

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Perilaku Berisiko Terhadap Kesehatan

1. Pengertian Perilaku Berisiko Terhadap Kesehatan

Stepito dan Wardle (2004) mendefinisikan perilaku berisiko terhadap kesehatan atau *Health risk behavior* sebagai berbagai aktivitas yang dilakukan oleh orang-orang dengan frekuensi atau intensitas yang meningkatkan risiko penyakit atau cedera (Baban & Craciun, 2007). Istilah perilaku kesehatan harus dibedakan dengan perilaku berisiko (*risk behavior*) yang berarti perilaku yang berhubungan dengan peningkatan kerentanan terhadap penyakit tertentu (Nursalam & Efendi, TT).

Risiko didefinisikan sebagai kemungkinan gagal, dan pengambilan risiko sering didefinisikan sebagai keterlibatan dalam perilaku berisiko yang mungkin memiliki konsekuensi berbahaya (Sales & Irwin, 2009:32).

Kesimpulannya perilaku berisiko terhadap kesehatan adalah berbagai keterlibatan perilaku yang dilakukan orang – orang dengan intensitas yang meningkatkan kerentanan terhadap risiko penyakit atau cedera atau yang mungkin memiliki konsekuensi berbahaya.

2. Faktor yang mempengaruhi perilaku berisiko

Perilaku berisiko muncul karena dipengaruhi oleh faktor risiko (*Risk factor*) yang berasal dari dalam diri remaja (*level of the individual*), dari keluarga (*level of the family*) dan dari luar keluarga (*extrafamilial relations*). Faktor yang berasal dari diri

remaja (*level of the individual*) adalah motivasi berprestasi yang rendah (*low achievement motivation*) dan harga diri yang rendah (*low self esteem*), faktor dari keluarga (*level of the family*) adalah orang tua yang sangat tegas (*high strictness*) dan dukungannya rendah (*low support*) dan dari luar keluarga (*extrafamilial relations*) adalah hubungan dengan teman sebaya yang menyimpang (*association with deviant peers*) dan orientasi terhadap teman sebaya yang berlebihan (*extreme peer orientation*) (Decovi , 1999).

3. Bentuk bentuk perilaku berisiko pada kesehatan

Berdasarkan survey yang dilakukan oleh Eaton, Dkk (2011) terhadap perilaku berisiko pada remaja dalam kategori perilaku; *safety riding*; kekerasan (*violence*); penggunaan tembakau (*tobacco use*); penggunaan alkohol dan obat-obatan lainnya (*alcohol and other drug use*); *unprotective sex*; perilaku makan (*eating pattern*); aktifitas fisik (*physical activity*); mengontrol berat badan (*weight control*), topic-topik lain yang berkaitan dengan kesehatan (*other health-related topics*).

a. Weight control

Weight Management melibatkan adopsi gaya hidup sehat yang meliputi pengetahuan gizi dan olahraga, sikap positif dan motivasi yang tepat. Motif internal seperti kesehatan yang lebih baik, meningkatkan energi, harga diri dan kontrol pribadi meningkatkan peluang keberhasilan manajemen berat badan seumur hidup (USCF Medical Center, TT).

Mengingat prevalensi global dari orang-orang yang kelebihan berat badan dan obesitas, strategi diet yang efektif diperlukan untuk kedua menurunkan berat badan

dan mempertahankan berat badan yang sehat. kebanyakan strategi menekankan komposisi makronutrien dari diet, dan banyak peneliti telah meneliti efek dari konten makronutrien pada kenyang (efek dari makanan atau makan setelah makan telah berakhir), asupan makanan, dan berat badan (Tohill, 2004)

Prevalensi perilaku mengendalikan berat badan yang tidak sehat, seperti puasa, makan makanan yang sangat sedikit, menggunakan makanan pengganti (bubuk atau minuman khusus), melewati makan, dan merokok lebih banyak rokok, tetap konsisten di antara kira-kira sepertiga dari laki-laki dari remaja ke dewasa . Di antara perempuan, kebiasaan makan yang tidak sehat meningkat sedikit di antara yang termuda dari 48 % menjadi 51 % saat mereka memasuki masa dewasa awal dan sedikit menurun dari 61% menjadi 54 % di antara kelompok yang lebih tua ketika mereka mendekati usia dewasa tengah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan tindakan pengendalian berat badan ekstrim meningkat secara signifikan pada kedua kelompok usia anak perempuan dan anak laki-laki yang lebih tua di antara saat mereka memasuki usia dewasa (Warner, 2011).

