

# PENGARUH PUSAT KENDALI KESEHATAN DAN PENGETAHUAN TENTANG ROKOK TERHADAP PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA

Sitti Chotidjah

Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan,  
Universitas Pendidikan Indonesia  
Jl. Dr. Setiabudi no. 229, Bandung 40154

*u\_see@upi.edu*

**Abstrak.** Perilaku merokok di pada remaja Indonesia semakin memprihatinkan karena jumlahnya yang terus meningkat setiap tahun dan usia mulai merokok yang semakin muda. Hal ini tentu mempengaruhi kualitas kesehatan mereka saat ini dan kelak di masa yang akan datang. Tujuan dari penelitian ini adalah ingin mengetahui apakah pusat kendali kesehatan (*Health Locus of Control*) dan pengetahuan tentang rokok merupakan prediktor bagi perilaku merokok pada remaja laki-laki. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelasan terhadap keyakinan remaja terhadap perilaku kesehatan khususnya perilaku merokok. Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental pada remaja usia 15 – 19 tahun di Yogyakarta dengan menggunakan teknik sampling aksidental. Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuesioner tentang status perilaku merokok, skala Pusat Kendali Kesehatan dari Wallston dan deVellis dan tes pengetahuan tentang rokok yang telah diujicobakan kepada tiga puluh (30) subjek. Reliabilitas pada skala Pusat Kendali Kesehatan diperoleh nilai  $\alpha = 0,879$ ; artinya skala Pusat Kendali Kesehatan memiliki reliabilitas yang baik. Sedangkan untuk tes reliabilitas alat ukur tes pengetahuan tentang rokok adalah  $KR = 0,64156$ ; artinya tes tersebut cukup dapat diandalkan. Analisis data dengan menggunakan regresi logistik mendapatkan kesimpulan bahwa pusat kendali kesehatan bukan merupakan prediktor yang signifikan terhadap perilaku merokok pada remaja ( $G = 0,73 < X^2 = 3,841$  dengan  $\alpha = 0,05$ ). Pusat kendali kesehatan hanya menjelaskan perilaku merokok sebesar 0,5% saja sedangkan pengetahuan merupakan prediktor yang signifikan terhadap perilaku merokok remaja ( $G = 17,693 > X^2 = 3,841$  dengan  $\alpha = 0,05$ ). Pengetahuan tentang rokok secara signifikan mempengaruhi perilaku merokok.

**Kata Kunci:** *Pusat Kendali Kesehatan, Pengetahuan tentang rokok dan Perilaku Merokok*

## PENDAHULUAN

Prevalensi jumlah perokok remaja yang semakin meningkat dan usia mulai merokok yang semakin muda tentulah perlu mendapatkan perhatian dan penanganan yang serius. Data Biro Pusat Statistik (SUSENAS) menunjukkan jumlah perokok pemula usia 5-9 tahun meningkat tajam dari 0,4% pada tahun 2001 menjadi 2,8% tahun 2004. Begitu pula dengan remaja perokok pemula usia 10-14 tahun, yaitu dari 9,5% (Susen, 2001) menjadi 17,5% (Risksdas, 2010). Rinciannya, pria 55,05 juta dan perempuan 3,5 juta. Dan pada remaja (15 - 19 tahun), prevalensi merokok meningkat dari 7,1 persen tahun 1995 menjadi 20,3 persen tahun 2010 (<http://regional.kompas.com/read/2013/06/10/03431916/Jumlah.Remaja.Perokok.Terus.Meningkat>)

Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 mencatat, 58,6 juta orang Indonesia berumur 15 tahun ke atas telah menjadi perokok aktif. Artinya, lebih dari sepertiga pelajar dilaporkan

biasa merokok, dan ada 3 diantara 10 pelajar menyatakan pertama kali merokok pada umur dibawah 10 tahun (Anak dan remaja rentan menjadi perokok pemula, diakses 17 Maret 2014, 13.54 dari <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=2050>).

Menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu daerah yang memiliki angka yang tinggi pada usia mulai merokok 5 – 9 tahun yaitu sebanyak 1,9%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prabandari (1994) dan Astuti (2010) pada remaja di Yogyakarta dan sekitarnya yaitu semakin mudanya usia seseorang mulai merokok.

Rokok mengandung 4000 zat kimia berbahaya, 69 diantaranya adalah karsinogenik, beberapa zat berbahaya itu adalah tar, sianida, arsen, formalin, karbon monoksida, dan nitrosamin. Akibat rokok terhadap kesehatan sudah sangat jelas merugikan kesehatan. Perokok aktif beresiko untuk terkena kanker hati dan paru, bronkitis kronis, emphysema, gangguan pernafasan, kerusakan dan luka bakar, berat badan rendah dan perkembangan yang terhambat pada bayi (Center for Advancement of Health dalam Taylor, 2006). Dampak rokok sudah dapat ditemukan pada perokok diumur 20-an yaitu terdapat kerusakan permanen pada saluran kecil di paru-paru perokok menunjukkan peningkatan sel radang dan meningkatnya level kerusakan pada paru-paru (U.S. DHHS, dalam Slovic, 2001)

Apabila perilaku merokok ini tidak ditangani dengan serius maka dapat diprediksi akan berpengaruh pada kualitas kesehatan generasi muda dalam beberapa tahun ke depan dan dalam jangka panjang dapat mengarah pada terjadinya *lost generation* yang berdampak pada kelangsungan hidup bangsa (Trevalga, dalam Astuti 2010).

Menurut Sarafino (1998), perilaku seseorang yang berkaitan dengan kesehatan tidak lepas dari keyakinan mereka terhadap kontrol diri yang disebut sebagai pusat kendali. Seseorang yang meyakini bahwa ia memiliki kendali penuh akan perilaku-perilakunya maka dia memiliki pusat kendali internal sedangkan seseorang yang meyakini bahwa faktor-faktor di luar dirinya yang bertanggung jawab terhadap perilakunya maka dia memiliki pusat kendali eksternal. Aspek eksternal pun kemudian dibagi lagi menjadi dua sub aspek sehingga pusat kendali kesehatan seseorang terdiri dari tiga sumber yaitu diri sendiri (*internal*), kekuasaan orang lain (*powerful others*) dan takdir (*chance*) (Levenson dalam Lyons & Chamberlain, 2006). Keyakinan yang berperan bagi diri seseorang dalam perilaku kesehatan adalah pusat kendali kesehatan. Jadi dapat disimpulkan bahwa individu yang memiliki pusat kendali kesehatan internal cenderung lebih memberikan perhatian kepada kesehatannya dengan melakukan perilaku-perilaku yang mencegahnya dari sakit dan meningkatkan kesehatannya karena mereka yakin bahwa perilaku mereka dapat mempengaruhi kesehatan mereka. Lain halnya pada mereka yang memiliki pusat kendali kesehatan diri yang bersumber pada kekuasaan orang lain akan menyerahkannya pada perawatan dan penjagaan dari orang lain seperti keluarga dan dokter atau tenaga medis profesional lainnya. Sedangkan individu yang memiliki pusat kendali kesehatan yang bersumber pada takdir cenderung akan menyerahkan kondisi kesehatannya pada faktor nasib dan keberuntungan.

Berkaitan dengan perilaku merokok, penelitian yang dilakukan oleh Clarke, dkk. (1982) menunjukkan bahwa para remaja yang memiliki pusat kendali eksternal adalah mereka yang memiliki resiko tinggi untuk merokok mulai pada usia muda, merokok dengan frekuensi yang tinggi dan berencana untuk tetap melanjutkan kebiasaan merokoknya. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Kim (2005) yang memberikan hasil bahwa perbedaan status perilaku merokok secara signifikan dipengaruhi oleh pusat kendali.

