

**MODEL PENGENDALIAN PERILAKU MEROKOK DENGAN  
PENDEKATAN SPIRITUAL GETAR PADA SISWA SMP  
DI KOTA PALU**

***SMOKING BEHAVIOR CONTROL MODEL WITH THE GETAR  
SPIRITUAL APPROACH TO JUNIOR HIGH SCHOOL  
STUDENTS IN PALU CITY***



**MUHAMMAD RYMAN NAPIRAH  
K013181040**

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

LEMBAR PENGESAHAN DISERTASI

MODEL PENGENDALIAN PERILAKU MEROKOK DENGAN  
PENDEKATAN SPIRITUAL GETAR PADA SISWA SMP  
DI KOTA PALU

Disusun dan Dajukan Oleh :

MUHAMMAD RYMAN NAPIRAH

K013181040

Menyetujui

Komisi Penasehat,



Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH.  
Promotor



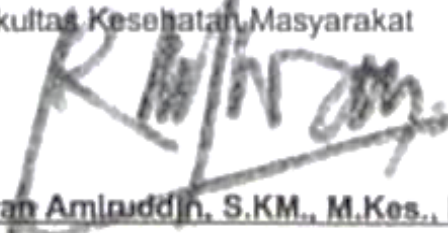
Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D.  
Co-Promotor



Prof. Dr. Stang, M.Kes.  
Co-Promotor

Ketua Program Studi S3

Fakultas Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH.

**DISERTASI**

**MODEL PENGENDALIAN PERILAKU MEROKOK DENGAN PENDEKATAN SPIRITUAL GETAR PADA SISWA SMP DI KOTA PALU**

Disusun dan diajukan oleh

**MUHAMMAD RYMAN NAPIRAH**  
**Nomor Pokok K013181040**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi  
pada tanggal 08 Desember 2020  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Menyetujui

Komisi Penasehat,

Prof. Dr. Ridwan A., SKM., M.Kes., M.Sc., PH  
Promotor

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc., PH., Ph.D  
Ko-Promotor

Prof. Dr. Stang, M.Kes  
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin,

Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. Ridwan A., SKM, M.Kes, M.Sc., PH

## PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Ryman Napirah

NIM : K013181040

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Palu, Desember 2020

Yang Menyatakan,



Muhammad Ryman Napirah

## PRAKATA

Puji Syukur kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga pada kesempatan ini penulis dapat menyelesaikan disertasi yang berjudul "Model Pengendalian Perilaku Merokok dengan Pendekatan Spiritual GETAR pada Siswa SMP di Kota Palu".

Terima kasih kepada putri-putriku tercinta Ryani Zulhijjah Adha Napirah dan Raihana Zakyah Napirah yang selalu memotivasi penulis untuk menempuh pendidikan. Kepada kakek tercinta Sersan Mayor La Batjo (Alm), nenek tercinta Raena, serta kedua orang tuaku tercinta ayahanda Ir. Rahman Napirah, MM. dan ibunda Juhuria, S.Pd. yang selalu memberi dorongan dan motivasi serta kasih sayang yang tak terhingga. Kepada adik-adikku tersayang Sitti Riandini Zulvita Napirah, S.Ag., Sitti Rafnadilah Sekar Cantika Napirah, dan Sitti Ratmaliah Pratiwi Shari Napirah, A.Md.Kep. yang selalu memberi semangat. Serta kepada seluruh keluarga besarku, terima kasih atas segala perhatian dan motivasinya.

Terima kasih dan penghargaan penulis yang sebesar-besarnya kepada Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH. selaku Promotor serta Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D. dan Prof. Dr. Stang, M.Kes. selaku Co Promotor yang telah meluangkan waktunya dalam membimbing dan mengarahkan penulis sejak awal hingga selesainya disertasi ini. Serta kepada Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed., Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS., Dr. Lutfi Agus

Salim, S.KM., M.Si., dan Dr. Rosmala Nur, S.KM., M.Si. selaku Tim Penguji yang telah memberikan masukan yang membangun kepada penulis dalam penyelesaian disertasi ini.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan pula kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA. selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ansariadi, S.KM., M.Sc.PH., Ph.D selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset, dan Inovasi, Dr. Atjo Wahyu, S.KM., M.Kes. selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan, dan Sumber Daya, serta Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D. selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Kemitraan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH. selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang selalu memberikan motivasi dan dukungannya dalam penyelesaian disertasi ini.
5. Seluruh Guru Besar, Dosen, dan Staf Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang namanya tidak dapat kami sebutkan satu per satu.

6. Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah menerbitkan rekomendasi persetujuan etik penelitian.
7. Rektor Universitas Tadulako yang telah memberikan rekomendasi izin belajar.
8. dr. Pash Panggabean, MPH., Dr. (HC), Prof. Dr. Ir. Muhammad Basir, SE., MS., dan Prof. Dr. Ir. Alam Anshary, M.Si. yang selalu memberikan arahan dan motivasi kepada penulis.
9. Seluruh rekan sejawat Dosen, Staf, dan Mahasiswa FKM Universitas Tadulako yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
10. Seluruh rekan Pengurus Daerah Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI) Sulawesi Tengah yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
11. Seluruh rekan Pengurus Kelompok Kerja Bencana (Pokja Bencana) FKM Untad yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
12. Seluruh rekan sejawat di STIK Indonesia Jaya Palu yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
13. Adinda Muh. Irvan, S.KM., Hadi Ashari Barokeng, S.KM., Riska, S.KM, Nastesya, S.KM., Rifki Rahmad, dan Delvina selaku Tim Enumerator yang banyak membantu dalam proses penelitian.
14. Sekretaris Daerah Kota Palu, Kepala Dinas Kesehatan Kota Palu, Kepala Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kota Palu, Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Palu,

- Koordinator Widyaiswara Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia Daerah Provinsi Sulawesi Tengah, Deputi Direktur Yayasan Sikola Mombine yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian.
15. Hj. Farida, S.Pd., M.Pd. selaku Kepala SMP Negeri 1 Palu dan Drs. Alfrets Royke Pandean, M.Si. selaku Kepala SMP Negeri 4 Palu yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian yang juga sebagai informan penelitian.
16. Emi Indra, S.Ag., M.Pd. selaku Guru Agama SMP Negeri 1 Palu yang juga sebagai informan penelitian serta Hartadi Gatot, M.P.Mat. selaku Pembina OSIS dan Adinda Pengurus OSIS serta RISMA SMP Negeri 1 Palu yang telah banyak membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian.
17. Seluruh informan lain H. Asri, SH., dr. Husaema, MM., M.Kes., Muh. Irzam, S.KM., Fatmah Lahasan, S.Ag., M.Pd., Herlina, SE., M.Si., drg. Silviani Kesuma, MPH., Nur Safitri Lasibani, S.IP., Haerul, M.Pd. yang telah bersedia membantu selama penelitian.
18. Seluruh responden siswa SMP Negeri 1 Palu dan SMP Negeri 4 Palu yang telah bersedia membantu selama penelitian.
19. Kak Irma, kak Andi Dirpan, kak Chia, kanda Ikhlas Rasido, kanda Vidyanto, kanda Ancu, dek Nining, dek Ria, bro Rahman Sutresno, dan adinda Bayu Prabu, S.KM., serta seluruh keluarga dan sahabat dekat penulis yang tidak dapat disebutkan satu per satu.



20. Seluruh rekan sejawat mahasiswa S3 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Kelas Palu, Abdul Faris, Lusia Salmawati, Rasyika Nurul, Christian Lopo, Elli Yane, Fauzan, Haerani Harun, Imtihanah Amri, Miranti, Rahma, Ratna Devi, Rosa Dwi Wahyuni, Sumarni, Ni Wayan Sridani, dan Rizal, terima kasih atas kebersamaannya dalam berjuang bersama selama studi. serta seluruh rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu.

21. Gold coast alumni yang lain, Abdul Farid, Asriani, Theresia, Lusy Damayanti, dan Aswar Zulkifli. Serta kolega tim pengukir sejarah, Asmawati, Marthia, dan Adriana Safaat, terima kasih atas kebersamaannya.

22. Seluruh pihak yang banyak membantu serta tidak kami sebutkan namanya satu per satu, terima kasih banyak atas doa dan kerja samanya.

Akhir kata penulis mengucapkan semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat-Nya kepada kita semua. Amin.

Makassar, Desember 2020

**Muhammad Ryman Napirah**

## ABSTRAK

**MUHAMMAD RYMAN NAPIRAH.** *Model Pengendalian Perilaku Merokok Dengan Pendekatan Spiritual GETAR Pada Siswa SMP Di Kota Palu* (Dibimbing oleh **Ridwan Amiruddin, Sukri Palutturi, dan Stang**).

Banyak model yang telah dilakukan untuk mengendalikan perilaku merokok pada anak, namun belum cukup mampu menurunkan prevalensi anak yang merokok. Penelitian ini bertujuan untuk mendesain model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) pada siswa SMP di Kota Palu.

Sebuah penelitian *mixed method sequential exploratory*. Sampel yaitu 35 siswa SMPN 1 Palu sebagai kelompok intervensi dan 35 siswa SMPN 4 Palu sebagai kelompok kontrol serta informan yaitu informan kunci dan biasa. Analisis data kualitatif dengan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta analisis data kuantitatif, data diolah dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan uji paired sample t test dan independent sample t test.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumusan model pengendalian perilaku merokok pada anak yakni model pendekatan spiritual GETAR yang disertai modul pendidikan berupa modul GETAR menjadi salah satu solusi sementara dalam mengendalikan perilaku merokok siswa. Ada perbedaan pengetahuan ( $p=0,000$ ), sikap ( $p=0,000$ ), dan tindakan ( $p=0,000$ ) siswa SMPN 1 Palu tentang merokok sebelum dan sesudah intervensi spiritual GETAR. Serta ada perbedaan pengetahuan ( $p=0,000$ ), sikap ( $p=0,020$ ), dan tindakan ( $p=0,000$ ) siswa antara yang diberi intervensi spiritual GETAR dengan yang tidak diberi intervensi spiritual GETAR. Dibutuhkan komitmen dalam rangkaian kemitraan yang komprehensif, untuk keberlanjutan program pengendalian perilaku merokok di seluruh SMP di Kota Palu khususnya dan seluruh sekolah pada umumnya.

**Kata Kunci:** Perilaku, Merokok, Spiritual, GETAR



## ABSTRACT

**MUHAMMAD RYMAN NAPIRAH.** *Smoking Behavior Control Model With The GETAR Spiritual Approach To Junior High School Students In Palu City* (Supervised by **Ridwan Amiruddin, Sukri Palutturi, and Stang**).

Many models have been done to control smoking behavior in children, but they have not been able to reduce the prevalence of smoking in children. This study aims to design a smoking behavior control model with the spiritual approach GETAR (Movement without Smoking) in junior high school students in Palu City.

A mixed method sequential exploratory study. The sample was 35 students of SMPN 1 Palu as the intervention group and 35 students of SMPN 4 Palu as the control group and informants, namely key and ordinary informants. Qualitative data analysis with data reduction, data presentation, and drawing conclusions as well as quantitative data analysis, the data were processed using univariate and bivariate analysis with paired sample t test and independent sample t test.

The results showed that the formulation of a smoking behavior control model in children, namely the GETAR spiritual approach model accompanied by an education module in the form of a GETAR module, became one of the temporary solutions in controlling students' smoking behavior. There are differences in knowledge ( $p = 0,000$ ), attitudes ( $p = 0,000$ ), and actions ( $p = 0,000$ ) students of SMPN 1 Palu about smoking before and after GETAR spiritual intervention. And there are differences in the knowledge ( $p = 0,000$ ), attitudes ( $p = 0.020$ ), and actions ( $p = 0,000$ ) between those who were given the GETAR spiritual intervention and those who were not given the GETAR spiritual intervention. It takes commitment in a series of comprehensive partnerships, for the sustainability of the smoking behavior control program in all junior high schools in Palu City in particular and all schools in general.

**Keywords:** Behavior, Smoking, Spiritual, GETAR



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
LEMBAR PENGESAHAN DISERTASI ...	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
PRAKATA.....	iii
ABSTRAK.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	17
C. Tujuan Penelitian.....	18
D. Manfaat Penelitian.....	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	20
A. Konsep Merokok dan Perokok.....	20
B. Perilaku Merokok.....	233
C. Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak.....	322
D. Berbagai Model Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak.....	38
E. Pembelajaran dari Berbagai Negara.....	511

F.	Perbandingan Model Sebelumnya dengan Model Pendekatan Spiritual GETAR .....	64
G.	Kerangka Teori.....	69
H.	Kerangka Konsep.....	71
I.	Hipotesis .....	<u>72</u>
J.	Definisi Konseptual.....	73
	<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>77</b>
A.	Jenis dan Desain Penelitian .....	77
B.	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	82
C.	Populasi, Sampel, dan Informan .....	82
D.	Metode Pengumpulan Data.....	85
E.	Kontrol Kualitas .....	86
F.	Pengolahan dan Penyajian Data.....	88
G.	Analisis Data .....	90
H.	Validitas dan Reliabilitas Data.....	91
I.	Etika Penelitian .....	92
J.	Alur Penelitian .....	93
	<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>10820</b>
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	12020
B.	Karakteristik Informan .....	12222
C.	Hasil Tahap 1 .....	12424
D.	Hasil Tahap 2.....	13434
	<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>164</b>

A. Tahap 1 .....	16464
B. Tahap 2 .....	17070
C. Implikasi Penelitian.....	196
D. Keterbatasan Penelitian .....	197
E. Keunggulan dalam Penelitian.....	199
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	202
A. Kesimpulan .....	202
B. Saran.....	203
DAFTAR PUSTAKA.....	20505
LAMPIRAN .....	21717

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbandingan Model Sebelumnya dengan Model Pendekatan Spiritual GETAR.....	64
Tabel 3.1	Matriks Jenis Data Penelitian.....	80
Tabel 4.1	Informan Penelitian.....	122
Tabel 4.2	Karakteristik Responden Penelitian Kelompok Intervensi SMP Negeri 1 Palu.....	147
Tabel 4.3	Karakteristik Responden Penelitian Kelompok Kontrol SMP Negeri 4 Palu.....	148
Tabel 4.4	Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR di SMP Negeri 1 Palu.....	148
Tabel 4.5	Pengetahuan Responden Saat Pre Test dan Post Test di SMP Negeri 4 Palu.....	149
Tabel 4.6	Sikap Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR di SMP Negeri 1 Palu.....	150
Tabel 4.7	Sikap Responden Saat Pre Test dan Post Test di SMP Negeri 4Palu.....	150
Tabel 4.8	Tindakan Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR di SMP Negeri 1 Palu.....	151
Tabel 4.9	Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Responden Per Hari Sebelum Intervensi Spiritual GETAR di SMP Negeri 1 Palu.....	152

Tabel 4.10	Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Responden Per Hari Sesudah Intervensi Spiritual GETAR di SMP Negeri 1 Palu.....	153
Tabel 4.11	Rata-rata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Responden Per Hari Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR di SMP Negeri 1 Palu.....	153
Tabel 4.12	Tindakan Responden Saat Pre Test dan Post Test di SMP Negeri 4 Palu.....	154
Tabel 4.13	Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Responden Per Hari Saat Pre Test di SMP Negeri 4 Palu.....	155
Tabel 4.14	Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Responden Per Hari Saat Post Test di SMP Negeri 1 Palu.....	155
Tabel 4.15	Rata-rata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Responden Per Hari Saat Pre Test dan Post Test di SMP Negeri 4 Palu.....	156
Tabel 4.16	Uji Normalitas Pengetahuan Siswa SMPN 1 Palu Tentang Merokok Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR.....	157
Tabel 4.17	Perbedaan Pengetahuan Siswa SMPN 1 Palu Tentang Merokok Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR.....	157