b. Perilaku makan

Dibandingkan segmen usia lain, diet yang tidak adekuat adalah masalah yang paling umum dialami oleh remaja putri, gizi yang tidak adekuat akan menimbulkan masalah kesehatan yang akan mengikuti sepanjang kehidupan. Kekurangan gizi selama remaja dapat disebabkan oleh bermacam-macam faktor, termasuk emosi yang tidak stabil. Keinginan untuk menjadi kurus yang tidak tepat, dan ketidakstabilan dalam gaya hidup dan lingkungan sosial secara umum. Beberapa perilaku spesifik

yang dianggap menyebabkan masalah tersebut adalah: melewatkan waktu makan satu kali atau lebih setiap hari, pemilihan makanan selingan(Snack) yang kurang tepat, kurangnya supervisi (misalnya orang tua) dalam memilih makanan diluar rumah, takut mengalami obesitas-khususnya remaja putri, perhatian pada makanan tertentu yang menyebabkan jerawat, kurangnya waktu untuk mengkonsumsi makan secara teratur, kurang didampingi ketika mengonsumsi makanan tertentu, tidak minum susu, mulai mengonsumsi alkohol (Tarwono, Dkk, 2010).

c. Physical inactivity

Istilah 'aktivitas fisik', 'latihan' dan 'fitness' kadang-kadang digunakan secara bergantian dan kadang-kadang salah (Sallis & Owen, 1999). 'Aktivitas fisik' mengacu pada setiap gerakan tubuh, tetapi umumnya terhadap gerakan kelompok otot besar (terutama kaki dan tangan) yang menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam pengeluaran energi metabolik, di atas tingkat istirahat.

Pada saat ini aktivitas fisik yang tidak aktif merupakan sebagian disebabkan oleh partisipasi tidak cukup dalam aktivitas fisik selama waktu luang dan terjadi peningkatan perilaku menetap selama bekerja maupun kegiatan domestik. Peningkatan urbanisasi telah menghasilkan beberapa faktor lingkungan yang dapat menghambat partisipasi dalam aktivitas fisik seperti: Kekerasan, tingginya kepadatan lalu lintas, kualitas udara yang rendah, polusi, kurangnya taman, trotoar dan fasilitas olahraga / rekreasi (WHO, TT).

d. *Unsafety driving*

Menurut Miniño, Heron, & Smith (2006), kecelakaan kendaraan bermotor adalah penyebab utama kematian bagi remaja usia 15-24 di Amerika Serikat. *GDL; National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA)* (1994) mengungkapkan, risiko kematian oleh kendaraan bermotor adalah tertinggi di antara enam belas sampai usia sembilan belas tahun dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Faktor risiko utama yang meningkatkan kemungkinan remaja terlibat dalam risiko kematian oleh kendaraan bermotor adalah pengalaman berkendara yang terbatas dan keterampilan. Selain itu, faktor-faktor yang driver tempat dewasa berisiko lebih besar untuk risiko kematian oleh kendaraan bermotor lebih diucapkan untuk pengendara muda dan termasuk membawa penumpang remaja, mengemudi larut malam, mengemudi di bawah pengaruh alkohol dan kegiatan lain yang membuat gangguan (seperti berbicara atau pesan teks pada ponsel atau mendengarkan musik). Salah satu kebijakan utama yang ditargetkan untuk mengurangi risiko yang terkait dengan pengemudi muda yang lulus izin mengemudi (Diclemente, Santelli, & Crosby, 2009).

e. *Kekerasan (Violence)*

Kekerasan remaja masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Meskipun penurunan relatif dalam prevalensi kekerasan di kalangan remaja dibandingkan dengan tingkat puncak dari awal 1990-an, kekerasan terus menjadi kontributor utama kematian prematur dan morbiditas dari remaja dan dewasa muda di seluruh Amerika Serikat. *The Centers for Disease Control dan Pencegahan (CDC,* 2004) mencatat bahwa kekerasan remaja termasuk perilaku agresif (seperti pelecehan

verbal, intimidasi, memukul, menampar, atau pertempuran) yang umumnya tidak mengakibatkan cedera serius atau kematian, tetapi memiliki konsekuensi yang signifikan pada kesehatan remaja. Remaja adalah yang paling sering menjadi korban kekerasan oleh teman sebaya mereka. Anggota ras dan etnis minoritas beresiko lebih besar menjadi korban atau pelaku kekerasan remaja. Perbedaan antara jenis kelamin juga mencolok, karena kekerasan remaja secara tidak seimbang mempengaruhi laki-laki. Kekerasan remaja memiliki implikasi ekonomi yang signifikan juga, dan biaya jauh lebih besar daripada pengeluaran medis sederhana (Diclemente, Santelli, & Crosby, 2009)

