

## **HEALTH LOCUS OF CONTROL PADA PEROKOK DAN NON-PEROKOK**

Rina Rahmatika

Fakultas Psikologi Universitas YARSI

Jl. Letjend Suprpto Kav 13, Menara YARSI, Cempaka Putih, Jakarta

[rina.rahmatika@gmail.com](mailto:rina.rahmatika@gmail.com)

### **Abstrak:**

Jumlah konsumsi rokok di Indonesia naik tiap tahunnya, hal ini terjadi meskipun telah dilakukan beberapa regulasi yang diharapkan dapat menurunkan konsumsi rokok. Salah satu aspek psikologis yang dapat menentukan perilaku sehat individu adalah *health locus of control*, oleh karena itu ingin diketahui bagaimana gambaran *health locus of control* pada perokok. Sampel pada penelitian ini berjumlah 390 remaja dengan proporsi 200 perokok dan 190 non perokok. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur *Multidimensional Health Locus of Control* dari Wallston yang telah diadaptasi ke bahasa Indonesia. Hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan ( $z = -0.396$ ,  $p = 0.692$ ;  $p < 0.05$ ) dari dimensi internal *health locus of control* antara remaja perokok dan non perokok. Pada dimensi *chance*, menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan ( $t = 5.297$ ,  $p = 0.000$ ;  $p < 0.005$ ), begitu pula pada dimensi *powerful others* yang menunjukkan perbedaan signifikan ( $t = 6.960$ ,  $p = 0.000$ ;  $p < 0.005$ ) antara remaja perokok dan non perokok.

**Kata kunci:** *Health locus of control*; perokok; remaja

## **PENDAHULUAN**

### **Latar belakang**

Rokok adalah suatu produk yang dapat dikonsumsi semua pihak, barang ini tidak merujuk pada jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, tipe pekerjaan, ataupun tingkat social ekonomi. Bahan baku rokok yang utama adalah tembakau dan Indonesia adalah salah satu negara penghasil tembakau di dunia. Barber, Adiotomo, Hasan, dan Setyonaluri (2008) dalam studinya menyebutkan bahwa konsumsi tembakau di Indonesia meningkat sejak tahun 1970 karena rendahnya harga rokok, peningkatan jumlah penduduk, peningkatan pendapatan rumah tangga dan proses mekanisasi industri rokok. Industri rokok berkembang di Indonesia, hal ini membuat pemerintah resah untuk mengambil kebijakan tegas karena rokok memberikan sumbangan besar bagi pendapatan negara sehingga Indonesia tidak bersedia menandatangani Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) dari WHO sejak tahun 2005, dan pembatasan yang dilakukan adalah pembuatan Undang-undang No.39 tahun 2007 tentang peningkatan cukai rokok yang dianggap akan efektif dalam mengurangi jumlah konsumsi rokok di Indonesia. Namun ternyata sampai saat ini jumlah perokok selalu naik tiap tahunnya dengan prevalensi perokok di Indonesia tahun 2011 (menurut Global Adult Tobacco Survey) mencapai 36,1 persen dari total populasi di Indonesia, dan angka tersebut naik secara konsisten sejak survey Sosial Ekonomi Nasional pada 1995 (27,5 persen) dan diprediksi akan

terus meningkat, 67,4 persen adalah pria dewasa dan 4,5 persen adalah wanita berdasarkan jumlah para perokok tersebut (Reader's Digest, Januari 2013).

Telah disebutkan sebelumnya bahwa konsumen rokok tidak terbatas oleh tingkat sosial ekonomi sehingga para perokok muncul tak hanya dari masyarakat yang memiliki pendapat cukup namun juga berasal dari masyarakat miskin kota. Barber, Adiotomo, Hasan, dan Setyonaluri (2008) menyebutkan bahwa merokok menyebabkan timbulnya biaya bagi mereka yang merokok maupun yang tidak merokok. Rokok yang bersifat karsinogenik akan menyebabkan 97 juta penduduk Indonesia yang tidak merokok potensial untuk mengalami kanker karena terpapar asap rokok dari orang lain, sedangkan rumah tangga perokok menghabiskan 11,5 % dari total pengeluaran bulanan untuk membeli rokok, sedangkan biaya yang harus dikeluarkan untuk menyembuhkan penyakit yang terkait dengan konsumsi rokok mencapai Rp. 2,9 – 11 triliun per tahun. Hasil studi yang dilakukan pada masyarakat miskin perkotaan menyimpulkan bahwa rumah tangga yang kepala keluarganya merokok akan mengalihkan pengeluaran dari makanan ke rokok sehingga meningkatkan prevalensi kekurangan gizi pada anak-anak