Tabel 4.18 Uji Normalitas Sikap Siswa SMPN 1 Palu Tentang Merokok Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR.....	158
Tabel 4.19 Perbedaan Sikap Siswa SMPN 1 Palu Tentang Merokok Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR.....	158
Tabel 4.20 Uji Normalitas Tindakan Siswa SMPN 1 Palu Tentang Merokok Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR.....	159
Tabel 4.21 Perbedaan Tindakan Siswa SMPN 1 Palu Tentang Merokok Sebelum dan Sesudah Intervensi Spiritual GETAR.....	159
Tabel 4.22 Uji Normalitas Pengetahuan Siswa Antara yang Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 1 Palu) dengan yang Tidak Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 4 Palu).....	160
Tabel 4.23 Perbedaan Pengetahuan Siswa Antara yang Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 1 Palu) dengan yang Tidak Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 4 Palu).....	160
Tabel 4.24 Uji Normalitas Sikap Siswa Antara yang Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 1 Palu) dengan yang Tidak Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 4 Palu).....	161

Tabel 4.25	Perbedaan Sikap Siswa Antara yang Diberi Intervensi GETAR (Siswa SMPN 1 Palu) dengan yang Tidak Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 4 Palu).....	161
Tabel 4.26	Uji Normalitas Tindakan Siswa Antara yang Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 1 Palu) dengan Yang Tidak Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 4 Palu).....	162
Tabel 4.27	Perbedaan Tindakan Siswa Antara yang Diberi Intervensi GETAR (Siswa SMPN 1 Palu) dengan yang Tidak Diberi Intervensi Spiritual GETAR (Siswa SMPN 4 Palu).....	162

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	69
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	71
Gambar 3.1 Skema Rancangan Penelitian.....	80
Gambar 3.2 Alur Penelitian Tahap 1.....	94
Gambar 3.3 Alur Penelitian Tahap 2.....	99
Gambar 3.4 Aksi, Observasi, dan Refleksi Tahap 2.....	100
Gambar 4.1 SMP Negeri 1 Palu.....	120
Gambar 4.2 SMP Negeri 4 Palu.....	121
Gambar 4.3 Model yang Ada Saat Ini ( <i>Existing Model</i> ) Tentang Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak.....	125
Gambar 4.4 Rumusan Model Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak Yakni Model Pendekatan Spitual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok).....	133

## DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH

AS	: Amerika Serikat
Dinkes	: Dinas Kesehatan
EFT	: <i>Emotional Freedom Technique</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussions</i>
GETAR	: Gerakan Tanpa Rokok
IPS	: Iklan, Promosi, Sponsor
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KEMENPPPA	: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
KLA	: Kabupaten/Kota Layak Anak
Komnas PA	: Komisi Nasional Perlindungan Anak
KTR	: Kawasan Tanpa Rokok
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
Menkes	: Menteri Kesehatan
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif
No	: Nomor
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PBB	: Persatuan Bangsa-Bangsa
POLRI	: Polisi Republik Indonesia
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PTM	: Penyakit Tidak Menular

P2	: Penanggulangan Penyakit
RI	: Republik Indonesia
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SEFT	: <i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i>
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMPN	: Sekolah Menengah Pertama Negeri
Sulteng	: Sulawesi Tengah
TFT	: <i>Tought Fields Therapy</i>
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
TTM	: <i>Transtheoretical Model</i>
UU	: Undang-undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Permohonan Menjadi Informan
- Lampiran 3 : Pernyataan Kesediaan Menjadi Informan
- Lampiran 4 : Pernyataan Kesediaan Pengambilan Gambar Informan
- Lampiran 5 : Pedoman Wawancara
- Lampiran 6 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden
- Lampiran 8 : Pernyataan Kesediaan Pengambilan Gambar Responden
- Lampiran 9 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 10 : CV
- Lampiran 11 : Matriks Penelitian
- Lampiran 12 : Master Tabel
- Lampiran 13 : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
- Lampiran 14 : Hasil Uji SPSS
- Lampiran 15 : Jadwal Kegiatan Intervensi di SMP Negeri 1 Palu
- Lampiran 16 : Daftar Hadir Peserta, Narasumber, dan Moderator  
Intervensi dan Daftar Hadir Peserta Kontrol
- Lampiran 17 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 18 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 19 : Rekomendasi Persetujuan Etik
- Lampiran 20 : Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari  
Seluruh Lokasi Penelitian

Lampiran 21 : Surat Keputusan (SK) Komunitas GETAR

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gelombang baru peningkatan kesehatan masyarakat disebut *a new wave in public health*. Peningkatan kesehatan masyarakat tergantung pada konteks sosial yang mempromosikan kesehatan. Ini ditandai oleh budaya dimana perilaku sehat adalah norma, dan dimana lingkungan kelembagaan, sosial, dan fisik mendukung pola pikir ini. Pencapaiannya akan membutuhkan upaya positif, holistik, eklektik, dan kolaboratif, yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Perlunya tiga mekanisme yakni maksimalisasi nilai kesehatan dan insentif untuk perilaku sehat, promosi pilihan sehat sebagai standar, dan minimalisasi faktor-faktor yang menciptakan budaya dan lingkungan yang mempromosikan perilaku tidak sehat (Davies et al, 2014).

Perilaku merokok sudah menjadi budaya pada bangsa Indonesia. Remaja, dewasa, bahkan anak-anak sudah tidak asing lagi dengan benda mematikan tersebut (Kemenkes RI, 2011). Beberapa motivasi yang melatarbelakangi perilaku merokok adalah untuk mendapat pengakuan (*anticipatory beliefs*), untuk menghilangkan kekecewaan (*relieving beliefs*) dan menganggap perbuatannya tersebut tidak melanggar norma (*permission beliefs/positive*) (Nugroho, 2017).



Berdasarkan UU Peradilan Anak, pengertian Anak dalam UU No.3 tahun 1997 tercantum dalam pasal 1 ayat (2) yang berbunyi: “Anak adalah orang dalam perkara anak nakal yang telah mencapai umur 8 (delapan) tahun tetapi belum mencapai umur 18 tahun (delapan belas) tahun dan belum pernah menikah”.

Kasus merokok pada usia anak kurang dari 18 tahun akan sangat berdampak fatal karena mengingat usia anak yang masih dalam proses pertumbuhan. Selain akan berdampak pada kesehatan juga akan berdampak pada masa depan anak tersebut, karena anak memiliki kedudukan yang strategis dalam kehidupan bermasyarakat dan berbangsa. Kasus anak merokok di Indonesia sudah pada tingkat yang sangat memprihatinkan. Usia anak merokok semakin bergeser hingga mulai usia 7 (tujuh) tahun. Realitas adanya pergeseran usia yang signifikan dalam profil perokok Indonesia dengan ledakan jumlah perokok usia anak, maka dapat diprediksi bahwa pada tahun 2020 kemungkinan besar profil penderita penyakit akibat merokok adalah generasi yang berusia lebih muda (Sari, 2014).

Data WHO (2013) menunjukkan bahwa prevalensi perokok aktif di dunia saat ini mencapai 17,4% jiwa. Indonesia menempati posisi pertama se-Asia. Berdasarkan jumlah perokok usia lebih dari 15 tahun dengan prevalensi 38,5% penduduk Indonesia merokok, yaitu 73,3% dari penduduk laki-laki serta 3,8% dari penduduk perempuan.

Lebih dari 40,3 juta anak Indonesia berusia 0-14 tahun terpapar dengan asap rokok (menjadi perokok aktif maupun perokok pasif). Hal ini menyebabkan perkembangan pertumbuhan paru anak tersebut menjadi lambat, dan lebih mudah terkena infeksi saluran pernafasan, infeksi telinga dan asma (Kemenkes RI, 2011). Data Riskesdas (2013) menunjukkan proporsi penduduk menurut kebiasaan merokok di Indonesia pada umur 10-14 tahun sebesar 0,5% dan 15-19 tahun sebesar 11,2% yang merokok setiap hari.

Berdasarkan Riskesdas (2018), menunjukkan bahwa prevalensi perokok Indonesia pada penduduk umur 10-18 tahun terus mengalami peningkatan yaitu pada data Riskesdas (2013) sebesar 7,2%, data Sirkesnas tahun 2016 sebesar 8,8% dan pada data Riskesdas (2018) meningkat menjadi sebesar 9,1%. Data yang disajikan menunjukkan bahwa prevalensi perokok di Indonesia masih jauh dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2019 yaitu sebesar 5,4% (total).

Berdasarkan penelitian Kementerian Kesehatan tahun 2017, bahwa 2-3 dari 10 anak Indonesia usia 15-19 tahun adalah perokok. Selama 15 tahun terjadi peningkatan persentase anak usia 15-19 tahun yang merokok sebesar dua kali lipat, dari 12% di tahun 2001 menjadi 24% di tahun 2016. Berdasarkan penelitian Kementerian Kesehatan tahun 2016 bahwa 43 juta anak terpapar asap rokok, dan 11,4 juta di antaranya berusia 0-4 tahun (KemenPPPA RI, 2018).

Paparan rokok yang sangat masif dapat berpengaruh negatif bagi kualitas hidup 83,4 juta anak Indonesia. Sudah banyak bukti yang memperlihatkan bahwa anak-anak menjadi target industri rokok untuk menjadikan mereka sebagai pelanggan setia di masa depan. Selain berpengaruh bagi kesehatan, dampak konsumsi rokok juga dapat menggerus ekonomi serta menimbulkan dampak sosial. Selain itu, anak merupakan kelompok rentan yang menjadi perokok pasif dan memiliki risiko yang juga berbahaya seperti perokok aktif. Anak yang terpapar asap rokok akan memiliki pertumbuhan badan yang tidak optimal dan mengalami *stunting*. Pemerintah Indonesia harus segera bertindak dan mencari solusi atas persoalan ini. Di sisi lain, Indonesia tengah digerus tak henti-hentinya di bidang ekonomi akibat dampak konsumsi rokok. Setiap tahun, Indonesia menderita kerugian ekonomi makro sebesar 596 triliun rupiah atau empat kali jumlah cukai rokok di tahun yang sama. Termasuk beban ekonomi untuk belanja rokok, biaya kesehatan, dan total kehilangan tahun produktif. Untuk itu, anak harus dilindungi, mereka harus dihindarkan dari rokok. Hal tersebut seharusnya menjadi dorongan yang kuat bagi para pihak dalam membuat kebijakan, program, dan kegiatan untuk mencegah dampak rokok bagi anak. Intervensi pada usia anak cenderung lebih efektif untuk mencegah anak merokok jika dibandingkan usia dewasa yang jika sudah kecanduan merokok, sangat sulit untuk dihentikan (KemenPPPA RI, 2018).

Berdasarkan hasil Riskesdas (2013), Provinsi Sulawesi Tengah menempati urutan ke-25 dari 33 provinsi dengan jumlah perokok terbanyak. Terdapat 26,2% perokok setiap hari dan 4,5% perokok kadang-kadang. Jumlah batang rokok yang dihisap penduduk pada kelompok umur lebih dari 10 tahun di Provinsi Sulawesi Tengah sebanyak 13,8 batang rokok. Menurut Riskesdas (2018), prevalensi perokok usia  $\geq 10$  tahun per provinsi, jumlah perokok setiap hari dan kadang-kadang di Sulawesi Tengah sebesar 31,2%. Data yang disajikan menunjukkan bahwa terjadi peningkatan prevalensi perokok usia  $\geq 10$  tahun di Sulawesi Tengah yaitu pada Riskesdas (2013) sebesar 30,7% dengan jumlah perokok setiap hari yaitu sebesar 26,2% dan perokok kadang-kadang sebesar 4,5%. Jumlah perokok yang ada di Sulawesi Tengah tersebut melebihi prevalensi nasional yaitu sebesar 28,8%.

Data terkait usia mulai merokok setiap hari untuk umur 10-14 tahun, Kota Palu menempati urutan ketiga terbesar di Sulawesi Tengah yakni sebesar 13,5% setelah Kabupaten Morowali (17,1%) dan Kabupaten Donggala (13,7%). Kemudian diikuti berturut-turut Kabupaten Tolitoli (10,7%), Kabupaten Buol (8,8%), Kabupaten Poso (8,4%), Kabupaten Parigi Moutong (8,0%), Kabupaten Banggai (7,5%), Kabupaten Banggai Kepulauan (7,3%), Kabupaten Tojo Unauna (6,6%), Kabupaten Sigi (6,2%), Kabupaten Banggai Laut (5,8%), dan Kabupaten Morowali Utara (5,6%) (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data di Kota Palu, didapatkan data perokok di bawah umur 18 tahun (<18) mengalami fluktuatif yaitu tahun 2015 sebanyak 20,26% (153 anak merokok) dan 602 anak tidak merokok, pada tahun 2016 sebanyak 17,03% (315 anak merokok) dan 1.530 anak tidak merokok, pada tahun 2017 sebanyak 23,79% (1.073 anak merokok) dan 3.436 tidak merokok, sedangkan pada tahun 2018 tercatat sebanyak 36,31% (969 anak merokok) dan 1.699 anak tidak merokok dari total 2.668 (Profil Dinas Kesehatan Kota Palu, 2017).

Dilihat dari 13 Puskesmas yang ada di Kota Palu, jumlah perokok tertinggi pada umur di bawah 18 tahun (<18) pada tahun 2017 terdapat pada Puskesmas Talise dengan jumlah perokok sebanyak 82,83% (748 anak) dan tidak merokok sebanyak 155 anak (Profil Dinas Kesehatan Kota Palu, 2017).

Berdasarkan hasil survey Komisi Nasional Perlindungan Anak (Komnas PA) yang diadakan pada tahun 2013, paparan iklan rokok ternyata berdampak menimbulkan ketertarikan siswa SMP untuk membeli rokok di Kota Palu. Di Kota Palu sebanyak 2% responden tertarik untuk membeli rokok. Kota Palu sebagai ibukota Provinsi Sulawesi Tengah dan sebagai simbol modernisasi tentunya menjadi tempat yang strategis memicu anak untuk mengonsumsi rokok.

Lingkungan sekolah dipandang penting untuk diintervensi dikarenakan *setting* sekolah dianggap lebih efisien dalam menjalankan

aksi, sangat baik untuk mengembangkan emosional, akademik, kognitif, dan perilaku-perilaku lain yang mendukung kesehatan (WHO, 2014).

Merokok, dari zaman dulu sampai sekarang bagi pelajar adalah pelanggaran berat. Barang siapa ketahuan mengisap, bersiaplah menerima hukuman. Seiring semakin ketatnya aturan larangan merokok di lingkungan sekolah, ternyata jumlah perokok usia anak terus bertambah. Bahkan, bila siswa sekolah dasar hingga sekolah lanjutan menjadi perokok aktif, amat mungkin mereka mengalami penurunan prestasi belajar, *burn out* (kejenuhan belajar), *drop out*, dan pendidikan dasar yang tidak selesai. Meskipun terlihat aneh dan janggal, fenomena pelajar sekolah yang merokok sudah menjadi pemandangan sehari-hari. Pelajar yang merokok ini berasal dari segala tingkat pendidikan, mulai dari Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan Sekolah Menengah Atas (SMA). Rata-rata anak pertama kali mencoba dan terbiasa merokok ketika duduk di kelas tujuh dan delapan Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau sekitar usia 12-13 tahun. Dikarenakan termasuk remaja awal, mereka mencoba merokok karena rasa penasaran yang tinggi, serta pengaruh lingkungan dan teman sebaya yang sangat kuat pada usianya. Hal ini menunjukkan perokok anak yang semakin banyak disebabkan regulasi atau kebijakan yang masih tumpul (Kemendikbud RI, 2019).