f. *Unprotective sex*

Unprotected sex didefinisikan di sini sebagai hubungan seks heteroseksual vaginal dengan pasangan yang tidak menginginkan kehamilan dan tidak menggunakan metode kontrasepsi merupakan kurangnya pemahaman dari perspektif kesehatan masyarakat. Ada beberapa alasan pasangan dapat melakukan hubungan seks tanpa kondom bahkan ketika mereka tidak menginginkan kehamilan. Banyak alasan berkaitan dengan hambatan untuk penggunaan kontrasepsi, seperti akses terhadap kontrasepsi, ketidakpuasan terhadap pelayanan keluarga berencana, kurangnya pengetahuan tentang metode kontrasepsi, pengalaman dengan atau takut efek samping, biaya kontrasepsi, dan kesulitan atau ketidaknyamanan menggunakan metode kontrasepsi. Penghalang penting lainnya adalah bahwa perempuan mungkin tidak memiliki kemampuan untuk menegosiasikan penggunaan alat kontrasepsi dengan pasangan (Foster, Higgins, Biggs, McCain, Holtby, Brindis, 2011).

Namun, bahkan ketika pasangan mampu melakukan negosiasi penggunaan kontrasepsi, faktor seksual dan hubungan memiliki potensi untuk berkontribusi seks tanpa kondom, bahkan tanpa adanya keinginan untuk kehamilan. Bantuan pada penggunaan kondom menunjukkan bahwa orang mungkin meninggalkan kondom dalam upaya untuk memfasilitasi baik kedekatan fisik dan emosional, atau hanya karena hasrat seksual yang signifikan. Pasangan mungkin meninggalkan kontrasepsi jika mereka melihat bahwa kontrasepsi mengurangi kenikmatan seksual dan kenikmatan. Satu studi menemukan bahwa remaja terlibat dalam seks tanpa kondom untuk mengungkapkan cinta, pengalaman kesenangan, meningkatkan mood, dan menyenangkan pasangan mereka. Studi lain menemukan bahwa perempuan muda lebih kecil kemungkinannya untuk menggunakan metode kontrasepsi pada hari-hari ketika mereka merasa sangat dekat dengan atau terhubung dengan pasangan mereka. Selain itu, bukti kualitatif menunjukkan bahwa beberapa orang mungkin secara sengaja mengambil risiko kehamilan yang tidak dilindungi, meskipun seorang anak tidak diinginkan, karena hal itu dapat meningkatkan pengalaman seksual, menguatkan hubungan, atau menguji kesuburan seseorang dan kemampuan prokreasi (Foster, Higgins, Biggs, McCain, Holtby, Brindis, 2011).

g. *Tobacco use*

Ada banyak bentuk dan perangkat yang digunakan untuk menyajikan tembakau dan nikotin: mulai dari rokok dan pipa untuk cerutu kecil dan besar, bidi, tembakau yang dikunyah, rokok kretek, dan "*Hookah*". Namun, sebagian besar pengetahuan dan penelitian tentang tembakau dan remaja berkonsentrasi dengan

penggunaan rokok. Yang paling penting, rokok harus dianggap sebagai suatu alat pemberian zat yang dirancang khusus untuk memberikan nikotin dengan cara yang paling efisien dan efektif (Diclemente, Santelli, & Crosby, 2009). Merokok merupakan sebuah kebiasaan yang dapat memberikan kenikmatan bagi siperokok, namun di lain pihak dapat menimbulkan dampak buruk baik bagi si perokok itu sendiri maupun orang-orang disekitarnya. Bila telah kecanduan, sangatlah susah untuk menghentikan kebiasaan merokok (Subanada, 2010).