Merokok adalah salah satu perilaku pilihan dari individu karena jumlah masyarakat yang tidak merokok masih lebih banyak dibandingkan dengan yang merokok. Namun, meskipun sudah banyak larangan merokok atau informasi terkait dengan efek negatif rokok beredar secara umum, namun berdasar pada data yang telah disebutkan, jumlah perokok tetap naik tiap tahunnya, tidak terkecuali pada remaja.

Remaja memiliki karakteristik khas sesuai dengan tahapan perkembangannya yaitu memiliki rasa ingin tahu yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani menanggung resiko atas perbuatannya tanpa didahului oleh pertimbangan yang matang (Infodatin, 2015). Penyesuaian diri yang dilakukan selama masa remaja tidaklah mudah, oleh karena ditemukan berbagai permasalahan yang muncul pada masa remaja. Menurut Sarafino (2006), masa remaja menjadi peluang besar bagi para remaja untuk mulai melakukan perilaku-perilaku negatif, salah satunya adalah merokok. Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa pada tahun 2001 – 2010 persentase jumlah perokok kelompok usia 10 – 14 tahun meningkat dari 9,5% menjadi 17,5% sedangkan jumlah perokok usia 15 – 19 tahun meningkat dari 58,9% menjadi 63,7% (Risikesdas, 2013). Namun di sisi lain, masih banyak remaja yang dapat menghindarkan dirinya dari perilaku merokok di saat para perokok usia remaja semakin bertambah tiap tahunnya.

Pada ranah psikologi dijelaskan bahwa suatu perilaku dapat muncul dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berasal dari individu maupun dari luar individu. Dalam teori psikologi kepribadian, dikenal istilah *locus of control*, yang artinya adalah bagaimana individu memahami bahwa dirinya mampu untuk mengontrol hal-hal yang akan memiliki pengaruh terhadap dirinya. Rotter (1966) menyebutkan bahwa *Locus of control* terbagi menjadi dua yaitu *external locus of control* (individu memahami bahwa hal-hal yang terjadi pada dirinya dikontrol oleh faktor-faktor lingkungan di luar batas kekuasaannya) dan *internal locus of control* (individu memahami bahwa ia mampu untuk mengontrol hal-hal yang terjadi dalam hidupnya).

Konsep *locus of control* pun sudah diaplikasikan di berbagai bidang psikologi, salah satunya adalah Psikologi Kesehatan, yang dikenal dengan *health locus of control*. Dalam bukunya, Ogden (2007) menjelaskan bahwa *health locus of control* pun terbagi menjadi *internal locus of control* dan *external locus of control*. Terkait dengan perilaku merokok, disebutkan dalam Ogden (2007) bahwa *health*

*locus of control* telah dibuktikan memiliki hubungan dengan bagaimana individu merubah perilakunya (seperti berhenti merokok) atau bagaimana gaya komunikasi dari tenaga kesehatan dalam merubah perilaku mereka.

Berdasarkan hasil penelitian Mandasari (2012) menunjukkan bahwa remaja berperilaku merokok karena adanya rasa ingin tahu, menunjukkan perlawanan, meremehkan risiko kesehatan dan sebagai cara untuk melepaskan stres karena masalah yang dihadapi, baik di rumah maupun sekolah. Sedangkan faktor eksternal merujuk pada keyakinan bahwa suatu hasil adalah akibat dari kontrol kekuatan lain (*powerful others*) atau nasib (*chance*). Penelitian yang dilakukan Elise, R. H., Hiebert B., & Cairns K. (1998) memberikan hasil bahwa ketika ditelaah secara keseluruhan maka dimensi internal dari *health locus of control* pada remaja yang terkait dengan perilaku sehat mendapatkan skor yang tinggi, sedangkan dimensi eksternal menunjukkan skor yang rendah.

