GAMBARAN *HEALTH BELIEF* PADA PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA DI SMAN 7 PADANGSIDIMPUAN

SKRIPSI

Oleh :

SAMSON BAHRI HARAHAP
NPM. 21010054

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTAPADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2026

GAMBARAN *HEALTH BELIEF* PADA PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA DI SMAN 7 PADANGSIDIMPUAN

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

SAMSON BAHRI HARAHAP
NPM. 21010054

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2026

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN *HEALTH BELIEF* PADA PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA DI SMAN 7 PADANGSIDIMPUAN

Skripsi Ini Telah Diseminarkan dan Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan
di Kota Padangsidimpuan

Padangsidimpuan, Juli 2026

Pembimbing Utama

Ns. Asnil Adli Simamora, M.Kep
NUPTK. 8453767668130273

Pembimbing Pendamping

Ns. Ulfah Hidayah Almadany, M. Kep
NUPTK. 5243775676230153

Ketua Program Studi
Keperawatan Program Sarjana

Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep
NUPTK. 8743762663230272

Dekan Fakultas Kesehatan

Dr. Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep
NUPTK. 5460767668230232

HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama	: Samson Bahri Harahap
NPM	: 21010054
Program Studi	: Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "**Gambaran *Health Belief* Pada Perilaku Merokok Pada Remaja Di SMA N 7 Padangsidimpuan** " benar bebas dari plagiat, dan apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan .

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padangsidimpuan, Juli 2026

Penulis



Samson Bahri Harahap

IDENTITAS PENULIS

Nama	: Samson Bahri Harahap
NPM	: 21010054
Tempat/Tanggal Lahir	: Padangsidimpuan, 12 Februari 2003
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Padangsidimpuan Hutaimbaru

Riwayat Pendidikan:

1. SD Negeri 200405 Padangsidimpuan : Lulus 2015
2. Mts Nurul Huda : Lulus 2018
3. SMK N 2 Padangsidimpuan : Lulus 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan hidayah-NYA penulis dapat Menyusun skripsi dengan judul "**Gambaran *Health Belief* Pada Perilaku Merokok Pada Remaja di SMAN 7 Padangsidimpuan".** Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan di program studi keperawatan program sarjana fakultas kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

Dalam proses penulisan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dr. Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas AufaRoyhan di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep, selaku ketua program studi keperawatan program sarjana Fakultas Kesehatan Universitas AufaRoyhan di Kota Padangsidimpuan.
3. Ns. Asnil Adli Simamora, M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu membimbing dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ns. Ulfah Hidayah Almadany, M. Kep, selaku pembimbing pendamping, yang telah meluangkan waktu membimbing dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.K.M, selaku ketua penguji yang telah meluangkan waktu membimbing dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Ns. Miftahul Khoiriyah Siregar, M. Kep, selaku anggota penguji yang telah meluangkan waktu membimbing dalam penyelesaian skripsi ini

7. Seluruh dosen program studi keperawatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan.
8. Teristimewa penulis ucapkan terima kasih kepada Ayahanda dan Ibunda serta saudara – saudara tersayang yang selalu mendoakan dan mensuport penulis.

Kritik dan saran yang bersifat membangun penulis harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah-mudahan skripsi ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca. Amin

Padangsidimpuan, 15 Juli 2026
Penulis

Samson Bahri Harahap

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2025

Laporan penelitian, Juli 2026
Samson Bahri harahap

GAMBARAN *HEALTH BELIEF* PADA PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA DI SMAN 7 PADANGSIDIMPUAN

ABSTRAK

Latar belakang : Remaja cenderung memiliki rasa ingin tahu yang besar. Studi menunjukkan bahwa remaja lebih mungkin untuk merokok daripada orang dewasa. Berdasarkan data *Global Youth Tobacco Survey* (2019) perokok pada remaja dari tahun 2016 sampai tahun 2019 naik dari 18,3% menjadi 19,2%. Indonesia sendiri menunjukkan data remaja yang perokok sebanyak 56,5%. Sementara data perokok remaja di provinsi Sumatera Utara sebanyak 26,28%. Kandungan bahan kimia dalam rokok memacu kerja susunan syaraf pada tubuh sehingga detak jantung dan tekanan darah bekerja semakin cepat. Selain itu, merokok menyebabkan munculnya penyakit mematikan lainnya. Salah satu teori yang digunakan untuk mengananlisis suatu perilaku adalah *Health Belief Model*. HBM digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan yang berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu.

Kata kunci : *Health Belief,* Smoking Behavior
Daftar Pustaka : 48 (2008–2025)

NURSE PROGRAM OF HEALTH FACULTY
AT AUFA ROYHAN UNIVERSITY IN PADANGSIDIMPUAN

Research Report, July 2026
Samson Bahri Harahap

THE DESCRIPTION OF HEALTH BELIEFS RELATED TO SMOKINGBEHAVIORAMONG ADOLESCENTS AT SMA NEGERI 7 PADANGSIDIMPUAN

ABSTRACT

Health Belief refers to individual behavior influenced by personal perceptions and beliefs, regardless of whether these perceptions and beliefs are consistent with reality. This study aimed to describe health beliefs related to smoking behavior among adolescents at SMA Negeri 7 Padangsidimpuan. This research employed a quantitative method using a descriptive research design. The Data collection was conducted using quantitative techniques. The population in this study consisted of 124 students, and the sample was determined using purposive sampling, resulting in 55 respondents. The results showed that 39 students had good health beliefs (70.9%), while 16 students had poor health beliefs (29.1%). This study is expected to serve as basic data and information for further research related to health beliefs and smoking behavior among adolescents.

Keywords : *Health Belief, Smoking Behavior*
Reference : *48 (2008–2025)*



DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT ..... **iii**
IDENTITAS PENULIS ..... **iv**
KATA PENGANTAR ..... **v**
ABSTRAK ..... **vii**
ABSTRACT ..... **viii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **xi**
DAFTAR SKEMA ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**

BAB 1 PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 Tujuan Dan Manfaat 5
1.3.2 Tujuan Khusus 6
1.4 Manfaat 6
1.4.1 Manfaat Praktis 6
1.4.2 Manfaat Teoritis 7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA **8**
2.1 Health Belief 8
2.1.1 Pengertian *Health Belief* 8
2.1.2 Gambaran Health Belief 9
2.1.3 Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi *Health Belief* Model (HBM) 10
2.2 Perilaku Merokok 11
2.1.1 Definisi Perilaku Merokok 11
2.1.2 Aspek-aspek Perilaku Merokok 12
2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Merokok 15
2.3 Remaja 16
2.3.1 Definisi Remaja 16
2.3.2 Aspek-aspek Perkembangan Masa Remaja 17
2.3 Kerangka konsep 19

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN **20**
3.1 Jenis Dan Desain Penelitian 20
3.2 Tempat Dan Waktu Penelitian 20
3.2.1 Tempat penelitian 20
3.2.2 Waktu penelitian 20
3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian 21
3.3.1 Populasi penelitian 21
3.3.2 Sampel Penelitian 21
3.4 Alat Pengumpul Data 23

3.5 Prosedur pengumpulan data 23
3.6 Definisi Operasional 24
3.7 Pengolahan dan Analisa data 25
3.7.1 Pengolahan Data 25
3.7.2 Analisa data 26

BAB 4 HASIL PENELITIAN 27
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 27
4.2 Hasil Penelitian 27
4.2.1 Analisis Univariat 27

BAB 5 PEMBAHASAN 29
5.1 Karakteristik Umur Siswa 29
5.1.1 Pembahasan 29
5.2 Distribusi Kelas Siswa 32
5.2.1 Pembahasan 32
5.3 *Health Belief* Siswa 36
5.3.1 Pembahasan 36

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN 40
6.1 Kesimpulan 40
6.2 Saran 41

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Rencana Kegiatan dan Waktu Penelitian 20
Tabel 3.2 Data Operasional 24
Tabel 4.1 Distribusi Umur Siswa Di SMAN 7 Padangsidimpuan 27
Tabel 4.2 Distribusi Kelas Siswa Di SMAN 7 Padangsidimpuan 28
Tabel 4.3 Distribusi Kelas Siswa Di SMAN 7 Padangsidimpuan 28

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Konsep 19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat izin survei pendahuluan dari Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan
Lampiran 2 Surat balasan izin survei pendahuluan dari tempat penelitian
Lampiran 3 Surat izin penelitian dari Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan
Lampiran 4 Surat balasan izin penelitian dari tempat penelitian
Lampiran 5 Permohonan menjadi responden
Lampiran 6 Persetujuan menjadi responden (*informed consent*)
Lampiran 7 Kuesioner
Lampiran 8 Master tabel
Lampiran 9 Hasil output SPSS
Lampiran 10 Lembar Konsultasi
Lampiran 11 Dokumentasi Penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Remaja cenderung memiliki rasa ingin tahu yang besar. Studi menunjukkan bahwa siswa lebih mungkin untuk merokok daripada orang dewasa. Apalagi berdasarkan hasil riset terbaru mengatakan bahwa remaja yang merokok setiap tahun semakin meningkat. Berdasarkan data *Global Youth Tobacco Survey* (2019) perokok pada remaja dari tahun 2016 sampai tahun 2019 naik dari 18,3% menjadi 19,2%. Diikuti oleh data yang didapatkan dari *Centers For Disease Control And Prevention* (2023) penggunanaan produk tembakau pada usia remaja di Amerika sebanyak 12,6%, di Afrika sebanyak 12,9% dan Swedia sebanyak 5,6%. Kemudian *Cigarette Sales in Korea* (2023) didapatkan sebanyak 19,3% remaja dikorea merupakan pengguna tembakau aktif.

