

***HEALTH BELIEF MODEL* SEBAGAI PREDIKTOR *RISK PERCEPTION* TERHADAP BAHAYA VIRUS COVID-19
PADA MASYARAKAT**



DIAJUKAN OLEH:

**DELLA DAMAYANTI
4517091074**

SKRIPSI

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS BOSOWA MAKASSAR
2021**



***HEALTH BELIEF MODEL* SEBAGAI PREDIKTOR *RISK PERCEPTION* TERHADAP BAHAYA VIRUS COVID-19
PADA MASYARAKAT**

SKRIPSI

**Diajukan Kepada Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Sebagai
Persyaratan Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi (S.Psi)**

Oleh:

DELLA DAMAYANTI

4517091074

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS BOSOWA MAKASSAR
2021**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

***HEALTH BELIEF MODEL* SEBAGAI PREDIKTOR *RISK PERCEPTION* TERHADAP BAHAYA VIRUS COVID-19
PADA MASYARAKAT**

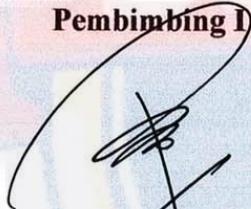
Disusun dan diajukan oleh:

**DELLA DAMAYANTI
NIM: 4517091074**

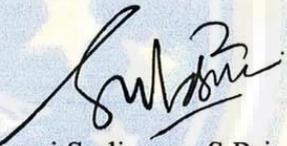
**Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Skripsi
Pada Rabu, 18 Agustus 2021**

Menyetujui:

Pembimbing I


Musawwir, S.Psi., M.Pd
NIDN: 0927128501

Pembimbing II


Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A
NIDN: 0911078501

Mengetahui:

**Dekan
Fakultas Psikologi**


Musawwir, S.Psi., M.Pd
NIDN: 0927128501

**Ketua Program Studi
Fakultas Psikologi**


Andi Muh. Aditya, S.Psi., M.Psi., Psikolog
NIDN: 0910089302

HALAMAN PERSETUJUAN HASIL PENELITIAN

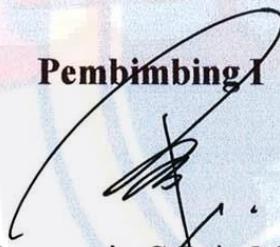
***HEALTH BELIEF MODEL* SEBAGAI PREDIKTOR *RISK PERCEPTION* TERHADAP BAHAYA VIRUS COVID-19
PADA MASYARAKAT**

Disusun dan diajukan oleh:

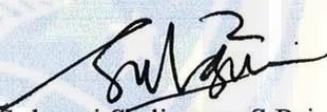
**DELLA DAMAYANTI
4517091074**

Telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan
dihadapan tim Penguji Ujian Hasil Penelitian Pada
Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Makassar
Pada Rabu, 18 Agustus tahun 2021

Pembimbing I


Musawwir, S.Psi., M.Pd
NIDN: 0927128501

Pembimbing II


Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A
NIDN: 0911078501

Mengetahui,
Dekan Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Makassar


Musawwir, S.Psi., M.Pd
NIDN: 0927128501

**HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI
HASIL PENELITIAN**

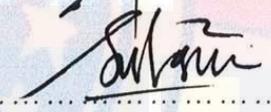
Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim Penguji Ujian Hasil Penelitian Pada Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Makassar untuk dilaksanakan seminar ujian Hasil Penelitian sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi program strata satu (S1) Psikologi terhadap atas nama:

Nama : Della Damayanti
NIM : 4517091074
Program : Psikologi
Studi
Judul : *Health Belief Model* Sebagai Prediktor *Risk Perception*
Terhadap Bahaya Virus COVID-19 Pada Masyarakat

Tim Penguji

Tanda Tangan

- | | |
|---|---|
| 1. Musawwir, S.Psi., M.Pd | (.....

.....) |
| 2. Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A | (.....

.....) |
| 3. Minarni, S.Psi., M.A | (.....

.....) |
| 4. Titin Florentina, S.Psi., M.Psi., Psikolog | (.....

.....) |

Mengetahui,
Dekan Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Makassar


Musawwir, S.Psi., M.Pd
NIDN: 0927128501

PERNYATAAN ORISINILITAS SKRIPSI

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi dengan judul “*Health Belief Model* Sebagai Prediktor *Risk Perception* Terhadap Bahaya Virus COVID-19 Pada Masyarakat” beserta seluruh isinya adalah benar-benar karya dari peneliti sendiri, bukan hasil plagiat. Peneliti siap menanggung resiko/sanksi apabila ternyata ditemukan adanya perbuatan tercela yang melanggar etika keilmuan dalam karya yang telah peneliti buat, termasuk adanya klaim dari pihak terhadap keaslian penelitian ini.

Makassar, 14 Agustus 2021

Peneliti



Della Damayanti

PERSEMBAHAN

To my beloved parents, best friends and my self. Thank you very much for every love, support and keeping me working on these pages.



MOTTO

In this life you need a little struggle, a little tears, a lot of colors, and a lot of laugh.

- *Della Damayanti*

...and even superheroes went trough hell to gain their powers.

- *Della Damayanti*

If you keep staring at the sun, you wont see what you have become, this can't be everything you tought it was...

- *Austin Richard Post*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena Rahmat dan Hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “*Health Belief Model* Sebagai Prediktor *Risk Perception* Terhadap Bahaya Virus COVID-19 Pada Masyarakat”. Skripsi ini penulis ajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Psikologi di Universitas Bosowa Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan masih terdapat banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan dan kemampuan yang penulis miliki. Namun, terlepas dari hal tersebut penulis berusaha maksimal untuk menyelesaikan dan mempersembahkan skripsi ini agar bermanfaat untuk berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menerima segala bentuk kritik dan saran yang membangun dalam perbaikan skripsi ini.

Penulis mendapatkan banyak bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril dan materil hingga skripsi ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang begitu besar kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Hidayah dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Kedua orangtua, Bapak saya Sutopo dan Mama saya Sutrini atas segala bantuan, dukungan, kasih sayang, dan doa yang terus diberikan kepada penulis.
3. Kedua adik-adik penulis yang sering main sebagai hiburan dan selingan dalam pengerjaan skripsi ini Denyla Martha Dewi dan Dandung Trihananto Sutopo.

4. Dekan Fakultas Psikologi Bapak Musawwir, S.Psi., M.Pd sekaligus pembimbing I penulis selama proses pengerjaan dan penulisan skripsi dan perkuliahan telah memberikan banyak bimbingan, ilmu, serta motivasi kepada penulis.
5. Ibu Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A sebagai pembimbing II yang telah memberikan berbagai ilmu, motivasi dan bimbingan kepada penulis selama proses perkuliahan dan skripsi.
6. Ibu Titin Florentina, S.Psi, M.Psi., Psikolog sebagai pembimbing akademik sekaligus dosen penguji yang telah memberikan semangat, arahan, dan bimbingan baik secara akademik maupun di luar ranah akademik selama proses perkuliahan.
7. Ibu Minarni, S.Psi., M.A sebagai dosen penguji yang telah memberikan saran, masukan dan pembelajaran yang membangun selama proses perkuliahan.
8. Seluruh dosen Fakultas Psikologi yang telah memberikan ilmu, pembelajaran, motivasi dan bantuan selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi.
9. *Philosopher*, Adinda Rukman, Andi Hapidah, Greynecha Djuri, Nur Hartini, Salsabila Eka Putri dan Wulanda Irwan yang senantiasa menyemangati dan menemani penulis dari masa maba hingga saat ini, telah menerima penulis sebagai salah satu sahabat kalian terlepas dari kekurangan penulis.
10. *The high singing slyser* (?) Bianca dan Quincy yang telah menyemangati, menemani dan membantu penulis selama ini walaupun terpisah jarak
11. Fatimah, Asry, Azmy, Khofifah, Negersti, Ester, Deasy, Bella, Gheo, Rika, Nabila, Kak Adit, Ulil, Fikar, Grace, Gheo, Niswa, Ummi, Nanda, Yuyun dan

seluruh kawan-kawan baik yang telah banyak membantu dan mendukung penulis.