Berdasarkan paparan di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan kontrol terkait kesehatan yang dimiliki remaja yang merokok dan tidak merokok.

## METODE

### a. Partisipan

Partisipan penelitian adalah remaja umur 12-21 tahun, baik yang merokok ataupun yang tidak merokok. Penyebaran kuisioner untuk mengumpulkan data dilakukan di wilayah JABODETABEK kepada 400 subjek usia remaja yaitu 12-21 tahun, namun data yang memenuhi kriteria dan persyaratan penelitian berjumlah 384 subjek, yang terdiri dari 187 non perokok dan 197 perokok. Berikut adalah deskripsi subjek penelitian

### b. Desain

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian komparasi yang berusaha mengetahui perbedaan *health locus of control* pada perokok dan non perokok

### c. Prosedur

Data penelitian dikumpulkan melalui metode survey dengan menyebarkan kuisioner kepada partisipan yang memenuhi kriteria penelitian. Tehnik penentuan sampel penelitian dilakukan secara insidental. Kuisioner yang digunakan untuk pengumpulan data berupa skala yang dapat mengukur *Health Locus of Control*, yaitu *Multidimensional Health locus of control scales* (Wallston, 1978) *Form A*.

### d. Teknik Analisis

Data yang diperoleh dari penelitian dianalisis secara kuantitatif untuk memberikan gambaran terkait *health locus of control* pada perokok dan non perokok dengan menggunakan uji komparasi t-test untuk data yang terdistribusi secara normal dan menggunakan uji komparasi *Mann-Whitney Test* untuk data yang berdistribusi secara tidak normal.

## ANALISIS DAN HASIL

### *Persiapan Alat Ukur*

Proses adaptasi alat ukur adalah tahapan awal yang dilakukan dalam penelitian ini. Alat ukur tersebut adalah *Multidimensional Health locus of control scales Form A* (Wallston, 1978).

Alat ukur yang telah selesai proses penterjemahan kemudian dilakukan uji coba untuk melihat validitas dan reliabilitas alat ukur tersebut. Uji coba alat ukur dilakukan ke 233 responden yang tersebar di Jabodetabek.

Pengujian reliabilitas dan validitas alat ukur dilakukan pada aitem-aitem dalam alat ukur dengan mengikutsertakan aitem yang memiliki skor *corrected item total correlation* > 0.2. Pengujian reliabilitas alat ukur dilakukan per dimensi karena alat ukur tersebut mengukur konstruk yang multi dimensi, berikut adalah hasilnya:

Tabel 1. Hasil Uji Reliabilitas *Multidimensional Health Locus of Control* Form A

No	Dimensi	Alpha Cronbach
1.	Internal	0.607
2.	Powerful Others	0.756
3.	Chance	0.745

Dalam menentukan reliabilitas alat ukur, standar yang digunakan adalah apabila alat ukur tersebut memenuhi koefisien reliabilitas > 0.6. Dari Tabel 3 terlihat bahwa semua dimensi memenuhi standar koefisien reliabilitas tersebut sehingga dapat dikatakan bahwa alat ukur tersebut reliabel.

Validitas alat ukur diketahui dari validitas isi dan validitas konstruk. Validitas isi diukur melalui *expert judgement* terhadap aitem-aitem alat ukur yang telah dilakukan saat proses translasi alat ukur, sedangkan validitas konstruk diukur dengan cara melihat skor korelasi dari aitem-aitem dengan standar >0,2. Hasil menunjukkan bahwa skor korelasi aitem bergerak dari 0,217 sampai dengan 0,640.