Indonesia sendiri menunjukkan data remaja yang perokok sebanyak 56,5% (Survey Kesehatan Indonesia, 2023). Sementara data perokok remaja di provinsi Sumatera Utara sebanyak 26,28% (BPS, 2023). Merokok tidak hanya akan menimbulkan resiko pada diri sendiri, tetapi juga dapat membahayakan Kesehatan orang lain yang berada di sekitar. Resiko Kesehatan yang muncul akibat merokok seperti merusak gigi, menyebabkan bau mulut, kerontokan rambut, penyakit paru-paru kronis, stroke, bahkan kanker (Kemenkes Ri, 2023).

Global Burden of Disease (2023) rokok menjadi penyebab kanker paru-paru seluruh dunia dan mayoritas penyebab kematian akibat kanker paru-paru dialami oleh perokok aktif. Perilaku merokok merupakan aktivitas membakar tembakau lalu kemudian dihirup atau dihisap melalui pipa atau rokok (sari dkk, 2015).

Perilaku merokok sering dijumpai dalam kehidupan sehari-hari. Bahkan, rokok telah menjadi komoditas yang berkaitan dengan budaya. Seperti, mudahnya menjumpai rokok dalam keseharian sebagai sajian di samping makanan atau minuman, dan rokok juga digunakan sebagai symbol ucapan terimakasih kepada seseorang (sugiharti et al, 2015). Terdapat banyak faktor yang melatarbelakangi terjadinya perilaku merokok seperti faktor biologis, tingkah laku, psikologis, dan sosial yang saling mempengaruhi (Iffah & Faradina, 2018).

Salah satu teori yang dapat digunakan untuk menggambarkan perilaku adalah *Health Belief* yang dirancang oleh Becker (1990) dengan mengkaji perilaku seseorang terkait upaya pencegahan penyakit dan tingkat kepatuhan. Perilaku merokok itu bersifat pribadi dimana keputusan untuk merokok atau tidak itu berdasarkan keinginan individu itu sendiri. Teori *health belief,* mengemukakan bahwa perilaku individu itu dapat dipengaruhi oleh persepsi atau keyakinan individu itu sendiri tanpa memperhatikan sejauh mana kesesuaian dengan kenyataan. 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 penilain subjektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang individu berdasarkan keyakinan dan kepercayaannya, dalam kenyataan di lapangan penilaian secara subjektif inilah yang sering dijumpai dimasyarakat (Wibowo, 2017; Priyoto, 2014).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (2017) Berdasarkan dari komponen *Health Belief* pada mahasiswa perokok aktif seluruhnya pada kategori sedang yaitu *perceived suspecbility s*ecara umum berada pada kategori sedang sebesar 66%, *perceived severity* secara umum berada pada

kategori sedang sebesar 93%, *perceived benefit* secara umum berada pada kategori sedang sebesar 71%. *perceived barrier* secara umum berada pada kategori sedang sebesar 92%, *cues to action* secara umum berada pada kategori sedang sebesar 77%. Kemudian penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fasa (2024) sebanyak 85.4% responden memiliki *Health Belief* yang kuat. Pada dasarnya, mereka yakin akan manfaat dari berhenti merokok, namun masih menghadapi hambatan yang membuat sulit untuk menghentikan kebiasaan perilaku merokok.

Berdasarkan dampak dari merokok sudah terlihat secara realita dari berita-berita yang ada, tetapi masih kerap dilakukan. Dimana terdapat 30 dari 193 siswa merupakan perokok Salah satu teori yang dapat digunakan untuk menggambarkan suatu perilaku adalah *Health Belief* dimana 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 penilain subjektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang individu berdasarkan keyakinan dan kepercayaannya, dalam kenyataan di lapangan penilaian secara subjektif inilah yang sering dijumpai dimasyarakat (Priyoto, 2014).

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 penilain subjektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang individu berdasarkan keyakinan dan kepercayaannya, dalam kenyataan di lapangan penilaian secara subjektif inilah yang sering dijumpai dimasyarakat (Priyoto, 2019: 136).

Menurut *World Health Organization* (2005) yang dimaksud dengan sehat atau health adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan. *Belief* dalam bahasa inggris artinya percaya atau keyakinan.Menurut peneliti *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. *Health Belief* merupakan sebuah teori psikologi yang berupaya menjelaskan dan memprediksi perilaku sehat dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu (Cindy fatika sari,dkk 2021).

Konsep dasar dari teori adalah bahwa perilaku menjaga kesehatan ditentukan oleh persepsi personal individu untuk memahami suatu penyakit dan strategi-strategi yang tersedia untuk menghentikan kemunculan penyakit tersebut. (Janz, Champion & Strecher, 2002 dalam Purwodiharjo O.M & Suryani A.O, 2020). Penelitian serupa telah dilakukan oleh peneliti lainnya. penelitian yang dilakukan oleh Mohammadi,et al 2017, ditemukan kelerasi yang signifikan antara *Health Belief* model dengan perilaku merokok dengan arah hubungan yang bersifat negatif. (Diana Elysabeth Sinaga,Siti Ina Savira, 2024). Menurut penelitian kumboyono 2011, menyatakan adanya korelasi yang signifikan antara keinginan untuk berhenti merokok dan persepsi seseorang tentang resiko penyakit yang terkait dengan merokok. Adanya hubungan antar dorongan untuk berhenti merokok dan manfaat

perceived benefit. Teori *Health Belief* merupakan salah satu model kognitif yang berguna untuk memahami perilaku kesehatan (Rosenstock, 1977). (Fasa, et. al 2024)

Berdasarkan survey awal yang dilakukan oleh peneliti,terdapat 193 jumlah siswa di SMAN 7 kota padangsidimpuan. Terdiri dari 75 orang siswa kelas X, 55 orang siswa kelas XI, 45 orang siswa kelas XII IPA dan 18 orang siswa XII IPS, dan terdiri dari 124 laki-laki. Teori *health belief*, mengemukakan bahwa perilaku individu itu dapat dipengaruhi oleh persepsi atau keyakinan individu itu sendiri tanpa memperhatikan sejauh mana kesesuaian dengan kenyataan (Wibowo, 2017). Sementara dampak dari merokok sudah terlihat secara realita dari berita-berita yang ada, tetapi masih kerap dilakukan. Berdasarkan data lapangan yang didapat dari remaja perokok aktif, perilaku merokok rata-rata bermula sejak SMP yang dipengaruhi oleh teman. Responden mengatakan bahwa perilaku merokok digunakan untuk mekanisme koping. Keseluruhan responden mengetahui dampak negatif dari merokok dan menyadari bahwa merokok dapat menimbulkan masalah kesehatan pada diri, akan tetapi mereka masih mempertahankan perilaku merokok. Berdasarkan penjabaran diatas, peneliti ingin melihat bagaimana Gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok pada remaja di SMA Negeri 7 Padangsidimpuan ?

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah penelitian adalah Bagaimana apakah Gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok pada remaja di sman 7 Padangsidimpuan ?

1.3 Tujuan Dan Manfaat

Adapun tujuan penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus.

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok pada remaja di sman 7 padangsidimpuan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Untuk mengetahui apa alasan siswa-siswi di sman 7 ujung gurap mau atau tidaknya diajak untuk melakukan hidup sehat atau health belief.

1) Mengetahui gambaran distribusi karakteristik siswa SMA 7 Padangsidimpuan.
2) Mendeskripsikan gambaran *Health Belief* berdasarkan perceived susceptibility pada perilaku perokok pelajar SMA 7 Padangsidimpuan.
3) Mendeskripsikan gambaran *Health Belief* berdasarkan perceived severity perilaku perokok pelajar SMA 7 Padangsidimpuan.
4) Mendeskripsikan gambaran *Health Belief* berdasarkan perceived benefits perilaku perokok pelajar SMA 7 Padangsidimpuan.
5) Mendeskripsikan gambaran *Health Belief* berdasarkan perceived barriers perilaku perokok pelajar SMA 7 Padangsidimpuan.

1.4 Manfaat

Adapun manfaat dari penelitian ini terdiri dari manfaat praktis dan manfaat teoritis, yaitu:

1.4.1 Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis dari penelitian ini adalah :

1. Bagi Institusi Kesehatan

Manfaat penelitian bagi institusi kesehatan adalah data dan hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat dijadikan suatu tolak ukur serta Upaya perawat untuk meningkatkan kualitas hidup remaja.

2. Bagi responden

Mengubah cara pandang atau tujuan agar mau diajak untuk hidup sehat.

3. Bagi program studi sarjana keperawatan

Dapat menambah referensi mengenai gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok pada remaja.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Manfaat penelitian bagi peneliti selanjutnya adalah sebagai bahan informasi dan data tambahan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan ruang lingkup yang sama.

1.4.2 Manfaat Teoritis

Menambah pengtahuan dan pengalaman dalam penelitian, penulisan khususnya terkait Gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok pada remaja serta dapat menerapkan ilmu yang diperoleh selama kuliah di Universitas Aufa Royhan Program Studi Keperawatan Program Sarjana.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Health Belief

2.1.1 Pengertian *Health Belief*

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 penilain subjektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang individu berdasarkan keyakinan dan kepercayaannya, dalam kenyataan di lapangan penilaian secara subjektif inilah yang sering dijumpai dimasyarakat (Priyoto, 2014: 136).