12. Kak Kia, Kak Ramadhan, Kak Wahyul, Kak Ima, Kak Naifah, Kak Mayang, dan Kak Dzik yang telah banyak membantu, memberikan *insight*, dan memberikan dukungan kepada penulis.
13. Seluruh teman-teman angkatan 2017 *Harmologyven* yang sudah bersama penulis melewati serangkaian perkuliahan.
14. Seluruh keluarga besar BEM Fakultas Psikologi Universitas Bosowa yang telah membantu saya beradaptasi selama berdinamika di kampus.
15. Seluruh pihak dari *twitter* yang membantu penulis dalam penyebaran skala hingga dapat mengumpulkan sekian banyak responden.
16. Sahabat SD dan SMP yang telah membantu, menemani dan menyemangati penulis.
17. Seluruh pihak yang bersangkutan yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
18. *And last but not least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting YOU KNOW YOU A BAD B*

Makassar, 12 Agustus 2021
Penulis

Della Damayanti

ABSTRAK

***Health Belief Model* Sebagai Prediktor *Risk Perception* Terhadap Bahaya Virus COVID-19 Pada Masyarakat**

DELLA DAMAYANTI

4517091074

Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Makassar

Delladamayanti074@gmail.com

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah *health belief model* dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19. *Health belief model* merupakan teori yang menjelaskan perilaku kesehatan individu dan bagaimana individu melakukan upaya pencegahan penyakit, sedangkan *risk perception* merupakan persepsi risiko yang dimiliki individu terhadap suatu bahaya. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini merupakan seluruh masyarakat di Indonesia dengan rentang usia mulai dari 20 tahun. Jumlah responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebanyak 2.155 responden yang terdiri dari 1552 responden perempuan dan 603 responden laki-laki dari 33 provinsi di Indonesia. Skala penelitian yang digunakan merupakan skala *health belief model* berdasarkan teori *health belief model* oleh Rosenstock (1974) dan skala *risk perception* berdasarkan teori *risk perception* oleh Slovic (2000) yang dikonstruksi sendiri oleh peneliti. Berdasarkan uji reliabilitas, skala *health belief model* mendapatkan hasil reliabilitas 0.882 dan skala *risk perception* mendapatkan hasil reliabilitas 0.826 sehingga dapat disimpulkan bahwa kedua skala reliabel. Penelitian ini menghasilkan bahwa *health belief model* dapat menjadi prediktor *risk perception*, dengan besar kontribusi sebesar 60.3% dengan nilai $P 0.000 < 0.05$ nilai signifikansi.

Kata kunci: *health belief model, risk perception, COVID-19*

ABSTRACT

Health Belief Model as a Predictor of Risk Perception about the Dangerous of Virus COVID-19 in Society

Della Damayanti

4517091074

Faculty of Psychology on Bosowa University in Makassar

Delladamayanti074@gmail.com

This research was aimed to find out whether health belief model can be a predictor of risk perception about the dangerous of virus covid-19. Health belief model is a theory that explained the health behavior of individual and how they make efforts to prevent the disease, while risk perception is perception of risk that an individual has about danger. The research is using quantitative method. The population used in this study is all Indonesian people with an age ranging from 20 years. The number of respondents who was participated in this research were 2155 consisting of 1552 women and 603 men of 33 province in Indonesia. There are two scales which were used for this research, health belief model based on health belief model theory by Rosenstock (1974) and scale of risk perception build on risk perception theory by Slovic (2000) that was constructed by researcher herself. Based on reliability test, the score for health belief model is 0.882 and risk perception got 0.826 so it can be concluded that both of the scale are reliable. Result of this study show that health belief model can be predictor of risk perception, with contribution about 60.3% and P value $0.000 < 0.05$ significance value.

Key words: health belief model, risk perception, COVID-19

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN HASIL PENELITIAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI HASIL PENELITIAN	iv
PERNYATAAN ORISINILATS SKRIPSI	v
PERSEMBAHAN	vi
MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	11
1.4.1 Manfaat teoritis.....	11
1.4.2 Manfaat praktis.....	11
BAB II TINJAUAN TEORI.....	13
2.1 <i>Risk Perception</i>	13
2.1.1 Definisi <i>Risk Perception</i>	13
2.1.2 Dimensi <i>Risk Perception</i>	15
2.1.3 Faktor Yang Memengaruhi <i>Risk Perception</i>	16
2.1.4 Dampak <i>Risk Perception</i>	19
2.1.5 Pengukuran <i>Risk Perception</i>	21
2.2 <i>Health Belief Model</i>	23
2.2.1 Definisi <i>Health Belief Model</i>	23
2.2.2 Dimensi <i>Health Belief Model</i>	25
2.2.3 Faktor yang memengaruhi <i>Health Belief Model</i>	28
2.2.4 Pengukuran <i>Health Belief Model</i>	28
2.3 COVID-19	30
2.3.1 Definisi COVID-19	30
2.3.2 Gejala-gejala COVID-19	30
2.3.3 Konsekuensi dari penyakit COVID-19.....	31
2.3.4 Penyebaran COVID-19.....	32
2.3.5 Pencegahan COVID-19	33
2.4 Masyarakat	33
2.5 <i>Health Belief Model</i> Sebagai Prediktor <i>Risk Perception</i> Masyarakat terhadap Bahaya COVID-19 pada Masyarakat	34
2.6 Kerangka pikir.....	36
2.7 Hipotesis	38

BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1 Pendekatan Penelitian	39
3.2 Variabel Penelitian	39
3.3 Defenisi Konseptual	40
3.3.1 <i>Risk perception</i>	40
3.3.2 <i>Health Belief Model</i>	40
3.4 Definisi Operasional	41
3.4.1 <i>Risk perception</i>	41
3.4.2 <i>Health belief model</i>	41
3.5 Populasi dan Sampel	42
3.5.1 Populasi	42
3.5.2 Sampel dan Teknik <i>Sampling</i>	42
3.6 Teknik Pengumpulan Data	43
3.6.1 Skala <i>risk perception</i>	43
3.6.2 Skala <i>health belief model</i>	44
3.7 Uji instrumen	46
3.7.1 Validitas isi	46
3.7.2 Validitas konstruk	47
3.8 Uji Asumsi	50
3.8.1 Uji linearitas	50
3.8.2 Uji normalitas	51
3.9 Teknik Analisis Data	51
3.9.1 Analisis Deskriptif	51
3.9.2 Analisis regresi sederhana	52
3.10 Jadwal Penelitian	53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
4.1 Hasil Analisis	54
4.1.1 Deskriptif Responden Berdasarkan Demografi	54
4.1.2 Deskriptif Variabel Berdasarkan Tingkat Skor	59
4.1.3 Deskriptif Variabel Berdasarkan Demografi	63
4.1.4 Hasil Uji Asumsi	81
4.1.5 Hasil Uji Hipotesis	82
4.2 Pembahasan	84
4.2.1 Gambaran Umum <i>Health Belief Model</i> pada Masyarakat ...	84
4.2.2 Gambaran Umum <i>Risk Perception</i> pada Masyarakat	89
4.2.3 <i>Health Belief Model</i> Sebagai Prediktor <i>Risk Perception</i> Terhadap Bahaya Virus COVID-19 pada Masyarakat	91
4.3 Limitasi penelitian	99
BAB V PENUTUP	100
5.1 Kesimpulan	100
5.2 Saran	101
DAFTAR PUSTAKA	102

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	<i>Blueprint</i> skala <i>risk perception</i>	44
Tabel 3.2	<i>Blueprint</i> skala <i>health belief model</i>	45
Tabel 3.3	<i>Blueprint</i> skala <i>risk perception</i> setelah uji coba	48
Tabel 3.4	<i>Blueprint</i> skala <i>health belief model</i> setelah uji coba	49
Tabel 3.5	Reliabilitas skala <i>risk perception</i>	50
Tabel 3.6	Reliabilitas skala <i>health belief model</i>	50
Tabel 3.7	Jadwal penelitian	53
Tabel 4.1	Distribusi skor <i>risk perception</i>	60
Tabel 4.2	Rumus penormaan kategorisasi	60
Tabel 4.3	Hasil penormaan kategorisasi <i>risk perception</i>	60
Tabel 4.4	Distribusi skor <i>health belief model</i>	61
Tabel 4.5	Rumus penormaan kategorisasi	62
Tabel 4.6	Hasil penormaan kategorisasi <i>health belief model</i>	62
Tabel 4.7	Hasil uji normalitas.....	81
Tabel 4.8	Hasil uji linearitas	81
Tabel 4.9	Hasil uji regresi sederhana.....	83
Tabel 4.10	Koefisien variabel <i>health belief model</i> terhadap <i>risk perception</i> ..	84