### Deskripsi Subjek Penelitian

Penyebaran kuisioner penelitian dilakukan di wilayah JABODETABEK kepada 400 subjek usia remaja yaitu 12-21 tahun, namun data yang memenuhi kriteria dan persyaratan penelitian berjumlah 384 subjek, yang terdiri dari 187 non perokok dan 197 perokok. Berikut adalah deskripsi subjek penelitian

Tabel 2. Data Demografi

Data	Perokok	Non Perokok	Jumlah	Persentase (dalam %)
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	176	52	228	59.4
Perempuan	21	135	156	40.6
<b>Usia</b>				
Remaja Awal (12-14 tahun)	5	1	6	1.6
Remaja Madya (15-17 tahun)	65	15	80	21
Remaja Akhir (18-21 tahun)	127	171	298	77.4
<b>Pendidikan</b>				
SD	13	1	14	3.6
SMP	71	11	82	21.9
SMA/SMK	106	20	126	33
Diploma (1-4)	2	29	31	8.1

<b>Data</b>	<b>Perokok</b>	<b>Non Perokok</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (dalam %)</b>
S1	5	126	131	33.4
<b>Berada di dekat perokok</b>				
Ya	195	141	336	87.5
Tidak	2	46	48	12.5
<b>Pihak yang merokok</b>				
Semua pihak	1	0	1	0.26
Teman	160	102	262	68.2
Orang tua	13	27	40	10.4
Saudara	6	4	10	2.6
(kandung/sepupu/ipar)				
Teman & orang tua	8	2	10	2.6
Teman, orang tua, saudara	6	0	6	1.5
Teman & saudara	1	1	2	0.5
Orang tua & saudara	0	1	1	0.26
Suami & teman	0	1	1	0.26
Lain-lain	1	11	12	3.1
Tidak ada	0	38	38	10.32

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa subjek laki-laki jumlahnya lebih besar daripada perempuan yaitu 59.4%. Subjek sebagian besar pada tahapan remaja akhir (77.4%), dan sebagian besar dari subjek memiliki pendidikan SMA dan sederajat serta sarjana (atau sedang kuliah). Sejumlah 87.5% dari subjek mengaku sering berada di sekitar perokok, dan angka paling besar untuk pihak yang merokok di sekitar subjek penelitian adalah teman sebesar 68.2%.

### Analisis Statistik

#### 1. Uji Normalitas

Uji normalitas dalam penelitian menggunakan metode dari Kolmogorov-Smirnov Z dua sampel dengan hasil sebagai berikut

Tabel 3. Hasil Uji Normalitas

<b>Dimensi</b>	<b>Perokok</b>		<b>Non Perokok</b>	
	<b>K-SZ</b>	<b>Sig</b>	<b>K-SZ</b>	<b>Sig</b>
<i>Internal</i>	1.877	0.002	2.174	0.000
<i>Chance</i>	0.819	0.513	0.864	0.444
<i>Powerful</i>	1.112	0.168	0.881	0.420
<i>Others</i>				

Tabel di atas menunjukkan bahwa dimensi internal memiliki distribusi yang tidak normal ( $p > 0.05$ ) sedangkan dimensi *chance* dan *powerful others* dari *health locus of control* memiliki data yang terdistribusi secara normal.

#### 2. Uji Beda

*Health locus of control* adalah variabel yang multidimensi, sehingga analisis statistik harus dilakukan secara terpisah dari dimensi satu dengan lainnya. Berikut ini adalah hasil uji beda yang telah dilakukan terhadap dimensi-dimensi dari *health locus of control*.

*Dimensi Internal*

Pengujian untuk dimensi internal dilakukan secara non parametric karena data berdistribusi secara tidak normal, yaitu dengan menggunakan teknik analisis *Mann-Whitney U*. Berikut adalah hasil uji hipotesis untuk dimensi internal

Tabel 4. Uji Beda untuk dimensi internal HLoC

Dimensi	Z	Signifikansi	Subjek	Mean
Internal	-0.396	0.692	Perokok	194.68
			Non Perokok	190.21

Hasil uji beda di atas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan ( $p < 0.05$ ) dari dimensi internal *health locus of control* antara perokok dan non perokok. Hal ini menunjukkan bahwa kontrol internal yang dimiliki perokok dan non perokok untuk mengendalikan kesehatannya tidak menunjukkan hasil yang berbeda.