Menurut *World Health Organization* (WHO) yang dimaksud dengan sehat atau health adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan. Belief dalam bahasa inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti belief adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu.

HBM dikemukakan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori HBM telah menjadi perhatian para peneliti. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka. Variabel yang dinilai meliputi keinginan individu untuk

menghindari kesakitan, kepercayaan mereka bahwa terdapat usaha agar menghindari penyakit tersebut. HBM merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). HBM juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005).

2.1.2 Gambaran Health Belief

Gambaran *Health Belief* terdiri dari 4 dimensi, yaitu :

1. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal. Hal ini mengacu pada persepsi *subjektif* seseorang menyangkut resiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibilily* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibilily* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.
2. *Perceived benefit*, manfaat yang dirasakan. Penerimaan susceptibility sesorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung ke arah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*),

sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

3. *Health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta health value (Conner, 2005).
4. *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidak pastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

2.1.3 Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi *Health Belief* Model (HBM)

1. Faktor demografis yang mempengaruhi HBM individu adalah usia, gender, kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 2018 dalam Sarafino, 2021).
2. Edukasi

   Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi HBM individu (Bayat dkk, 2013). Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan (Edmonds dkk, 2012).
3. Psikologis

   Tekanan teman sebaya, gaya kepribadian dan lain-lain

2.2 Perilaku Merokok

2.1.1 Definisi Perilaku Merokok

Pengertian perilaku merokok, banyak ahli yang sudah mengemukakan teori tentang perilaku merokok. Saat ini merokok merupakan kebiasaan yang umum dilakukan oleh semua orang termasuk perempuan. Perokok biasanya berasal dari berbagai kalangan dan umur, hal ini disebabkan karena rokok dapat dengan mudah diperoleh dimana saja, sedangkan definisi rokok adalah gulungan tembakau yang dibalut daun nipah atau kertas (Poerwadaminta, 2016).

Santrock (2014) menyatakan perilaku adalah segala sesuatu yang kita lakukan, baik verbal maupun non verbal yang dapat langsung dilihat atau didengar. Dalam kamus psikologi (2015) perilaku adalah setiap tindakan manusia atau hewan yang dapat dilihat. Berbeda dengan pandangan kaum behavioris (Walgito, 2016) menjelaskan perilaku merupakan respon dari stimulus, namun dari dalam diri individu itu ada kemampuan untuk menentukan perilaku yang diambilnya. Berarti individu dalam keadaan aktif dalam menentukan perilaku yang diambilnya. Hubungan stimulus dan respon tidak berlangsung secara otomatis, tetapi individu mengambil peranan dalam menentukan perilakunya. Atkinson (2015) menyatakan perilaku yang ditunjukkan individu merupakan kegiatan organisme yang dapat diamati. Skinner (2016) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan teori di atas, dapat diketahui bahwa perilaku merupakan respon yang nampak pada individu terhadap suatu stimulus yang dapat dilihat dari luar dan dapat diamati. (Notoadmojo, 2018).

Rokok adalah hasil olahan tembakau dibungkus cerutu ataupun bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum, Nicotiana Rucita* dan

spesies lainnya atau sintesis yang mengandung Nikotin dan Tar dengan bahan tambahan atau tanpa bahan tambahan (PP No.19 Tahun 2003). Rokok merupakan silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm yang berisi daun tembakau yang telah dicacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung lain. Merokok adalah membakar tembakau kemudia dihisap, baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa (Istiqomah, 2021).

Berdasarkan teori perilaku merokok di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku merokok adalah aktivitas membakar tembakau kemudian dihisap baik langsung menghisap dari rokok maupun menggunakan pipa.

2.1.2 Aspek-aspek Perilaku Merokok

Aspek – aspek perilaku menurut Notoatmodjo (2018) yaitu:

1. Pengetahuan, merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telingan dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pemahaman atau informasi yang disimpan dalam ingatan individu akan suatu hal yang membuatnya mengambil langkah – langkah tertentu.
2. Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senangtidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya).

3. Tindakan atau praktik, kecenderungan untuk bertindak. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana.

Aspek perilaku merokok menurut wilson (2017), antara lain :

1. Aspek biologis, DNA seseorang menyimpan seluruh warisan biologis yang diterima dari kedua orang tuanya. Warisan biologis yang berupa DNA sedemikian pentingnya, karena menurut hasil pengalaman empiris bahwa DNA tidak hanya membawa warisan fisiologis dari para generasi sebelumnhya, tetapi juga membawa warisan perilaku dan kegiatan manusia termasuk agama, kebudayaan, dan sebagainya.
2. Aspek sosio psikologis, merupakan faktor internal yang sangat besar pengaruhnya terhadap terjadinya perilaku. Mengandung beberapa aspek yang mengikuti, antara lain: sikap, emosi, kepercayaan, kebiasaan, dan kemauan.

Perilaku merokok berdasarkan Tomkins (dalam triswanto, 2019), ada empat aspek. Yaitu :

a. Fungsi merokok dalam kehidupan sehari-hari, fungsi merokok ditunjukkan dengan perasaan positif maupun negative.
b. Tempat merokok

Tipe merokok berdasarkan tempatnya ada dua, yaitu :

1) Merokok ditempat umum atau ruang publik.
    a) Kelompok homogen (sesama perokok).
    b) Kelompok heterogen (merokok ditengah-tengah orang lain yang tidak merokok).

2) Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi.

a) Dikantor atau kamar tidur pribadi.

b) Di toilet

3) Intensitas Merokok

Berdasarkan jumlah rokok yang dihisap dalam sehari, tipe perokok yang dapat di klarifikasi menurut banyak rokok yang dihisap menjadi empat tipe, yaitu:

1. Perokok sangat berat yang menghisap 31 batang dalam sehari, selang lima menit setelah bangun pagi.
2. Perokok berat yang menghisap 21-30 batang dalam sehari, selang 6 - 30 menit setelah bangun pagi.
3. Perokok sedang yang menghisap 11-21 batang dalam sehari, selang 6-30 menit setelah bangun pagi.
4. Perokok ringan yang menghisap 10 batang rokok dalam sehari, selang 60 menit setelah bangun pagi.

4) Waktu Merokok.

Perilaku merokok hanya untuk menambah dan meningkatkan kenikmatan yang sudah didapatkan, misal merokok setelah minum kopi atau makan maupun hanya untuk sekedar menghabiskan waktu.

Perilaku merokok menurut Hasnida dan Kemala (dalam Priyanti, 2018) ada empat aspek, yaitu:

a. Fungsi Merokok. Individu yang tergantung pada kegiatan merokoknya dalam berbagai keperluan menunjukkan bahwa merokok memiliki fungsi penting bagi kehidupannya.

b. Tempat Merokok. Individu yang merokok di sembarang tempat bahkan di ruangan yang dilarang merokok menunjukkan bahwa perilaku merokoknya sangat tinggi.
c. Intensitas Merokok. Seseorang yang merokok dengan jumlah batang yang sangat banyak menunjukkan perilaku merokoknya sangat tinggi.
d. Waktu Merokok. Seseorang yang merokok di setiap waktu (pagi, siang, sore dan malam) menunjukkan perilaku merokoknya yang tinggi.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa aspek – aspek perilaku merokok yaitu aspek sosiopsikologis, pengetahuan, dan sikap.

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Merokok.

Trim (2015) menyatakan bahwa seseorang menjadi perokok melalui sebuah proses yang cukup kompleks, banyak faktor baik dari dalam diri maupun lingkungan yang dapat menyebabkan seseorang mulai mencoba merokok hingga tetap bertahan sebagai perokok. Berikut beberapa penyebab perilaku merokok, yaitu:

a. Pengaruh Orang Tua.

Salah satu temuan tentang remaja perokok adalah bahwa anak – anak muda yang berasal dari rumah tangga yang tidak bahagia, dimana orang tua tidak begitu memperhatikan anak – anak dan senang memberikan hukuman fisik yang keras lebih mudah untuk menjadi perokok dibandingkan anak – anak muda yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia. Pengaruh paling kuat yang menyebabkan seorang remaja merokok adalah jika orang tuanya sendiri menjadi figur contoh.

b. Pengaruh Teman.

Berbagai fakta mengungkap bahwa semakin banyak remaja merokok maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok dan demikian sebaliknya. Fakta tersebut ada kemungkinan yang terjadi, pertama remaja terpengaruh oleh teman-temannya. Di antara remaja perokok terdapat 87% yang mempunyai sekurang-kurangnya satu atau lebih sahabat yang perokok, begitu pula sebaliknya.

c. Faktor Kepribadian

Orang mencoba untuk merokok karena alasan ingin melepaskan diri dari rasa sakit fisik atau jiwa, membebaskan diri dari kebosanan. Disamping itu orangorang yang memilki tingkat kompromi sosial tinggi juga lebih cenderung mudah untuk terjebak dalam rokok.

d. Pengaruh Iklan.

Iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang hidup glamour.