Selain keyakinan, informasi tentang kesehatan yang dimiliki oleh seseorang menjadikannya memiliki kontribusi dalam mengambil langkah-langkah untuk mengatasi

kondisi yang mengancam (Wallston, Maides & Wallston, 1976). Penelitian oleh Lewit, dkk & Schneider, dkk., dalam Kenkel (1991) menunjukkan bahwa pengetahuan akan akibat rokok bagi kesehatan yang dimiliki oleh seseorang akan menurunkan jumlah konsumsi rokok. Penelitian lainnya yang dilakukan pada remaja non perokok di Jerman menunjukkan bahwa alasan mereka tidak merokok sebanyak 78,1% adalah berkaitan dengan dampak kesehatan yang ditimbulkan oleh rokok yaitu karena takut terkena kanker (Schneider, dkk., 2010).

Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa pusat kendali kesehatan dan pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan prediktor bagi perilaku kesehatannya dan dalam hal ini adalah perilaku merokok. Maka pertanyaan penelitian yang diajukan adalah:

1. Apakah pusat kendali kesehatan merupakan prediktor bagi perilaku merokok pada remaja laki-laki?
2. Apakah pengetahuan tentang rokok yang dimiliki oleh remaja merupakan prediktor perilaku merokok pada remaja laki-laki?

## METODE

### a. Partisipan

Sampel pada penelitian adalah remaja laki-laki berusia 15 – 19 tahun. Sampel penelitian berasal dari tiga sekolah menengah kejuruan di kota Yogyakarta yang mayoritas berjenis kelamin laki-laki yaitu SMKN 2, SMK Piri dan SMK Perindustrian. Data yang diperoleh sebanyak 234 dan yang dapat diolah sebanyak 208.

### b. Desain

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental dengan menggunakan teknik sampling aksidental yaitu mengambil sampel yang bersedia untuk ikut dalam penelitian (Kerlinger, 2006).

### c. Prosedur

Penelitian ini dilakukan antara bulan November – Desember 2011. Pertama kali, peneliti mengajukan surat permohonan untuk melakukan penelitian di tiga sekolah menengah kejuruan tersebut. Setelah mendapatkan ijin, maka peneliti menyebarkan kuesioner kepada siswa yang bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Kuesioner merupakan *self-report* yang bersifat dirahasiakan. Hal ini dilakukan untuk memotivasi subjek dalam memberikan jawaban sesuai dengan keadaan dirinya. Kuesioner tersebut mengukur; (1) perilaku merokok, adalah aktifitas menghisap asap dari rokok setelah membakar ujung lainnya dari rokok tersebut. Perilaku merokok diukur dengan menanyakan kebiasaan mereka dalam merokok dalam 1 – 3 bulan terakhir yang diberi label 0 untuk mereka yang tidak merokok, 1 untuk mereka yang merokok dalam satu hingga tiga bulan terakhir, (2) pusat kendali kesehatan, adalah keyakinan seseorang terhadap letak kendali yang ia miliki dan berpengaruh terhadap kesehatannya. Keyakinan tentang letak kendali perilaku kesehatan diukur oleh skala pusat kendali kesehatan form A dan B yang disusun oleh Wallston dan DeVellis tahun 1978. Alat ukur ini sering dipakai dan memiliki keterandalan yang cukup baik dalam penelitian-penelitian di bidang kesehatan (Wallston, 2005). Alat ukur tersebut kemudian dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian sehingga pilihan jawabannya menjadi empat yaitu Sangat Setuju = 4, Setuju = 3, Tidak Setuju = 2 dan Sangat Tidak Setuju = 1. Setelah melalui uji keterbacaan maka dilakukan uji validitas aitem kepada 30 subjek.