BOSOWA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1	Diagram deskriptif subjek berdasarkan jenis kelamin	54
Gambar 4.2	Diagram deskriptif subjek berdasarkan rentang usia	54
Gambar 4.3	Diagram deskriptif subjek berdasarkan asal daerah.....	55
Gambar 4.4	Diagram deskriptif subjek berdasarkan suku	56
Gambar 4.5	Diagram deskriptif subjek berdasarkan pendidikan terakhir.....	54
Gambar 4.6	Diagram deskriptif subjek berdasarkan pekerjaan	57
Gambar 4.7	Diagram deskriptif subjek berdasarkan paparan COVID-19	58
Gambar 4.8	Diagram kategorisasi tingkat skor <i>risk perception</i>	59
Gambar 4.9	Diagram kategorisasi tingkat skor health belief model.....	62
Gambar 4.10	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan jenis kelamin.....	63
Gambar 4.11	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan rentang usia	64
Gambar 4.12	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan asal daerah.....	65
Gambar 4.13	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan suku	66
Gambar 4.14	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan pendidikan terakhir	67
Gambar 4.15	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan pekerjaan.....	69
Gambar 4.16	Diagram <i>risk perception</i> berdasarkan paparan COVID-19.....	70
Gambar 4.17	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan jenis kelamin	71
Gambar 4.18	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan rentang usia.....	72
Gambar 4.19	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan asal daerah	73
Gambar 4.20	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan suku	75
Gambar 4.21	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan pendidikan terakhir.	76
Gambar 4.22	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan pekerjaan	78
Gambar 4.23	Diagram <i>health belief model</i> berdasarkan paparan COVID-19	80

LAMPIRAN

- Lampiran 1: Hasil uji validitas tampak
- Lampiran 2: Hasil uji validitas logis
- Lampiran 3: Hasil uji validitas konstruk
- Lampiran 4: Hasil uji reliabilitas
- Lampiran 5: Hasil uji asumsi
- Lampiran 6: Hasil uji hipotesis regresi sederhana
- Lampiran 7: Hasil analisis demografi
- Lampiran 8: Input data
- Lampiran 9: Skala online siap sebar



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

WHO (*World Health Organization*) menjelaskan virus corona sebagai virus yang dapat menyerang kesehatan manusia dan hewan. Pada manusia, virus ini menyebabkan infeksi pernapasan yang menyebabkan flu biasa hingga penyakit parah lainnya seperti MERS dan SARS, virus ini juga menyebabkan penyakit corona virus atau yang biasa dikenal dengan COVID-19. Penyakit ini ditularkan dari orang lain yang telah terjangkit virus melalui droplet kecil yang keluar dari mulut dan atau hidung dengan bersin, batuk atau bahkan berbicara. Hal ini yang menyebabkan pentingnya menjaga jarak setidaknya 1 (satu) meter dengan orang lain.

Individu dapat terjangkit virus ini dengan menyentuh permukaan yang telah disentuh orang lain yang mengidap COVID-19. WHO mencatat kasus COVID-19 pertama di Indonesia pada tanggal 3 Januari 2020 dan hingga saat ini kurva kasus yang terinfeksi COVID-19 di Indonesia masih terus naik setelah 7 bulan dari kasus pertama. Dari 261.115.000 populasi orang di Indonesia, terdapat 344.749 kasus COVID-19 yang sudah terkonfirmasi pada tanggal 15 Oktober 2020 (WHO, 2020).

Sejalan dengan meningkatnya jumlah masyarakat yang terinfeksi COVID-19 di Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengesahkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/382/2020 mengenai aturan protokol kesehatan sebagai upaya

pencegahan COVID-19. Keputusan ini berisikan aturan protokol kesehatan sebagai cara untuk menekan dan mencegah COVID-19 pada tempat dan fasilitas umum. Selain itu, dalam keputusan ini dijelaskan bagaimana individu dapat melakukan pencegahan paparan COVID-19 dengan menggunakan masker yang menutupi mulut, hidung dan dagu, mencuci tangan dengan sabun secara teratur, tidak berdekatan dengan orang lain dengan cara menjaga jarak minimal satu meter dan menerapkan perilaku hidup sehat serta meningkatkan imun tubuh.

Pemerintah juga senantiasa mengingatkan masyarakat dengan memberikan iklan pada media-media elektronik, media cetak atau papan iklan di jalanan mengenai protokol kesehatan. Namun, berdasarkan hasil survei Badan Pusat Statistik Indonesia pada tanggal 7 - 14 September 2020 menunjukkan masih ada responden yang tidak patuh mengikuti protokol kesehatan seperti menggunakan *hand sanitizer*, mencuci tangan selama 20 detik dengan sabun, menghindari jabat tangan, menghindari kerumunan, dan menjaga jarak minimal 1 meter.

Pemerintah juga menerapkan langkah preventif, kuratif, promotif serta rehabilitatif guna pencegahan virus COVID-19. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Undang-Undang ini menjelaskan bahwa langkah promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan dan dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, bagi individu dan masyarakat.

Hasil survei juga menunjukkan 55% responden tidak mengikuti protokol kesehatan karena tidak adanya sanksi yang didapatkan, alasan lainnya adalah karena kurangnya kesadaran masyarakat (BPS, 2020). Namun, berdasarkan Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2020 tentang Peningkatan Disiplin dan Penegakan Hukum Protokol Kesehatan dalam Pencegahan dan Pengendalian *Corona Virus Disease 2019*, terdapat sanksi yang dapat diberikan kepada pelanggar protokol kesehatan antara lain, teguran lisan, kerja sosial, denda administratif atau penghentian atau penutupan sementara penyelenggara usaha. Sanksi ini diterapkan dengan koordinasi dari pemerintah daerah dengan lembaga terkait, TNI dan Kepolisian Negara Republik Indonesia.

Suryoprato (dalam Kompas.com, 2020) sebagai Anggota Satuan Tugas Penanganan COVID-19 bahwa 17% dari masyarakat Indonesia tidak percaya akan adanya COVID-19 dan menganggap bahwa mereka tidak akan tertular. Sejalan dengan hal ini, laman berita kesehatan yang ditulis oleh Saputra (dalam *health.grid.id*, 2020) memuat berita bahwa terdapat fenomena masyarakat yang tidak percaya pada bahaya COVID-19. Selain itu, banyak masyarakat yang tidak percaya bahaya COVID-19 dan bahkan tidak memercayai adanya virus ini dan COVID-19 hanya merupakan isu yang dibuat-buat oleh pemerintah. Artikel ini juga memuat kutipan dari psikolog sosial (2020) dari Universitas Indonesia bahwa masyarakat tidak percaya dengan bahaya COVID-19 karena mereka tidak merasakan dampak nyata dan tidak merasakan dampak dari virus ini.

Pada tanggal 10 Desember 2020 dan 7 Mei 2021, peneliti mewawancarai 21 subjek. Peneliti mewawancarai subjek mengenai bahaya COVID-19 pada suatu acara yang diselenggarakan di rumah subjek dan mengundang banyak tamu undangan dan di pusat perbelanjaan. Di lokasi acara telah disediakan tempat untuk mencuci tangan dan *handsanitizer* namun tidak ada yang menggunakannya untuk mencuci tangan. Kursi yang disediakan tidak diberi jarak sehingga tamu undangan duduk dengan rapat, selain itu hanya beberapa tamu undangan yang menggunakan masker dari sekian banyaknya tamu undangan.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa masyarakat merasa dirinya kebal terhadap penyakit COVID-19 dan meremehkan bahaya dari COVID-19, sehingga banyak dari subjek yang tidak menjalankan protokol kesehatan seperti memakai masker, menjaga jarak, dan mencuci tangan. Perilaku masyarakat yang meremehkan bahaya, menganggap dirinya tidak rentan terpapar COVID-19, dan enggan melaksanakan protokol kesehatan, memiliki keterkaitan dengan teori *health belief model*.

Hal ini juga dimuat dalam kolom artikel Kompas.com yang menjelaskan bahwa *health belief model* dapat digunakan untuk menjelaskan pencegahan dari COVID-19, perilaku-perilaku masyarakat Indonesia dapat dilihat dari teori ini dengan komponen-komponen dari *health belief model*. *Health belief model* memiliki hubungan pada aspek keparahan, kerentanan, isyarat melakukan tindakan dan manfaat yang dirasakan dalam pencegahan penyakit demam berdarah (Attamimy & Qomaruddin, 2017).

Health belief model digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan individu dan bagaimana upaya pencegahan penyakit yang dilakukan oleh seseorang (Rosenstock, 1974). *Health belief model* adalah percobaan untuk menjelaskan kegagalan yang meluas dari orang-orang yang tidak mau berpartisipasi untuk mencegah atau mendeteksi penyakit asimtomatik dan untuk menjelaskan respon orang-orang terhadap gejala-gejala yang dialami dan perilaku mereka sebagai respons pada penyakit yang telah didiagnosa secara profesional terutama kepatuhan terhadap regimen medis. Terdapat 5 aspek dalam *health belief model* yaitu: kerentanan yang dipersepsikan, keparahan yang dipersepsikan, keuntungan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan isyarat untuk bertindak (Kazdin, 2000).