Lebih dari 80 persen dari semua perokok mulai merokok ketika mereka remaja, kematian yang berhubungan dengan merokok ini merupakan hasil kesehatan dari pola perilaku yang dimulai selama masa remaja (Diclemente, Santelli, & Crosby, 2009). Merokok dapat menjadi sebuah cara bagi remaja agar mereka dapat bebas dan dewasa saat menyesuaikan diri dengan teman-teman sebayanya yang merokok. Santai dan kesenangan, tekanan-tekanan teman sebaya, penampilan diri sifat ingin tahu, stres, kebosanan ingin kelihatan gagah, dan sifat suka menentang, merupakan hal-hal yang dapat berkontribusi mulainya merokok. Sedangkan faktor risiko lainnya adalah rasa rendah diri, hubungan antar perorangan yang jelek, kurang mampu mengatasi stress, putus sekolah. Sosial ekonomi yang rendah, tingkat pendidikan orang tua yang rendah, serta tahun-tahun transisi antara sekolah dasar dan sekolah menengah (usia 11-16 tahun) (Subanada, 2010)

h. *Drinking alcohol and or using drugs.*

Penggunaan zat atau obat-obatan seperti alkohol, tembakau, heroin dan lain-lain di kalangan remaja sering terjadi, baik dinegara sedang berkembang maupun di

Negara yang sudah maju. Bahkan di beberapa Negara penggunaan alkohol sering dikaitkan dengan kebudayaan setempat. Sebagai konsekuensinya adalah timbulnya penyalahgunaan bahan atau obat-obat tersebut yang berakibat buruk terhadap diri pengguna maupun orang lain (Sidhiarta & Westa: 2009).

Semua remaja mempunyai risiko untuk menyalahgunakan obat-obatan. Namun ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan penyalahgunaan obat dikalangan para remaja meningkat seperti risiko faktor genetik didukung hasil penelitian bahwa remaja dari orang tua kandung alkoholik mempunyai risiko 3-4 kali sebagai peminum alkohol dibandingkan remaja dari orang tua angkat alkoholik, pola asuh dalam keluarga sangat besar pengaruhnya terhadap penyalahgunaan obat pada remaja, dan pengaruh teman dekat untuk menyalahgunakan obat lebih besar dibandingkan dengan orang yang tidak dikenal (Sidhiarta & Westa, 2009).

i. Other health related topics

Other health related topics membahas tentang topik-topik lain yang berhubungan dengan kesehatan yakni: pernah mengidap asthma, masih mengidap asthma, penggunaan tabir surya, menggunakan perlengkapan yang dapat melindungi dari paparan matahari, serta waktu tidur sehari (Eaton, Dkk, 2011).

Berdasarkan survey yang dilakukan pada remaja di UIN SUSKA dapat diambil empat kategori tertinggi dari sembilan kategori perilaku berisiko pada remaja yang disurvei, yakni topik berat badan (*weight control*), topik pola makan (*eating pattern*), topik aktifitas fisik (*physical inactivities*), dan topik keamanan berkendara (*unsafety driving*).

4. Model perilaku berisiko terhadap kesehatan perspektif *health belief model*

Sebagian besar model perilaku berisiko kesehatan '(misalnya, *Health Belief Model*, teori perlindungan motivasi, *Theory Reasoned Acton*, *Trans-Toritical Model*) berbagi hipotesis dasar bahwa perilaku manusia pada dasarnya rasional dan disengaja (Maglica, 2011). Penilaian individu tentang risiko dipandang sebagai elemen dasar dari kebanyakan model teoritis kesehatan dan perilaku berisiko, termasuk Teori Sosial Kognitif oleh Bandura (1994), *Health Belief model* oleh Rosenstock (1974), *Teori Reasoned action* oleh Fishbein dan Ajzen (1975), *Teori Planned Behavior* oleh Ajzen (1985), Teori regulasi diri oleh Kanfer (1970), dan Subjektif Culture dan teori Interpersonal Relations oleh Triandis (1977). Semua teori ini mengandaikan bahwa keyakinan individu tentang konsekuensi dari tindakan mereka dan persepsi tentang kerentanan mereka pada konsekuensi yang memegang peran kunci dalam perilaku. Meskipun kita kemudian akan mempertanyakan apakah studi yang ada menjawab hipotesis ini secara memadai, kekuatan asosiasi logis antara persepsi risiko dan perilaku yang meyakinkan. Sebagai hasilnya, persepsi risiko memainkan peranan penting dalam program intervensi perilaku, yang mencoba untuk mendapatkan remaja untuk mengenali dan mengakui kerentanan mereka sendiri untuk hasil negatif (Millstein & Halpern-Fisher, 2001).