2.3 Remaja

2.3.1 Definisi Remaja

Remaja adalah peralihan dari masa anak-anak untuk memasuki masa dewasa. Masa remaja berlangsung antara umur 12 tahun sampai 21 tahun bagi wanita dan 13 tahun sampai 22 tahun bagi pria. Remaja adalah fase perkembangan yang penting dalam kehidupan seseorang. Menurut para ahli psikologi perkembangan, remaja merupakan masa transisi dari masa anak-anak menuju kedewasaan. Di dalamnya terjadi perubahan fisik, emosional, sosial, dan kognitif

yang signifikan. Di dalamnya terjadi perubahan fisik, emosional, sosial, dan kognitif yang signifikan. Beberapa para ahli mendefinisikan remaja sebagai berikut:

1. ERIK ERIKSON

Erikson, seorang psikolog terkenal, mengemukakan bahwa remaja berada dalam tahap identitas versus kebingungan peran. Menurutnya, remaja berjuang untuk menemukan identitas pribadi mereka, mencari siapa diri mereka dan bagaimana mereka ingin dilihat oleh dunia.

2. JEAN PIAGET

Piaget, seorang ahli dalam bidang psikologi kognitif, percaya bahwa remaja mengalami tahap operasi formal.Mereka mulai menggunakan pemikiran abstrak, logis, dan penalaran

untuk memahami dunia di sekitarnya.

3. STANLEY HALL

Hall, salah satu pendiri American Psychological Association (APA), menggambarkan remaja sebagai masa yang penuh dengan konflik dan ketegangan. Menurutnya, ini adalah masa di mana individu mulai memahami perbedaan antara diri mereka dan norma-norma sosial.

2.3.2 Aspek-aspek Perkembangan Masa Remaja

Menurut Haditono (1991) perkembangan masa remaja sering mengakibatkan kedudukann seakan-akan tidak menentu, dikatakan remaja terlalu besar untuk anak-anak tetapi terlalu kecil untik orang dewasa. Oleh karena itu Masyarakat terlalu sukar untuk menentukan norma-norma bagi remaja karena statusnya ada diantara anak-ana dan orang-orang dewasa. Akibatnya remaja suka

menentukan sikapnya sehingga sikap ini dapat menimbulkan gejolak dalam diri remaja tersebut.

Menurut Hurlock (1990) selama masa remaja, pertumbuhan akan terus terjadi dengan begitu pesat, sehingga mengalami perkembangan remaja yang meliputi :

a. Perkembangan Fisik

Perubahan yang paling utama terjadi pada masa puber adalah perubahan ukuran tubuh pada tinggi dan berat badan. Dari perubahan fisik yang terjadi, maka remaja akan berusaha mendapatkan standard fisik yang sesuai dan ideal di Tengah masyarakat. Bentuk tubuh pria yang ideal biasanya adalah atletis, berotot, dan kekar. Sedangkan pada wanita bentuk tubuh idealnya adalah halus, langsing, dan kecil (Yusuf, 2011).

b. Perkembangan kognitif

Menurut Piagget (dalam Santrock, 2007), seseorang remaja termotivasi untuk memahami dunia karena perilaku adaptasi secara bilogis mereka. Dalam pandangan piagget, remaja secara aktif membangun dunia kognitif mereka. Dimana informasi yang didapatkan tidak langsung diterima kedalam skema kognitif mereka. Remaja sudah mampu membedakan antara hal-hal atau ide-ide yang lebih penting dibanding ide lainnya, lalu remaja juga menghubungkan ide-ide tersebut. Seorang remaja tidak saja mengorganisasikan apa yang dialami dan apa yang diamati, tetapi remaja mampu mengolah cara berpikir mereka sehingga memunculkan ide yang baru (Yusuf, 2011).

Pada tahap, ini remaja juga sudah mulai mampu berspekulasi tentang sesuatu, Dimana mereka sudah mulai membayangkan sesuatu yang di inginkan

di masa depan. Perkembangan kognitif yang terjadi pada remaja dapat dilihat juga dari kemampuan remaja untuk berpikir lebih logis. Remaja sudah mempunyai pola pikir sebagai peneliti, Dimana mereka mampu membuat perencanaan untuk mencapai tujuan di masa depan (Santrock,2001).

c. Perkembangan kpribadian dan psikososial

Perkembangan kpribbadian adalah cara seseorang berhubungan dengan dunia dan menyatakan emosi secara unik. Sedangkan perkembangan sosial adalah perubahan berhubungan dengan orang lain (Papalia &Olds,2001). Perkembangan kepribadian pada masa remaja yang penting dalah pencarian identitas diri. Yang dimaksud dengan pencarian identitas diri adalah proses menjadi seseorang yang unuk dengan peran yang penting dalam hidup (Erickson dalam Papalia & olds,2001).

2.3 Kerangka konsep



Skema 2.1 Kerangka Konsep

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui gambaran *Health Belief* pada perokok remaja di SMA N 7 Ujung Gurap. Dan desain penelitian yang digunakan yaitu desain penelitian deskriptif yang bertujuan untuk memaparkan peristiwa secara detail tanpa mencari hubungan, sebab-akibat antar variable dengan metode pendekatan cross sectional. Pendekatan cross sectional ini mencoba mencari variabel dan subjek penelitian dikumpulkan dan diukur dalam waktu bersamaan (Notoadmodjo, 2017).

3.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di SMA N 7 ujung gurap dengan alasan memilih Lokasi ini karena peneliti melihat masih ada anak remaja atau siswa SMA yang masih merokok.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai dari bulan agustus sampai bulan November 2025. Dengan rincian kegiatan survey awal, pembuatan proposal penelitian, penelitian lapangan dan membuat laporan hasil penelitian.

Tabel 3.1 Jadwal dan waktu penelitian

Kegiatan	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov
Pengajuan Judul	■					
Penyusunan Proposal		■				
Seminar Proposal			■			
Pelaksanaan Penelitian				■		
Penulisan Laporan					■	
Seminar Hasil						■

3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi adalah subjek dari keseluruhan data yang kemudian menjadi topik utama atau pusat perhatian dari seorang peneliti (Margono, 2018). Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah anak remaja murid SMAN 7 Ujung Gurap sebanyak 124 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah perwakilan dari kelompok yang telah diseleksi dari populasi target sehingga peneliti dapat mengeneralisasikan hasil penelitian yang diperoleh ke dalam populasi target. Tehnik sampling yang digunakan yaitu *purposive sampling*.

Purposive sampling adalah tehnik pengambilan sampel non-probabilitas dimana peneliti secara sengaja memilih individu atau objek yang dianggap memiliki karakteristik spesifik yang relevan dan dibutuhkan untuk mencapai tujuan penelitian. Sampel yang digunakan harus memenuhi kriteria inklusi, yaitu :

a. Responden yang berusia berusia kurang lebih 15-19 tahun.
b. Bersedia menjadi responden penelitian.
c. Perokok aktif dan merokok dalam periode waktu tertentu, seperti dalam 6 bulan terakhir.
d. Memiliki frekuensi merokok tertentu, misalnya merokok minimal satu batang per hari.

Adapun sampel yang tidak diikuti sertakan dalam penelitian atau kriteria eksklusi, yaitu:

a. Siswa yang tidak merokok sama sekali.

b. Siswa yang sedang sakit.

c. Siswa yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

d. Siswa yang memiliki kebiasaan merokok secara sporadis (tidak rutin).

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus slovin sebagai berikut (mazhindu & swarjana, 2021).

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

Keterangan :

n= adalah Jumlah Sampel

N= adalah Jumlah Populasi

e= adalah Jumlah Eeror yang ditolerani (0,1%)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{124}{1 + 124(0,1)^2}$$

$$n = \frac{124}{1 + 124 \times (0,01)}$$

$$n = \frac{124}{1 + 1,24}$$

$$n = \frac{124}{2,24}$$

n = 55,357142857142

n = 55

3.4 Alat Pengumpul Data

Instrumen pengetahuan

Alat pengumpul data yang digunakan peneliti adalah, kuesioner atau pertanyaan yang di ajukan kepada responden. Dimana kuesioner atau pertanyaan ini berisi tentang pengetahuan responden terhadap penelitian yang akan dilakukan. Yaitu, gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok remaja di SMAN 7 Ujung Gurap.

Kuesioner penelitian yang digunakan peneliti mencakup segala sesuatu pengetahuan yang diketahui responden tentang rokok. Pengetahuan ini di peroleh dari jawaban responden dengan kuesioner yang berisi pertanyaan sebanyak 20 pertanyaan dengan kategori benar dan salah. Apabila benar diberikan skor satu dan apabila salah di berikan skor nol (0).

Baik : <50% (jika responden menjawab kurang dari 10 pertanyaan).

Kurang Baik : > 50% (jika responden menjawab 10-20 pertanyaan).

3.5 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan langkah awal mendapatkan data penelitian. pengumpulan data ini dilakukan dengan tahap sebagai berikut:

1. Tahap persiapan
    a. Peneliti mengajukan surat izin pengambilan data ke SMA N 7 Padangsidimpuan.
    b. Peneliti mengajukan surat izin penelitian ke SMA N 7 Padangsidimpuan.
    c. Menentukan responden sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

2. Tahap pelaksanaan

   a. Memperkenalkan diri kepada calon responden dan meminta izin kesediaan calon responden untuk berpartisipasi dalam penelitan dan menjelaskan manfaat, tujuan dan prosedur yang akan di teliti dan membagikan kuesioner.
   b. Peneliti memberikan surat pernyataan kepada responden bahwa responden siap mengikuti rangkaian kuesioner yang diberikan peneliti.
   c. Responden harus mejawab semua pertanyaan dikuesioner yang diajukan peneliti
   d. Setelah kuesioner yang dibagikan telah terisi, penelti melakukan pengolahan data.
   e. Setelah selesai mengolah data maka dilakukan analisa data untuk melihat apakah ada Gambaran *Health Belief* pada perilaku merokok pada remaja di SMA N 7 padangsidimpuan.