Salah satu aspek dari *health belief model* memiliki kesamaan dengan salah satu faktor *risk perception* yaitu keuntungan yang dirasakan. Pada *health belief model* aspek keuntungan yang dirasakan merupakan bagaimana individu mendapatkan keuntungan bila melakukan anjuran pencegahan suatu penyakit atau melakukan aktivitas-aktivitas yang menyehatkan (Rosenstock, 1974). Sementara itu, keuntungan yang dirasakan pada *risk perception* adalah ketika banyak keuntungan yang diasosiasikan dengan suatu bahaya maka risiko dari bahaya tersebut dianggap rendah (Visscher & Siegrist, 2018).

Risk perception merupakan penilaian subjektif yang dilakukan orang mengenai karakteristik dan keparahan dari suatu resiko (Lavino, 2010). *Risk perception* sebagai kepercayaan dan kemampuan untuk merasakan dan menghindari kondisi lingkungan yang dianggap berbahaya (Visschers &

Siegrist, 2018). *Risk perception* terdiri dari dua dimensi antara lain *dread risk* atau resiko yang menakutkan, bahaya di luar kontrol dan dapat berkembang menjadi suatu bencana besar. Dimensi yang kedua adalah *unknown risk* atau resiko yang tidak diketahui di mana hal ini merupakan bahaya yang tidak dapat diobservasi, belum dikenali sebelumnya dan konsekuensi dari bahaya tersebut tidak bisa langsung dirasakan (Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1981).

Hasil wawancara yang dilakukan pada subjek di pusat perbelanjaan, 9 subjek menjawab bahwa mereka menganggap virus COVID-19 sudah selesai dan tidak ada yang harus ditakutkan apalagi sudah tersedia vaksin dan menganggap bahwa jika mereka terkena virus COVID-19 hanya akan terasa seperti flu biasa. Dua dari 11 subjek menjelaskan mereka masih merasa khawatir dan takut akan bahaya COVID-19, namun tidak sekhawatir dan setakut dulu serta terkadang masih melanggar aturan protokol kesehatan menjaga jarak minimal 1 meter karena telah memakai masker dan mencuci tangan.

Kondisi pusat perbelanjaan tersebut pada saat wawancara sangat ramai hingga salah satu toko penuh dengan pengunjung dan berdesak-desakan, walaupun telah dituliskan di depan toko bahwa pengunjung yang dibolehkan masuk hanya setengah dari pengunjung biasanya. Tidak terlihat satpam yang menjaga di dekat pintu-pintu masuk tersebut, namun terdapat *thermometer gun* dan satu botol *hand sanitizer* yang diletakkan di atas meja di dekat pintu masuk toko tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, mayoritas masyarakat menganggap bahaya dari COVID-19 saat ini berbeda pada saat awal pandemi. Alasannya, karena saat ini telah tersedia vaksin dan menganggap virus ini telah teratasi dengan adanya vaksin. Meskipun demikian, nyatanya vaksin bukan merupakan obat dari COVID-19 tetapi hanya mampu menguatkan kekebalan tubuh sehingga terhindar dari konsekuensi terberat dari COVID-19. Selain itu, protokol kesehatan tetap dijalankan setelah individu divaksinasi (covid19.go.id, 2021).

Faktor yang berhubungan dengan *risk perception* antara lain; keuntungan yang dipersepsikan, pengetahuan, rasa percaya, asosiasi afektif, nilai personal, dan keadilan (Visscher & Siegrist, 2018). Manusia memiliki kemampuan untuk mengubah lingkungan dan juga merespon pada lingkungan tertentu, hal ini yang membuat dan mengurangi resiko. *Risk perception* merupakan penilaian yang dilakukan individu terhadap bahaya (Slovic, 2000).

Brewer, et al. (2007) dari meta-analisisnya mengenai *risk perception* dan perilaku kesehatan menunjukkan bahwa *risk perception* merupakan salah satu teori utama yang digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan dan memiliki konsistensi dan asosiasi yang kuat antara *risk perception* dan perilaku kesehatan. Mya, et al. (2020) dalam penelitiannya mengenai kesadaran, persepsi resiko dan perilaku orang dewasa pada COVID-19 menggunakan *health belief model* untuk mengembangkan pertanyaan mengenai *risk perception* dan menemukan bahwa semua responden mendapatkan skor sedang hingga tinggi pada persepsi resiko.

Perilaku pelanggaran protokol kesehatan masih kerap dilakukan oleh masyarakat, walaupun telah diingatkan oleh pemerintah, berbagai macam tempat-tempat umum, media elektronik dan media cetak. Jika hal ini dibiarkan, dapat menyebabkan penyebaran penyakit yang lebih luas dan penaggulangan virus ini akan lebih lama berakhir, gelombang virus COVID-19 lebih banyak lagi, dan menghambat aktivitas sehari-hari mengingat salah satu upaya virus ini merupakan *lockdown* dan menghindari kerumunan.

Selain hal yang telah dijelaskan, saat ini masyarakat juga sedang dalam masa proses vaksinasi COVID-19. Vaksinasi ini menimbulkan persepsi-persepsi baru mengenai upaya pencegahan penyakit. Terdapat masyarakat yang bersedia divaksin, terdapat masyarakat yang keberatan untuk divaksin namun tetap mengikuti vaksinasi, terdapat masyarakat yang bersedia untuk divaksin namun menunda vaksinasi, dan terdapat masyarakat yang sama sekali menolak untuk divaksin.

Vaksin merupakan cara yang paling efektif untuk membiasakan kekebalan tubuh terhadap penyakit tertentu. Sehingga, ketika tubuh manusia terpapar penyakit tertentu, imun tubuh telah mengenali penyakit tersebut dan dapat melawan penyakit tersebut dengan konsekuensi yang lebih ringan dari pada yang tidak divaksin. Karena vaksin menstimulasi imun tubuh, terdapat efek samping yang terjadi. Efek samping tersebut antara lain sakit kepala, demam, nyeri, dan lain sebagainya. Namun, tidak semua individu merasakan efek samping ini secara bersamaan dan keparahannya tergantung ketahanan tubuh masing-masing (WHO, 2021).

Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Lembaga Survei Indonesia mengenai penyebab masyarakat menolak untuk vaksin COVID-19 yang dilakukan oleh 1.200 masyarakat di seluruh Indonesia. Alasan terbanyak masyarakat enggan untuk vaksin COVID-19 adalah takut dengan efek samping vaksin. Alasan kedua adalah masyarakat merasa vaksin tidak efektif lalu diikuti dengan masyarakat merasa tidak membutuhkan vaksin, vaksin tidak halal, enggan untuk membayar, merasa tidak perlu karena sudah banyak masyarakat yang divaksin (Katadata.com, 2021).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap 10 subjek di sekitar lingkungan peneliti, dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan persepsi mengenai vaksin pada masyarakat. Subjek menjelaskan bahwa ia belum vaksin karena menunggu waktu yang tepat untuk vaksin yaitu ketika tidak ada kegiatan, karena menurut subjek efek samping vaksin akan mengganggu kegiatannya, namun ia bersedia untuk vaksin. Subjek lain mengatakan bahwa ia memiliki penyakit komorbid sehingga tidak dapat menerima vaksin, namun tetap melakukan upaya pencegahan virus COVID-19.

Subjek lain menerangkan bahwa ia memang melakukan vaksin untuk menambah daya tahan tubuh sebagai pencegahan virus COVID-19, merasa aman ketika bepergian, mengurangi dampak dari virus COVID-19 ketika terpapar. Mayoritas subjek menjelaskan bahwa alasannya vaksin adalah untuk alasan administrasi, syarat masuk pusat perbelanjaan dan untuk menambah daya tahan tubuh agar mengurangi dampak buruk COVID-19 ketika terpapar virus tersebut, ikhtiar serta ikut-ikutan teman. Sementara subjek yang tidak

bersedia untuk mengikuti vaksin menjelaskan alasannya antara lain meragukan kehalalan vaksin, takut jarum suntik, keamanannya serta tidak mau merasakan efek samping dari vaksin tersebut.