Tidak ada alasan untuk mengasumsikan hanya mereka yang menyimpang mempunyai dorongan untuk berbuat demikian. Hal ini

disebabkan karena pada dasarnya setiap manusia pasti mengalami dorongan untuk melanggar pada situasi tertentu, tetapi mengapa pada kebanyakan orang tidak menjadi kenyataan yang berwujud penyimpangan, sebab orang dianggap normal biasanya dapat menahan diri dari dorongan-dorongan untuk menyimpang. Bahkan orang yang memiliki pemahaman agama yang baik pun terkadang memiliki dorongan untuk berperilaku menyimpang, apalagi mereka yang memiliki pemahaman agama yang kurang (Damanik, 2016).

Banyak model yang telah dilakukan untuk mengendalikan perilaku merokok pada anak, namun belum cukup mampu menurunkan prevalensi anak yang merokok. Model *health belief* atau *health belief model* yang dikembangkan oleh Becker digunakan untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap perilaku pencegahan penyakit dan kepatuhan. Health belief mengemukakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsi seseorang yang meliputi persepsi tentang kerentanan, keseriusan, hambatan, dan manfaat (Wibowo, 2017).

Model peduli diri dapat digunakan untuk upaya alternatif pengendalian diri dari seorang individu agar tidak sampai merokok serta dapat menurunkan niat atau intensi merokok pada remaja (Rohmadani, 2016).

Model TTM (*Transtheoretical Model*), Terdapat 5 tahapan TTM, yaitu *pre-contemplation* (tidak berpikir untuk berhenti merokok), *contemplation* (berpikir untuk berhenti merokok dalam 6 bulan

kedepan), *preparation* (berpikir untuk berhenti merokok dalam 30 hari kedepan), *action* (sudah berhenti merokok dalam 6 bulan), dan *maintenance* (sudah berhenti merokok lebih dari 6 bulan) (Larasati et al, 2018).

Model Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, dan atau penggunaan rokok. Penetapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok (Baharuddin, 2017).

Model pengaturan iklan rokok, gencarnya iklan rokok di media elektronik (*audiovisual*) besar pengaruhnya terutama bagi perokok pemula yang umumnya adalah anak-anak. Iklan dan sponsor rokok adalah strategi komprehensif yang dilakukan oleh industri rokok untuk mempengaruhi anak-anak dan remaja (Post et al, 2012).

Model terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) merupakan hasil pengembangan dan penyempurnaan dari beberapa metode terapi sebelumnya. Teknik ini berdasarkan prinsip-prinsip yang hampir sama dengan akupunktur, sebab sama-sama mengandalkan dari titik meridian tubuh, hanya saja dengan pengaplikasian yang berbeda (Nurlatifah, 2016).

Terkait pencapaian dan kelemahan model terdahulu, dimana untuk model *health belief*, pencapaiannya belum mencapai harapan serta kelemahannya adalah subyektif, kembali pada kepercayaan masing-



masing serta cukup sulit untuk merubah perilaku karena kondisi lingkungan yang biasanya kurang mendukung. Untuk model peduli diri, pencapaiannya belum maksimal serta kelemahannya adalah sulitnya meningkatkan motivasi serta kepercayaan diri seseorang untuk merubah perilakunya. Untuk model TTM (*Transtheoretical Model*), pencapaiannya masih kurang serta kelemahannya adalah benturan dengan pola perilaku lingkungan dan keluarga itu sendiri, sehingga seorang anak biasanya meniru apa yang dilakukan oleh orang tua dan lingkungannya kurang mendukung. Untuk model kawasan tanpa rokok, pencapaiannya cukup efektif meskipun masih ada saja yang biasa kedapatan merokok serta kelemahannya adalah kesadaran untuk mematuhi kebijakan kawasan tanpa rokok dan sanksi yang kurang tegas. Untuk model pengaturan iklan rokok, pencapaiannya dapat mencegah sekaligus memicu penasaran untuk mencoba merokok serta kelemahannya adalah penjelasan dampak buruk merokok yang kurang dan memicu ketertarikan siswa untuk merokok. Dan untuk model terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*), pencapaiannya belum maksimal serta kelemahannya adalah proses yang lama dan sulit dalam terapi, tidak semua orang berminat mengikutinya, serta merupakan metode yang cukup baru didengar sehingga pasti ada pro dan kontra apabila diterapkan pada siswa yang merokok.

Meskipun banyak model telah diterapkan, namun belum cukup efektif untuk mengendalikan perilaku merokok pada anak dan remaja di

Indonesia. Oleh karena itu, model pendekatan spiritual dipandang peneliti mampu menjadi solusi. Koenig (2012) mengemukakan bahwa agama atau pendekatan spiritual dapat mempengaruhi kesehatan mental. Selanjutnya, agama atau pendekatan spiritual mempengaruhi perilaku kesehatan seperti aktivitas fisik, merokok, diet, praktik seksual, penyakit jantung, hipertensi, penyakit serebrovaskular, penyakit alzheimer, demensia, fungsi imun, fungsi endokrin, kanker, mortalitas keseluruhan, cacat fisik, nyeri, dan gejala somatik. Dengan demikian, agama atau pendekatan spiritual juga dapat mempengaruhi kesehatan fisik. Profesional kesehatan perlu banyak melakukan penelitian dan membuat rekomendasi dalam hal ini.

Yayasan Lentera Anak, *Smoke Free Agents*, dan Yayasan Pemerhati Media Anak menerbitkan hasil penelitian mereka pada tahun 2014 yang menunjukkan bahwa industri rokok sengaja menargetkan anak-anak dengan meletakkan iklan-iklan produk mereka di sekitar sekolah. Industri rokok saat ini memakai strategi berpromosi mengiklankan produknya dengan mencantumkan harga rokok, bahkan mencantumkan harga rokok per batang untuk memperlihatkan betapa murah nya harga rokok sehingga terjangkau oleh uang saku anak (KemenPPPA RI, 2018).

Upaya Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia dalam melindungi anak dari dampak rokok adalah dengan kebijakan Kabupaten/Kota Layak Anak (KLA). Salah satu indikator KLA pada Klaster ke-3 adalah Kesehatan Dasar dan Kesejahteraan yang dibuktikan dengan adanya Kebijakan Daerah terkait

Kawasan Tanpa Rokok (KTR), dan Pengendalian Iklan, Promosi, dan Sponsor (IPS) Rokok. Hingga saat ini, sebanyak 43% kabupaten/kota di Indonesia memiliki peraturan daerah terkait KTR (KemenPPPA RI, 2018).

Kebijakan KTR di Kota Palu telah dikeluarkan melalui Perwali No. 8 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Palu, dan yang terbaru telah disahkan Perda Kota Palu No. 3 Tahun 2015 Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KemenPPPA RI, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Setyawati (2016) mengungkapkan bahwa perilaku merokok pada anak dilakukan baik sendiri ataupun bersama dengan teman-teman di tempat-tempat yang sepi, misalnya di sekolah, di rumah, di sungai, di tanah lapang, di sawah, di kuburan dan di kebun milik tetangga. Saat pertama kali merasakan rokok rasanya pahit, batuk-batuk namun tetap dilakukan karena merasa enak ketika berkumpul dengan teman sambil merokok dan merasa ketagihan, sehingga lama kelamaan menjadi enak dan manis. Dengan merokok perasaan menjadi lebih senang, lebih tenang, lebih puas, dan terlihat lebih keren ketika merokok dengan teman-teman.

Berdasarkan data yang dikemukakan sebelumnya, bahwa di Kota Palu, jumlah perokok tertinggi pada umur di bawah 18 tahun (<18) pada tahun 2017 terdapat pada Puskesmas Talise sebanyak 82,83%. Puskesmas Talise berada di wilayah Kecamatan Palu Timur. SMPN 1 Palu merupakan sekolah menengah pertama yang berada di Kecamatan Palu Timur yang memiliki populasi jumlah siswa SMP terbanyak pada

kelas 7, 8, dan 9 di Kota Palu. Jumlah siswa kelas 7, 8, dan 9 di SMPN 1 Palu sebanyak 843 orang. Pemilihan sekolah umum dikarenakan materi spiritual yang kurang dalam kurikulum jika dibandingkan dengan sekolah madrasah. Berdasarkan data yang diperoleh, jumlah perokok kelas 7, 8, dan 9 di SMPN 1 Palu sebanyak 35 orang.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di Kota Palu, khususnya di SMPN 1 Palu, dari 5 orang siswa laki-laki terdapat 3 orang yang merokok dan 2 orang yang tidak merokok, di antara 3 orang yang merokok terdapat 1 orang tanpa sepengetahuan orang tuanya dan 2 orang sepengetahuan orang tuanya. Faktor-faktor yang mempengaruhi mereka merokok antara lain salah satu di keluarganya ada yang merokok, stres menghadapi pelajaran di sekolah, mengikuti teman yang juga perokok. Adapun alasan lain anak-anak tersebut melakukan tindakan merokok awalnya hanya ingin ikut-ikutan dengan orang yang lebih dewasa dari mereka. Mereka juga ingin tahu rokok dan sekedar ingin merasakan namun akhirnya menjadi ketagihan. Ada pula tanggapan anak tersebut mengatakan bahwa dengan merokok dapat memberikan rasa tenang karena dapat menghilangkan stres dan kebosanan serta merokok telah menjadi tren masa kini dan rokok sebagai lambang kedewasaan. Selain itu, iklan rokok yang mereka lihat di televisi mempengaruhi minat beli mereka dalam mengonsumsi rokok serta harga rokok yang murah yaitu dalam bentuk eceran dan mudah untuk didapatkan telah memudahkan mereka dalam mengonsumsi rokok. Umumnya anak juga kurang memiliki

pemahaman spiritual yang baik sehingga mereka terjerumus untuk mengonsumsi rokok.

Model pendekatan spiritual yang ingin dibangun dan dikembangkan dalam penelitian ini serta diharapkan menjadi *novelty* adalah dilakukannya intervensi spiritual yang dilakukan di SMPN 1 Palu untuk mengendalikan perilaku merokok pada anak, lewat kegiatan GETAR (Gerakan Tanpa Rokok), selayaknya pesantren kilat dengan lama intervensi tiga hari di sekolah lewat guru agama atau instruktur lainnya lewat tatap muka langsung dan secara online. Pendekatan spiritual merupakan fondasi kokoh membangun generasi unggul masa depan (BKKBN RI, 2019). Dikarenakan penelitian terkait pendekatan spiritual terhadap kelompok siswa di sekolah yang dapat mengendalikan perilaku merokok pada anak belum pernah dilakukan hingga saat ini. Sebagai kelompok kontrol, yang tidak diberikan intervensi spiritual GETAR, adalah siswa SMPN 4 Palu.

Kelebihan dari intervensi spiritual GETAR ini adalah siswa diberikan pendampingan dan dibekali dengan berbagai edukasi tentang ayat-ayat Al Qur'an dan Hadist tentang larangan dan bahaya merokok serta dampaknya terhadap perilaku negatif dan kesehatan. Cocok untuk anak dikarenakan masih dalam usia pertumbuhan dan bisa sedini mungkin membentuk persepsi yang baik tentang bahaya merokok dan perilaku tidak merokok lewat penyajian materi intervensi yang menarik, yakni dalam bentuk modul pendidikan berupa modul GETAR disertai bahasa dan gambar-gambar yang menarik. Modul GETAR ini juga memuat

pencapaian dan kelemahan dari model terdahulu, serta substansinya menjadi penyempurna dan pelengkap dalam mengendalikan perilaku merokok siswa. Substansi dari modul intervensi GETAR adalah aspek pengetahuan meliputi pencapaian dan kelemahan model pengendalian perilaku merokok terdahulu, kelebihan model GETAR, sejarah tembakau, berbagai macam cara merokok, berbagai macam penyakit akibat merokok, anak-anak dan bahaya rokok, pandangan Islam terhadap rokok, dan keuntungan meninggalkan rokok; aspek sikap meliputi motivasi merokok dan kemauan menghindari dan berhenti merokok; serta aspek tindakan meliputi berhenti merokok: sebuah tinjauan kisah nyata bahaya merokok pada siswa. Tiap materi tersebut disampaikan dalam waktu 2 x 45 menit. Waktu pemberian materi adalah lewat modul GETAR dengan metode ceramah dan FGD (*Focus Group Discussions*), terutama ba'da Shalat Subuh, kultum setelah waktu shalat, dengan melibatkan pemateri guru agama, instruktur kesehatan, dan *stakeholder* terkait. Pemberdayaan juga dilakukan untuk membantu kesuksesan pelaksanaan intervensi yakni membentuk Komunitas GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) di SMPN 1 Palu.

Pendekatan Spiritual GETAR menggunakan konsep agama, yang dalam hal ini dicontohkan agama Islam dengan membantu individu untuk menemukan fitrahnya. Konseling berdasarkan ilmu keislaman ini digunakan untuk menyelesaikan *problem* yang menjadi kendala bagi perorangan untuk mengalami perkembangan fitrah yang baik. Menemukan fitrah berguna untuk selalu dekat dengan Allah SWT dan

mampu mengembangkan diri untuk memecahkan masalah kehidupannya sendiri dan melakukan konseling dengan diri sendiri berdasarkan bimbingan dari Allah SWT melalui ibadah dan penerapan ilmu keislaman dalam kehidupan individu sejak masih anak-anak. Bimbingan ini cenderung efektif terhadap anak. Semua bimbingan bergantung kepada kemunculan koneksi dengan anak-anak untuk mendukung proses bimbingan itu sendiri. Untuk dapat membangun hubungan dengan anak, seorang pemateri atau fasilitator adakalanya membutuhkan waktu lebih lama hingga tercipta suatu kepercayaan dan keterikatan yang akan membantu proses bimbingan psikologi dapat berlangsung lebih lancar. Untuk itu lama pemberian materi dilakukan selama 3 hari dengan *rundown* kegiatan yang disiapkan. Setelah melakukan pre-test tentang perilaku merokok pada anak, kemudian dilakukan intervensi GETAR, dan post-test akan dilakukan 1 bulan kemudian.

Perubahan perilaku atau kebiasaan memerlukan waktu paling cepat 21 hari. Salah satu asumsi yang paling terkenal berasal dari buku *Psycho Cybernetics* oleh Maxwell Maltz. Buku yang dipublikasikan pada 1960 ini menyebutkan bahwa pasien-pasien Maltz membutuhkan waktu 21 hari untuk terbiasa dengan wajah baru mereka setelah menjalani operasi plastik (Maltz, 1960). Oleh karena itu, dalam penelitian itu dilakukan post test 1 bulan kemudian setelah 3 hari intervensi.

Adapun yang menjadi harapan nantinya yakni anak yang tidak merokok, sekolah yang mampu menciptakan suasana pembatasan

tembakau khususnya adanya SK pengurus atau peraturan sekolah tentang penerapan model pendekatan spiritual GETAR, serta daerah/kota yang mampu mengembangkan model pendekatan spiritual dalam mengendalikan perilaku merokok pada anak. Sehingga diharapkan Pemerintah Kota Palu dapat berkomitmen untuk menerapkan kebijakan dengan pendekatan spiritual GETAR pada seluruh sekolah khususnya SMP di Kota Palu tentang pengendalian perilaku merokok pada anak, yang nantinya terintegrasi dengan kurikulum di sekolah akibat adanya *novelty* peneliti yakni modul pendidikan berupa modul GETAR.