*Dimensi Chance*

Pengujian hipotesis untuk dimensi chance dilakukan secara parametrik karena data yang dimiliki terdistribusi secara normal. Teknik analisisnya menggunakan *independent sample t-test*, hasilnya dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 5. Hasil Uji beda dimensi *Chance* HLoC

Dimensi	F	Signifikansi	t	Subjek	Mean
Chance	5.297	0.000	8.248	Perokok	22.16
				Non	17.72
				Perokok	

Hasil uji beda di atas menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan ( $p < 0.05$ ) berdasarkan dimensi *chance* untuk *health locus of control* perokok dan non perokok. Hal ini menunjukkan bahwa kontrol terkait kesehatan yang dimiliki oleh perokok dan non perokok berbeda dari dimensi kesempatan atau takdir, berdasarkan nilai mean terlihat bahwa perokok lebih menganggap bahwa takdir adalah salah satu faktor yang mengontrol kesehatannya, dibandingkan dengan non perokok.

*Dimensi powerful others*

Uji hipotesis yang dilakukan untuk mengetahui perbedaan antara dimensi *powerful others* dari *health locus of control* pada perokok dan non perokok adalah dengan menggunakan metode statistik parametrik karena data terdistribusi secara normal. Hasil analisis ditunjukkan oleh tabel di bawah ini.

Tabel 6. Hasil Uji beda dimensi *powerful others* HLoC

Dimensi	F	Signifikansi	t	Subjek	Mean
Poweful Others	2.707	0.000	6.960	Perokok	24.30
				Non	20.38
				Perokok	

Tabel di atas menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan ( $p < 0.05$ ) pada dimensi *powerful others* dari *health locus of control* antara perokok dan non perokok. Artinya bahwa kontrol eksternal yang berasal dari orang-orang yang berkuasa di sekitar perokok dan non perokok memiliki perbedaan. Berdasarkan

skor rata-rata yang ditunjukkan, terlihat bahwa perokok lebih menganggap bahwa kontrol terhadap kesehatannya berasal dari orang-orang sekitar, dibandingkan yang tidak merokok

## DISKUSI

Hasil penelitian terkait perbedaan *health locus of control* pada remaja perokok dan perokok menunjukkan hasil yang berbeda pada tiap dimensinya. Pada dimensi internal dari *health locus of control* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan ( $z = -0.396$ ,  $p = 0.692$ ;  $p < 0.05$ ). Dimensi Internal dari *health locus of control* sendiri berarti bahwa seseorang merasa kontrol kesehatannya berasal dari diri mereka sendiri sehingga mereka mengetahui bahwa kondisi kesehatan yang mereka miliki adalah akibat langsung dari perilaku sendiri (Rotter, dalam Sangeeta, Shobhana, & Sandeep Singh Rana, 2015). Dengan demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja yang merokok dan tidak merokok tidak memiliki perbedaan dalam mempersepsi bahwa dirinya lah yang memegang kendali terhadap kondisi kesehatannya.

Pada dimensi *chance* dalam *health locus of control* pada remaja menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan ( $t = 5.297$ ,  $p = 0.000$ ;  $p < 0.005$ ). Menurut Wallston, Wallston & DeVellis (1978), dimensi *chance* disini berarti bahwa seseorang meyakini bahwa hal-hal di luar dirinya seperti takdir, kebetulan dan keberuntungan adalah hal yang dapat mengendalikan kesehatannya. Dalam kaitan dengan perilaku sehat, individu yang memiliki tingkat lebih tinggi pada dimensi *chance* dalam hal kontrol terhadap kesehatannya menganggap bahwa perilaku sehatnya bukan lah hal yang dominan dalam menentukan status kesehatannya, sehingga individu tersebut cenderung kurang memperhatikan perilaku sehatnya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kontrol terkait kesehatan yang dimiliki oleh perokok dan non perokok berbeda dari dimensi keberuntungan, kebetulan atau takdir. Berdasarkan data terlihat bahwa remaja perokok memiliki skor rata-rata dimensi *chance* lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok, hal ini bermakna bahwa remaja perokok menganggap bahwa takdir, keberuntungan adalah salah satu faktor yang mengontrol kesehatannya sehingga mereka cenderung kurang memperhatikan perilaku sehatnya dengan tetap merokok.