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional variabel penelitian yaitu sebuah definisi berdasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apapun yang didefinisikan atau mengubah konsep dengan kata-kata yang menguraikan perilaku yang dapat diamati dan dapat diuji serta ditentukan kebenarannya oleh seseorang (2019:5).

Tabel 3.2 Defenisi Operasional

No	Variabel penelitian	Jumlah pertanyaan	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Health belief	20 pertanyaan	Kuesioner Lembar observasi	Ordinal	1.Baik 2.cukup 3.kurang

3.7 Pengolahan dan Analisa data

3.7.1 Pengolahan Data

Menurut Moh Pabundu Tika (2019: 63-75) sebelum melakukan analsis data, perlu dilakukan pengolahan data terlebih dahulu. Tahap pengolahan data dalam penelitian ini meliputi editing, coding, dan tabulasi.

1. ***Editing***

   Editing atau pemeriksaan adalah pengecekan atau penelitian kembali data yang telah dikumpulkan untuk mengetahui dan menilai kesesuaian dan relevansi data yang dikumpulkan untuk bisa diproses lebih lanjut. Hal yang perlu diperhatikan dalam editing ini adalah kelengkapan pengisisan kuesioner, keterbacaan tulisan, kesesuaian jawaban, dan relevansi jawaban.

2. ***Coding***

   Coding atau pemberina kode adalah pengklasifikasian jawaban yang diberikan responden sesuai dengan macamnya. Dalam tahap koding biasanya dilakukan pemberian skor dan simbol pada jawaban responden agar nantinya bisa lebih mempermudah dalam pengolahan data.

3. ***Tabulasi***

   Tabulasi merupakan langkash lanjut setelah pemeriksaan dan pemberian kode. Dalam tahap ini data disusun dalam bentuk tabel agar lebih mempermudah dalam menganalisis data sesuai dengan tujuan penelitian. Tabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah tabel frekuensi yang dinyatakan dalam persen.

3.7.2 Analisa data

1. Analisa univariat

Analisis univariat merupakan analisis statistik deskriptif dari variabel penelitian. Dalam analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2018). Analisa ini digunakan untuk mengetahui variabel independen yang meliputi pengetahuan remaja tentang *Health Belief* pada perilaku merokok.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

SMA N 7 Padangsidimpuan, dengan NPSN 10212247, berdiri kokoh di Jalan Jenderal Besar A.H. Nasution, Kelurahan Ujung Gurap, Kecamatan Batu Nadua, Kota Padangsidimpuan, Sumatera Utara. Sekolah negeri ini menyelenggarakan pendidikan jenjang SMA dengan waktu penyelenggaraan pagi selama 6 hari.

SMA N 7 Padangsidimpuan telah mendapatkan akreditasi A berdasarkan SK No. 694/BAP-SM/LL/XI/2017 yang diterbitkan pada tanggal 18 November 2017. Hal ini menunjukkan komitmen sekolah dalam memberikan pendidikan berkualitas tinggi kepada para siswanya. SMA N 7 Padangsidimpuan juga memiliki akses internet dan sumber listrik PLN untuk menunjang kegiatan belajar mengajar yang modern.

Informasi lebih lanjut mengenai SMA N 7 Padangsidimpuan dapat diakses melalui website resmi sekolah di http://www.sman7pasid.sch.id atau melalui email sman7psp@gmail.com.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Umur

Tabel 4.1 Distribusi Umur Siswa Di SMA N 7 Padangsidimpuan

Umur (Tahun)	N	Persentase %
15 tahun	11	20,0
16 tahun	16	29,1
17 tahun	17	30,9
18 tahun	11	20,0
Jumlah	55	100,0

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 55 siswa yang memiliki umur 17 tahun berjumlah 17 orang (30,9%), umur 16 tahun berjumlah 16 orang (29,1%), umur 18 tahun berjumlah 11 orang (20,0%) dan umur 15 tahun berjumlah 11 orang (20,0%).

4.2.1.2 Kelas

Tabel 4.2 Distribusi Kelas Siswa Di SMA N 7 Padangsidimpuan

Kelas	N	Persentase %
X	21	38,2
XI	15	27,3
XII	19	34,5
Jumlah	55	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa siswa mayoritas kelas sepuluh berjumlah 21 orang (38,2%), siswa kelas dua belas berjumlah 19 orang (34,5%), dan siswa kelas sebelas berjumlah 15 orang (27.3%).

4.2.1.3 *Health Belief*

Tabel 4.3 Distribusi Kelas Siswa Di SMA N 7 Padangsidimpuan

Health Belief	N	Persentase %
Baik	39	70,9
Kurang Baik	16	29,1
Jumlah	55	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa mayoritas dari 55 siswa yang memiliki *Health Belief* baik sebanyak 39 orang (70,9%),dan siswa yang memiliki *Health Belief* kurang baik sebanyak 16 orang (29,1%).

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Karakteristik Umur Siswa

5.1.1 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar siswa berada pada rentang usia 17 tahun yaitu sebanyak 17 siswa (30,9%). Diikuti oleh siswa berusia 16 tahun sebanyak 16 siswa (29,1%), serta siswa berusia 15 dan 18 tahun masing-masing berjumlah 11 siswa (20,0%). Distribusi ini menunjukkan bahwa mayoritas siswa berada pada fase remaja tengah *(middle adolescence)* yang merupakan periode penting dalam proses pencarian identitas dan kebutuhan untuk memperoleh penerimaan sosial. Kondisi tersebut turut berkontribusi terhadap kecenderungan siswa untuk mencoba perilaku berisiko, termasuk merokok.

Jika ditinjau dari perspektif *Health Belief* Model, remaja pada fase usia 15–17 tahun umumnya memiliki *perceived susceptibility* dan *perceived severity* yang rendah terhadap risiko jangka panjang dari merokok karena dampak kesehatan belum dirasakan secara langsung. Sementara itu, *perceived benefit* yang berkaitan dengan penerimaan sosial, keberanian, serta konformitas kelompok cenderung dinilai lebih tinggi. Hal ini menyebabkan adanya ketidakseimbangan persepsi antara risiko dan manfaat yang dapat memicu praktik merokok pada remaja SMA. Dewi SH. Dkk (2023).

Temuan ini sejalan dengan penelitian Nugroho (2022) yang menunjukkan bahwa remaja usia 16–17 tahun memiliki persepsi risiko kesehatan yang rendah dan lebih dipengaruhi oleh faktor teman sebaya dalam perilaku merokok. Hasanah (2023) juga melaporkan bahwa rentang usia 15–17 tahun merupakan usia dominan

perokok pemula akibat pengaruh lingkungan sosial dan kebutuhan akan pengakuan kelompok. Selain itu, penelitian Dewi (2023) menekankan bahwa komponen HBM terutama *perceived benefit* memainkan peran signifikan dalam mendorong perilaku merokok pada remaja SMA.

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Putri (2021) yang menyatakan bahwa faktor usia tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku merokok karena pengaruh terbesar berasal dari stres akademik dan kepribadian. Penelitian Wijaya (2024) juga melaporkan bahwa meskipun remaja memiliki persepsi bahaya kesehatan yang tinggi, hal tersebut tidak serta merta menurunkan perilaku merokok, sehingga teori HBM tidak bekerja optimal pada populasi remaja. Temuan tersebut menunjukkan bahwa terdapat variabel psikososial lain yang dapat berperan di luar kerangka teori HBM.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa distribusi umur siswa dapat berkontribusi terhadap risiko perilaku merokok melalui mekanisme sosial dan persepsi kesehatan yang khas pada fase remaja, meskipun tidak bersifat deterministik dan dapat berbeda berdasarkan konteks sosial. Jannah, et al, (2025).

Mayoritas siswa berada pada usia 17 tahun yang merupakan fase remaja tengah *(middle adolescence)* dengan kecenderungan lebih tinggi dalam eksplorasi identitas dan konformitas sosial. Temuan penelitian mendukung penelitian terdahulu yang menunjukkan keterlibatan variabel umur dalam perilaku merokok dan relevansi teori HBM, namun terdapat juga penelitian yang tidak mendukung hubungan tersebut serta menunjukkan keterlibatan faktor lain di luar HBM Muizzah DN, Effendi L (2025).

Temuan penelitian menunjukkan bahwa distribusi umur siswa pada fase remaja tengah berimplikasi terhadap munculnya perilaku berisiko, termasuk merokok. Rentang usia 15–17 tahun merupakan periode perkembangan psikososial yang ditandai oleh pencarian identitas, peningkatan kebutuhan akan penerimaan sosial, serta sensitivitas yang tinggi terhadap norma kelompok sebaya. Pada fase ini, komponen *Health Belief* model tidak hanya beroperasi dalam ranah persepsi kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor sosial-emosional yang bersifat kontekstual. Oleh karena itu, intervensi pencegahan perilaku merokok pada remaja perlu mempertimbangkan dinamika perkembangan usia, bukan hanya aspek persepsi risiko Susanti N, Syafira AC, Febrina D, et al, (2024).

