

$$= 100$$

$$\text{SD} = \text{Range} / 6$$

$$= 120/6$$

$$= 20$$

Tabel 3.2 Kriteria penilaian

No	Interval Nilai	Kriteria Penilaian
1	$X < M - 1SD$ $X < 100 - 20$ $X < 80$	Ringan
2	$M - 1SD \leq X < M + 1SD$ $100 - 20 \leq X < 100 + 20$ $80 \leq X < 120$	Sedang
3	$M + 1SD \leq X$ $100 + 20 \leq X$ $X \geq 120$	Berat

3.8 Teknik Analisis Data

3.8.1 Uji Instrumen

1. Uji Validitas

Instrumen ini dapat digunakan apabila terlebih dahulu teruji validitasnya. Menurut Sugiyono (2016) Validitas merupakan derajat ketepatan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang dapat dilaporkan peneliti. Dengan demikian data yang valid adalah data “yang tidak berbeda” antara data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian.

Instrumen perilaku merokok ini menggunakan instrumen tes pengukuran perilaku merokok pada siswa, yang sebelumnya telah digunakan oleh Deasy Yunika Khairun dalam penelitian yang berjudul “Efektivitas Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk Mereduksi Perilaku Merokok Remaja (Pra Eksperimen terhadap Siswa Kelas X SMAN 8 Garut”.

2. Uji Reliabilitas

Sugiyono (2016), dalam penelitian kuantitatif, untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel yang diuji validitas dan reliabilitasnya adalah instrumen penelitiannya, sedangkan dalam penelitian kualitatif yang diuji adalah datanya. Instrumen tes perilaku merokok ini sudah reliabel karena sebelumnya telah digunakan oleh Deasy Yunika Khairun dalam penelitian yang berjudul “Efektivitas Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk Mereduksi Perilaku Merokok Remaja (Pra Eksperimen terhadap Siswa Kelas X SMAN 8 Garut)” sehingga penelitian kali ini peneliti akan menguji coba ulang instrumen perilaku merokok pada subjek yang berbeda untuk mengetahui apakah data yang digunakan valid atau tidak.

3.8.2 Uji Prasyarat

1. Uji Normalitas

Uji normalitas tidak lain sebenarnya adalah mengadakan pengujian terdapat normal tidaknya data yang akan dianalisis. Pengujian dilakukan tergantung pada variabel yang akan diolah. Pengujian normalitas sebaran data menggunakan *Kolmogorov-Smirnov Test* dengan bantuan SPSS 23. Hasil yang diperoleh yaitu berdistribusi normal.

2. Uji Homogenitas

Uji homogenitas digunakan untuk mengetahui homogen atau tidaknya data yang dimiliki. Uji ini dilakukan dengan bantuan SPSS 23. Hasil yang diperoleh yaitu data homogen.

3.8.3 Uji Hipotesis

Pengujian hipotesis menggunakan uji t dengan menggunakan bantuan program SPSS 23. Apabila nilai t hitung lebih kecil dari t tabel, maka hipotesis ditolak dan jika nilai t hitung lebih besar dari t tabel maka hipotesis diterima dengan taraf signifikan yang digunakan 0.05.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Subjek dalam penelitian adalah hasil penelitian dengan judul “Efektivitas Teknik Restrukturisasi Kognitif dalam Mereduksi Perilaku Merokok Siswa SMP Negeri 8 Palopo”. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September 2020 dengan populasi yang digunakan yaitu siswa yang duduk dibangku kelas VIII.2, VIII.4 dan VIII.9 dan sampel yang digunakan sebanyak 10 orang yang dipilih menggunakan *purposive sampling* dengan karakteristik yang ditentukan peneliti. Hasil data responden perilaku merokok diperoleh dari instrumen yang dibagi melalui google form kepada peserta didik.

Profil perilaku merokok pada siswa di SMP Negeri 8 palopo dapat diketahui setelah pembagian kuesioner awal (*Pretest*). 71 siswa yang diberikan (*pretest*) dibagi menjadi 3 kategori perilaku merokok yaitu: berat, sedang, dan ringan. Profil perilaku merokok berat, sedang dan ringan yang didapatkan di atas, terdapat 10 siswa dengan kategori berat, 22 siswa dengan kategori sedang dan 39 siswa dengan kategori ringan. Sampel dalam penelitian ini diberikan *treatment* berupa pendekatan Teknik Restrukturisasi Kognitif dengan menggunakan konseling kelompok. Peranan Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk mereduksi perilaku merokok pada siswa kelas VIII dapat dibuktikan dengan hasil uji *Paired T Test*.