Teori *Health Belief Model* adalah salah satu model yang secara khusus membicarakan bagaimana kognitif individu memunculkan perilaku sehat dan komponen apa saja yang penting untuk memprediksi perilaku sehat perlindungan diri

(Albery & Munafò, 2008). Konsep aslinya dibuat oleh Rosenstock (1974), dan disempurnakan oleh Becker et al (1974), *Health Belief Model* dibuat untuk menghitung keseluruhan nilai keyakinan berdasarkan faktor psikologis dalam kesehatan yang berhubungan dengan pengambilan keputusan dan perilaku kesehatan (Albery & Munafò, 2008).

Persepsi ancaman terdiri dari dua jenis keyakinan utama. kerentanan dianggap masalah kesehatan mencerminkan bahwa mereka lebih atau kurang mungkin mengalami hasil kesehatan negatif atau positif. Tingginya kerentanan menggambarkan kognisi tentang konsekuensi dari penyakit tersebut. Evaluasi perilaku juga terdiri atas dua set sebagai keyakinan, manfaat yang dirasakan (perubahan) atau utilitas yang dirasakan (kemanjuran) dari usaha suatu perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, dan hambatan yang dirasakan, atau biaya, dalam melakukan perilaku itu (Albery & Munafò, 2008).

Health Belief Model telah digunakan dalam memprediksi sejumlah besar pencegahan dan kepatuhan perilaku kesehatan termasuk skrining, perilaku pengambilan risiko dan program kepatuhan. seperti model kognisi sosial perilaku kesehatan lainnya *Health Belief Model* memiliki kegunaan potensial karena telah mengidentifikasi sejumlah faktor kunci yang penting dalam memprediksi apakah seseorang akan atau tidak akan melakukan perilaku perlindungan kesehatan. karena konstruksi *Health Belief Model* yang prediktif kepada perilaku kesehatan, mengubah keyakinan ini dapat menyebabkan perubahan perilaku (Albery & Munafò, 2008).

Pada rumusan awalnya, adalah perilaku mencari kesehatan dan perilaku sehat lainnya dianggap dimotivasi oleh faktor (Edberg, 2010) :

1. Persepsi tentang kerentanan
2. Persepsi tentang keparahan penyakit.
3. Persepsi tentang manfaat suatu tindakan.
4. Persepsi tentang penghalang dalam melakukan tindakan tersebut.

Setelah lebih banyak Riset dilakukan tentang *Health Belief Models* dan pemakaiannya, dan setelah digunakan untuk mengembangkan dan melaksanakan program-program berbagai isu kesehatan seperti kepatuhan pasien terhadap pengobatan, perilaku preventif, dan partisipasi dalam skrining kesehatan, teori tersebut ditambah dengan 2 komponen lagi. Pertama adalah gagasan bahwa petunjuk untuk untuk suatu tindakan dibutuhkan sebagai motivasi langsung dalam melakukan tindakan dan yang selanjutnya, komponen ke enam, yaitu kepercayaan seseorang akan kemampuannya melakukan tindakan, yang umumnya dikenal sebagai “percaya akan kemampuan diri” (efikasi diri) (Edberg, 2010).

Setelah diperbarui, komponen komponen Health Belief Model yang menyebabkan munculnya perilaku adalah (Edberg, 2010) :

1. Persepsi kerentanan
Derajat risiko yang dirasakan seseorang terhadap masalah kesehatan.
2. Persepsi keparahan
Tingkat kepercayaan seseorang bahwa konsekuensi masalah kesehatan yang akan menjadi semakin parah.

3. Persepsi manfaat

Hasil positif yang dipercaya seseorang sebagai hasil dari tindakan.

4. Persepsi hambatan

Hasil negatif yang dipercayai sebagai hasil dari tindakan.

5. Petunjuk untuk bertindak

Peristiwa eksternal yang memotivasi seseorang untuk bertindak

6. Efikasi diri

Kepercayaan seseorang akan kemampuannya dalam melakukan tindakan (Edberg,2010).

Jadi, *health belief model* dikenal sebagai model pengharapan akan suatu nilai, yang intinya mengacu pada asumsi bahwa orang akan melibatkan diri dalam perilaku sehat bila; 1) mereka menilai hasil (menjadi sehat) terkait dengan perilakunya dan 2) mereka pikir bahwa perilaku tersebut sepertinya dapat memberikan hasil tersebut. *Health Belief Model* berfokus khusus pada persepsi ancaman dan evaluasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai aspek utama untuk memahami bagaimana seseorang merepresentasikan langkah kesehatan.