Dimensi lain dalam *health locus of control* adalah *powerful others* yang artinya bahwa kontrol terhadap kesehatan dalam hidup individu ditentukan oleh faktor di luar diri individu tersebut seperti orang-orang yang lebih memiliki kuasa dibanding dirinya Wallston, Wallston & DeVellis (1978). Pada konteks remaja, orang-orang yang memiliki kuasa adalah orang tua, keluarga, teman sebaya, tenaga kesehatan, guru, dan lainnya. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan signifikan ( $t = 6.960$ ,  $p = 0.000$ ;  $p < 0.005$ ) antara remaja perokok dan non-perokok. Hal ini menunjukkan bahwa kontrol eksternal yang berasal dari orang-orang berkuasa di sekitar remaja perokok dan tidak merokok memiliki perbedaan. Berdasarkan skor rata-rata, apabila dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok, maka remaja perokok lebih menganggap kontrol terhadap kesehatannya berasal dari orang-orang sekitar yang memiliki kekuasaan.

Apabila dikaitkan dengan gambaran psikologis remaja, maka remaja berada dalam tahapan dimana beberapa tugas perkembangannya adalah membangun hubungan dengan teman sebaya dan mencapai peran sosial sesuai dengan jenis kelamin (Havighurst, dalam Hurlock, 2002). Salah satu cara yang diambil oleh remaja dalam membangun relasi sosial di lingkungannya adalah dengan mengikuti

perilaku yang dilakukan oleh orang sekitar, yaitu dengan merokok. Komasari & Helmi (2000), menyebutkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan perilaku merokok pada remaja adalah sikap permisif orang tua dan pengaruh teman sebaya.

Data demografi yang menunjukkan bahwa sejumlah 87.5% dari subjek penelitian mengaku sering berada di sekitar perokok, dan teman adalah pihak yang angka paling besar untuk pihak yang merokok di sekitar subjek penelitian 68.2%, sedangkan orang tua dan saudara memberikan kontribusi sebesar 13.26% sebagai pihak yang merokok. Remaja menganggap bahwa kelompok sosialnya adalah hal yang penting bagi mereka sehingga mereka akan melakukan usaha-usaha dalam rangka mendapat pengakuan dan status dari kelompok sosialnya (Ariyanto, 2011; Sholihah, 2014). Oleh karena itu, apabila remaja berada di sekitar kelompok sosial yang merokok, akan tidak sulit bagi mereka untuk melakukan perilaku yang sama seperti kelompok sosialnya. Selain itu, salah satu faktor yang menginspirasi seseorang yang merokok adalah anggota keluarga perokok (Mandasari, 2012).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan ( $p < 0.05$ ) dari dimensi internal dari *health locus of control* antara perokok dan non perokok. Sedangkan pada dimensi *chance* dan *powerful others* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan ( $p < 0.05$ ) untuk *health locus of control* perokok dan non perokok.

### Saran

- Uji coba alat ukur yang telah dilakukan masih terbatas pada melihat konsistensi internal dan uji keterbacaan dalam menentukan validitas dan reliabilitas, oleh karena itu akan lebih baik jika dilakukan uji validitas dengan menggunakan prosedur psikometrik yang lebih kompleks untuk mendapatkan hasil adaptasi yang dapat diandalkan.
- Melibatkan variabel lain dalam untuk mendapatkan gambaran lebih luas terkait kondisi psikologis para perokok.
- Secara praktis, hasil penelitian dapat dijadikan sebagai dasar dari perancangan promosi dan intervensi kesehatan terhadap pihak-pihak signifikan yang berada di sekitar remaja perokok karena ternyata keberadaannya dapat mengendalikan kesehatan pada remaja perokok

## DAFTAR PUSTAKA

[Audisi, D R., Adjat S. R., & Nurjaman, N. \(2015\). \*Hubungan Tingkat Stres dengan Jumlah Rokok yang Dihisap pada Mahasiswa Laki-laki. Prosiding Pendidikan Dokter.\*](#)