Tabel 4.1 Nilai deskriptif

Descriptive Statistic						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<i>Pretest</i>	10	14	123	137	129,40	5,103
<i>Posttest</i>	10	21	103	124	114,20	6,941

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat hasil dari *Pretest* diperoleh nilai minimal 123, nilai maksimal 137, dan nilai mean 129,40. Sedangkan hasil dari *Posttest* diperoleh nilai minimal 103, nilai maksimal 124, dan nilai mean 114,20. Berdasarkan perbandingan nilai antara *pretest* dan *posttest* tersebut menunjukkan bahwa pada nilai *pretest* diperoleh rata-rata 129,40 yang berada pada kategori perokok kategori tinggi. Adapun pada nilai *posttest* diperoleh nilai rata-rata 114,20 yang berada pada kategori perokok sedang. Hal ini berarti terjadi penurunan tingkat merokok siswa dari tinggi menjadi sedang.

4.1.1 Uji Prasyarat

Sebelum dilakukan analisis terhadap data penelitian yang diperoleh perlu terlebih dahulu dilakukan uji persyaratan analisis data untuk mengetahui statistik yang akan dipakai ialah statistik parametrik atau statistik non- parametrik. Persyaratan analisis yang harus dipenuhi ada uji normalitas dan uji homogenitas. Hasil uji prasyarat selengkapnya akan disajikan dalam rangkuman hasil uji prasyarat yang diperoleh:

1. Uji Normalitas

Uji Normalitas adalah sebuah uji yang dilakukan untuk mengetahui apakah variabel data penelitian berdistribusi normal atau tidak, adapun hasil dari uji normalitas penelitian ini dapat dilihat di tabel 4.2.

Tabel 4.2 Uji Normalitas

Tests of Normality			
Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
<i>Pretest</i>	.181	10	.200*
<i>Posttest</i>	.136	10	.200*

Berdasarkan tabel 4.2 dilihat hasil dari uji normalitas data *pretest* dengan jumlah sampel sebanyak 10 orang diperoleh nilai statistic *Kolmogorov-Smirnov* sebesar 0,181 dengan nilai signifikansi sebesar $0,200 > 0,05$ dimana dari hasil tersebut dinyatakan berdistribusi normal. Sedangkan hasil dari uji normalitas *posttest* dengan jumlah sampel sebanyak 10 orang diperoleh nilai *statistic Kolmogorov-Smirnov* sebesar 0,136 dengan nilai signifikansi sebesar $0,200 > 0,05$ dimana dari hasil tersebut dinyatakan berdistribusi normal.

2. Uji Homogenitas

Uji homogenitas bertujuan untuk mengetahui beberapa variasi data dari populasi memiliki variasi sama atau tidak. Hasil uji homogenitas dalam penelitian ini dapat dilihat di tabel 4.3.

Tabel 4.3 Uji Homogenitas

Variabel	Test of Homogeneity of Variances			
<i>Pretest - Posttest</i>	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
	.806	1	18	.381

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa hasil *pretest* dan *posttest* dengan nilai *Levene Statistic* 0,806 dan nilai signifikansi $0,381 > 0,05$. Maka dapat disimpulkan dari hasil data *pretest* dan *posttest* yang digunakan adalah homogen.

4.1.2 Uji Hipotesis

Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan *uji paired sample T test* dengan menggunakan SPSS 23. Uji *paired sample T test* pengujian yang digunakan peneliti dalam mengetahui pengaruh pendekatan Teknik Restrukturisasi Kognitif dalam mereduksi perilaku merokok. Hasil uji *paired sampel T test* dapat dilihat di tabel 4.4.