Terdapat banyak persepsi masyarakat yang mempengaruhi tindakannya terhadap vaksin, hal ini berkaitan erat dengan *risk perception* dan *health belief model*. Namun, vaksin tidak dapat menjadi satu-satunya patokan upaya pencegahan penyakit atau persepsi bahaya seseorang, karena tidak semua orang dapat mendapatkan vaksin atau langsung dapat vaksin. Terdapat masyarakat yang tidak dapat mendapatkan vaksin karena memiliki penyakit komorbid tertentu atau tidak kebagian dalam vaksinasi.

Berdasarkan dari literatur dapat diketahui bahwa *health belief model* merupakan cara untuk menjelaskan perilaku individu terhadap suatu penyakit dan bagaimana individu melakukan cara hidup yang sehat. Sementara itu, *risk perception* merupakan respon individu ketika dihadapkan pada situasi yang dianggap berbahaya. Sehingga, berdasarkan data dan literatur tersebut peneliti tertarik untuk meneliti mengenai *health belief model* sebagai prediktor *risk perception* terhadap bahaya COVID-19 pada masyarakat.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah *health belief model* dapat memprediksi *risk perception* masyarakat terhadap bahaya virus COVID-19?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui apakah *health belief model* dapat memprediksi *risk perception* masyarakat terhadap bahaya virus COVID-19

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menambahkan, dan memperkaya referensi dalam bidang psikologi kesehatan terutama mengenai *health belief model* dan *risk perception*.
- b. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan lanjutan untuk penelitian mengenai *risk perception* dan *health belief model*.

1.4.2 Manfaat praktis

- a. Untuk Pemerintah
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan pemerintah untuk mendapatkan cara baru sebagai pendekatan kepada masyarakat agar dapat taat mengikuti aturan protokol kesehatan pencegahan virus COVID-19 atau penyakit lain yang serupa.
- b. Untuk Tenaga Kesehatan
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman untuk tenaga kesehatan agar dapat memberikan cara pemahaman baru mengenai bahaya virus COVID-19 atau penyakit yang serupa kepada masyarakat agar paham mengenai bahaya yang dapat ditimbulkan.

c. Untuk Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tempat evaluasi mengenai *risk perception* dan *health belief model* serta persepsi bahaya mengenai virus COVID-19.



BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Risk Perception

2.1.1 Definisi Risk Perception

Kemampuan individu untuk mendeteksi dan menghindari situasi yang membahayakan, dan bagaimana individu dapat mengubah lingkungan tersebut agar dapat beradaptasi di dalamnya, hal ini yang menciptakan dan menghilangkan adanya resiko. *Risk perception* merupakan kemampuan tersebut. Hal ini diikuti dengan faktor – faktor yang memengaruhi persepsi individu mengenai sesuatu yang dianggap beresiko (Slovic, 2016).

Slovic (2000) menyebutkan terdapat beberapa paradigma psikometrik mengenai individu yang menilai resiko dari beberapa bahaya yang berbeda-beda antara lain; karakteristik sebuah bahaya yang telah dibuat hipotesis dan memiliki nilai pada persepsi dan sikap individu terhadap bahaya tersebut, keuntungan yang dihasilkan bahaya yang memberikan kembali pada masyarakat, berapa banyak kematian korban jiwa yang terjadi dikarenakan bahaya tersebut dalam satu tahun biasa dan berapa banyak kematian korban jiwa yang terjadi dikarenakan bahaya tersebut dalam satu tahun yang penuh bencana.

Paradigma psikometrik ini menunjukkan bagaimana ahli dan orang awam melihat suatu bahaya dari sudut pandangnya, sehingga memunculkan dua dimensi. Dimensi pertama adalah *dread risk*, resiko

ketakutan atau *dread risk* dijelaskan sebagai sesuatu di luar kontrol yang menakutkan, memiliki potensial katastrofik, konsekuensi fatal, sebaran resiko dan manfaat yang tidak merata. Dimensi kedua adalah *unknown risk* atau resiko yang tidak diketahui, dijelaskan sebagai sebuah bahaya yang tidak dapat diobservasi, tidak diketahui, baru, dan manifestasi bahaya yang ditimbulkan tidak langsung (Slovic, 2000).

Berdasarkan dari paradigma psikometrik tersebut Slovic, Fischhoff dan Lichtenstein (1981) mengemukakan apa saja yang menjadi determinan dari bagaimana individu menilai *risk perception* berdasarkan sudut pandang ahli dan *laypeople* atau orang awam. Determinan ini antara lain frekuensi kematian, estimasi fatalitas, potensi bencana, karakteristik kualitatif, dan penilaian keseriusan dari angka kematian.

Resiko atau *risk* merupakan sebuah situasi atau kejadian di mana manusia dan nilai-nilai kemanusiaan dipertaruhkan dan hasilnya tidak dapat dipastikan (Pidgeon, Kasperson & Slovic, 2003). VandenBos (2015) menjelaskan resiko sebagai kemungkinan di mana suatu peristiwa negatif akan terjadi seperti adanya resiko sebuah penyakit akan berkembang. Lindell (dalam Bobrowsky, 2013) menjelaskan resiko sebagai kemungkinan peristiwa yang akan terjadi dengan besaran tertentu, di waktu tertentu, di lokasi tertentu dengan kerusakan dan korban dari peristiwa tersebut juga memiliki dampak pada aspek psikologis, demografis, ekonomi dan politik.

Masyarakat menginterpretasi dan menilai bagaimana resiko dari suatu bahaya, hal ini dinamakan dengan *risk perception*. Slovic (2000) menjelaskan *risk perception* sebagai kemampuan seseorang untuk mendeteksi suatu bahaya dan bagaimana individu tersebut dapat menghindari bahaya tersebut. Lindell (dalam Bobrowsky, 2013) juga menjelaskan *risk perception* sebagai hasil dari penilaian personal dari konsekuensi-konsekuensi merugikan yang terjadi karena peristiwa lingkungan ekstrim. *Risk perception* merupakan penilaian subjektif individu mengenai tingkatan resiko yang dihubungkan dengan bahaya tertentu (VandenBos, 2015).

2.1.2 Dimensi *risk perception*

Slovic, Fishhoff dan Lischtenstein (1981) mengemukakan dua dimensi *risk perception* berdasarkan paradigma psikometrik, antara lain *dread risk* dan *unknown risk*.

a. *Dread risk*

Dread risk atau resiko menakutkan didefinisikan sebagai sesuatu di luar kontrol yang menakutkan, memiliki potensi berkembang sebagai katastrofik, memiliki konsekuensi yang fatal serta keuntungan dan resiko yang tidak merata (Slovic, 2000). *Dread risk* merupakan jenis-jenis bahaya yang konsekuensinya langsung dapat dirasakan antara lain seperti, kecelakaan nuklir, senjata nuklir, terorisme, kriminalitas, perang, dan lain sebagainya (Slovic, Fishhoff & Lischtenstein, 1981).

b. *Unknown risk*

Unknown risk atau resiko yang tidak diketahui didefinisikan sebagai ujung dari bahaya yang dianggap tidak dapat diobservasi, tidak diketahui, baru dan perwujudan dari bahaya itu sendiri tertunda atau tidak langsung terjadi (Slovic, 2000). *Unknown risk* merupakan jenis-jenis resiko yang sering terjadi di kehidupan sehari-hari, tetapi tidak dirasakan secara langsung. Konsekuensi dari resiko ini merupakan konsekuensi jangka panjang, antara lain seperti kafein, alkohol, pewarna makanan, merokok, pengawet makanan, dan lain sebagainya (Slovic, Fishhoff & Lichtenstein, 1981).