Berdasarkan hal yang telah diungkapkan di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Model Pengendalian Perilaku Merokok dengan Pendekatan Spiritual GETAR pada Siswa SMP di Kota Palu.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang maka dapat dibuat rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah perumusan model pengendalian perilaku merokok pada anak?
2. Bagaimanakah uji coba model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR pada siswa?



### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendesain model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR pada siswa SMP di Kota Palu.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk merumuskan model pengendalian perilaku merokok pada anak.
- b. Untuk menganalisis pengaruh model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR terhadap perilaku merokok siswa.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman tentang pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual pada anak.

#### 2. Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi atau masukan kepada instansi terkait untuk meningkatkan pelaksanaan pengendalian perilaku merokok pada anak.

### 3. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dan pertimbangan bagi peneliti selanjutnya untuk mengkaji lebih dalam tentang pengendalian perilaku merokok pada anak.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Merokok dan Perokok**

##### **1. Konsep Merokok**

Nurrahmah (2014) mengemukakan merokok adalah identik dengan “membakar uang” atau memerlukan dana, tetapi demi kenikmatan sesaat perokok bersedia dalamnya berbahaya bagi kesehatan tubuh. Kebiasaan merokok pada siswa semakin meningkat sesuai dengan tahap perkembangan yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi dan intensitas merokok, dan sering mengakibatkan mereka mengalami ketergantungan nikotin. Nikotin dapat menimbulkan ketagihan baik pada perokok aktif maupun perokok pasif.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa merokok adalah suatu kegiatan atau aktivitas membakar rokok dan kemudian menghisapnya dan menghembuskannya keluar dan dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang di sekitarnya yang dapat menimbulkan bahaya bagi dirinya dan lingkungan di sekitarnya (Kairupan, 2016).

##### **2. Tipe-tipe Perokok**

Silvan Tomkins dalam Safitrah (2018), ada empat tipe perokok berdasarkan *management of affect theory*, keempat tipe tersebut yaitu:

a. Perokok yang Dipengaruhi oleh Perasaan Positif

Dengan merokok seseorang merasakan penambahan rasa yang positif. Terdapat 3 sub tipe dalam tipe perokok ini:

1) *Pleasure relaxation*, kebiasaan merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat, misalnya merokok setelah minum kopi atau makan.

2) *Stimulation topick themup*, kebiasaan perokok hanya dilakukan sekedar untuk menyenangkan perasaan.

3) *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 beberapa menit saja atau perokok lebih senang berlama-lama memainkan rokoknya dengan jari-jarinya lama sebelum dia menyalakan dengan api.

b. Perokok yang Dipengaruhi oleh Perasaan Negatif

Banyak orang menggunakan rokok untuk mengurangi perasaan negatif, misalnya bila marah, cemas atau gelisah. Rokok dianggap sebagai penyelamat. Mereka menggunakan rokok bila perasaan tidak enak, sehingga terhindar dari perasaan yang lebih tidak enak.

c. Perokok yang Dipengaruhi oleh Zat Adiktif

Sebagai kecanduan secara psikologis (*psychological addiction*). Mereka yang sudah kecanduan cenderung akan menambah dosis

rokok yang digunakan setiap saat setelah efek dari rokok yang dihisapnya berkurang. Mereka umumnya akan pergi keluar rumah membeli rokok, walau tengah malam sekalipun, karena khawatir rokok tidak tersedia saat dia menginginkannya.

d. Perokok yang Sudah Menjadi Kebiasaan

Mereka menggunakan rokok sama sekali bukan karena untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi karena benar-benar sudah kebiasaan rutin. Pada tipe orang seperti ini merokok merupakan suatu kebiasaan yang bersifat otomatis, sering kali tanpa dipikirkan dan tanpa disadari. Ia menhidupkan lagi api rokoknya bila rokok yang terdahulu telah benar-benar habis. Kebiasaan merokok yang sudah menjadi kebiasaan. Mereka menggunakan rokok sama sekali bukan karena untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi karena benar-benar sudah menjadi kebiasaannya rutin.

Pada orang-orang tipe ini merokok sudah merupakan suatu kebiasaan yang bersifat otomatis, seringkali tanpa dipikirkan dan tanpa disadari. Ia menhidupkan api rokoknya bila rokok yang terdahulu telah benar-benar habis.

Berdasarkan uraian di atas dapat dipahami bahwa tipe-tipe kebiasaan merokok adalah seseorang yang melakukan kebiasaan merokok dipengaruhi perasaan positif, perasaan negatif, perokok karena terpengaruh zat adiktif dan perokok yang sudah menjadi

kebiasaan. Kebiasaan merokok dapat dibedakan menjadi 2 tipe yaitu perokok pasif dan perokok aktif, berikut penjelasannya :

- a. Perokok aktif adalah individu yang benar-benar memiliki kebiasaan merokok. Mereka merokok setiap waktu, rata-rata menghabiskan satu bungkus tiap harinya.
- b. Perokok pasif adalah individu yang tidak memiliki kebiasaan merokok, namun terpaksa harus menghisap asap rokok yang dihembuskan orang lain yang berada di sekitarnya. Baik perokok aktif maupun perokok pasif sama-sama mempunyai risiko terkena penyakit. Bahkan perokok pasif mempunyai risiko tiga kali lebih parah daripada perokok aktif ini dikarenakan asap yang bertebaran di udara tidak melalui filter.

## **B. Perilaku Merokok**

### **1. Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Oleh sebab itu perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, bahkan kegiatan internal seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia (Wawan & Dewi, 2010).

## 2. Domain Perilaku

Menurut Benyamin Bloon (1908) dalam Notoatmodjo (2012), perilaku terbagi atas tiga domain atau ranah yaitu ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affectife domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*). Dalam perkembangan selanjutnya untuk pengukuran hasil, ketiga domain tersebut diukur dari:

### a. Pengetahuan (*Knowlegde*)

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

### b. Sikap (*Attitude*)

Sikap (*attitude*) merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) dalam Hikmawati (2011) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak.

### c. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Praktik atau tindakan (*practice*) merupakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*).

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor pendukung (*support*).

d. Prosedur Pembentukan Perilaku

Sebagian besar perilaku manusia adalah *operant response*, maka perlu diciptakan adanya kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* menurut Skinner dalam Wawan & Dewi (2010), adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcing* berupa hadiah atau *rewards* pada perilaku yang akan dibentuk.
- 2) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki, kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku.
- 3) Menggunakan komponen-komponen sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcing*.
- 4) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen-komponen yang telah tersusun.



#### d. Bentuk Perilaku

Menurut Wawan & Dewi (2010), secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Bentuk perilaku ada dua macam, yaitu :

- 1) Bentuk perilaku pasif, merupakan respon internal yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan.
- 2) Bentuk perilaku aktif, merupakan perilaku yang jelas dan dapat diobservasi secara langsung. Maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut *covert behaviour*.

#### e. Pengukuran Perilaku

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Menurut penelitian Rogers (1974) yang dikutip dari Notoatmodjo (2012), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu:

- 1) Kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) Tertarik (*interest*), dimana orang mulai tertarik pada stimulus.
- 3) Evaluasi (*evaluation*), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) Mencoba (*trial*), dimana orang sudah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) Menerima (*adoption*), dimana subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

f. Perilaku Merokok

Perilaku merokok adalah menghisap asap tembakau yang telah menjadi cerutu kemudian disulut api. Ada dua tipe perokok, yaitu perokok aktif yang menghisap rokok secara langsung, dan perokok pasif yang menghisap rokok secara tidak langsung. Perilaku merokok merupakan aktivitas manusia yang berhubungan dengan perilaku merokoknya yang di ukur melalui intensitas merokok, tempat merokok, waktu merokok, dan fungsi merokok dalam kehidupan sehari-hari (Rif'an, 2010).

f. Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok pada Anak

Perilaku merokok merupakan fungsi dari lingkungan dan individu. Artinya perilaku merokok selain disebabkan faktor dalam diri seperti perilaku memberontak dan suka mengambil risiko, terdapat juga faktor lingkungan seperti orang tua yang merokok dan

teman sebaya yang merokok sehingga anak meniru perilaku orang lain yang menjadi salah satu determinan dalam memulai perilaku merokok (Rif'an, 2010).

g. Tahapan Perilaku Merokok

Perilaku merokok tidak terjadi secara kebetulan, karena ada tahap yang dilalui seseorang perokok sebelum ia menjadi perokok reguler yaitu seorang yang telah menganggap rokok telah menjadi bagian dari hidupnya. Menurut Leventhal dan Cleary dalam Baharuddin (2017) ada 4 tahap dalam perilaku merokok sehingga menjadi perokok, yaitu:

1) Tahap *Preparatory*

Tahap ini remaja mendapatkan model yang menyenangkan dari lingkungan dan media. Remaja yang mendapatkan gambaran yang menyenangkan mengenai merokok dengan cara mendengar, melihat, atau dari hasil bacaan yang menimbulkan minat untuk merokok. *Life model* remaja yaitu:

a) Teman sebaya yang paling utama menjadi *life model*. Remaja akan menularkan perilaku merokok dengan cara menawari teman-teman remaja lain tentang kenikmatan merokok, atau solidaritas kelompok. Dari teman sebaya ini kemudian remaja yang belum merokok menginterpretasi bahwa dengan merokok dia akan mendapatkan kenyamanan, dan atau dapat diterima oleh kelompok, dari hasil interpretasi tersebut

kemungkinan remaja membentuk dan memperkokoh *anticipatory belief* yaitu *belief* yang mendasari bahwa remaja membutuhkan pengakuan teman sebaya.

b) Orang tua. Orang tua yang merokok kemungkinan berdampak besar pada pembentukan perilaku merokok pada remaja. Hal tersebut membuat *permission belief* remaja. Interpretasi remaja yang mungkin terbentuk adalah bahwasanya merokok tidak berbahaya, tidak melanggar peraturan norma. Hasil dari interpretasi tersebut memungkinkan terbentuknya *permission belief system*.

c) Model lain yang sangat berpengaruh juga adalah peran media massa.

## 2) Tahap *Initiation*

Tahap perintisan merokok yaitu tahap seseorang meneruskan untuk tetap mencoba-coba merokok, setelah terbentuk interpretasi-interpretasi tentang model yang ada, kemudian remaja mengevaluasi hasil interpretasi tersebut melalui perasaan dan perilaku.

## 3) Tahap *Becoming Smoker*

Menurut Leventhal dan Clearly dalam Rochayati (2015) tahap *becoming smoker* merupakan tahap dimana seseorang telah mengonsumsi rokok sebanyak empat batang perhari. Hal ini didukung dengan adanya kepuasan psikologis dari dalam diri, dan

terdapat *reinforcement* positif dari teman sebaya. Untuk memperkuat perilaku merokok paling tidak ada kepuasan psikologis tertentu yang diperoleh ketika remaja merokok, dijelaskan oleh Komalasari dan Helmi (2013) sebagai akibat atau efek yang diperoleh dari merokok berupa keyakinan dan perasaan yang menyenangkan. Hal ini memberikan gambaran bahwa perilaku merokok bagi remaja dianggap bisa memberikan kenikmatan yang menyenangkan. Selain mendapatkan kepuasan psikologis, *reinforcement* positif dari teman sebaya juga merupakan faktor yang menentukan remaja untuk merokok karena lingkungan teman sebaya mempunyai arti yang penting bagi remaja untuk bisa diterima.

Menurut Komalasari dan Helmi (2013) remaja tidak ingin dirinya disebut banci atau pengecut dan merokok dianggap sebagai simbolisasi kejantanan, kekuasaan dan kedewasaan. Bisa jadi simbol kedewasaan kejantanan dan kekuasaan merupakan hasil evaluasi proses kognisi atas interpretasi remaja terhadap orang tua yang bertindak sebagai *life-model* merokok yang kemudian dievaluasi melalui perasaan dan tindakan yaitu dengan merokok akan terlihat jantan, dewasa, dan berkuasa tentunya akan sangat membanggakan.

#### 4) Tahap *Maintenance Of Smoking*

Tahap ini, merokok sudah menjadi salah satu bagian dari cara pengaturan diri (*self-regulating*). Merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan, pada tahap ini individu telah betul-betul merasakan kenikmatan dari merokok sehingga merokok sudah dilakukan sesering mungkin untuk mengeliminasi kecemasan, menghindari kecemasan juga sebagai upaya untuk relaksasi menghilangkan kelelahan, rasa tidak enak ketika makan ketika bekerja, ketika lelah berpikir, bahkan ketika merasa terpojokan. Tahap ini terjadi setelah keyakinan ini terbentuk yaitu keyakinan dengan merokok mendapat pengakuan dari teman sebaya (*anticipatory beliefs*), serta keyakinan bahwa merokok bukan merupakan suatu pelanggaran norma (*permissions beliefs*). Selain itu perilaku permisif orang tua tentang bagaimana menyikapi remaja yang merokok dapat berpengaruh pada perilaku merokok remaja, jika saja orang tua mau bersikap tegas maka perilaku merokok pada tahap *maintenance of smoking* ini dapat ditekan atau diminimalisir (Rochayati, 2015).

## **C. Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak**

### **1. Pengertian Anak**

Secara umum apa yang dimaksud dengan anak adalah keturunan atau generasi sebagai suatu hasil dari hubungan kelamin atau persetubuhan (*sexual intercross*) antara seorang laki-laki dengan seorang perempuan baik dalam ikatan perkawinan maupun diluar perkawinan. Kemudian di dalam hukum adat sebagaimana yang dinyatakan oleh Soerojo Wignjodipoero yang dikutip oleh Tholib (2010), menyatakan bahwa: “kecuali dilihat oleh orang tuanya sebagai penerus generasi juga anak itu dipandang pula sebagai wadah dimana semua harapan orang tuanya kelak kemudian hari wajib ditumpahkan, pula dipandang sebagai pelindung orang tuanya kelak bila orang tua itu sudah tidak mampu lagi secara fisik untuk mencari nafkah”. Berikut ini merupakan pengertian anak menurut beberapa peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia antara lain:

#### **a. Undang-undang No. 3 Tahun 1997 tentang Pengadilan Anak**

Anak adalah orang yang dalam perkara anak nakal telah mencapai umur 8 (delapan) tahun tetapi belum mencapai umur 18 (delapan belas) tahun dan belum pernah kawin.

#### **b. Undang-undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia**

Anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun dan belum menikah, termasuk anak yang

masih dalam kandungan apabila hal tersebut adalah demi kepentingannya.

c. Undang-undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan anak

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.

d. *Convention on the rights of child* (1989) yang telah diratifikasi pemerintah Indonesia melalui Keppres Nomor 39 Tahun 1990

Anak adalah mereka yang berusia 18 tahun kebawah.

e. UNICEF

Anak sebagai penduduk yang berusia 0 sampai dengan 18 tahun.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, maka dapat dinyatakan bahwa anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun (0-17 tahun).

## 2. Batasan Usia Anak

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Pasal 1 Ayat 1, anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Berdasarkan konvensi hak-hak anak yang disetujui oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa pada tanggal 20 November 1989 dan diratifikasi Indonesia pada tahun 1990, Bagian 1 Pasal 1,



yang dimaksud anak adalah setiap orang yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan Undang-undang yang berlaku bagi anak ditentukan bahwa usia dewasa dicapai lebih awal.