Implikasi teoretis dari penelitian ini menunjukkan bahwa *Health Belief* Model dapat digunakan untuk menjelaskan kecenderungan perilaku merokok pada remaja, terutama melalui interaksi antara *perceived susceptibility, perceived severity,* dan *perceived benefit*. Namun, temuan penelitian yang tidak sejalan mengindikasikan bahwa HBM belum sepenuhnya komprehensif dalam menjelaskan perilaku merokok pada konteks usia tertentu, sehingga memerlukan integrasi dengan variabel psikososial lain seperti pengaruh teman sebaya, tekanan akademik, karakter kepribadian, serta faktor sosial-kultural Muizzah DN, Effendi L, (2025).

Dari sisi implikasi praktis, hasil penelitian ini menyarankan perlunya strategi promotif dan preventif yang bersifat multikomponen. Program sekolah maupun intervensi kesehatan perlu menekankan edukasi risiko kesehatan rokok yang lebih konkret dan dekat dengan realitas remaja, mengingat persepsi risiko jangka panjang belum dipandang relevan pada rentang usia ini. Selain itu, intervensi

berbasis penguatan keterampilan sosial (*social skill*), resistensi terhadap tekanan kelompok (*peer pressure resistance*), dan pengembangan identitas diri dapat menjadi instrumen penting dalam menekan praktik merokok pada remaja SMA.

Secara kebijakan, hasil penelitian ini mengimplikasikan perlunya optimalisasi peran sekolah dan keluarga dalam pengawasan perilaku remaja, serta dukungan regulasi yang mampu mengurangi aksesibilitas rokok pada kelompok usia sekolah. Kebijakan pengendalian tembakau yang menargetkan remaja sebaiknya tidak hanya bersifat struktural, tetapi juga edukatif dan sosial-ekologis agar intervensi dapat lebih efektif dan berkelanjutan Nurbaiti (2024).

5.2 Distribusi Kelas Siswa

5.2.1 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa siswa terbanyak berasal dari kelas X yaitu sebanyak 21 orang (38,2%), diikuti oleh kelas XII sebanyak 19 orang (34,5%), dan kelas XI sebanyak 15 orang (27,3%). Proporsi ini menggambarkan distribusi yang relatif seimbang pada tiap tingkatan kelas, meskipun terdapat kecenderungan jumlah siswa kelas X sedikit lebih tinggi dibandingkan kelas XI dan XII. Kondisi ini dapat dikaitkan dengan fase awal adaptasi remaja di lingkungan SMA, di mana siswa kelas X berada pada tahap pencarian identitas dan proses penyesuaian sosial yang lebih intens, sehingga lebih rentan terhadap pengaruh kelompok dan perilaku berisiko termasuk kebiasaan merokok.

Jika dikaitkan dengan perspektif *Health Belief,* terdapat kemungkinan bahwa siswa kelas X memiliki *perceived susceptibility* dan *perceived severity* yang rendah terhadap dampak kesehatan rokok, tetapi memiliki *perceived benefit* yang lebih tinggi dalam konteks penerimaan sosial di lingkungan baru. Sementara siswa

kelas XI dan XII sudah cenderung memiliki stabilitas sosial dan pemahaman risiko yang lebih terbentuk Nurbaiti (2024).

Temuan ini sejalan dengan penelitian Nugraha (2021) yang menyatakan bahwa siswa kelas awal SMA memiliki tingkat keterpaparan terhadap perilaku merokok lebih tinggi akibat proses penyesuaian sosial dan pengaruh kelompok. Penelitian Hasanah (2023) juga melaporkan bahwa siswa kelas X lebih rentan mencoba rokok karena faktor ingin diterima dalam kelompok baru. Selain itu, penelitian Dewi (2023) menyatakan bahwa pada usia awal SMA, komponen HBM terutama perceived benefit memegang peranan penting dalam pembentukan perilaku merokok.

Penelitian tidak sejalan

Namun demikian, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Putri (2021) yang menemukan bahwa siswa kelas XII justru lebih dominan dalam perilaku merokok karena kebebasan sosial yang lebih tinggi serta tekanan akademik menjelang kelulusan. Penelitian Wijaya (2024) juga menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan perilaku merokok yang signifikan berdasarkan tingkat kelas, sehingga model HBM tidak terbukti mempengaruhi distribusi perilaku merokok berdasarkan tingkatan kelas.

Dengan demikian, meskipun penelitian ini menunjukkan kecenderungan kelas X sebagai kelompok yang lebih rentan, terdapat variasi temuan dalam literatur yang mengindikasikan bahwa faktor perilaku merokok tidak hanya dipengaruhi tingkatan kelas tetapi juga interaksi kompleks antara faktor individual, sosial, dan psikologis Nugraha (2025).

Distribusi siswa berdasarkan tingkatan kelas menunjukkan dominasi kelas X yang berpotensi menjadi kelompok lebih rentan terhadap pengaruh sosial dan pembentukan perilaku merokok. Temuan ini secara umum mendukung beberapa penelitian terdahulu yang menekankan pentingnya fase awal adaptasi dalam pembentukan kebiasaan remaja, namun terdapat juga penelitian yang tidak mendukung pengaruh signifikan tingkatan kelas terhadap perilaku merokok Arista RD, Artanti KD (2023).

Hasil penelitian yang menunjukkan dominasi siswa kelas X dalam proporsi perilaku berisiko merokok memiliki implikasi penting bagi pemahaman teoretis maupun strategi praktis terkait pencegahan merokok pada remaja SMA. Temuan ini mengindikasikan bahwa masa transisi dari jenjang SMP ke SMA merupakan periode kritis yang ditandai oleh proses penyesuaian sosial, eksplorasi identitas, serta kecenderungan konformitas terhadap norma kelompok. Dalam konteks ini, *Health Belief* Model dapat berfungsi sebagai kerangka yang menjelaskan bagaimana persepsi risiko, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan mempengaruhi keputusan siswa dalam melakukan perilaku merokok Solihin M, Marsa YJ (2025).

Secara teoretis, hasil penelitian ini memperkuat argumen bahwa komponen HBM perlu dianalisis dalam konteks perkembangan sosial remaja, bukan hanya dalam ranah persepsi kesehatan. Dominasi kelas X dalam perilaku merokok mengindikasikan bahwa *perceived benefit* dalam bentuk penerimaan sosial dan integrasi kelompok memiliki fungsi penguat yang lebih kuat dibandingkan *perceived severity* maupun *perceived susceptibility* pada fase awal adaptasi sekolah. Temuan ini juga memunculkan kebutuhan untuk mengintegrasikan teori perkembangan remaja serta teori pengaruh teman sebaya (*peer influence*) untuk

memperluas penjelasan HBM pada konteks populasi remaja Muizzah DN, Effendi L (2025).

Secara praktis, implikasi penelitian ini menunjukkan bahwa pencegahan perilaku merokok idealnya dimulai sejak siswa memasuki kelas X, yaitu pada periode awal transisi ke SMA. Intervensi dapat diarahkan pada program orientasi sekolah, konseling adaptasi, edukasi risiko kesehatan yang lebih konkret dan relevan, serta peningkatan keterampilan penolakan ajakan merokok (*refusal skills*) dan penguatan kontrol diri. Pendekatan *promotif* dan *preventif* yang bersifat psikososial dinilai lebih efektif dibandingkan intervensi yang hanya menitikberatkan pada pengetahuan bahaya rokok Nugraha (2025).

Dari perspektif kebijakan sekolah, hasil penelitian ini mengimplikasikan perlunya penguatan sistem pengawasan dan deteksi dini perilaku berisiko pada siswa kelas X, serta kolaborasi yang lebih intens antara guru BK, wali kelas, dan orang tua. Selain itu, kebijakan pengendalian tembakau yang menargetkan populasi usia sekolah perlu mempertimbangkan fase transisi pendidikan sebagai titik intervensi strategis Solihin M, Masrsa YZ, (2025).

Dengan demikian, penelitian ini menegaskan bahwa perilaku merokok pada remaja SMA tidak semata-mata dipengaruhi oleh tingkatan kelas secara struktural, melainkan merupakan hasil interaksi dinamis antara faktor individual, sosial, dan persepsi kesehatan. Integrasi antara teori HBM dan teori perkembangan remaja berpotensi memperkaya model konseptual dalam studi perilaku kesehatan pada populasi usia sekolah Hasanah (2023).

5.3 *Health Belief* Siswa

5.3.1 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar siswa memiliki *Health Belief* (keyakinan terhadap kesehatan) yang baik, yaitu sebanyak 39 siswa (70,9%), sedangkan siswa dengan *Health Belief* kurang baik berjumlah 16 siswa (29,1%). Distribusi ini menggambarkan bahwa sebagian besar siswa memiliki persepsi kesehatan yang memadai, baik dalam memahami risiko kesehatan maupun manfaat dari perilaku hidup sehat. Namun demikian, tingginya *Health Belief* tidak selalu selaras dengan praktik kesehatan, khususnya dalam perilaku merokok.

Dalam konteks *Health Belief Model, Health Belief* siswa mencakup aspek *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers.* Tingginya *Health Belief* menunjukkan bahwa siswa memiliki persepsi yang baik terkait kerentanan dan tingkat keparahan risiko kesehatan akibat merokok serta pemahaman manfaat menghindari perilaku tersebut. Namun pada remaja, aspek *perceived benefit* sosial dan *barriers* sering kali mempengaruhi pengambilan keputusan, sehingga meskipun *Health Belief* baik, praktik merokok tetap dapat terjadi karena faktor pengaruh teman sebaya dan konformitas sosial. Jannah, et al, (2025).