Hasil uji menunjukkan bahwa dari 36 aitem diperoleh 21 aitem yang memiliki validitas dan reliabilitas yang baik ( $r_{hit} > 0,30$  dan  $\alpha = 0,879$ ). Peneliti kemudian

memilih 14 aitem, 7 aitem yang mengukur pusat kendali kesehatan eksternal dan 7 aitem lainnya mengukur pusat kendali kesehatan internal lalu menghitungnya sehingga didapatkan skor yang menunjukkan kecenderungan pusat kendali kesehatan yang dimiliki oleh seseorang. Skor pada setiap aspek bergerak antara 4 – 28. Subjek yang memiliki total skor yang lebih tinggi pada aitem-aitem pusat kendali kesehatan eksternal daripada aitem-aitem pusat kendali kesehatan internal maka ia memiliki pusat kendali kesehatan eksternal. Demikian pula sebaliknya. Lalu, subjek yang memiliki pusat kendali kesehatan internal diberikan label 0 dan subjek yang memiliki pusat kendali kesehatan eksternal diberikan label 1 dan (3) pengetahuan tentang rokok, adalah informasi yang dimiliki oleh seseorang tentang zat yang dikandung oleh rokok, penyakit yang disebabkan oleh perilaku tersebut dan pengetahuan umum seputar rokok seperti akibat asap rokok terhadap wanita hamil dan bayinya, remaja dan orang dewasa serta perokok pasif, jumlah perokok remaja di negara-negara berkembang, aturan periklanan rokok dan hari bebas rokok sedunia. Pengetahuan tentang rokok terdiri dari 25 pertanyaan yang memiliki pilihan jawaban Ya dan Tidak. Subjek memberikan jawaban dengan cara melingkari pilihan jawaban yang menurutnya benar. Salah satu contoh aitem pertanyaannya adalah, “Merokok dapat menyebabkan hipertensi”. Skor bagi jawaban yang benar diberi nilai 1 dan yang salah atau kosong diberi nilai 0. Skor yang diperoleh pada tes pengetahuan tentang rokok menunjukkan tinggi rendahnya pengetahuan yang dimiliki oleh subjek. Seleksi terhadap aitem-aitem dalam tes pengetahuan menggunakan nilai tingkat kesukaran aitem (p) dan diskriminasi aitem (d). Aitem yang memenuhi salah satu atau kedua persyaratan tersebut sebanyak 8 aitem.

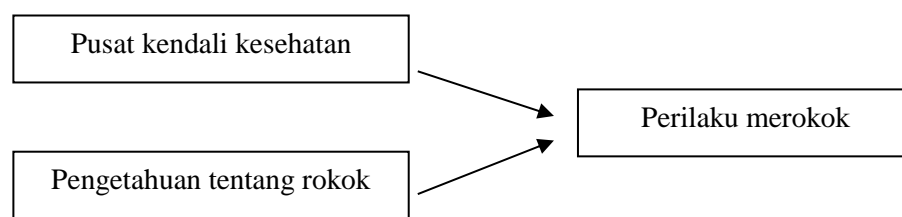
Penghitungan reliabilitas alat ukur ini menggunakan formula Kuder-Ricardson menunjukkan bahwa tes ini cukup reliabel ( $KR = 0,64156$ ) yang artinya bahwa alat ukur ini dapat diandalkan dalam mengukur pengetahuan tentang rokok. Pengetahuan pun kemudian dikategorisasikan menjadi tinggi dan rendah dengan kriteria tinggi  $>$  mean dan rendah  $<$  mean, dengan nilai mean empiris diperoleh 4,96. Kemudian kelompok rendah diberi label 0 dan tinggi 1.

#### *d. Teknik analisis*

Data yang diperoleh dari ketiga alat ukur tersebut kemudian diolah dengan menggunakan regresi logistik. Data juga diolah dengan menggunakan statistik deskriptif untuk mengetahui usia pertama kali subjek merokok, alasan subjek merokok, dan sumber yang pertama kali mengenalkan rokok serta media informasi layanan kesehatan masyarakat yang paling sering mereka akses.