### 3. Perlindungan Anak

Salah satu instrumen yang digunakan dalam perlindungan anak adalah hukum. Perlindungan hukum bagi anak dapat diartikan sebagai upaya perlindungan hukum terhadap berbagai kekerasan dan hak anak serta berbagai upaya yang berhubungan dengan kesejahteraan anak, ada beberapa konsep dan pengertian yang telah dikemukakan mengenai 15 perlindungan anak. Perlindungan anak menurut Arief Gosita merupakan suatu usaha mengadakan kondisi dan situasi yang memungkinkan pelaksanaan hak dan kewajiban anak secara manusiawi (Gosita, 2005 dalam Safitrah, 2018).

Setiap hak anak harus dijunjung tinggi demi pencapaian tujuan yaitu lahirnya generasi muda yang sehat untuk kelangsungan kehidupan berbangsa. Anak adalah manusia yang merupakan pembawa hak, yaitu segala sesuatu yang mempunyai hak dan kewajiban yang disebut subjek hukum. Pengertian anak diatur dalam Pasal 1 Angka 1 UU 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak yang berbunyi sebagai berikut: “anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan”.

Tiap-tiap peraturan perundang-undangan mengatur secara tersendiri mengenai kriteria anak. Kriteria anak berpengaruh pada kedudukan hukum anak sebagai subjek hukum. Dalam hukum Indonesia terdapat pluralisme mengenai batasan usia, hal ini yang menyebabkan tiap-tiap peraturan perundang-undangan mengatur secara tersendiri mengenai kriteria tentang anak (Prints, 2001 dalam Safitrah, 2018).

Negara memiliki kewajiban untuk melindungi seluruh warga negaranya dan sudah sewajarnya negara memberikan perhatian lebih kepada para korban kejahatan yang mungkin mengalami penderitaan baik secara ekonomi, fisik maupun psikis. Negara juga mempunyai tanggung jawab untuk memberikan kesejahteraan pada masyarakat warga negaranya. Dengan demikian pada saat anggota masyarakatnya mengalami kejadian/peristiwa yang mengakibatkan kesejahteraaannya terusik dan menjadi korban kejahatan, maka sudah sewajarnya apabila negaranya bertanggung jawab untuk memulihkan kesejahteraan warga negaranya, mengingat negara telah gagal dalam memberikan kesejahteraan bagi masyarakatnya. Mengabaikan perlindungan anak adalah suatu yang tidak dapat dipertanggungjawabkan, dan juga kurang perhatian dan tidak diselenggarakannya perlindungan anak akan membawa akibat yang sangat merugikan diri sendiri di kemudian hari.

Salah satu contoh kurang diperhatikannya masalah penegakan hukum pidana dimana masalah ini berkaitan dengan perlindungan hukum terhadap korban tindak pidana, dan dalam penyelesaian perkara pidana, banyak ditemukan korban kejahatan kurang memperoleh hukum yang memadai, baik perlindungan yang sifatnya imateril maupun material (Prints, 2001 dalam Safitrah, 2018).

#### 4. Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak

Menurut Rohmadani (2016), strategi atau upaya alternatif yang dapat digunakan untuk pengendalian diri dari seorang anak agar tidak sampai merokok serta dapat menurunkan niat atau intensi merokok pada anak, yaitu:

##### b. Mengajarkan pada anak tentang perilaku sehat dan tanpa rokok

Menjadikan anak dapat mengontrol niat merokoknya. Pemberian pengetahuan mengenai beberapa penyakit serius yang diawali pada masa anak-anak, dan salah satunya merokok serta mengakibatkan kematian dini, atau kelompok anak yang menderita penyakit menghalangi kemampuan mereka untuk tumbuh dan mengembangkan potensi mereka sepenuhnya. Anak disadarkan melalui pemberian pengetahuan/ceramah agar mereka lebih mencintai diri sendiri dengan cara mengusahakan kesehatan tubuhnya serta menghindari rokok, setelah itu anak diberikan figur artis yang tetap keren meski tanpa merokok.

- c. Memberikan pemahaman mengenai bahaya merokok menggunakan metode ceramah, poster dan liflet

Penurunan intensi merokok anak menggunakan perlakuan berupa psikoedukasi yang merupakan promosi kesehatan menggunakan media berupa kartu bergambar untuk memberikan pemahaman bahaya merokok.

- d. Memberikan aspek norma subjektif

Anak diajak berkomitmen dengan orang-orang terdekat, maka anak akan mulai berusaha tidak ingin merokok karena ada yang mengingatkan jika ia merokok. Aspek *subjective norms* (norma subjektif) merupakan tekanan sosial untuk menampilkan atau tidak menampilkan perilaku (dalam penelitian ini perilaku merokok), sehingga ketika seseorang sudah berkomitmen dengan orang-orang yang dianggap memiliki pengaruh dalam hidupnya, akan mengendalikan niat merokoknya.

- e. Ajarkan tentang cara *me-manage*/mengontrol dirinya agar tidak merokok

Stres akan mempengaruhi perilaku merokok. Selain itu, anak juga diberikan cara bagaimana mengelola agar tidak merokok, memonitor mengenai dirinya, *me-manage* dirinya serta menggunakan kalimat pengukuh untuk keberhasilan dirinya dalam mencegah niat merokok. Anak dapat mengaplikasikan teknik kontrol

diri untuk mencegah agar mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi.

Adanya edukasi mengenai bahaya rokok untuk anak jalanan dan membekali nilai-nilai keagamaan di dalamnya serta melibatkan anak jalanan dalam kegiatan sosial keagamaan. Selain itu perlu dilakukan juga pemberdayaan keluarga melalui pendekatan kepada orang tua agar dapat membimbing anak mereka untuk tidak merokok dan perlunya mengoptimalkan fungsi LSM atau rumah singgah untuk anak jalanan (Amiruddin, 2015).

Perubahan perilaku atau kebiasaan memerlukan waktu paling cepat 21 hari. Salah satu asumsi yang paling terkenal berasal dari buku *Psycho Cybernetics* oleh Maxwell Maltz. Buku yang dipublikasikan pada 1960 ini menyebutkan bahwa pasien-pasien Maltz membutuhkan waktu 21 hari untuk terbiasa dengan wajah baru mereka setelah menjalani operasi plastik (Maltz, 1960).

#### **D. Berbagai Model Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak**

##### **1. Model *Health Belief* atau *Health Belief Model***

Menurut kajian teori *health belief model*, *health belief* adalah perilaku individu yang dipengaruhi oleh persepsi dan kepercayaan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas. Dalam hal ini penting sekali untuk bisa membedakan penilaian

kesehatan secara obyektif dan subjektif. Penilaian secara obyektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang tenaga kesehatan, sedangkan penilai subjektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang individu berdasarkan keyakinan dan kepercayaannya, dalam kenyataan di lapangan penilaian secara subjektif inilah yang sering dijumpai di masyarakat. Teori *health belief model* merupakan teori perubahan perilaku kesehatan dan model psikologis yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu terhadap suatu penyakit. Teori *health belief model* didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan berdasarkan persepsi dan kepercayaannya (Priyoto, 2014).

*Health belief model* pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950-an Oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap gejala-gejala penyakit dan bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Oleh karena itu, lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas

menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan (Wibowo, 2017).

Kelemahan teori *health belief model* adalah kepercayaan-kepercayaan kesehatan bersaing dengan kepercayaan-kepercayaan serta sikap lain seseorang, yang dapat juga mempengaruhi perilaku seseorang. Serta pembentukan kepercayaan seseorang sesungguhnya lebih sering mengikuti perilaku dan bukan mendahuluinya (Syukkur, 2017).

## **2. Model Peduli Diri**

Remaja seharusnya telah mampu melihat segala sesuatu dari sudut pandang yang baik atau buruk, sehingga para remaja yang telah mengetahui dampak-dampak merokok bagi kesehatan seharusnya juga tidak merokok lagi. Namun demikian, ditemukan bahwa remaja ternyata tidak terlalu peduli dengan dampak-dampak yang menyertai ketika mereka memutuskan untuk merokok dan tidak peduli pula dengan teman-temannya yang merokok sehingga mereka terkesan menjadi orang yang terlihat biasa ketika melihat seseorang berperilaku merokok dan bahkan menjadi perokok pasif. Diperlukan adanya kesadaran diri remaja mengenai dampak yang ditimbulkan rokok serta cara atau strategi mengontrol diri pada remaja agar tidak terjebak dalam perilaku merokok (Rohmadani, 2016).

### **3. Model TTM (*Transtheoretical Model*)**

Penelitian mengenai motivasi dan metode untuk berhenti merokok tersebut didasari oleh konsep *Transtheoretical Model* (TTM) yang dikembangkan oleh Prochaska & Diclemente. Terdapat 5 tahapan TTM, yaitu *pre-contemplation* (tidak berpikir untuk berhenti merokok), *contemplation* (berpikir untuk berhenti merokok dalam 6 bulan kedepan), *preparation* (berpikir untuk berhenti merokok dalam 30 hari kedepan), *action* (sudah berhenti merokok dalam 6 bulan), dan *maintenance* (sudah berhenti merokok lebih dari 6 bulan) (Larasati et al, 2018).

### **4. Model Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

#### **a. Pengertian Kawasan Tanpa Rokok**

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, dan atau penggunaan rokok. Penetapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Secara umum, penetapan KTR bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok, dan secara khusus, tujuan penetapan KTR adalah mewujudkan lingkungan yang bersih, sehat, aman dan nyaman, memberikan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok, menurunkan angka perokok, mencegah



perokok pemula dan melindungi generasi muda dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA).

Kawasan Tanpa Rokok yang selanjutnya disingkat KTR merupakan ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau.

Berdasarkan beberapa pertimbangan bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan pengetahuan dan pemahaman bahwa merokok merupakan salah satu bentuk pencemaran lingkungan kesehatan karena akibat bahaya dari paparan asap rokok yang dapat membahayakan kesehatan individu, masyarakat, secara langsung maupun tidak langsung.

Penetapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) ini terkandung dalam Undang-undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan diatur melalui Pedoman Pelaksanaan KTR (Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/MENKES/PB/I/2011 dan No. 7 tahun 2011) serta untuk Kota Palu sendiri sudah diatur dalam Perda Kota Palu Nomor 3 Tahun 2015 Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

b. Area Kawasan Tanpa Rokok

a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Suatu tempat atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah rumah sakit, rumah bersalin, poliklinik, Puskesmas, balai pengobatan, laboratorium, Posyandu, tempat praktek kesehatan swasta.

b. Tempat Proses Belajar Mengajar

Sarana yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan pelatihan. Tempat kegiatan proses belajar mengajar yang dimaksud adalah sekolah, perguruan tinggi, balai pendidikan dan pelatihan, balai latihan kerja, bimbingan belajar, dan tempat kursus.

c. Tempat Anak Bermain

Area atau tempat baik terbuka maupun tertutup, yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak. Tempat anak bermain yang dimaksud adalah kelompok bermain, penitipan anak, pendidikan anak usia dini (PAUD), dan taman kanak-kanak.

d. Tempat Ibadah

Bangunan atau ruang tertutup atau terbuka yang memiliki ciri-ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi

para pemeluk masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga. Tempat ibadah yang dimaksud adalah pura, masjid atau mushola, gereja, vihara, dan klenteng.

e. Angkutan Umum

Alat transportasi bagi masyarakat yang berupa kendaraan darat, air, dan udara biasanya dengan kompensasi. Angkutan umum yang dimaksud adalah bus umum, taxi, angkutan kota termasuk kendaraan wisata, bus angkutan anak sekolah dan bus angkutan karyawan, angkutan antar kota, angkutan pedesaan, angkutan air, dan angkutan udara.

f. Tempat Kerja

Ruang atau lapangan terbuka atau tertutup, bergerak atau tetap dimana tenaga bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber bahaya. Tempat kerja yang dimaksud adalah perkantoran pemerintah baik sipil maupun TNI dan POLRI, perkantoran swasta, industri, dan bengkel.

g. Tempat Umum

Semua tempat terbuka atau tertutup yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan atau tempat yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat. Tempat umum yang dimaksud adalah pasar modern, pasar tradisional, tempat wisata,

tempat hiburan, hotel, restoran, tempat rekreasi, halte, terminal angkutan umum, terminal angkutan barang, pelabuhan, dan bandara.

h. Tempat Lain yang ditetapkan

Tempat terbuka yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat (Baharuddin, 2017).

Kelemahan dari model kawasan tanpa rokok adalah berbagai macam pelanggaran yang dilakukan di berbagai area kawasan tanpa rokok dikarenakan penegakan aturan dan sanksi yang kurang tegas (Baharuddin, 2017).

## **5. Model Pengaturan Iklan Rokok**

Iklan merupakan media promosi yang sangat ampuh dalam membentuk opini publik di bidang rokok, karena itu hampir semua pengusaha rokok dapat menghabiskan dana besar untuk keperluan iklan setiap tahunnya, para ahli di WHO (*World Health Organization*) menyatakan iklan rokok dapat merangsang seseorang untuk mulai merokok, dapat menghambat perokok yang ingin berhenti merokok atau mengurangi rokoknya, dapat merangsang perokok untuk merokok lebih banyak lagi, dan memotivasi perokok untuk memilih merek-merek rokok tertentu.

Gencarnya iklan rokok di media elektronik (*audiovisual*) besar pengaruhnya terutama bagi perokok pemula yang umumnya adalah anak-anak. Iklan dan sponsor rokok adalah strategi komprehensif yang

dilakukan oleh industri rokok untuk mempengaruhi anak-anak dan remaja. Penelitian Universitas Uhamka dan Komnas Anak tahun 2007 menunjukkan hampir semua anak (99,7%) melihat iklan rokok di televisi dan 62,8% memiliki kesan positif terhadap iklan rokok serta 50% perokok remaja lebih percaya diri seperti dicitrakan iklan rokok.

Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau *glamour* membuat anak seringkali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti iklan tersebut. Industri rokok dapat memasuki kehidupan masyarakat dengan menjadi sponsor utama berbagai tayangan olahraga di televisi, penyelenggaraan acara-acara musik di berbagai kampus dan sekolah yang banyak menarik perhatian kalangan anak dan remaja yang menjadi salah satu objek sasaran iklan industri rokok, menawarkan beasiswa bagi pelajar berprestasi. Iklan rokok biasanya berisi pemandangan yang menyajikan keindahan alam, kebugaran, kesuksesan. Padahal rokok itu sendiri dapat menyebabkan polusi yang mencemarkan lingkungan dan merusak kesehatan (Post et al, 2012).

#### **6. Model Terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*)**

Model terapi yang juga bisa dilakukan adalah terapi SEFT. Terapi SEFT merupakan hasil pengembangan dan penyempurnaan dari beberapa metode terapi sebelumnya. Teknik ini berdasarkan prinsip-prinsip yang hampir sama dengan akupunktur, sebab sama-sama

mengandalkan dari titik meridian tubuh, hanya saja dengan pengaplikasian yang berbeda.

SEFT merupakan perkembangan dari ilmu *Energy Psychology*, *Tought Fields Therapy (TFT)* dan *Emotional Freedom Technique (EFT)*. Beberapa tokoh yang berkontribusi dalam proses pengembangan teknik SEFT ini adalah dr. George Goodheart, dr. John Diamond, dr. Roger Callahan, Gary Craig dan Ahmad Faiz Zainudin.

SEFT adalah sebuah terapi yang mampu memberikan pelayanan terhadap klien, yang memiliki masalah fisik, emosi hingga perilaku maladaptif dengan pendekatan *energy psychology* dan kekuatan spiritual. Sehingga mampu mengembalikan kondisi normal dan dapat beraktivitas dengan optimal (Nurlatifah, 2016).