Tabel 4.4 Uji Hipotesis

Variabel	T hitung	T tabel	Sig. (2-tailed)
<i>Pretest-Posttest</i>	14,596	1,859	0,000

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 10 siswa yang dijadikan responden penelitian berada pada kategori perilaku merokok tinggi (*pretest*). Setelah diberikan konseling kelompok menggunakan teknik restrukturisasi kognitif, jumlah responden dengan kategori merokok tinggi berkurang menjadi 3 siswa saja. Sedangkan 7 responden lainnya menurun menjadi perilaku merokok dengan kategori sedang.

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat hasil uji *paired sample t test* dengan sig. (2-tailed) $0,000 < 0,05$, nilai hitung sebesar 14,596 dan t tabel 1,859 (t hitung $>$ t tabel) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan antara hasil *pretest* dan *posttest* dimana dapat diartikan ada pengaruh pemberian Teknik Restrukturisasi Kognitif dalam mereduksi perilaku merokok siswa kelas VIII SMP Negeri 8 Palopo.

4.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan teknik restrukturisasi kognitif efektif untuk mereduksi perilaku merokok. Teknik restrukturisasi kognitif berhasil menurunkan aspek dan indikator perilaku merokok yang dialami oleh konseli. Keberhasilan dapat dilihat dari menurunnya skor perilaku merokok setelah dilaksanakan *posttest* yaitu menurun dari kategori tinggi sebanyak 10 orang menjadi 7 orang menjadi kategori sedang. Keefektifan teknik restrukturisasi kognitif didukung dengan menurunnya hampir seluruh indikator perilaku merokok. Konseli juga mampu melakukan teknik mengubah pikiran negatif otomatis menjadi pikiran positif yang ditulis di dalam lembar kerja (*work sheet*).

Teknik restrukturisasi efektif untuk mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo. Hal ini sejalan dengan Penelitian Khairun (2011) yang menunjukkan bahwa secara umum kategori perilaku merokok siswa kelas X SMAN 8 Garut tahun ajaran 2011/2012 berada pada kategori sedang. Perilaku merokok siswa yang berada pada kategori sedang dipengaruhi oleh faktor psikologis, yaitu siswa merasa mulutnya asam dan kepala pusing apabila tidak merokok. Siswa juga dipengaruhi oleh faktor teman sebaya. Siswa merasa takut diejek teman apabila tidak merokok, (2) Rancangan intervensi melalui teknik restrukturisasi kognitif dalam mereduksi perilaku merokok remaja berfokus pada penurunan indikator perilaku merokok meliputi : pengaruh psikologis, pengaruh teman sebaya dan pengaruh orangtua yang mendorong konseli terhadap perilaku merokok. Struktur intervensi dirancang dalam 11 rangkaian sesi. Setiap rangkaian sesi terdiri dari sesi intervensi dan sesi pengendapan informasi, (3) Pelaksanaan

intervensi pada umumnya dilaksanakan sesuai dengan rancangan intervensi yang telah disusun.

Sejalan dengan penelitian Yusadri (2020) yang menunjukkan perbedaan antara nilai *pretest* dan *posttest*. Berdasarkan hasil perhitungan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai signifikansi Sig *p-value* sebesar-2,032. Berdasarkan ketentuan yang berlaku, diketahui hasil uji *Wilcoxon Sig p-value* sebesar $0,042 < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) yang artinya H_a diterima dan H_0 ditolak. Dari hasil perhitungan uji *Wilcoxon* dapat disimpulkan bahwa konseling individual menggunakan teknik restrukturisasi kognitif dapat mereduksi perilaku merokok siswa.

Sejalan dengan penelitian Swarafika (2017) yang menunjukkan bahwa layanan konseling kelompok dengan teknik *self-management* dapat mengurangi perilaku merokok pada peserta didik kelas VIII SMP Gajah Mada Bandar Lampung.

Komitmen konseli dapat dilihat dari semakin terampilnya konseli dalam mengubah pikiran negatif otomatis menjadi positif yang ditulis dalam lembar kerja (*worksheet*). Teknik restrukturisasi kognitif berupaya membantu konseli untuk memiliki pola pikir yang positif terhadap situasi yang dirasakannya. Remaja senang merokok di tempat homogen tidak mengalami penurunan dengan signifikan disebabkan karena konseli tidak dapat menghilangkan pikiran terhadap situasi dan orang yang terlibat di dalamnya.