### **ANALISIS & HASIL**

Pengolahan data dengan menggunakan regresi logistik bertujuan untuk memprediksikan peristiwa atau kondisi yang akan terjadi setelah ditentukan terlebih dahulu prediktornya. Pusat kendali kesehatan dan pengetahuan tentang rokok merupakan prediktor dalam penelitian ini sehingga model penelitian ini adalah sebagai berikut:



Dan hasilnya adalah:

Tabel 1. Uji Hipotesis

	Kriteria Uji Hipotesis		Keterangan
	$g > X^2_{k(\alpha)}$	$p\text{-value} < \alpha$	
Pusat Kendali Kesehatan	$0,73 < 3,841$	$0,393 > 0,05$	H <sub>0</sub> diterima
Pengetahuan tentang rokok	$17,693 > 3,841$	$0,000 < 0,05$	H <sub>0</sub> ditolak

Maka dapat disimpulkan bahwa pusat kendali kesehatan bukanlah prediktor bagi perilaku merokok sedangkan pengetahuan tentang rokok merupakan prediktor yang signifikan terhadap perilaku merokok pada remaja.

Variabilitas dari perilaku merokok pun dapat dijelaskan oleh pengetahuan tentang rokok sebanyak 10,9% dengan ukuran *goodness of fit* dari model ini sebesar 63%. Nilai Exp ( $\beta$ ) atau Odds ratio (OR) dari prediktor pengetahuan tentang rokok adalah 3,449 artinya seseorang yang memiliki pengetahuan yang rendah memiliki resiko untuk memiliki perilaku merokok 3,449 kali lebih tinggi dibandingkan yang memiliki pengetahuan yang tinggi. Peluang seorang remaja untuk memiliki perilaku merokok jika ia memiliki pengetahuan tentang rokok yang rendah adalah 0,73256 sedangkan mereka yang memiliki pengetahuan yang tinggi sebesar 0,44262.

## DISKUSI

Perilaku merokok merupakan salah satu perilaku beresiko terhadap kesehatan yang dengan mudah dapat ditemui di Indonesia. Tidak hanya dilakukan oleh orang dewasa tapi juga dilakukan oleh remaja bahkan anak-anak. Hal ini tentu saja memprihatinkan. Pada penelitian ini, remaja perokok, ada yang memulai kebiasaannya tersebut saat ia berusia tujuh (7) tahun.

Mereka pertama kali mengenal rokok dari lingkungan sosial yang terdekat dengan mereka, yaitu teman, orang tua dan saudara, sebagaimana dipaparkan dalam tabel 2 berikut:

Tabel 2. Sumber yang Mengenalkan Rokok

Orang tua	14, 5299
Saudara	10,2564
Teman	<b>64,1</b>
Koran	2,564
Majalah	4,2735
Televisi	10,256
Film	2,564
Radio	1,7094
Dan lain-lain	10,256

Hal ini sejalan dengan penelitian Chen, Huang dan Chao (2009) bahwa remaja yang merokok memiliki orang tua atau teman yang juga merokok. Selain itu, kondisi tersebut juga diperkuat oleh pernyataan mereka bahwa situasi dan kondisi yang sering mendorong mereka untuk merokok adalah saat bersama-sama dengan teman-teman yang juga perokok (63,25%). Menurut Charlton, dkk. (dalam Ogden 2000), merokok adalah salah satu cara bagi para remaja untuk bersosialisasi.

Bagi para perokok pun informasi tentang bahaya rokok bukanlah sesuatu yang tidak mereka ketahui. Sebanyak 92,3% dari mereka mengaku sudah pernah melihat iklan

layanan masyarakat tersebut dengan media yang paling banyak mereka akses adalah televisi (71,79%) dan papan iklan (23,07%). Sehingga tidaklah mengherankan jika pengetahuan mereka tentang rokok yang tergolong tinggi, jumlahnya tidak berbeda secara signifikan dengan yang tergolong rendah yaitu 46,15% dan 53,84%.