Jadi, dapat disimpulkan komponen komponen *Health Belief Model* yang menyebabkan munculnya perilaku adalah: 1) Persepsi kerentanan yakni derajat risiko yang dirasakan seseorang terhadap masalah kesehatan, 2) Persepsi keparahan yakni tingkat kepercayaan seseorang bahwa konsekuensi masalah kesehatan yang akan menjadi semakin parah, 3) Persepsi manfaat yakni hasil positif yang dipercaya seseorang sebagai hasil dari tindakan, 4) Persepsi hambatan yakni hasil negatif yang

dipercayai sebagai hasil dari tindakan, 5) Petunjuk untuk bertindak yakni peristiwa eksternal yang memotivasi seseorang untuk bertindak, 6) Efikasi diri yakni kepercayaan seseorang akan kemampuannya dalam melakukan tindakan.

B. Health Locus Of Control

1. Pengertian *Health Locus Of Control*

Menurut Sweeting *health locus of control* menggambarkan derajat keyakinan yang dimiliki individu dalam mempersepsi kualitas kesehatan dirinya sebagai hasil dari tindakannya sendiri, sehingga dapat dikontrol, atau sebagai sesuatu yang tidak berada di luar kontrol dirinya (Mandasari, 2011).

2. Dimensi *Health Locus Of control*

Multidimensional Health Locus of Control terdiri dari 3 (tiga) sub skala, dan merupakan dimensi dari *Health Locus Of Control*. Dimensi *Health Locus of Control* tersebut adalah (Wallston & Wallston, De Vellis, 1978) :

a. Internal Locus of Control (IHLC)

Merupakan pandangan seseorang yang meyakini bahwa kendali atas kejadian kejadian dalam hidupnya termasuk kualitas kesehatannya ditentukan oleh kemampuan dirinya sendiri

b. Powerful Others Health Locus of Controls (PHLC)

Merupakan pandangan seseorang yang meyakini bahwa kendali kejadian-kejadian dalam hidupnya termasuk kesehatannya ditentukan oleh orang lain yang lebih berkuasa.

c. *Chance Locus of Control (CHLC)*

Merupakan pandangan seseorang yang meyakini bahwa kendali atas kejadian-kejadian dalam hidupnya termasuk kesehatannya ditentukan oleh nasib, peluang dan keberuntungan.

C. Mahasiswa

1. Pengertian Mahasiswa

Definisi Mahasiswa dalam peraturan pemerintah RI No.30 tahun 1990 adalah peserta didik yang terdaftar dan belajar di perguruan tinggi tertentu. Selanjutnya menurut Sarwono (1978) mahasiswa adalah setiap orang yang secara resmi terdaftar untuk mengikuti pelajaran di perguruan tinggi dengan batas usia sekitar 18-30 tahun. Mahasiswa merupakan suatu kelompok dalam masyarakat yang memperoleh statusnya karena ikatan dengan perguruan tinggi. Mahasiswa juga merupakan calon intelektual atau cendekiawan muda dalam suatu lapisan masyarakat yang sering kali syarat dengan berbagai predikat.

Pengertian Mahasiswa menurut Knopfemacher (dalam Suwono, 1978) adalah merupakan insan-insan calon sarjana yang dalam keterlibatannya dengan perguruan tinggi (yang makin menyatu dengan masyarakat), dididik dan di harapkan menjadi calon-calon intelektual. Maka dapat disimpulkan bahwa mahasiswa adalah suatu kelompok dalam masyarakat yang terdaftar dan belajar diperguruan tinggi tertentu dengan batas usia 18 – 30 tahun, dan diharapkan menjadi calon calon intelektual.

2. Peran dan Fungsi Mahasiswa

Secara garis besar, setidaknya ada 3 peran dan fungsi yang sangat penting bagi mahasiswa, yaitu :

Pertama, peranan moral, dunia kampus merupakan dunia di mana setiap mahasiswa dengan bebas memilih kehidupan yang mereka mau. Disinilah dituntut suatu tanggung jawab moral terhadap diri masing-masing sebagai individu untuk dapat menjalankan kehidupan yang bertanggung jawab dan sesuai dengan moral yang hidup dalam masyarakat.

Kedua, adalah peranan sosial. Selain tanggung jawab individu, mahasiswa juga memiliki peranan sosial, yaitu bahwa keberadaan dan segala perbuatannya tidak hanya bermanfaat untuk dirinya sendiri tetapi juga harus membawa manfaat bagi lingkungan sekitarnya.