Kesulitan untuk menghilangkan persepsi negatif mengakibatkan munculnya pikiran irasional yang membuat konseli sulit untuk mengubah cara berpikir terhadap situasi dan orang yang terlibat di dalamnya. Remaja merokok di tempat homogen disebabkan karena merasakan efek bermanfaat dari merokok bersama

dengan orang-orang disekitarnya yang juga merokok. Pikiran negatif terhadap diri menjadi faktor utama yang membuat konseli kecanduan terhadap perilaku merokok.

Penurunan aspek perilaku merokok yang paling tinggi (signifikan) adalah pengaruh psikologis. Konseli memiliki kemampuan untuk dapat mereduksi atau menghilangkan pengaruh psikologis yang mendorong pada perilaku merokok melalui teknik restrukturisasi kognitif. Realisasi konseli dalam mengubah pikiran negatif otomatis secara terus menerus akan memberikan suatu perubahan karena konseli dilatih untuk mengubah pikiran negatif otomatis menjadi pikiran positif. Kemampuan konseli dalam menangkap positif terhadap situasi akan menentukan tingkat perubahan pola pikir yang terjadi. Semakin konseli mampu menangkap positif suatu situasi, semakin konseli mampu menghadapi situasi apapun dengan pikiran yang positif.

Dinamika perubahan perilaku konseli dalam perspektif pendekatan kognitif-perilaku ditandai dengan mampunya konseli dalam mengubah pikiran negatif otomatis terhadap situasi menjadi pikiran lebih positif. Restrukturisasi kognitif membantu seseorang dalam memahami bagaimana aspek pemikiran, perasaan, tindakan, perasaan fisik, dan situasi dari pengalaman seseorang saling berinteraksi sehingga dapat memahami lebih baik masalahnya.

Perubahan perilaku yang terlihat adalah dengan menurunnya perilaku merokok yang disebabkan karena pengaruh psikologis dan konseli memiliki kemampuan untuk membingkai positif situasi yang berhubungan dengan pengaruh psikologis yang mendorong konseli terhadap perilaku merokok. Pendekatan modifikasi kognitif-perilaku yang dikembangkan oleh Meichenbaum meyakini

setiap orang akan meningkatkan kapasitas diri dalam mengatasi masalah dengan cara mengubah pikiran negatif menjadi positif tentang keberhasilan dalam menghadapi masalah. Dinamika perubahan perilaku sebagai dampak dari intervensi teknik restrukturisasi kognitif tidak hanya terlihat dari menurunnya skor indikator perilaku merokok akan tetapi konseli memiliki keyakinan yang kuat terhadap dirinya untuk dapat mereduksi bahkan berhenti dari perilaku merokok.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dibahas, mengenai Efektivitas Teknik Restrukturisasi Kognitif dalam Mereduksi Perilaku Merokok Siswa SMP Negeri 8 Palopo, dapat disimpulkan bahwa perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo setelah diterapkan teknik restrukturisasi kognitif mengalami perubahan yang positif, dimana sebelum diterapkan teknik restrukturisasi kognitif 10 siswa memiliki perilaku merokok yang berat dan setelah diterapkan teknik restrukturisasi kognitif jumlah siswa yang memiliki perilaku merokok berat hanya tersisa 3 siswa saja dan sebanyak 7 orang lainnya mengalami perubahan menjadi perilaku merokok sedang. Hal ini berarti teknik restrukturisasi kognitif efektif dalam mereduksi perilaku merokok siswa SMP Negeri 8 Palopo.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan penelitian, maka disarankan:

1. Konselor dapat menggunakan panduan teknik restrukturisasi kognitif untuk mereduksi perilaku merokok dalam mengintervensi permasalahan perilaku merokok pada remaja dan diharapkan dapat membantu pelaksanaan layanan bimbingan dan konseling untuk mengatasi perilaku merokok remaja.
2. Konselor diharapkan dapat memantau atau memberi penguatan kepada konseli yang telah mengikuti proses intervensi teknik restrukturisasi kognitif untuk mereduksi perilaku merokok.

3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dalam desain penelitian dapat menggunakan kelas kontrol sebagai pembanding suatu pengaruh dari teknik restrukturisasi kognitif sehingga keabsahan keberhasilan penelitian dapat lebih terlihat lagi.