2.1.3 Faktor yang memengaruhi *risk perception*

Visschers dan Siegrist (2018) mengemukakan faktor yang berhubungan dengan *risk perception* berdasarkan dari berbagai literatur antara lain:

a. Keuntungan yang dipersepsikan

Bahaya natural secara tidak langsung memiliki hubungan dengan keuntungan. Individu dihadapkan oleh bahaya karena dihadapkan pada situasi yang dianggap memiliki karakteristik yang menarik. Dengan kata lain, ketika membahas mengenai persepsi resiko individu, keuntungan yang dipersepsikan juga memiliki pengaruh. Ketika lebih banyak keuntungan yang dihubungkan dengan suatu bahaya, maka dianggap lebih rendah resikonya. Keuntungan yang dipersepsikan dari sebuah bahaya menjadi prediktor individu

dalam penerimaan bahaya dibandingkan persepsi risikonya. Ketika individu merasa nyaman dengan melakukan sesuatu dan sudah terbiasa melakukan hal tersebut tanpa memikirkan resiko yang akan terjadi maka individu akan lebih memikirkan keuntungan dari pada resiko yang mungkin terjadi.

b. Pengetahuan

Individu perlu memahami resiko dan keuntungan yang diasosiasikan dengan sebuah bahaya untuk dapat mengevaluasi dan membuat keputusan terhadap bahaya tersebut. Meningkatkan pengetahuan individu melalui komunikasi dan edukasi mengenai bahaya, dapat memengaruhi persepsi individu tentang bahaya tersebut. Dengan adanya pengetahuan yang relevan untuk mengevaluasi bahaya dapat memengaruhi pengambilan keputusan, tetapi ketika pengetahuan yang didapatkan mengenai bahaya tersebut kurang atau tidak ada, faktor rasa percaya dan pengaruh yang memengaruhi persepsi resiko seseorang.

c. Rasa percaya

Ketika individu tidak memiliki kapasitas atau abilitas untuk mengevaluasi dan mengatur sebuah bahaya sendiri, mereka bergantung pada pihak lain untuk memberikan informasi mengenai keparahan, kemungkinan dan mengurangi resiko dari bahaya secara efektif. Agar masyarakat dapat bergantung dengan pihak lain untuk mengatur sebuah bahaya, masyarakat harus memercayai pihak tersebut. Masyarakat akan semakin percaya

dengan pihak yang bertanggung jawab dengan bahaya tersebut ketika mereka memiliki nilai-nilai, tujuan, opini dan intensi maka masyarakat akan lebih percaya dengan pihak tersebut.

d. Asosiasi pengaruh

Sebagai tambahan kepercayaan untuk orang awam, mereka juga bergantung pada pengaruh untuk mengevaluasi resiko dan keuntungan yang dipersepsikan dari sebuah bahaya. Pengaruh heuristik merujuk pada jalan pintas mental di mana individu bergantung pada valensi positif atau negatif yang berhubungan dengan sebuah bahaya untuk menilai keuntungan dan resiko.

Jika mayoritas perasaan positif yang dirasakan, maka individu akan menghubungkan sebuah bahaya dengan keuntungan yang tinggi dan resiko yang rendah dan begitu pula sebaliknya ketika mayoritas perasaan negatif yang dirasakan. Masyarakat biasanya menggunakan pengaruh yang telah mereka rasakan saat berhubungan dengan sebuah bahaya yang sebelumnya pernah dirasakan sebagai heuristik. Hal ini dapat menyebabkan penilaian yang bias pada bahaya-bahaya yang serupa namun belum pernah dihadapi sebelumnya.

e. Nilai-nilai

Nilai-nilai yang dimaksudkan merupakan nilai moral dan budaya yang ada pada diri individu dan lingkungan yang ada dan berlaku. Nilai-nilai memengaruhi persepsi individu mengenai suatu bahaya jika karakteristik sebuah bahaya menyoroti nilai-nilai penting

dalam diri individu, maka individu akan mengakui bahaya tersebut.

f. Keadilan

Faktor terakhir yang dapat menjelaskan persepsi dan penerimaan suatu bahaya adalah keadilan yang dipersepsikan. Keadilan dapat membahas mengenai bermacam-macam isu antara lain yang pertama, individu dapat mengevaluasi sejauh mana konsekuensi sebuah bahaya secara adil terbagi dengan individu lain dan daerah lain. Kedua, individu dapat menilai bagaimana keadilan dari prosedur yang meliputi aktivitas yang berbahaya, sejauh mana individu dapat berkontribusi dan mengikuti proses ini. Ketiga, keadilan interpersonal yang mengacu pada kepercayaan masyarakat pada individu yang memiliki wewenang dapat dipercaya dan menghargai sudut pandang publik. Terakhir, terdapat keadilan informasi, di mana masyarakat percaya bahwa mereka saat ini telah diberikan informasi secara baik.

2.1.4 Dampak *risk perception*

Slovic dan Peters (2006) mengemukakan pengaruh *risk perception* pada jangkauan luas bahaya berdasarkan pengaruh heuristik, antara lain:

a. Penilaian keuntungan

Resiko dan keuntungan cenderung berkorelasi pada aktivitas yang membahayakan di dunia, namun hal ini berkorelasi negatif pada

pemikiran dan penilaian individu. Individu cenderung menilai resiko bukan hanya bagaimana cara mereka memikirkan bahaya tersebut, tetapi juga bagaimana perasaan mereka terhadap bahaya tersebut. Jika seseorang merasa baik terhadap bahaya tersebut, mereka cenderung menilai resiko dengan rendah, begitu pula sebaliknya jika resiko yang dirasakan lebih tinggi maka keuntungan yang didapatkan cenderung lebih rendah.

b. Penilaian kemungkinan, frekuensi relatif, dan resiko

Penilaian terhadap kemungkinan bagaimana akibat suatu bahaya mempengaruhi penilaian resiko, ketika individu melihat terdapat kemungkinan banyaknya suatu keuntungan akan muncul atau semakin banyak frekuensi kemungkinan akan muncul maka dianggap mereka memiliki kemungkinan untuk mengurangi dampak resiko yang akan dirasakan.

c. Ketidakpekaan terhadap probabilitas

Ketika konsekuensi dari suatu tindakan atau peristiwa membawa pengaruh yang berarti, maka kemungkinan dari konsekuensi resiko tersebut membawa beban yang kecil. Respons dari situasi yang tidak pasti memunculkan ketidakpekaan terhadap kemungkinan dari konsekuensi negatif atau positif, terlepas dari kemungkinan resiko.

d. Ketidakpekaan terhadap angka

Angka yang dimaksud merupakan angka yang menunjukkan banyaknya hidup yang diselamatkan, proporsi nyawa yang selamat dari suatu bahaya membawa pengaruh lebih banyak dibandingkan jumlah nyata nyawa yang diselamatkan. Hal ini menyebabkan perasaan positif dan dukungan tersendiri terhadap individu. Namun, ketika nyawa yang diselamatkan lebih banyak setiap harinya, masyarakat tidak merasa banyak perbedaan ketika satu atau dua nyawa yang diselamatkan hari itu.

2.1.5 Pengukuran *Risk Perception*

a. *Standard Questionnaire on Risk Perception of an Infectious Disease Outbreak*

Kuisisioner ini merupakan kuisisioner standar yang digunakan untuk mengukur *risk perception* pada wabah penyakit menular. Kuisisioner ini dikembangkan oleh *Municipal Public Health Service Rotterdam-Rijnmond* (GGD) bersama dengan Institut Nasional Kesehatan Publik dan Lingkungan (RIVM) di Belanda pada tahun 2015. Alat ini dapat digunakan untuk mengukur *risk perception* pada populasi umum, memberikan contoh soal yang dapat digunakan untuk membuat survei *risk perception*.

Menurut alat ukur ini, kuisisioner standar *risk perception* harus berisikan pengenalan, pengetahuan, informasi latar belakang penyakit, persepsi keseriusan dari penyakit, penyampaian dari

kecemasan dan persepsi kerentanan, efikasi yang dipersepsikan dan efikasi diri dari pengukuran pencegahan, niat untuk melakukan tindakan, faktor yang memotivasi, kebutuhan informasi.

b. *Measuring Risk Perception in Later Life: The Perceived Risk Scale*

Skala ini dikembangkan oleh Lifshitz, Nimrod, dan Bachner (2016) dengan tujuan untuk menciptakan alat ukur *risk perception* baru yang memuat beberapa macam resiko sekaligus antara lain, teror, isu kesehatan, kecelakaan lalu lintas, kekerasan, dan kegagalan finansial. Alat ukur ini dikembangkan khusus untuk populasi individu pada usia 50 tahun ke atas. Skala ini berisikan 9 item yang disajikan dengan bentuk likert dengan 7 poin respons dari sangat tidak setuju hingga sangat setuju. Hasil dari skala ini menunjukkan bahwa skala ini reliabel, valid dan pantas digunakan untuk mengevaluasi *risk perception* pada usia lanjut.

Terdapat beberapa batasan pada studi ini, sampel yang berisikan individu berusia di atas 50 tahun yang digunakan pada studi ini merupakan pengguna internet yang secara relatif lebih muda, sehat, berpendidikan tinggi dan memiliki perilaku yang baik. Hal ini dianggap tidak merepresentasikan populasi individu usia di atas 50 tahun secara umum.

c. *The COVID-19 Own Risk Appraisal Scale (CORAS)*

Skala ini dikembangkan oleh Jaspal, Fino dan Breakwell (2020). Skala ini dikembangkan sebab persepsi resiko dianggap

sebagai determinan yang penting dalam mengaplikasikan perilaku preventif atau perilaku pencegahan. Skala ini mengukur persepsi resiko COVID-19 pada resiko terhadap diri sendiri dan resiko terhadap individu lain. Skala ini diadaptasi dari skala *Perceived Risk of HIV Scale* yang dicetuskan oleh Napper et al.