Ketiga, adalah peranan intelektual. Mahasiswa sebagai orang yang disebut-sebut sebagai insan intelek haruslah dapat mewujudkan status tersebut dalam ranah kehidupan nyata. Dalam arti menyadari betul bahwa fungsi dasar mahasiswa adalah bergelut dengan ilmu pengetahuan dan memberikan perubahan yang lebih baik dengan intelektualitas yang ia miliki selama menjalani pendidikan.

D. Kerangka Berpikir

Mahasiswa merupakan kelompok dalam masyarakat yang dianggap dewasa. Mahasiswa sendiri terdiri dari beberapa golongan usia, remaja akhir, dewasa awal dan dewasa. Mahasiswa pada golongan usia remaja akhir sudah dianggap lebih stabil dibandingkan dengan usia remaja awal, sudah dianggap lebih bertanggung jawab.

Namun, di usia remaja akhir, tidak menutup kemungkinan mahasiswa tidak melakukan perilaku berisiko terhadap kesehatan. Usia remaja merupakan usia peralihan antara usia anak-anak menuju usia dewasa. Masa remaja merupakan usia yang labil, dimana secara jasmani mereka memiliki bentuk fisik seperti orang dewasa namun secara psikis mereka masih belum matang seperti halnya orang dewasa. Situasi yang dialami remaja ini, membuat remaja menjadi rentan terhadap perilaku berisiko yang dapat membahayakan kesehatannya.

Remaja mudah untuk terjebak dalam perilaku yang tidak sehat seperti merokok, minum-minuman keras, penggunaan narkoba, seks pranikah, tawuran, tindakan kriminal, dan kebut-kebutan di jalan. Semua perilaku menyimpang ini sangat berisiko terhadap kesehatan dan keselamatan mereka. Sikap terhadap perilaku berisiko, didefinisikan sebagai persepsi remaja sendiri atas kerentanan terhadap kemungkinan konsekuensi negatif dari perilaku berisiko. Terdapat kesepakatan di kalangan remaja tentang apakah seorang remaja biasa yang mengkonsumsi alkohol atau memiliki banyak pasangan seksual. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa persepsi prototipe terhubung dengan keputusan remaja tentang apakah mereka akan terlibat dalam beberapa perilaku berisiko atau tidak (Maglica, 2011).

Untuk melihat bagaimana perilaku berisiko terhadap kesehatan pada remaja maka digunakan *teori health belief model*. *Health Belief Model* telah digunakan dalam memprediksi sejumlah besar pencegahan dan kepatuhan perilaku kesehatan termasuk skrining, perilaku pengambilan risiko dan program kepatuhan. *Health belief model* sendiri terdiri dari enam komponen: pertama, persepsi kerentanan yakni derajat

risiko yang dirasakan seseorang terhadap masalah kesehatan, dalam perilaku berisiko misalnya remaja merasa tidak akan berisiko jika tidak mengikuti rambu lalu lintas. Kedua, persepsi keparahan yakni tingkat kepercayaan seseorang bahwa konsekuensi masalah kesehatan yang akan menjadi semakin parah, misalnya dalam perilaku berisiko, remaja yang mengalami masalah kelebihan berat badan tidak akan menambah masalah kesehatan jika minum pil diet yang ilegal.

Ketiga, persepsi manfaat yakni hasil positif yang dipercaya seseorang sebagai hasil dari tindakan, dalam perilaku berisiko misalnya seorang remaja pria yang mengkonsumsi steroid tanpa perlu pengawasan dokter agar memiliki bentuk badan yang atletis. Keempat, persepsi hambatan yakni hasil negatif yang dipercayai sebagai hasil dari tindakan, misalnya dalam perilaku berisiko remaja akan merasa bahwa berhenti disaat lampu merah hanya akan memperlambat atau menghambat perjalanannya. Kelima, petunjuk untuk bertindak yakni peristiwa eksternal yang memotivasi seseorang untuk bertindak, dalam perilaku berisiko misalnya, seorang remaja ikut kebut kebutan karena ingin diterima oleh teman sebayanya. Keenam, efikasi diri yakni kepercayaan seseorang akan kemampuannya dalam melakukan tindakan, misalnya perilaku berisiko yang dilakukan remaja dengan menerobos lampu merah karena merasa yakin tidak akan tertabrak setelah memperhitungkan laju kendaraannya.