DAFTAR RUJUKAN

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Ariyadin. 2013. *Relakah Mati Demi Sebatang Rokok*. Manyar Media. Yogyakarta.
- Astuti, K. 2012. Gambaran Perilaku Merokok Pada Remaja di Kabupaten Bantul. *Jurnal Insight*, Vol. 10 (1).
- Chaplin, J.P. 2012. *Kamus Lengkap Psikologi*. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Choerunnisa, Frisca. 2014. Efektivitas Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk Meningkatkan Konsep Diri Akademik Siswa. *Skripsi Universitas Pendidikan Indonesia*. Bandung. Repository.upi.edu
- Damayanti, Rika. 2016. Pengaruh Konseling Kognitif Perilaku dengan Teknik Restrukturisasi Kognitif terhadap Harga Diri Peserta Didik Kelas VIII di MTsN 2 Bandar Lampung. *Jurnal Bimbingan dan Konseling* Vol. 3 No. 2.
- Hidayat, Alimul AA. 2013. *Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika. Kasmir. 2012. *Analisis Laporan Keuangan*. Raja Grafindo. Jakarta.
- Juniarsih, Lala Asri. 2020. *Bahaya Merokok Bagi Kesehatan*. <http://sumbawakab.go.id/read/5138/bahaya-merokok-bagi-kesehatan.html>, diakses 15 Januari 2020.
- Khairun, Deasy Yunika. 2011. Efektivitas Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk Mereduksi Perilaku Merokok Remaja (Pra Eksperimen terhadap Siswa Kelas X SMAN 8 Garut. *Jurnal Universitas Pendidikan Indonesia*.
- Komalasari, D. dan Helmi, AF. 2010. *Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja*. Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Makmun, A. 2013. *Psikologi Kependidikan*. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Mu'tadin, Z. 2012. *Remaja dan Rokok*. <http://www.epsikologi.com/remaja>.
- Nasution, Indri Kemala. 2012. *Perilaku Merokok Pada Remaja*. Universitas Sumatera Utara. Medan.
- Neenan dan Dryder. 2014. *Cognitive Therapy: 100 Key Points dan Techniques*. TJ International Ltd. Canada.
- Nevid, Jeffrey S. 2012. *Psikologi Abnormal*. Erlangga. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Noviandari, Harwanti. 2016. Teknik Cognitive Restructuring untuk Meningkatkan Self Efficacy Belajar Siswa. *Jurnal Psikologi*. Vol. 3 (1).
- Nursalim, Mochamad. 2013. *Strategi dan Intervensi Konseling*. UNESA. Surabaya.

- Ogden, Jane. 2010. *Health Psychology*. Open University Press. Buckingham.
- Rahman, Hasnan. 2015. Penggunaan Layanan Konseling Kelompok dalam Mengurangi Perilaku Merokok Siswa Kelas X. *Jurnal Publikasi FKIP Universitas Lampung*.
- Sarwono. 2011. *Psikologi Remaja*. Rajawali Pers. Jakarta.
- Saryono. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Nuha Medika. Jakarta.
- Satria, Irfan. 2019. Pengaruh Teknik Self Management untuk Menurunkan Perilaku Merokok Siswa Kelas IX SMP Negeri 40 Pekanbaru Melalui Bimbingan Kelompok. *Jurnal JOM FKIP – UR* Volume 6 No. 1.
- Silva, Costa. 2011. *Building Blocks for Tobacco Control A Handbook*. World Health Organization. Switzerland.
- Smet, B. 2010. *Psikologi Kesehatan*. Gramedia. Semarang.
- Soetjipto, Helly P. 2016. *40 Teknik yang Harus Diketahui Setiap Konselor*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R and D*. Alfabeta. Bandung.
- Sulistyoningrum, Nunuk Yuli. 2018. Mengurangi Perilaku Merokok Pada Siswa Melalui Layanan Bimbingan Kelompok. *Jurnal Bimbingan dan Konseling*, Vol. 1 (1).
- Suliyanto. 2011. *Metode Riset Bisnis*. ANDI. Yogyakarta.
- Trim, Bambang. 2011. *Merokok Itu Konyol*. Ganeca Exact. Jakarta.