Skala final dari skala CORAS berisikan 6 item yang disajikan dengan bentuk likert dengan 5 poin respons, dari 1 sangat tidak setuju hingga 5 sangat setuju, 1 sangat mungkin hingga 5 sangat tidak mungkin, 1 sangat sulit untuk dilakukan hingga 5 sangat mudah untuk dilakukan, dan 1 kosong hingga 5 sangat besar.

2.2 Health Belief Model

2.2.1 Definisi Health Belief Model

Health belief model dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1966 dan dilanjutkan oleh Becker dan koleganya selama 1970-1980 yang memiliki tujuan untuk memprediksi perilaku pencegahan untuk kesehatan dan bagaimana respon perilaku pada penanganan pasien yang memiliki penyakit. Semakin berkembangnya jaman, *health belief model* digunakan untuk memprediksi perilaku-perilaku yang berorientasi pada kesehatan (Ogden, 2004). Perilaku sehat merupakan semua aktivitas yang dilakukan seseorang yang percaya bahwa dirinya sehat untuk tujuan mencegah penyakit atau mendeteksi suatu penyakit dalam tahap asimtomatik. *Health belief model* mulanya

diformulasikan untuk menjelaskan perilaku sehat pencegahan penyakit (Rosenstock, 1974).

Rosenstock (1974) menjelaskan *health belief model* dikembangkan untuk mengetahui mengapa seseorang tidak melakukan upaya pencegahan penyakit dan melakukan pengobatan penyakit walaupun biaya untuk pengetesan penyakit, upaya pencegahan penyakit, dan perawatan medis dianggap murah. Model ini digunakan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku pencegahan penyakit, hal ini termasuk dengan peran sakit dan perilaku penyakit.

Rosenstock (1974) menjelaskan *health belief model* sebagai cara untuk menjelaskan pencegahan dan perilaku sehat seseorang. kombinasi dari aspek-aspek *health belief model* dapat termanifestasi kedalam bentuk tindakan-tindakan individu terhadap suatu penyakit.

Kazdin (2000) menjelaskan prinsip dasar dari *health belief model* adalah bagaimana individu bertindak untuk menyangkal, menyaring atau mengontrol kondisi sakit, jika mereka menganggap dirinya rentan terhadap suatu kondisi. Jika mereka percaya bahwa suatu kondisi memiliki konsekuensi yang serius, jika mereka percaya bahwa suatu bentuk tindakan memungkinkan untuk mereka yang memberikan manfaat kerentanan atau keparahan dari kondisi tertentu, dan jika mereka percaya bahwa hambatan yang atau biaya yang ada dalam pengambilan tindakan lebih kecil dari pada manfaatnya.

VandenBos (2015) menjelaskan *health belief model* sebagai sebuah model yang mengidentifikasi hubungan mengenai aspek-aspek *health belief model* dan kecenderungan seseorang untuk mengambil tindakan pencegahan penyakit. Green, Murphy dan Gryboski (2012) juga memiliki penjelasan yang serupa yaitu *health belief model* merupakan model yang berguna untuk mengidentifikasi dan mengorganisasi intervensi kesehatan melalui asesmen dari aspek-aspeknya yang meliputi persepsi kerentanan, keberahan, manfaat dan hambatan dari tindakan serta isyarat tindakan.

2.2.2 Dimensi *Health Belief Model*

Rosenstock (1974) mengemukakan lima dimensi dari *health belief model*, antara lain:

a. Kerentanan yang dipersepsikan

Kerentanan yang dipersepsikan dijabarkan sebagai bagaimana individu rentan akan resiko-resiko yang dialami ketika terjangkit suatu penyakit. Setiap individu memiliki persepsi yang berbeda-beda mengenai kerentanan diri mereka. Terdapat individual yang sama sekali menyangkal kemungkinan dirinya terjangkit penyakit-penyakit tertentu. Terdapat individual yang kemungkinan tergantung data statistik yang diketahui, dan terdapat individual yang mungkin merasa dirinya berada dalam bahaya terhadap penyakit-penyakit tertentu.

b. Keparahan yang dipersepsikan

Seseorang mungkin melihat masalah kesehatan sebagai konsekuensi dari perilaku kesehatan dan klinis, dari masalah tersebut individu dapat merasa khawatir mengenai efek dari penyakit tersebut di dirinya. Mungkin penyakit ini dapat menyebabkan kematian, mengurangi fungsionalitas diri secara fisik dan atau mental atau mungkin dapat melumpuhkannya secara permanen. Kerentanan yang dipersepsikan juga mungkin dapat mempengaruhi efek yang lebih luas dari itu seperti efek dari penyakit tertentu pada pekerjaannya, kehidupan keluarganya, dan atau relasi sosialnya.

c. Keuntungan yang dirasakan

Kerentanan dan keparahan terhadap penyakit dapat memunculkan perilaku-perilaku tertentu. Perilaku ini merupakan perilaku yang dirasa dapat memberikan manfaat atau keuntungan lebih banyak pada hidupnya, sehingga ia percaya terdapat berbagai macam alternatif tindakan yang bisa individu lakukan dalam tanggapannya mengenai suatu penyakit. Tindakan yang dilakukan biasanya merupakan bagaimana seseorang dapat mencegah suatu penyakit atau bagaimana seseorang dapat mengatasi suatu penyakit.

d. Hambatan yang dirasakan

Seseorang mungkin percaya tindakan tertentu dapat mengurangi bahaya suatu penyakit, tetapi pada saat yang sama tindakan pencegahan penyakit tersebut dirasa sebagai tindakan yang tidak aman, mahal, tidak menyenangkan, menyakitkan atau menjengkelkan. Hal-hal tersebut merupakan hambatan dalam mengambil tindakan dan menyebabkan motif untuk menghindari tindakan yang bermanfaat.

e. Isyarat untuk bertindak

Berdasarkan dimensi sebelumnya, persepsi individu mengenai derajat kerentanan dan keparahan suatu penyakit memungkinkan seseorang terpicu atau terdorong untuk melakukan suatu tindakan. Manfaat dari tindakan memberikan jalan untuk suatu tindakan agar dilakukan, tetapi seseorang mungkin membutuhkan suatu isyarat atau picuan agar suatu perilaku benar-benar terjadi. Isyarat ini mungkin muncul secara internal atau eksternal. Tindakan ini tergantung bagaimana persepsi individu terhadap derajat kerentanan dan keparahan, terdapat individu yang sama sekali tidak tergerak untuk melakukan suatu tindakan walaupun telah mengetahui konsekuensi yang dapat terjadi jika ia mengabaikan bahaya suatu penyakit, tetapi terdapat individu yang langsung melakukan tindakan ketika mengetahui bahaya sebuah penyakit dari berita atau poster-poster pencegahan penyakit.

2.2.3 Faktor yang memengaruhi *Health Belief Model*

Hochbaum, Kegels dan Rosenstock (1952) menjelaskan motivasi seseorang untuk melaksanakan perilaku sehat dapat dibagi menjadi tiga kategori antara lain:

a. Persepsi individu

Persepsi individu adalah faktor yang mempengaruhi persepsi mengenai penyakit, hal ini berurusan dengan pentingnya kesehatan pada individu, persepsi kerentanan dan keparahan.

b. Perubahan perilaku

Faktor perubahan perilaku memiliki hubungan langsung dengan demografi, persepsi dari ancaman dan isyarat untuk bertindak.

c. Kecenderungan untuk bertindak

Kecenderungan untuk bertindak mendiskusikan faktor dalam kemungkinan dari perilaku kesehatan yang pantas dan kecenderungan seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit yang telah direkomendasikan.

2.2.4 Pengukuran *Health Belief Model*

a. *The Health Belief Model: Scale to Measure Belief of Diabetic Patients*

Skala ini dikembangkan oleh Charles W. Given, Barbara A. Given, Rita S. Gallin dan John W. Condon pada tahun 1983 untuk mengukur rasa percaya pada pasien diabetes berisikan 76

item. Given, et al (1983) menjelaskan bahwa rasa percaya dapat memunculkan perilaku pencegahan, kontrol, atau pengobatan penyakit. Kriteria pada skala ini adalah berusia antara 18 hingga 70 tahun, bisa membaca, puasa gula darah paling tidak 3 bulan, mengikuti terapi yang telah diresepkan antara lain: makanan, hipoglemik oral dan insulin, dua pengukuran berat badan paling tidak dua bulan terakhir dan tidak ada bukti adanya stroke, kanker, penyakit renal, kebutaan, psikosis, kehamilan dan menyusui. Skala ini diuji pada 156 subjek.