Ariyanto, J.B. (2011). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok remaja pria di SMA Negeri 3 Demak. *Abstrak*. Universitas Muhammadiyah Semarang (published)

[Brannon, L., Jess, F., & John A U. \(2014\). \*Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health \(8<sup>th</sup> Ed\)\*. California: Cengage Learning.](#)

[Budianysah, F D. \(2015\). \*Hubungan Health Belief Dengan Health Locus of Control Pada Lansia Etnis Tionghoa Yang Memiliki Penyakit Hipertensi di Kelompok Senam Aerobik\*. Skripsi: Universitas Islam Bandung.](#)



- [Egan, J T., dkk. \(2009\). \*Multidimensional Health Locus of Control in American Indians: The Strong Heart Study. Ethnicity & Disease, Vol. 19.\*](#)
- Elise, R. H., Hiebert B., & Cairns K. (1998). Adolescent health: The relationships between health locus of control, beliefs and behaviours. *Guidance & Counseling, Vol. 13 (3):* 23.
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behavior: Results from a nationally representative survey. *Journal of Psychology, Health, & Medicine.*
- Guszkowska, M., & Kuk, A. (2012). Health Locus of Control of Polish Undergraduates: Gender, Faculty, and Type of Physical Activity Differences. *Baltic Journal of Health and Physical Activity, 4 (3):* 189-196.
- Hall, E. A. (2001). *Feelings About Drug Use: Drug-Related Locus of Control.* California: UCLA Integrated Substances Abuse Programs.
- Hurlock, E.B. (2002). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan, Edisi Kelima.* Jakarta: Penerbit Erlangga
- Infodatin. (2015). Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI. ISSN: 2442-7659.
- Knappe, S & Pinquart, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Journal of psychology, health & medicin.*
- Komasari, D., Helmi, A. F. (2000). Faktor-faktor penyebab perilaku merokok pada remaja. *Jurnal Psikologi, No.1, 37-47.*
- Levenson, H. (1981). Differentiating Among Internality, Powerful Others, and Chance. *Research With The Locus of Control Construct, Vol. 1.*
- Mandasari, Y. (2012). *Hubungan Antara Health Locus of Control dan Perilaku Asertif Pada Remaja Yang Merokok.* Publikasi: Universitas Gunadarma.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A Textbook, 4th edition.* New York: McGraw-Hill.
- [Padmaningrum, R T. \(2007\). \*Rokok Mengandung Zat Adiktif Yang Berbahaya Bagi Kesehatan.\* Jurdik Kimia, Universitas Negeri Yogyakarta.](#)
- [Pinel, J P. J. \(2012\). \*BIOPSIKOLOGI.\* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.](#)
- Risikesdas (2013). *Riset kesehatan dasar.* Diunduh pada 28 Oktober 2016 dari **Error! Hyperlink reference not valid.**
- Reader's digest. (2013). Target pasar masa depan. Januari 2013
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement: Psychological Monographs: General & Applied 80(1) 1966, 1-28
- Sangeeta, Shobhana, & Sandeep Singh Rana (2015). Health Locus of Control as Correlate of Health Promoting Behaviors. *Indian Journal of Health and Wellbeing, 6 (6):* 580-584.
- Sarafino, E.P. (2006). *Health psychology: Biopsychosocial interactions fifth edition.* USA: John Wiley & Sons.
- Sholihah, M. (2014). Gambaran Peluang Perubahan Perilaku Perokok dengan Health Belief Model Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Ciputat Tangerang Selatan. *Skripsi.* Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah (published).
- Septiady, Yopie A & Suhana (2015). *Hubungan Antara Health Locus of Control dan Self-Efficacy Pada Pasien Gagal Ginjal Akut Yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Al-Islam Bandung.* Prosiding Penelitian Sivitas Akademika Unisba (Sosial dan Humaniora), Gel. II.

Wallston, K. A., Wallston, B.S., & Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, (6): 160-170

[Widodo, Joko & Sukarti \(2007\). \*Hubungan Antara Locus of Control Dengan Coping Pada Remaja\*. Publikasi: Universitas Islam Indonesia.](#)