Kelemahan terapi SEFT adalah pada klien rokok akan langsung terjadi reaksi seperti mual, pahit, dan pusing pasca terapi (Anggorowati, 2014).

## **7. Model Pendekatan Spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok)**

Meskipun banyak model telah diterapkan, namun belum cukup efektif untuk mengendalikan perilaku merokok pada anak dan remaja di Indonesia. Oleh karena itu, model pendekatan spiritual dipandang peneliti mampu menjadi solusi. Koenig (2012) mengemukakan bahwa agama atau pendekatan spiritual dapat mempengaruhi kesehatan mental. Selanjutnya, agama atau pendekatan spiritual mempengaruhi perilaku kesehatan seperti aktivitas fisik, merokok, diet, praktik seksual,

penyakit jantung, hipertensi, penyakit serebrovaskular, penyakit alzheimer, demensia, fungsi imun, fungsi endokrin, kanker, mortalitas keseluruhan, cacat fisik, nyeri, dan gejala somatik. Dengan demikian, agama atau pendekatan spiritual juga dapat mempengaruhi kesehatan fisik. Profesional kesehatan perlu banyak melakukan penelitian dan membuat rekomendasi dalam hal ini.

Model pendekatan spiritual yang ingin dibangun dan dikembangkan dalam penelitian ini serta diharapkan menjadi *novelty* adalah dilakukannya intervensi spiritual yang dilakukan di SMPN 1 Palu untuk mencegah anak merokok, lewat kegiatan GETAR (Gerakan Tanpa Rokok), selayaknya pesantren kilat dengan lama intervensi tiga hari di mesjid atau tempat ibadah sekolah lewat guru agama atau instruktur lainnya dan siswa bermalam di sekolah. Pendekatan spiritual merupakan fondasi kokoh membangun generasi unggul masa depan (BKKBN RI, 2019). Dikarenakan penelitian terkait pendekatan spiritual terhadap kelompok siswa di sekolah yang dapat mengendalikan perilaku merokok pada anak belum pernah dilakukan hingga saat ini. Sebagai kelompok kontrol, yang tidak diberikan intervensi spiritual GETAR, adalah siswa SMPN 4 Palu.

Kelebihan dari intervensi spiritual GETAR ini adalah siswa diberikan pendampingan dan dibekali dengan berbagai edukasi tentang ayat-ayat Al Qur'an dan Hadist tentang larangan dan bahaya merokok serta dampaknya terhadap perilaku negatif dan kesehatan. Cocok

untuk anak dikarenakan masih dalam usia pertumbuhan dan bisa sedini mungkin membentuk persepsi yang baik tentang bahaya merokok dan perilaku tidak merokok lewat penyajian materi intervensi yang menarik, yakni dalam bentuk modul pendidikan berupa modul GETAR disertai bahasa dan gambar-gambar yang menarik. Modul GETAR ini juga memuat pencapaian dan kelemahan dari model terdahulu, serta substansinya menjadi penyempurna dan pelengkap dalam mengendalikan perilaku merokok siswa. Substansi dari modul intervensi GETAR adalah aspek pengetahuan meliputi pencapaian dan kelemahan model pengendalian perilaku merokok terdahulu, kelebihan model GETAR, sejarah tembakau, berbagai macam cara merokok, berbagai macam penyakit akibat merokok, anak-anak dan bahaya rokok, pandangan Islam terhadap rokok, dan keuntungan meninggalkan rokok; aspek sikap meliputi motivasi merokok dan kemauan menghindari dan berhenti merokok; serta aspek tindakan meliputi berhenti merokok: sebuah tinjauan kisah nyata bahaya merokok pada siswa. Tiap materi tersebut disampaikan dalam waktu 2 x 45 menit. Waktu pemberian materi adalah lewat modul GETAR dengan metode ceramah dan FGD (*Focus Group Discussions*), terutama saat Shalat Subuh, dengan melibatkan pemateri guru agama, ustadz, serta instruktur kesehatan. Pemberdayaan juga dilakukan untuk membantu kesuksesan pelaksanaan intervensi yakni membentuk Komunitas GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) di SMPN 1 Palu.



Pendekatan Spiritual GETAR menggunakan konsep agama, yang dalam hal ini dicontohkan agama Islam dengan membantu individu untuk menemukan fitrahnya. Konseling berdasarkan ilmu keislaman ini digunakan untuk menyelesaikan *problem* yang menjadi kendala bagi perorangan untuk mengalami perkembangan fitrah yang baik. Menemukan fitrah berguna untuk selalu dekat dengan Allah SWT dan mampu mengembangkan diri untuk memecahkan masalah kehidupannya sendiri dan melakukan konseling dengan diri sendiri berdasarkan bimbingan dari Allah SWT melalui ibadah dan penerapan ilmu keislaman dalam kehidupan individu sejak masih anak-anak. Bimbingan ini cenderung efektif terhadap anak. Semua bimbingan bergantung kepada kemunculan koneksi dengan anak-anak untuk mendukung proses bimbingan itu sendiri. Untuk dapat membangun hubungan dengan anak, seorang pemateri atau fasilitator adakalanya membutuhkan waktu lebih lama hingga tercipta suatu kepercayaan dan keterikatan yang akan membantu proses bimbingan psikologi dapat berlangsung lebih lancar. Untuk itu lama pemberian materi dilakukan selama 3 hari dengan *rundown* kegiatan yang disiapkan. Setelah melakukan pre-test tentang perilaku merokok pada anak, kemudian dilakukan intervensi GETAR, dan post-test akan dilakukan 1 bulan kemudian.

Adapun yang menjadi harapan nantinya yakni anak yang tidak merokok, sekolah yang mampu menciptakan suasana pembatasan

tembakau, serta daerah/kota yang mampu mengembangkan model pendekatan spiritual untuk mencegah anak merokok. Sehingga diharapkan Pemerintah Kota Palu dapat menerapkan kebijakan dengan pendekatan spiritual pada seluruh sekolah khususnya SMP di Kota Palu tentang pengendalian perilaku merokok pada anak, yang nantinya terintegrasi dengan kurikulum di sekolah, akibat adanya *novelty* peneliti yakni modul pendidikan berupa modul GETAR.

## **E. Pembelajaran dari Berbagai Negara**

### **1. Masalah Terkait Merokok pada Anak**

Undang-undang bebas-rokok dikaitkan dengan manfaat besar bagi kesehatan anak. Mayoritas studi tentang kebijakan lainnya juga menunjukkan efek positif. Temuan ini memberikan dukungan kuat untuk implementasi kebijakan semacam itu secara komprehensif di seluruh dunia (Faber et al, 2017).

Undang-undang bebas-rokok dapat membantu mengurangi penggunaan rokok di kalangan remaja, bukti kuat untuk hubungannya terlihat pada wanita. Penelitian lebih lanjut yang menganalisis longitudinal diperlukan data di lebih banyak negara (Katikireddi et al, 2016).

Penelitian yang menilai ekuitas dampak intervensi/kebijakan pengendalian tembakau terhadap kaum muda sangat sedikit. Kenaikan harga/pajak paling konsisten memiliki dampak ekuitas positif. Ada

kebutuhan untuk memperkuat bukti dasar untuk dampak ekuitas tembakau pada kelompok pemuda yang diintervensi (Brown et al, 2014).

Diberlakukannya undang-undang bebas-rokok pada tahun 2006 dikaitkan di Skotlandia dengan penurunan tingkat penyakit pernapasan pada populasi dengan paparan pekerjaan terhadap lingkungan asap tembakau (Mackay et al, 2010).

Undang-undang bebas-rokok dikaitkan dengan pengurangan substansial dalam kelahiran prematur dan kejadian asma di rumah sakit. Bersama dengan manfaat kesehatan pada orang dewasa, penelitian ini memberikan dukungan kuat bagi WHO untuk menciptakan rekomendasi lingkungan bebas-rokok (Been et al, 2014).

Diperlukan tindakan mendesak untuk mengurangi ketidakadilan dalam paparan asap rokok. Tindakan semacam itu harus mencakup penekanan pada pengurangan merokok di mobil dan rumah (Moore et al, 2012).

Undang-undang bebas asap rokok adalah strategi efektif untuk mengurangi risiko pada remaja tanpa paparan asap rokok di rumah. Namun, di antara remaja dengan paparan asap rokok di rumah, tidak ada manfaat yang terdeteksi (Dove et al, 2010).

Prevalensi paparan asap rokok di rumah dan di luar rumah keduanya mengalami peningkatan pada siswa sekolah dasar di Hong Kong pasca-undang-undang. Undang-undang bebas asap rokok yang

komprehensif tanpa dukungan yang kuat untuk berhenti merokok mungkin telah menyebabkan perilaku merokok di rumah-rumah anak menjadi kecil (Ho et al, 2010).

Ketika merancang dan mengimplementasikan program pengendalian tembakau, pemerintah harus memprioritaskan larangan merokok dan kenaikan harga produk tembakau diikuti oleh intervensi lain. Studi tambahan diperlukan pada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas dan kelayakan kebijakan seperti biaya, konteks lokal, hambatan politik dan strategi implementasi (Hoffman & Tan, 2015).

Implementasi dari langkah-langkah pengurangan permintaan WHO FCTC yang penting terkait secara signifikan dengan prevalensi merokok yang lebih rendah, dengan pengurangan morbiditas dan mortalitas terkait tembakau di masa mendatang. Temuan ini memvalidasi seruan untuk implementasi secara kuat WHO FCTC dalam Rencana Aksi Global WHO untuk Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular 2013-2020, dan dalam memajukan Keberlanjutan PBB pada Tujuan Pembangunan 3, menetapkan target global untuk mengurangi penggunaan tembakau dan kematian dini akibat penyakit tidak menular menjadi sepertiga pada tahun 2030 (Gravely et al, 2017).

Pengenalan undang-undang nasional bebas asap rokok di Inggris dikaitkan dengan sekitar 11.000 lebih sedikit kasus di rumah sakit per

tahun untuk infeksi saluran pernapasan pada anak-anak (Been et al, 2015).

Studi menilai dampak dari salah satu kebijakan pengawasan tembakau yang dianjurkan WHO terkandung dalam akronim MPOWER (Pantau penggunaan tembakau dan kebijakan pencegahan; Lindungi orang dari asap tembakau; Tawarkan bantuan untuk berhenti menggunakan rokok; Peringatkan tentang bahaya tembakau; Menegakkan larangan iklan, promosi tembakau dan pemberian sponsor; dan Naikkan pajak tembakau), pada setidaknya satu hasil yang menarik pada anak-anak berusia 0-12 tahun. Hasil utama adalah: kematian perinatal, kelahiran prematur, asma di rumah sakit dan infeksi saluran pernapasan di rumah sakit (Been et al, 2015).

## **2. Data dan Fakta Tentang Merokok pada Anak**

Level tinggi perokok laki-laki dan peningkatan pesat perokok perempuan menunjukkan meningkatnya beban dari penyakit yang berhubungan dengan tembakau, kebutuhan mendesak untuk memperkuat kontrol tembakau pada remaja di China (Han & Chen, 2015).

Eksperimen perokok mingguan, kemasan polos meningkatkan perhatian visual peringatan kesehatan dari branding rokok. Perokok harian, bahkan yang relatif awal merokok, tampaknya menghindari peringatan kesehatan pada bungkus rokok. Remaja yang tidak pernah merokok menyadari peringatan kesehatan secara istimewa pada jenis

bungkus rokok, sebuah temuan yang mungkin mencerminkan keputusan mereka untuk tidak merokok (Maynard et al, 2012).

Orang tua dan saudara kandung yang merokok adalah hal kuat dan penentu yang signifikan dari risiko merokok anak-anak dan remaja, dengan demikian risiko kesehatan harus dapat dihindari. Seharusnya anak-anak terlindung dari paparan perilaku merokok, terutama oleh anggota keluarga (Leonardi-Bee et al, 2011).

Paparan iklan elektronik rokok mengurangi persepsi anak-anak tentang bahaya merokok. Meta-analisis yang diperbarui terdiri dari tiga studi dengan 1935 anak diperoleh bahwa paparan berbagai jenis iklan e-rokok (glamor, sehat, beraroma, tidak beraroma) memiliki bahaya yang lebih rendah dibandingkan merokok satu atau dua rokok tembakau (Vasiljevic et al, 2018).

Sekitar satu dari sepuluh siswa sekolah menengah adalah perokok, satu dari tiga perokok merokok lebih dari satu kali per hari, dan seperempat dari yang bukan perokok pernah merokok niat merokok di Cina. Tingkat merokok lebih tinggi di antara siswa dari bangsa Tujia daripada Han. Studi ini memberikan beberapa informasi penting untuk program pengendalian tembakau di masa depan di antara siswa sekolah menengah di wilayah otonomi etnis minoritas dan pemukiman minoritas pada negara multi-etnis (Xu et al, 2017).

Efek dari kesulitan yang berhubungan dengan buruknya perkembangan anak, memanfaatkan prinsip-prinsip kanalisasi

pengalaman psikobiologis dan menanamkan pengalaman biologis. Mereka mengintegrasikan temuan dari penelitian tentang fisiologi stres, fungsi neurokognitif, dan pengaturan sendiri untuk mempertimbangkan proses adaptif dalam menanggapi kesulitan pada aspek perkembangan anak. Penelitian terbaru tentang pengasuhan dini dipasangkan dengan penelitian dalam ilmu pencegahan untuk memberikan reorientasi dalam memikirkan cara-cara dimana kesulitan psikososial dan ekonomi terkait dengan kesinambungan dalam pembangunan manusia (Blair & Raver, 2012).

Remaja sangat mungkin memulai penggunaan tembakau dan lebih banyak lagi rentan terhadap ketergantungan tembakau jangka panjang. Meski faktor-faktor penting seperti kondisi lingkungan, genetika, perbedaan jenis kelamin, dan konstituen tembakau selain nikotin telah diakui, relatif sedikit yang diketahui tentang mekanisme saraf yang meningkat sensitivitasnya terhadap penyalahgunaan tembakau selama masa remaja (O'Dell, 2011).

Proses inisiasi merokok dari lahir hingga dewasa muda adalah tidak homogen, dengan subkelompok yang berbeda yang risiko timbulnya merokok adalah terkait dengan tahapan spesifik dalam perjalanan hidup (Chen & Jacques-Tiura, 2014).

Memahami tren dalam prevalensi merokok di kalangan kaum muda memungkinkan para pembuat kebijakan untuk menargetkan sumber daya pencegahan secara lebih efektif. Setiap 2 tahun, analisis

data dari Survei Perilaku Risiko Remaja Nasional mengevaluasi tren penggunaan rokok di kalangan siswa sekolah menengah di Amerika Serikat (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Siswa laki-laki yang memiliki sikap negatif terhadap merokok, yang tidak memiliki seorang ayah atau teman yang merokok, dan berasal dari keluarga kaya menunjukkan kecenderungan rendah untuk mulai merokok pada usia muda usia. Studi ini memberikan beberapa implikasi terhadap kebijakan pengendalian tembakau di kalangan siswa sekolah menengah pria di kota (Xu et al, 2016).

### **3. Faktor yang Mempengaruhi Pencegahan Merokok pada Anak**

Faktor-faktor yang terkait dengan inisiasi merokok pada anak, mengungkapkan pentingnya pendidikan kesehatan yang mendukung strategi untuk mengubah kenyataan ini (Teixeira et al, 2017).