Sedangkan bagi remaja yang tidak merokok, Mereka pun sebagian besar (94,5%) telah melihat iklan layanan masyarakat tentang akibat perilaku merokok dengan televisi sebagai media yang paling banyak diakses (72,5%) oleh mereka dan yang berikutnya adalah papan iklan 29,67%; majalah 15,385%; koran 13,2%; radio 9,89% dan lainnya 3,29%. Berdasarkan data tersebut maka dapat dikatakan bahwa media informasi yang memberikan informasi tentang akibat dari rokok dapat dengan mudah mereka temui. Alasan mereka untuk tidak merokok saat ini antara lain disajikan pada tabel 3 di bawah ini:

Tabel 3. Alasan Remaja untuk Tidak Merokok

Tidak suka	29,67%
Dilarang oleh orangtua	14,285%
Berbahaya bagi kesehatan	<b>68,13%</b>
Dan lain-lain	4,39%

Para remaja yang non perokok ini, sebagian besar (76,293%) dari mereka menyatakan bahwa mereka pernah mencoba rokok sedangkan yang lainnya mengaku tidak pernah sebanyak 23,07%.

Para remaja yang menjadi sampel dalam penelitian ini yang memiliki pusat kendali kesehatan internal adalah sebanyak 92,78% dan eksternal sebanyak 7,211% dengan jumlah non perokok sebanyak 43,75% dan perokok 56,25%.

Keputusan yang terkait dengan perilaku kesehatan pada remaja adalah hasil keterlibatan faktor-faktor yang kompleks yang mencakup pengetahuan mereka tentang konsekuensi kesehatan dari perilaku tertentu dan kemampuan mereka untuk menilai resiko dan mengambil keputusan rasional sehingga walaupun mereka memiliki pengetahuan tentang bahaya merokok, faktor lain seperti kemampuan berpikir abstrak yang belum berkembang dengan matang, perilaku orangtua, tekanan teman sebaya dan nilai-nilai sosial memiliki pengaruh yang kuat dalam menentukan perilaku kesehatannya (Rice dan Dolgin, 2008).

Oleh karena itu, kemampuan remaja dalam mengambil keputusan untuk berperilaku belum menunjukkan kemampuan kognitifnya yang matang walaupun mereka memiliki akses ke media informasi dan memiliki pengetahuan yang memadai. Hasil dari penelitian ini pun menunjukkan bahwa remaja yang memiliki pengetahuan tentang rokok yang tergolong tinggi tetap beresiko untuk menjadi perokok.

Selain itu, remaja memiliki *sense of invicibility* yaitu anggapan bahwa mereka lebih kebal dari hal-hal yang berbahaya bagi keselamatan atau kesehatan seperti kecelakaan, penyakit dan hal-hal negatif lainnya (Elkind dalam Santrock, 2005) sehingga keyakinan inilah yang ikut mempengaruhi perilaku kesehatan pada remaja. Hal lainnya terkait dengan keyakinan dalam berperilaku adalah bahwa perkembangan pusat kendali pada remaja laki-laki cenderung ke arah internal karena mereka dituntut untuk menjadi mandiri dan mampu memainkan peran-peran yang bersifat maskulin (Mischel, dkk., dalam Kulas 1996).

Mereka memiliki keyakinan bahwa mereka memiliki kendali terhadap kesehatannya tapi tetap memilih merokok karena mereka yakin bahwa mereka tidak akan terkena dampak dari perilaku tersebut dan perilaku merokok dipandang sebagai perilaku dari laki-laki dewasa. Hal ini sejalan dengan penjelasan dari Kelley & Stack (2000) bahwa pusat kendali berada pada spektrum terendah dari rekognisi pemikiran karena pusat kendali

bergantung pada proses intelektual dari ide-ide kultural daripada pemahaman yang bermakna.

Jadi, pengetahuan yang benar tentang dampak perilaku merokok belum tentu mempengaruhi perilaku remaja tanpa didukung oleh pemaknaan dan pemahaman. Ide-ide kultural yang disosialisasikan melalui interaksi setiap hari, memberikan pesan bahwa perilaku merokok tidak berbahaya. Hasil dari penelitian ini pun masih belum dapat diaplikasikan secara luas karena kelemahan teknik sampling yang digunakan.