Penelitian sejalan

Temuan ini sejalan dengan penelitian Dewi (2023) yang menyatakan bahwa *Health Belief* berperan dalam membentuk perilaku merokok remaja melalui dimensi *perceived severity* dan *perceived susceptibility* terhadap risiko kesehatan. Nugroho (2022) juga melaporkan bahwa remaja dengan *Health Belief* baik cenderung lebih mampu menunda atau menghindari perilaku merokok. Selain itu,

Hasanah (2023) menemukan bahwa komponen HBM efektif dalam menjelaskan persepsi risiko serta mendorong perilaku kesehatan pada siswa SMA.

Penelitian Tidak Sejalan

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan temuan Putri (2021) yang menunjukkan bahwa *Health Belief* tidak memiliki hubungan signifikan terhadap perilaku merokok karena faktor pengaruh teman sebaya lebih dominan. Penelitian Wijaya (2024) juga melaporkan adanya gap antara persepsi dan tindakan *(knowledge–practice gap)*, di mana siswa yang memiliki *Health Belief* baik tetap melakukan perilaku merokok karena dorongan sosial dan kurangnya kontrol diri. Temuan tersebut menunjukkan bahwa *Health Belief* tidak selalu menjadi prediktor utama dalam perilaku merokok remaja SMA.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa meskipun *Health Belief* siswa tergolong baik, praktik merokok tetap terjadi pada sebagian remaja karena dipengaruhi faktor non-kognitif dari luar kerangka HBM seperti dinamika sosial, identitas diri, budaya peer group, serta norma pergaulan, Dewi SH, dkk (2023).

Mayoritas siswa memiliki *Health Belief* yang baik, menandakan bahwa persepsi kesehatan pada remaja SMA berada pada tingkat yang cukup optimal. Temuan ini mendukung penelitian sebelumnya yang mengaitkan *Health Belief* dengan perilaku kesehatan remaja, namun juga berlawanan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa faktor sosial dapat melemahkan pengaruh *Health Belief* dalam mengendalikan perilaku merokok, Dewi SH, dkk (2023).

Temuan penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar siswa memiliki *Health Belief* yang baik, namun tetap ditemukan praktik merokok pada

sebagian remaja, memiliki implikasi penting baik secara teoretis maupun praktis. Dari sisi teoretis, hasil penelitian ini memperkuat pemahaman bahwa meskipun *Health Belief* Model dapat menjelaskan persepsi kesehatan remaja, model ini belum sepenuhnya komprehensif dalam memprediksi perilaku merokok pada populasi usia sekolah. Hal tersebut mengindikasikan bahwa *Health Belief* Model lebih efektif dalam menjelaskan persepsi risiko dan motivasi kesehatan, tetapi tidak selalu mampu mengakomodasi faktor sosial dan emosional yang berperan signifikan pada fase perkembangan remaja Arista RD, Artanti KD (2023).

Implikasi teoretis lainnya adalah perlunya pengintegrasian variabel psikososial, khususnya pengaruh teman sebaya (*peer influence*), konformitas sosial, tekanan kelompok, identitas remaja, serta norma sosial dalam model prediksi perilaku kesehatan. Gap antara persepsi dan tindakan yang ditemukan dalam penelitian ini mendukung argumen bahwa perilaku merokok pada remaja tidak hanya berlandaskan proses kognitif rasional, tetapi juga berlandaskan faktor afektif, situasional, dan simbolis. Dengan demikian, penelitian ini memperluas diskursus teoritis mengenai keterbatasan HBM dalam konteks perilaku kesehatan yang bersifat sosial dan identitas-driven pada remaja Solihin M, Marsa YJ. (2025).

Secara praktis, temuan ini mengimplikasikan bahwa upaya pencegahan dan intervensi perilaku merokok pada siswa SMA tidak dapat hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan dan persepsi risiko kesehatan. Intervensi yang efektif perlu mencakup komponen penguatan keterampilan sosial, strategi resistensi terhadap tekanan sebaya, serta pengembangan kontrol diri dan pembentukan identitas positif. Program sekolah juga dapat diarahkan pada upaya rekonstruksi

norma sosial tentang merokok sehingga perilaku tersebut tidak lagi dianggap sebagai bentuk penerimaan sosial atau simbol kedewasaan, wijaya (2024).

Dari sisi kebijakan, hasil penelitian ini menunjukkan perlunya sinergi antara kebijakan pengendalian tembakau dengan kebijakan pendidikan berbasis promosi kesehatan. Sekolah dapat berperan sebagai arena strategis dalam mencegah perilaku merokok melalui pengawasan perilaku siswa, edukasi kesehatan berbasis remaja, serta penyediaan lingkungan sosial yang mendukung perilaku sehat. Keterlibatan orang tua dan komunitas diperlukan untuk memperkuat hambatan sosial terhadap kebiasaan merokok.Secara keseluruhan, penelitian ini memberikan kontribusi bahwa meskipun *Health Belief* merupakan faktor penting dalam persepsi risiko siswa, faktor non-kognitif dan sosial perlu diakomodasi dalam desain intervensi kesehatan remaja. Integrasi pendekatan kognitif, sosial, dan developmental menjadi landasan strategis untuk memahami dan mengintervensi perilaku merokok pada remaja SMA secara lebih komprehensif, Dewi SH, dkk (2023).

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari 55 siswa SMA Negeri 7 padangsidimpuan mengenai gambaran *Health Belief* siswa terhadap perilaku merokok yang ditinjau dari komponen *Health Belief* Model (HBM), maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Distribusi karakteristik umur menunjukkan variasi pada rentang usia 15–18 tahun. Bahwa dari 55 siswa yang memiliki umur 17 tahun berjumlah 17 orang (30,9%), umur 16 tahun berjumlah 16 orang (29,1%), umur 18 tahun berjumlah 11 orang (20,0%) dan umur 15 tahun berjumlah 11 orang (20,0%).
2. Distribusi karakteristik kelas, menunjukkan bahwa siswa mayoritas kelas X berjumlah 21 orang (38,2%), siswa kelas XII berjumlah 19 orang (34,5%), dan siswa kelas XI berjumlah 15 orang (27.3%).
3. Dari 55 responden, menunjukkan bahwa mayoritas dari 55 siswa yang memiliki *Health Belief* baik sebanyak 39 orang (70,9%), sedangkan siswa yang memiliki *Health Belief* kurang baik sebanyak 16 orang (29,1%).
4. *Perceived Susceptibility* Siswa menunjukkan persepsi kerentanan yang baik terhadap risiko kesehatan akibat merokok, yang tercermin melalui kesadaran terhadap potensi ancaman kesehatan yang ditimbulkan.
5. *Perceived Severity* Siswa memiliki persepsi keparahan yang tinggi terhadap konsekuensi negatif merokok, termasuk potensi terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan jangka panjang.

6. *Perceived Benefits* Siswa memahami manfaat dari upaya pencegahan maupun penghentian perilaku merokok, antara lain peningkatan status kesehatan serta penurunan risiko penyakit.
7. *Perceived Barriers* Siswa menghadapi hambatan dalam upaya menghindari atau menghentikan merokok, terutama hambatan yang bersumber dari aspek sosial, psikologis, serta norma lingkungan, seperti pengaruh teman sebaya dan tekanan kelompok.

6.2 Saran

1. Bagi Sekolah
   a. Mengingat sebagian besar siswa memiliki *Health Belief* yang baik (70,9%), sekolah dapat mempertahankan dan meningkatkan upaya pendidikan kesehatan melalui kegiatan ekstrakurikuler, seminar kesehatan, serta pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah.
   b. Bagi siswa yang masih memiliki *Health Belief* kurang baik (29,1%), pihak sekolah disarankan untuk berikan perhatian lebih melalui program pembinaan, konseling kesehatan, dan kerja sama dengan petugas puskesmas untuk memberikan edukasi kesehatan secara berkala.
2. Bagi Guru dan Wali Kelas
   a. Guru diharapkan berperan aktif dalam memberikan contoh dan motivasi terkait pentingnya menjaga kesehatan, terutama pada siswa usia 16–17 tahun yang merupakan kelompok terbanyak dalam penelitian ini.

b. Dapat dibuat program pembelajaran tematik atau proyek berbasis *health literacy* agar siswa memahami hubungan antara pengetahuan, sikap, dan perilaku sehat.

3. Bagi Siswa
   a. Siswa diharapkan dapat mempertahankan kebiasaan positif dan meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya menjaga kesehatan, baik fisik maupun mental.
   b. Siswa dengan *Health Belief* kurang baik disarankan untuk lebih aktif mencari informasi kesehatan yang benar dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya
   a. Penelitian berikutnya disarankan untuk memperluas jumlah responden atau menambahkan variabel lain seperti faktor lingkungan, dukungan keluarga, atau pengaruh media sosial terhadap *Health Belief* siswa.
   b. Dapat pula dilakukan penelitian kualitatif untuk menggali lebih dalam alasan di balik perbedaan tingkat *Health Belief* antar siswa.

DAFTAR PUSTAKA

Atkinson, R. L. (2015). *Introduction to psychology*. New York: Cengage Learning.

Arista RD, Artanti KD. Hubungan Pendidikan yang Ditempuh dan Jenis Sekolah terhadap Perilaku Merokok pada Remaja Laki-Laki Usia SMA / Sederajat (15-18 Tahun) di Surabaya *The Relations of Education Taken and Type of School to Smoking Behavior among Senior High School Male Adolescents (Age* 15-18 *Years) in Surabaya. Published online* 2023:37-41.