Prevalensi merokok tembakau dan penyalahgunaan zat, khususnya pada pria, adalah cukup tinggi. Tampaknya perencanaan intervensi pencegahan untuk bagian populasi ini diperlukan. Penelitian ini menekankan pada kejadian perilaku berisiko, jadi perilaku berisiko tinggi yang lebih baik secara bersamaan ditargetkan mengurangi atau mencegah intervensi (Kabir et al, 2016).

Analisis bertingkat menyediakan wawasan penting dalam efek intervensi diferensial untuk kelompok sosial ekonomi yang lebih tinggi dan lebih rendah. Meskipun temuan dari berbagai studi beragam, intervensi yang menggunakan pendekatan jejaring sosial di mana anak-



anak diizinkan untuk memberikan intervensi sendiri mungkin merupakan strategi yang sukses dalam menargetkan remaja dari kelompok sosial ekonomi rendah (Mercken et al, 2012).

Hubungan antara kontekstual dan karakteristik komunitas dengan akses remaja ke tembakau melalui sumber komersial yang dapat membantu pembuat kebijakan mengidentifikasi dan menargetkan komunitas dan outlet yang berisiko dalam mengurangi akses remaja ke tembakau (Lipperman et al, 2014).

Perbedaan etnis yang signifikan dalam akses remaja untuk tembakau dan menyiratkan bahwa mereka mungkin dihilangkan oleh kebijakan dan intervensi yang meningkatkan tuntutan petugas untuk identifikasi pemuda (Landrine et al, 2010).

Lingkungan sekolah menengah, iklan bertarget membuat orang-orang kulit hitam lebih banyak promosi dan harga lebih rendah untuk merek rokok mentol terkemuka. Bukti ini bertentangan dengan klaim pabrikan bahwa ketersediaan promosi tidak didasarkan pada ras/etnis. Ini juga menyoroti perlunya kebijakan pengendalian tembakau yang akan membatasi kesenjangan dalam paparan pemasaran ritel untuk rokok (Henriksen et al, 2012).

Pencegahan tembakau yang intensif meningkatkan kemampuan orang tua yang merokok untuk melindungi anak-anak mereka dari paparan asap rokok (Carlsson et al, 2013).

Harga rokok yang lebih tinggi akan mengurangi tingkat prevalensi merokok dari subpopulasi kulit hitam, Hispanik, perempuan, lebih cepat daripada populasi pemuda secara keseluruhan dan sub-populasi pemuda lainnya. Selain itu, penelitian ini menyimpulkan bahwa undang-undang udara bebas-rokok akan mengurangi prevalensi merokok untuk populasi pemuda secara keseluruhan dengan pengurangan terbesar dalam subpopulasi pria (Tauras et al, 2013).

Menerapkan kebijakan bebas asap rokok di semua perumahan umum AS dapat menyelamatkan nyawa dan mengurangi morbiditas dan mortalitas pada penduduk yang tidak merokok, menghasilkan penghematan sosial tahunan \$ 267 juta (Mason et al, 2015).

Kerugian produktivitas akibat kematian dini dan penyakit yang disebabkan oleh merokok diperkirakan mencapai \$ 2,84 miliar dan \$ 941 juta masing-masing. Temuan mendukung kebutuhan yang kuat untuk pengendalian tembakau dan program pencegahan untuk mengurangi beban kesehatan dan ekonomi akibat merokok di Alabama. Hasil ini digunakan oleh petugas kesehatan negara untuk menggambarkan biaya sebenarnya dari merokok di Alabama dan untuk mengadvokasi peningkatan kebijakan pengendalian tembakau (Fosson et al, 2014).

Tingkat pencapaian pendidikan yang sangat rendah oleh ayah, merokok lebih banyak dan juga mengonsumsi obat-obatan terlarang, prestasi akademik yang rendah, memiliki izin dari orang tua untuk

merokok, dan menghadiri sekolah umum semuanya terkait untuk meningkatkan risiko yang lebih tinggi untuk merokok di lingkungan sekolah (Galan et al, 2012).

#### **4. Model Pendekatan**

Tindakan kebijakan publik berbasis bukti penting yang mana kapan diimplementasikan, akan mengurangi penggunaan produk tembakau dan paparan asap tembakau pada kaum muda dan dengan dengan sumber daya yang baik dapat meningkatkan kesehatan anak-anak dan kaum muda serta orang dewasa (Farber & Nelson, 2015).

Fokus nikotin dan pembahasan tahapan penggunaan yang berkembang menjadi ketergantungan pada produk yang mengandung nikotin; karakteristik fisiologis, neurobiologi, metabolisme, farmakogenetika, dan efek kesehatan dari nikotin; dan toksisitas nikotin akut. Akhirnya, beberapa pendekatan disposisi yang lebih baru untuk penghentian direkomendasikan (Siqueira, 2017).

Manajemen konflik dan struktur profesionalisme birokrasi adalah fungsi kebijakan yang penting karena konflik dapat berubah menjadi aksi politik, membahayakan masa depan aturan yang menjanjikan (Lillvis, 2019).

Meskipun tujuan intervensi harus lengkap dalam penghentian penggunaan tembakau dan nikotin, mereka juga harus melakukannya dengan merangkul potensi pengurangan dampak buruk untuk tembakau seperti rokok elektronik, yang meskipun tidak bebas risiko,

merupakan ancaman yang lebih rendah bagi orang dewasa dan kesehatan anak daripada rokok konvensional. Namun untuk 70% atau lebih dari negara-negara yang belum menerapkan undang-undang kawasan tanpa rokok, prioritas terbesar adalah seperti Irlandia yang bebas asap rokok, dan menuai manfaat utama untuk kesehatan masyarakat yang pasti akan mengikutinya (Britton, 2017).

Menegakkan hukum secara ketat yang melarang sarana dan prasarana penjualan tembakau kepada anak di bawah umur mengurangi kebiasaan merokok kaum muda dan itu penting komponen dari kampanye pencegahan tembakau komprehensif. Sementara setiap negara bagian melarang penjualan eceran di bawah umur, pembatasan ini sering tidak ditegakkan. Gagal menegakkan undang-undang usia minimum tidak hanya membuang-buang kesempatan konstruktif untuk mengurangi perilaku merokok pada remaja tetapi juga memberi tahu pada anak-anak bahwa undang-undang tidak perlu dipandang secara serius, yang nantinya akan merongrong upaya pengurangan tembakau lainnya di media, sekolah, dan masyarakat (Guilfoyle, 2010).

Memiliki perokok dalam keluarga mempengaruhi tidak hanya niat dan sikap anak-anak terhadap merokok, tetapi juga efektivitas pendidikan pencegahan merokok. Terutama itu sulit untuk meningkatkan "niat untuk tidak merokok saat anak-anak", "niat menolak rokok ketika ditawarkan", "sikap menjauh dari perokok", dan "berhasrat agar keluarga mereka tidak merokok". Program edukasi pencegahan

merokok menjadi kurang efektif, dalam situasi yang disebutkan dalam meningkatkan kesadaran dan sikap untuk merokok di antara siswa sekolah dasar dan sekolah menengah pertama (Okuda et al, 2018).

Saudara kandung dan teman yang merokok dapat memiliki pengaruh penting kerentanan kognitif anak pada usia 9-10 tahun terhadap merokok. Sementara beberapa temuan diferensial berdasarkan gender yang diamati, ini mungkin tidak cukup untuk menjamin intervensi pencegahan yang terpisah. Namun, penelitian lebih lanjut diperlukan (McGee et al, 2015).

Kesadaran akan risiko kesehatan dan dukungan untuk kebijakan spiritual bebas-rokok sangat tinggi di Ghana. Paparan terhadap iklan tembakau atau promosi terbatas dan sebagian besar perokok berusaha berhenti. Apakah temuan ini penyebab atau efek dari prevalensi merokok rendah saat ini masih tidak pasti (Owusu-Dabo et al, 2011).

Wawancara komprehensif tentang motivasi untuk berhenti merokok dilakukan hingga saat ini. Temuan ini menunjukkan bahwa pendekatan wawancara tentang motivasi untuk berhenti merokok cukup efektif untuk remaja dan dewasa. Namun, uji komparatif selanjutnya perlu dilakukan (Heckman et al, 2010).

Konstruksi *Health Belief Model* (HBM) dapat dimasukkan ketika memeriksa prediktor merokok dan mengembangkan program pencegahan merokok di kalangan mahasiswa pra-perguruan tinggi. Selain itu, dengan pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor

yang mempengaruhi perilaku kompleks merokok, bisa menjadi langkah yang berguna untuk mengurangi tingkat kematian, biaya, dan juga meningkatkan kesehatan masyarakat (Reisi et al, 2014).

Alasan utama untuk berhenti merokok termasuk bahwa merokok di tempat umum setiap hari lebih buruk jika dilihat, bersama dengan rasa malu dan rasa bersalah di depan lingkungan sosial dan keluarga, terutama karena menjadi kelompok profesional yang didedikasikan untuk kesehatan (Veny et al, 2011).

Model *Transtheoretical* adalah alat yang signifikan untuk berhenti merokok dengan kemampuannya untuk menggunakan berbagai model perubahan perilaku. Model *Transtheoretical* ini menjadikan perawatan model pilihan pada kecanduan yang berbeda (Fidanci et al, 2017).

Kehadiran nilai religius sekali per minggu atau lebih besar dibandingkan dengan tidak pernah berbanding terbalik dengan status merokok. Penelitian di masa depan harus mengeksplorasi faktor mediasi potensial dari hubungan antara kehadiran agama dan merokok di kalangan orang dewasa paruh baya untuk mendapatkan pemahaman yang lebih besar tentang mekanisme yang mendasari hubungan ini (Brown et al, 2014).

Berbagai penelitian terdahulu tentang model pengendalian perilaku merokok pada anak dapat dijelaskan pada tabel sintesa penelitian di bawah ini.

## F. Perbandingan Model Sebelumnya dengan Model Pendekatan Spiritual GETAR

Perbandingan model sebelumnya dengan model pendekatan spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) dapat dijelaskan sebagai berikut:

**Tabel 2.1. Perbandingan Model Sebelumnya dengan Model Pendekatan Spiritual GETAR**

No.	Model Sebelumnya	Model Pendekatan Spiritual GETAR
1.	Model <i>Health Belief</i> : Berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu terhadap suatu penyakit	Berfokus pada persepsi siswa tentang merokok
2.	Model Peduli Diri: Menggugah kesadaran diri remaja mengenai dampak yang ditimbulkan rokok	Menggugah hati remaja secara spiritual tentang pandangan agama terhadap merokok
3.	Model TTM ( <i>Transtheoretical Model</i> ): Meliputi 5 tahapan TTM, yaitu <i>pre-contemplation</i> (tidak berpikir untuk berhenti merokok), <i>contemplation</i> (berpikir untuk berhenti merokok dalam 6 bulan ke depan), <i>preparation</i> (berpikir untuk berhenti merokok dalam 30 hari ke depan), <i>action</i> (sudah berhenti merokok dalam 6 bulan), dan <i>maintenance</i> (sudah berhenti merokok lebih dari 6 bulan)	Meliputi tahapan yang secara langsung membuat siswa sadar untuk tidak mencoba merokok dengan dorongan spiritual dan tekad yang kuat
4.	Model Kawasan Tanpa Rokok: Memberlakukan kebijakan ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, dan atau penggunaan rokok	Menggugah komitmen siswa untuk sadar akan berbagai bahaya merokok dengan dorongan spiritual
5.	Model Pengaturan Iklan Rokok:	Pengaturan bimbingan spiritual yang bisa mempengaruhi

**Tabel 2.1A. Perbandingan Model Sebelumnya dengan Model Pendekatan Spiritual GETAR**

	keinginan siswa untuk menjauhi dan tidak mau mengenali rokok
<p>6. Model Terapi SEFT (<i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i>): Aspek terapi spiritual menjadi salah satu fokus terapi. Terapi dengan teknik yang berdasarkan prinsip-prinsip yang hampir sama dengan akupuntur, sebab sama-sama mengandalkan dari titik meridian tubuh</p>	<p>Aspek spiritual menjadi fokus materi edukasi. Pencegahan agar siswa tidak merokok dengan pendampingan dan dibekali dengan berbagai edukasi tentang ayat-ayat Al Qur'an dan Hadist tentang larangan dan bahaya merokok serta dampaknya terhadap perilaku negatif dan kesehatan. Cocok untuk anak dikarenakan masih dalam usia pertumbuhan dan bisa sedini mungkin membentuk persepsi yang baik tentang bahaya merokok lewat penyajian materi intervensi yang menarik. Substansi dari pendekatan spiritual GETAR adalah materi tentang kilas sejarah tembakau, berbagai macam cara merokok, motivasi merokok, berbagai macam penyakit akibat merokok, anak-anak dan bahaya rokok, sikap Islam terhadap rokok, keuntungan meninggalkan rokok, dan cara menghindari rokok. Waktu pemberian materi adalah lewat modul dengan metode ceramah dan FGD (<i>Focus Group Discussions</i>), terutama saat Shalat Subuh, dengan melibatkan pemateri guru agama, ustadz, serta instruktur kesehatan</p>

Berdasarkan berbagai model pada tabel 2.1, maka model yang dianggap paling mendekati dengan model pendekatan spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) adalah model *health belief*, model peduli diri, dan



model terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*). Namun tentunya model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR ini merupakan *novelty* sehingga menjadi hal yang baru dan belum pernah sama sekali dilakukan sebelumnya. Belum ada penelitian sebelumnya yang berfokus pada metode pendekatan spiritual pada anak atau siswa sekolah untuk mengendalikan perilaku merokok.

Adapun penelitian sebelumnya yang paling mendekati model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR ini adalah penelitian model *health belief* yang dilakukan oleh Wibowo (2017) bahwa lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan. Serta penelitian Reisi et al (2014) bahwa konstruksi *Health Belief Model* (HBM) dapat dimasukkan ketika memeriksa prediktor merokok dan mengembangkan program pencegahan merokok. Selain itu, dengan pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kompleks merokok, bisa menjadi langkah yang berguna untuk mengurangi tingkat kematian, biaya, dan juga meningkatkan kesehatan masyarakat.