## SIMPULAN & SARAN

### *Simpulan*

Perilaku merokok pada remaja masih merupakan masalah pelik yang belum ditemukan jalan keluar yang dapat mencegah maupun menanganinya secara tuntas. Infomasi tentang akibat dari perilaku merokok yang dapat dengan mudah diakses oleh mereka nampaknya tidak memberikan hasil yang sesuai harapan. Remaja memiliki pengetahuan yang benar tentang rokok, akan tetapi jumlah remaja yang merokok pun masih terus meningkat. Pengetahuan tentang rokok mempengaruhi sebagian kecil remaja dalam mengambil keputusan untuk tidak merokok sedangkan sebagian besar remaja lainnya yang memilih untuk menjadi perokok memiliki keyakinan bahwa perilaku tersebut tidak berbahaya bagi kesehatannya saat ini dan di masa yang akan datang.

### *Saran*

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan yaitu menciptakan situasi dan kondisi yang kondusif bagi anak dan remaja di lingkungan; rumah, sekolah dan masyarakat agar mereka tidak rentan menjadi perokok maka yang dapat dilakukan oleh orang tua dan pemerintah antara lain:

1. Memberikan pengetahuan dan juga ruang khusus bagi para perokok jika ingin merokok agar mereka tidak merokok di tempat-tempat umum, khususnya di hadapan anak-anak dan remaja
2. Membuat peraturan yang membatasi tempat mana saja yang dapat menjual rokok dan usia konsumen yang dapat membelinya
3. Menambahkan gambar pada peringatan akibat perilaku merokok pada bungkus rokok

## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, K. (2010). Model Kognitif sosial perilaku merokok pada remaja. Disertasi. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Clarke, J. H., MacPherson, B. V., & Holmes, D. R. (1982). Cigarette smoking and external locus of control among young adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(3): 253-259.
- Chen, P.L., Huang, W.G., Chao, K.Y. (2009). Susceptibility to initiate smoking among junior and senior high school non-smoker in Taiwan. *Preventive Medicine*, 49, 58-61. Doi:10.1016/j.ypmed.2009.04.013.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Riset kesehatan dasar Indonesia tahun 2007. Jakarta: Depkes RI.
- Lyons, A. C. & Chamberlain, K. (2006). Health Psychology, A critical introduction. Cambridge University Press.

- Prabandari, Y. S. (1994). Pendidikan kesehatan melalui seminar dan diskusi sebagai alternatif penanggulangan perilaku merokok pada remaja yang diberikan pada remaja pelajar SLTA di Yogyakarta. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Kelley, T.M., & Stack, S.A. (2000). Thought recognition, locus of control and adolescent well-being. *Adolescent*, 35, 531-550.
- Kenkel, D. S. (1991). Health behavior, health knowledge and schooling. *The Journal of Political Economy*, 99, 2, 287-305
- Kerlinger, F. N. (2006) Azas-azas Penelitian Behavioral. Alih bahasa: Landung, R. S. Yogyakarta: BPFE Gadjah Mada University Press.
- Kim, Y-H. (2005) Korean adolescents' smoking behavior and its correlation with psychological variabls. *Journal of Adolescent Health*, 29, 298-306. Doi: 10.1016/j.addbeh.2005.06.001
- Kulas, H. (1996). Locus of control in adolescence: a longitudinal study . *Adolescence*, 31(123): 721-729
- Rice, F.P., & Dolgin, K.G. (2008). The adolescent: development, relationships, and culture. Boston, MA: Pearson
- Santrock, J.W. (2005). Development, life-span (5th ed.). dalam C. Achmad & D. Juda (Eds). Jakarta: Erlangga
- Sarafino, E. (1998). Health Psychology, biopsychosocial interaction (3rd ed.).New York, US: TCSYstem, Inc.
- Slovic, P. (2001). Smoking: risk, perception and policy. Sage Publication, Inc. And the american academy of Political and Social Science.
- Taylor, S. E. (2006). Health Psychology-Chapter 6: Health Compromising Behaviors, p.138 – 142. Third edition. Singapre: McGraw-Hill International Studies.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A. & DeVellis, R. (1978). Development of multidimensional health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wallston, K.A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631. doi: 10.1177/1359105305055304.