Badan Pusat Statistik (BPS). (2023). *Data remaja perokok di Sumatera Utara*. BPS Provinsi Sumatera Utara.

Bayat, M., dkk. (2013). *Educational factors influencing Health Belief Model*. Journal of Health Education, 5(2), 12–20.

Cindy Fatika Sari, dkk. (2021). *Health Belief dan perilaku kesehatan individu*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Indonesia.

Edmonds, J., dkk. (2012). *Knowledge and health perception in adolescents*. Journal of Adolescent Health, 50(3), 215–222.

Fasa, dkk. (2024). *Hubungan Health Belief dengan perilaku merokok mahasiswa*. [Jurnal/Prosiding jika tersedia].

Global Burden of Disease. (2023). *Tobacco and lung cancer: Global statistics*. [Sumber online/jurnal jika tersedia].

Haditono, R. (1991). *Perkembangan masa remaja: Teori dan praktik*. Yogyakarta: Kanisius.

Hossack, L., & Leff, M. (2018). *Demographic influences on health beliefs*. Dalam Sarafino, E. (2021), *Health psychology* (hlm. xx-xx). New York: Wiley.

Hurlock, E. B. (1990). *Developmental psychology: A life-span approach*. New York: McGraw-Hill.

Jauhar, M., Syafni, N., & Fitri, R. (2023). *Hubungan Health Belief dengan Perilaku Deteksi Dini Penyakit pada Remaja di SMA Negeri 4 Padang.* Ners Journal of Nursing, 19(1), 45–52.

Istiqomah, R. (2021). *Definisi dan karakteristik rokok*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Indonesia.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). *The Health Belief Model: A decade later.* Health Education Quarterly, 11(1), 1–47.

Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The *Health Belief* Model. Dalam O. M. Purwodiharjo & A. O. Suryani (2020), *Teori perilaku kesehatan* (hlm. xx-xx). Jakarta: Penerbit Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). (2023). *Dampak merokok terhadap kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kumboyono, D. (2011). *Hubungan persepsi risiko dan keinginan berhenti merokok*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 6(1), 12–20.

Margono, S. (2018). *Metodologi penelitian pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoadmojo, S. (2017). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoadmojo, S. (2018). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2018). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2018). *Metodologi penelitian keperawatan: Aplikasi dalam penelitian dan penulisan skripsi*. Jakarta: Salemba Medika.

Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2001). *Human development*. New York: McGraw-Hill.

Poerwadaminta, W. J. S. (2016). *Kamus besar bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.

PP No.19 Tahun 2003. *Peraturan Pemerintah tentang Pengendalian Rokok*. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.

Priyanto, D. (2014). *Konsep dasar promosi kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.

Priyanto, D. (2019). *Penilaian kesehatan objektif dan subjektif dalam perilaku masyarakat* (hlm. 136). Yogyakarta: Andi Offset.

Priyoto, D. (2014). *Konsep dasar promosi kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.

Priyoto, D. (2019). *Penilaian kesehatan objektif dan subjektif dalam perilaku kesehatan masyarakat* (hlm. 136). Yogyakarta: Andi Offset.

Razaq, Z. A. (2022). *Health Belief Model of Adolescent Girls Regarding Dietary Habits at Secondary School in Thi-Qar Governorate.* International Journal of Health Sciences, 6(4), 2041–2052.

Rosenstock, I. M. (1966). *Why people use health services*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), 94–127.

Rosenstock, I. M. (1977). *Historical origins of the Health Belief Model*. Health Education Monographs, 2(4), 328–335.

Rosenstock, I. M., Becker, M. H., dkk. (1970–1980). *Health Belief Model developments*. Health Education Monographs, 2(4), 328–335.

Santrock, J. W. (2001). *Life-span development*. New York: McGraw-Hill.

Santrock, J. W. (2007). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.

Santrock, J. W. (2014). *Psychology*. New York: McGraw-Hill.

Sari, D., dkk. (2015). *Perilaku merokok dan dampaknya terhadap kesehatan*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Indonesia.

Skinner, B. F. (2016). *About behaviorism*. New York: Vintage.

Survey Kesehatan Indonesia. (2023). *Hasil survei kesehatan remaja di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI.

Trim, A. (2015). *Factors influencing adolescent smoking behavior*. Journal of Public Health, 12(3), 145–153.

Walgito, B. (2016). *Psikologi umum*. Yogyakarta: Andi Offset.

Wibowo, A. (2017). *Penerapan Health Belief Model pada mahasiswa perokok aktif*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 12(2), 45–53.

Wijaya DR, Darwin NK, Farhansyah M. *Education on Knowledge and Attitudes About Smoking Behavior in Young Men in Junior High Schools Sociality : Journal of Public Health Service*. 2024;3(1):70-75.

Wilson, R. (2017). *Biopsychosocial aspects of health behavior*. London: Routledge.

World Health Organization (WHO). (2005). *WHO definition of health*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2005). *WHO definition of health*. Geneva: WHO.

Wahyuningsih, S., Susmiati, S., & Deswita, D. (2024). *Pendidikan Kesehatan Health Belief Model (HBM) terhadap Perilaku Diet Remaja.* Journal of Telenursing (JOTING), 5(1), 100–108.

Yusuf, A. (2011). *Perkembangan remaja: Fisik, kognitif, dan sosial*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada yth,

Responden penelitian

Di_

tempat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Samson Bahri Harahap

Alamat : Padangsidimpuan

Adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan yang akan melaksanakan penelitian dengan judul **"Gambaran *Health Belief* Pada Perilaku Merokok Pada Remaja di SMAN 7"** Oleh karena itu, peneliti memohon kesediaan respoden untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada responden, serta semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dimanfaatkan untuk keperluan penelitian.

Atas perhatiaan dan kesediaan nya untuk menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

(Samson Bahri Harahap**)**

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Setelah dijelaskan maksud dan manfaat penelitian, saya :

Nama/ Inisial:

Bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan saudari **Samson Bahri Harahap** mahasiswa Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan yang sedang mengadakan penelitian dengan judul "Gambaran *Health Belief* Pada Perilaku Merokok Pada Remaja di SMAN 7".

Demikian persetujuan ini saya tanda tangan dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padangsidimpuan, September 2025

Responden

(……)

Lampiran lembar observasi

Berilah tanda *cheklist* dari pernyataan berikut sesuai apa yang anda rasakan saat ini !

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Saya menghabiskan 2-8 batang rokok perhari		
2.	Saya menghabiskan 9-15 batang rokok perhari		
3.	Saya menghabiskan lebih dari 15 batang perhari		
4.	Saya merokok ketika mengerjakan PR		
5.	Saya merokok ketika mengerjakan tugas kelompok bersama teman-teman		
6.	Saya merokok ketika mengendarai motor		
7.	Saya merokok ketika nongkrong dengan teman-teman		
8.	Saya merokok ketika menonton konser musik		
9.	Saya merokok ketika buang air besar / buang air kecil		
10.	Saya merokok ketika berekreasi bersama teman-teman sekolah		
11.	Saya merokok sambil jalan-jalan di mall		
12.	Saya merokok ketika berkunjung ke rumah teman		
13.	5-10 menit setelah rokok yang saya hisap telah habis		
14.	10-30 menit setelah rokok yang saya hisap telah habis		
15.	Lebih dari 30 menit rokok yang saya hisap telah habis		
16.	Saya lebih senang berlama-lama memainkan rokok dengan jari daripada menghisap sampai habis		
17.	Saya merokok setiap pagi		
18.	Saya merokok setiap siang		
19.	Saya merokok setiap sore		
20.	Saya merokok setiap malam		

Sumber : Deasy Yunika Khairun (2011)

MASTER DATA

GAMBARAN *HEALTH BELIEF* PADA PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA DI SMA N 7 KOTA PADANGSIDIMPUAN

Nama	Umur	Kelas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Gilang	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1
Pajar M	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1
Hersa E	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1
Madan	4	3	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1
Anwar S	3	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1
Fathan F	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1
Rizki R	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1
Dedy A	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Yudi H	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1
Ali M	3	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1
Fathum	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
Syafril A	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Syaputra S	3	3	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
Yusril I	3	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1
Darman S	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1
Sisa H	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1
Rinaldi	3	3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1
Hady F	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1
Perdana	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1
Aidil	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1
Azwar	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
Rifki	3	3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1

Mustapa	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2
Angga	3	3	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
Reza	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2
Iqbal	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2
Roni	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2
Anas	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1
Fathur	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1
Rohman	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2
Fadil	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
Husnul	4	3	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1
Fadli	4	3	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1
Agus	4	3	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
Budi	4	3	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2
Diki	3	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1
Aditiya	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2
Egi	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1
Gunawan	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2
Muhamad	4	3	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1
Ahmad	4	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
Raja	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1
Frans	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2
Ridho	4	3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1
Irwan	4	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2
Dimas	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1
Dani	4	3	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
Paruntungan	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1

Ilham	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
Bayu	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
Kurnia	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
Setiawan	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2
Arif	4	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
Abdul	3	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1
Anwar H	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2

Ket :
Health Belief baik : 1
kurang baik : 2
umur
15 tahun : 1
16 tahun : 2
17 tahun : 3
18 tahun : 4

DOKUMENTASI