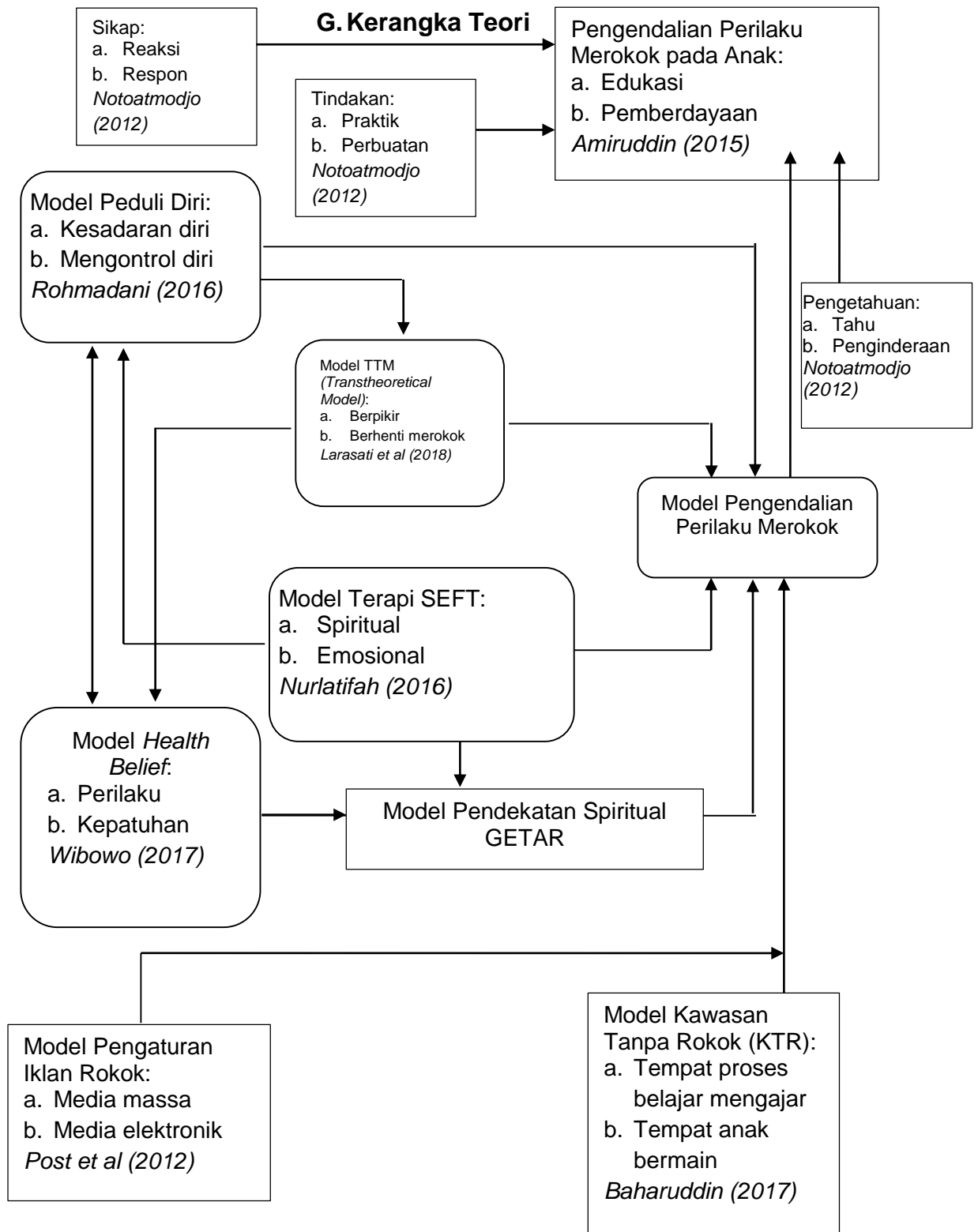
Penelitian sebelumnya yang juga paling mendekati model pengendalian perilaku merokok dengan pendekatan spiritual GETAR ini adalah penelitian model peduli diri yang dilakukan oleh Rohmadani (2016) bahwa remaja seharusnya telah mampu melihat segala sesuatu dari sudut

pandang yang baik atau buruk, sehingga para remaja yang telah mengetahui dampak-dampak merokok bagi kesehatan seharusnya juga tidak merokok lagi. Namun demikian, ditemukan bahwa remaja ternyata tidak terlalu peduli dengan dampak-dampak yang menyertai ketika mereka memutuskan untuk merokok dan tidak peduli pula dengan teman-temannya yang merokok sehingga mereka terkesan menjadi orang yang terlihat biasa ketika melihat seseorang berperilaku merokok dan bahkan menjadi perokok pasif. Diperlukan adanya kesadaran diri remaja mengenai dampak yang ditimbulkan rokok serta cara atau strategi mengontrol diri pada remaja agar tidak terjebak dalam perilaku merokok. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Veny et al (2011) bahwa alasan utama untuk berhenti merokok termasuk bahwa merokok di tempat umum setiap hari lebih buruk jika dilihat, bersama dengan rasa malu dan rasa bersalah di depan lingkungan sosial dan keluarga.

Penelitian yang lainnya adalah penelitian model terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) yang dilakukan oleh Nurlatifah (2016) bahwa SEFT adalah sebuah terapi yang mampu memberikan pelayanan terhadap klien, yang memiliki masalah fisik, emosi hingga perilaku maladaptif dengan pendekatan *energy psychology* dan kekuatan spiritual sehingga mampu mengembalikan kondisi normal dan dapat beraktivitas dengan optimal. Di samping itu, penelitian yang dilakukan oleh Brown et al (2014) bahwa kehadiran nilai religius sekali per minggu atau lebih besar dibandingkan dengan tidak pernah berbanding terbalik dengan

status merokok. Penelitian di masa depan harus mengeksplorasi faktor mediasi potensial dari hubungan antara kehadiran agama dan merokok.

Berbagai teori yang mendasari tentang model pengendalian perilaku merokok pada anak dapat dijelaskan pada gambar kerangka teori di bawah ini.

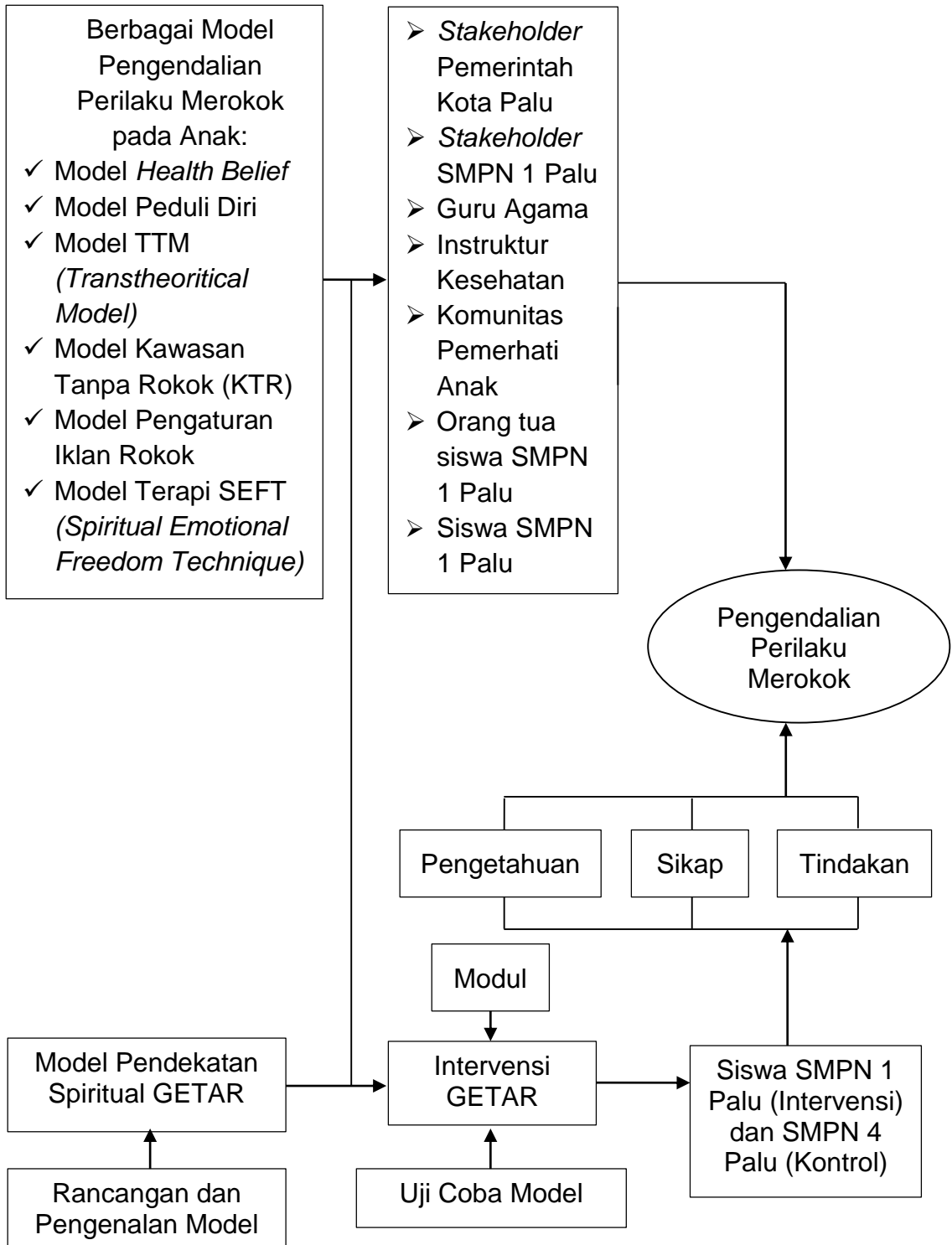


**Gambar 2.1. Kerangka Teori Model Pengendalian Perilaku Merokok pada Anak**

Berdasarkan berbagai teori model pengendalian perilaku merokok pada anak, maka konsep yang dipaparkan dalam penelitian ini yakni berbagai model pengendalian perilaku merokok pada anak yang meliputi model *health belief*, model peduli diri, model TTM (*Transtheoretical Model*), model Kawasan Tanpa Rokok (KTR), model pengaturan iklan rokok, serta model terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) sebagai model yang ada saat ini (*existing model*) yang akan dianalisis secara kualitatif dengan informan *stakeholder* Pemerintah Kota Palu, *stakeholder* SMPN 1 Palu, guru agama, instruktur kesehatan, komunitas pemerhati anak, dan siswa SMPN 1 Palu.

Rancangan dan pengenalan model pendekatan spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) ditawarkan peneliti, yang kemudian akan dilakukan uji coba model melalui intervensi GETAR dengan sampel siswa SMPN 1 Palu (kelompok intervensi) dan SMPN 4 Palu (kelompok kontrol) secara kuantitatif, untuk menganalisis pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam pengendalian perilaku merokok pada anak. Dapat dijelaskan pada gambar kerangka konsep di bawah ini.

## H. Kerangka Konsep



**Gambar 2.2. Kerangka Konsep Model Pengendalian Perilaku Merokok dengan Pendekatan Spiritual GETAR**

## **I. Hipotesis**

1. Ada perbedaan pengetahuan siswa SMPN 1 Palu tentang merokok sebelum dan sesudah intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok).
2. Ada perbedaan sikap siswa SMPN 1 Palu tentang merokok sebelum dan sesudah intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok).
3. Ada perbedaan tindakan siswa SMPN 1 Palu tentang merokok sebelum dan sesudah intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok).
4. Ada perbedaan pengetahuan siswa antara yang diberi intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) (siswa SMPN 1 Palu) dengan yang tidak diberi intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) (siswa SMPN 4 Palu).
5. Ada perbedaan sikap siswa antara yang diberi intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) (siswa SMPN 1 Palu) dengan yang tidak diberi intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) (siswa SMPN 4 Palu).
6. Ada perbedaan tindakan siswa antara yang diberi intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) (siswa SMPN 1 Palu) dengan yang tidak diberi intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) (siswa SMPN 4 Palu).

## J. Definisi Konseptual

1. Model *Health Belief* adalah metode dengan pendekatan perilaku individu yang dipengaruhi oleh persepsi dan kepercayaan individu itu sendiri tentang merokok, tanpa memandang apakah persepsi dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas. .
2. Model Peduli Diri adalah metode membentuk kesadaran diri remaja mengenai dampak yang ditimbulkan rokok serta cara atau strategi mengontrol diri pada remaja agar tidak terjebak dalam perilaku merokok.
3. Model TTM (*Transtheoretical Model*) adalah metode untuk berhenti merokok melalui *pre-contemplation* (tidak berpikir untuk berhenti merokok), *contemplation* (berpikir untuk berhenti merokok dalam 6 bulan kedepan), *preparation* (berpikir untuk berhenti merokok dalam 30 hari kedepan), *action* (sudah berhenti merokok dalam 6 bulan), dan *maintenance* (sudah berhenti merokok lebih dari 6 bulan).
4. Model Kawasan Tanpa Rokok adalah metode pemberlakuan kebijakan ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, dan atau penggunaan rokok, seperti tempat proses belajar mengajar dan tempat anak bermain.



5. Model Pengaturan Iklan Rokok adalah metode pengaturan iklan tentang rokok yang menarik perhatian yang bisa mempengaruhi keinginan anak terhadap rokok pada media massa dan media elektronik.
6. Model Terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) adalah metode terapi dengan teknik yang berdasarkan prinsip-prinsip yang hampir sama dengan akupuntur, sebab sama-sama mengandalkan dari titik meridian tubuh.
7. Model Pendekatan Spiritual GETAR adalah metode pendekatan spiritual yang dapat mengendalikan perilaku merokok pada anak meliputi wawasan edukasi spiritual dan pendampingan spiritual. Dalam penelitian ini, pendekatan spiritual meliputi aspek kuantitatif berupa intervensi spiritual GETAR (Gerakan Tanpa Rokok) di sekolah untuk menilai perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan siswa kelas 7, 8, dan 9 SMPN 1 Palu tentang merokok pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol serta aspek kualitatif berupa wawancara dengan komponen sekolah serta advokasi kepada Pemerintah Kota Palu tentang proyeksi penerapan kebijakan dengan pendekatan spiritual dalam pengendalian merokok pada anak di seluruh SMP Kota Palu dan Pemerintah Kota Palu. Sebagai kelompok kontrol, yang tidak diberikan intervensi spiritual GETAR, adalah siswa SMPN 4 Palu. Modul yang telah disiapkan akan diedukasikan pada siswa SMPN 1 Palu, yakni dalam bentuk modul pendidikan berupa

modul GETAR. Kelebihan dari intervensi spiritual GETAR ini adalah siswa diberikan pendampingan dan dibekali dengan berbagai edukasi tentang ayat-ayat Al Qur'an dan Hadist tentang larangan dan bahaya merokok serta dampaknya terhadap perilaku negatif dan kesehatan. Cocok untuk anak dikarenakan masih dalam usia pertumbuhan dan bisa sedini mungkin membentuk persepsi yang baik tentang bahaya merokok lewat penyajian materi intervensi yang menarik. Substansi dari pendekatan spiritual GETAR adalah materi tentang kilas sejarah tembakau, berbagai macam cara merokok, motivasi merokok, berbagai macam penyakit akibat merokok, anak-anak dan bahaya rokok, sikap Islam terhadap rokok, keuntungan meninggalkan rokok, dan cara menghindari rokok. Waktu pemberian materi adalah lewat modul GETAR dengan metode ceramah dan FGD (*Focus Group Discussions*), lewat tatap muka langsung dan online terutama saat ba'da Shalat Subuh, kultum setelah shalat, dengan melibatkan pemateri guru agama, instruktur kesehatan, dan *stakeholder* terkait selama 3 hari. Setelah melakukan pre-test tentang perilaku merokok pada anak, kemudian dilakukan intervensi GETAR, dan post-test akan dilakukan 1 bulan kemudian.

8. Pengetahuan adalah pemahaman siswa tentang merokok. Kriteria objektif dari pengetahuan adalah :

Kurang : Jika skor jawaban dari responden < Median

Cukup : Jika skor jawaban dari responden  $\geq$  Median

9. Sikap adalah reaksi atau respon siswa tentang merokok. Kriteria objektif dari sikap adalah :

Negatif : Jika skor jawaban dari responden  $<$  Median

Positif : Jika skor jawaban dari responden  $\geq$  Median

10. Tindakan adalah perubahan intensitas merokok yang dilakukan siswa.

Kriteria objektif dari tindakan adalah :

Tidak Berubah : Jika jumlah batang rokok yang dihisap per hari pada saat post test = pre test

Berubah : Jika jumlah batang rokok yang dihisap per hari pada saat post test  $<$  pre test

11. Pengendalian perilaku merokok adalah upaya pembatasan agar anak berkurang dan tidak merokok lewat edukasi dan pemberdayaan. Secara kualitatif pengendalian perilaku merokok akan dianalisis melalui berbagai model pengendalian perilaku merokok pada anak yang ada saat ini (*existing model*) dan secara kuantitatif model yang ditawarkan yakni model pendekatan spiritual GETAR.