Diperlukan adanya suatu perlindungan yang dapat melindungi diri remaja dari dari perilaku berisiko dan dampak perilaku berisiko terhadap kesehatan. Bentuk bentuk proteksi atau perlindungan antara lain koping, komitmen terhadap prestasi,

kontrol, dan memenuhi tugas perkembangan. Salah satu bentuk perlindungan tersebut adalah dengan adanya kontrol atau kendali. Dengan adanya kontrol atau kendali ini maka akan mencegah mahasiswa melakukan perilaku berisiko terhadap kesehatan, sehingga dapat melindungi remaja dari dampak negatif perilaku berisiko terhadap kesehatan.

Pentingnya kontrol tampak dalam penelitian yang dilakukan oleh Aroma & Suminar (2012), dimana mereka melakukan penelitian tentang kontrol diri dan perilaku kenakalan remaja, dan mereka menemukan bahwa remaja yang mereka wawancara diindikasikan memiliki kontrol diri yang lemah pula. Jika remaja tersebut memiliki kontrol diri yang baik, maka ia akan mampu menahan kebutuhan kesenangan sesaat dan mampu berpikir logis bahwa perbuatannya menimbulkan risiko bagi dirinya. Sehingga berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa bahwa seseorang yang memiliki kontrol diri yang lemah maka perilaku berisiko yang akan dilakukannya akan semakin tinggi, dan apabila memiliki kontrol diri yang tinggi maka akan semakin rendah perilakunya.

Penelitian lain yang menunjukkan kontrol dapat melindungi mahasiswa yang masih remaja adalah penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2007), tentang perilaku merokok, bahwa sikap terhadap perilaku berisiko terhadap kesehatan berhubungan dengan perilaku berisiko kesehatan termasuk merokok. Intens berhenti merokok berhubungan dengan kontrol diri. Di dalam kontrol diri terdapat aspek kontrol perilaku yang diartikan sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam

mengatur setiap dorongan yang timbul untuk berperilaku negatif dari dalam diri individu kearah penyaluran dorongan yang lebih sehat dan positif.

Salah satu kontrol terhadap kesehatan adalah *health locus of control*. Dimensi *health locus of control* terdiri dari 3 (tiga) dimensi: pertama, *internal health locus of control* yaitu sejauhmana mahasiswa yakin bahwa faktor internal yang bertanggung jawab terhadap kesehatan. Mahasiswa dengan *internal health locus of control* memiliki kendali kesehatan yang berasal dari dirinya sendiri, sehingga mahasiswa dapat menghindari perilaku berisiko terhadap kesehatan atas kesadaran dirinya sendiri.

Kedua, *powerfull others locus of control* mengukur sejauhmana keyakinan seseorang bahwa kesehatan ditentukan oleh orang lain yang berpengaruh (dokter, perawat, keluarga, teman). Mahasiswa dengan *powerfull other health locus of control* memiliki kendali kesehatan pada pihak lain yang dianggap lebih berkuasa, sehingga kesehatan remaja tergantung oleh pihak lain diluar dirinya sendiri untuk tidak melakukan perilaku berisiko yang berbahaya terhadap kesehatan. Ketiga, *chance health locus of control* sejauhmana seseorang meyakini bahwa kesehatan adalah masalah kebetulan atau nasib. Mahasiswa dengan *chance locus of control* beranggapan bahwa kesehatan diri merupakan suatu keberuntungan, nasib, keadaan, ataupun takdir. Mahasiswa dengan *chance locus of control* beranggapan jika tidak melakukan perilaku berisiko terhadap kesehatan merupakan suatu keadaan yang kebetulan, takdir, ataupun karena sudah ditentukan demikian.

Jika mahasiswa memiliki *health locus of control*, maka mahasiswa tersebut dapat mengendalikan kesehatan dirinya. Sehingga berdasarkan uraian diatas dapat dikatakan bahwa dengan adanya kendali atau *Health Locus Of Control* maka mahasiswa tidak akan melakukan perilaku berisiko terhadap kesehatan dirinya.

E. Hipotesis

Berdasarkan uraian diatas, maka dikemukakan hipotesis sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan negatif antara *Health Locus of Control* dengan *Weight Control* pada Mahasiswa UIN Sultan Syarif Kasim Riau.
2. Terdapat hubungan negatif antara *Health Locus of Control* dengan *Eating Behavior* pada Mahasiswa UIN Sultan Syarif Kasim Riau.
3. Terdapat hubungan antara negatif *Health Locus of Control* dengan *Unsafety Driving* pada Mahasiswa UIN Sultan Syarif Kasim Riau.
4. Terdapat hubungan negatif antara *Health Locus of Control* dengan *Physical Inactivity* pada Mahasiswa UIN Sultan Syarif Kasim Riau.