Skala ini terbukti reliabel dan dapat direproduksi ulang pada pasien diabetes. Skala ini dapat mengukur kepercayaan akan penyakit diabetes dan manfaat serta hambatan untuk melakukan terapi atau penyembuhan

b. *Champion's Health Belief Model Scale*

Skala ini dikembangkan oleh Victoria Lee Champion pada tahun 1984. Dasar teori pada skala ini adalah Health Belief Model yang diformulasikan oleh Hochbaum, Leventhal, Kegeles dan Rosenstock. Skala ini dikembangkan untuk mengukur lima aspek dari health belief model menggunakan teknik likert. Skala ini mengevaluasi kesehatan payudara pada perempuan, sehingga subjek yang diikuti sertakan sebanyak 301 perempuan, mampu baca tulis, minimal 16 tahun dan mencapai

maturitas fisik, dan berasal dari level sosial ekonomi yang beragam.

Enam ratus empat puluh kuisisioner disebarkan pada 301 partisipan 440 melalui surat dan 200 melalui presentasi langsung. Hasilnya 301 kuisisioner kembali dan dianggap cukup untuk analisis. Kemudian dilakukan uji coba kedua pada 190 partisipan, namun peneliti memilih 60 partisipan dari 190. Akhirnya setelah dua minggu 57 kuisisioner retest terjawab.

2.3 COVID-19

2.3.1 Definisi COVID-19

World health organization (WHO) menjelaskan COVID-19 sebagai sebuah penyakit yang disebabkan oleh virus corona terbaru SARS-CoV-2. WHO mengetahui virus ini pada tanggal 31 Desember 2019 yang diikuti dengan kluster kasus 'pneumonia viral' di Wuhan, Republik Rakyat Cina. Covid.go.id (2020) menjelaskan COVID-19 sebagai virus menular yang telah menjadi pandemi yang terjadi karena jenis coronavirus baru.

2.3.2 Gejala-gejala COVID-19

WHO (2020) menyebutkan beberapa gejala dari penyakit COVID-19 ini antara lain seperti demam dengan temperatur tinggi di atas 38°C, batuk berdahak, kelelahan, kebingungan, dan nyeri dada. Selain itu terdapat gejala lain yang kurang sering dialami namun mungkin dialami pasien, seperti kehilangan rasa pada indera perasa

dan penciuman, hidung tersumbat, konjungtivitis (mata merah), sakit tenggorokan, sakit kepala, nyeri otot atau sendi, ruam kulit, mual atau muntah, diare, dan menggigil dan atau pusing.

Gejala-gejala lain yang jarang ditemui antara lain seperti cepat marah, kebingungan, kesadaran yang berkurang biasanya diikuti dengan kejang-kejang, kecemasan, depresi, gangguan tidur, serta komplikasi neurologis lainnya yang lebih parah namun jarang terjadi seperti stroke, radang otak, delirium dan kerusakan syaraf. Orang-orang dari berbagai macam usia yang mengalami demam dan atau batuk diasosiasikan dengan kesulitan bernafas atau sesak nafas, sakit atau tekanan pada dada, atau kehilangan kemampuan untuk berbicara atau bergerak harus mencari bantuan medis secepatnya, selain itu jika memungkinkan pasien dapat langsung menghubungi penyedia jasa kesehatan.

Gejala ini, dapat berkembang dalam rentang waktu rata-rata selama 5 – 6 hari dan dapat berkembang lebih lama hingga 14 hari. Hal inilah mengapa masyarakat yang telah terekspos COVID-19 harus tinggal di rumah dan menjaga jarak dengan orang lain selama 14 hari untuk mencegah penyebaran penyakit.

2.3.3 Konsekuensi dari penyakit COVID-19

Beberapa individu yang mendapatkan gejala-gejala dari COVID-19, sekitar 80% dari pasien tersebut berhasil sembuh dari COVID-19 tanpa memerlukan penanganan di rumah sakit. Sekitar

15% pasien menjadi lebih parah dari sebelumnya dan membutuhkan oksigen dan 5% lainnya kritis dan membutuhkan penanganan intensif.

Komplikasi yang berujung kematian mungkin terjadi karena kegagalan saluran nafas, sindrom kegagalan respiratori akut, sepsis dan syok septik, trombemboli, dan atau kegagalan multiorgan termasuk cedera pada jantung, ginjal atau hati. Anak –anak juga dapat memunculkan sindrom peradangan yang parah beberapa minggu setelah infeksi, namun hal ini jarang terjadi.

Beberapa orang yang pernah terjangkit COVID-19, tetap merasakan gejala-gejala antara lain kelelahan dan gejala pernafasan dan neurologis, hal ini tetap terjadi walaupun pasien tidak mendapatkan perawatan di rumah sakit. Untuk efek jangka panjang, WHO masih bekerja sama dengan *Global Technical Network for Clinical Management* untuk mencari tahu lebih banyak apa efek jangka panjang dari COVID-19.

2.3.4 Penyebaran COVID-19

COVID-19 menyebar melalui orang yang telah terinfeksi dengan COVID-19 dan dekat dengan kontak dengan orang lain. Virus ini menyebar melalui *droplet* yang keluar dari mulut atau hidung saat batuk, bersin, berbicara, menyanyi atau bernafas dengan berat. Penyebaran *droplet* ini dapat terjadi ketika individu yang terjangkit virus ini berada pada *setting* tertentu, terutama di dalam ruangan,

tempat ramai dan memiliki ventilasi yang tidak memadai. Walaupun individu yang terinfeksi virus ini tidak menunjukkan gejala, virus ini tetap dapat menyebar.

2.3.5 Pencegahan COVID-19

Terdapat upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk membatasi penyebaran COVID-19, antara lain seperti mengikuti arahan lokal. Pantau saran dari otoritas nasional, regional dan lokal. Menjaga jarak minimal 1 meter dari orang lain, walaupun tidak memunculkan gejala. Mengenakan masker, terutama ketika jaga jarak tidak memungkinkan dan mempertimbangkan kembali jika ingin bepergian. Buka jendela jika berada di dalam ruangan untuk meningkatkan pergantian udara, hindari menyentuh permukaan benda, terutama pada *setting* publik. Bersihkan permukaan dengan disinfektan dan mencuci tangan dengan sabun dan air atau bersihkan tangan dengan *hand sanitizer*.

2.4 Masyarakat

Masyarakat merupakan sebuah kelompok sosial abadi yang hidup dalam tempat tertentu dimana anggotanya saling bergantung satu sama lain dan berbagi politik dan institusi lain, hukum, budaya, dan lain sebagainya (VandenBos, 2015). Masyarakat adalah sebuah kelompok yang saling bergantung satu sama lain yang mana anggotanya berbagi budaya, politik, institusi ekonomi dan memiliki nilai dan aturan sosial yang serupa dan biasanya hidup bersama dengan jarak yang berdekatan, walaupun beberapa

kelompok masyarakat hidup berpisah, mereka biasanya hidup pada teritori yang sama (Matsumoto, 2005).

Mead (dalam Vaughan, 2010) percaya bahwa masyarakat mempengaruhi individu melalui bagaimana mereka memikirkan dirinya sendiri, sebuah proses yang secara terus menerus berkembang selama kita berinteraksi dengan orang lain. Masyarakat menggunakan simbol tertentu yang memiliki arti bersama jika kita ingin berkomunikasi secara efektif.

2.5 Health Belief Model Sebagai Prediktor Risk Perception terhadap Bahaya COVID-19 pada Masyarakat.

COVID-19 sebagai sebuah penyakit yang disebabkan oleh virus corona terbaru SARS-CoV-2. Virus ini menyebabkan infeksi pernapasan pada hewan dan manusia. Penularan virus ini sangat mudah dan dampak terparah dari virus ini adalah kematian. Pandemi COVID-19 mengharuskan masyarakat untuk menjalankan protokol kesehatan sesuai anjuran WHO dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Protokol kesehatan ini antara lain, mencuci tangan dengan sabun, memakai masker, dan menjaga jarak minimal 1 meter (WHO, 2020). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menjelaskan aturan protokol kesehatan pada tempat dan fasilitas umum, cara penggunaan masker yang baik dan benar serta menjaga jarak minimal satu meter dan menerapkan pola hidup sehat. Hal tersebut dijelaskan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01/07/MENKES/382/2020.

Upaya pemerintah untuk penekan penyebaran virus COVID-19 bukan hanya protokol kesehatan namun juga Pembatasan Sosial Berskala Besar atau

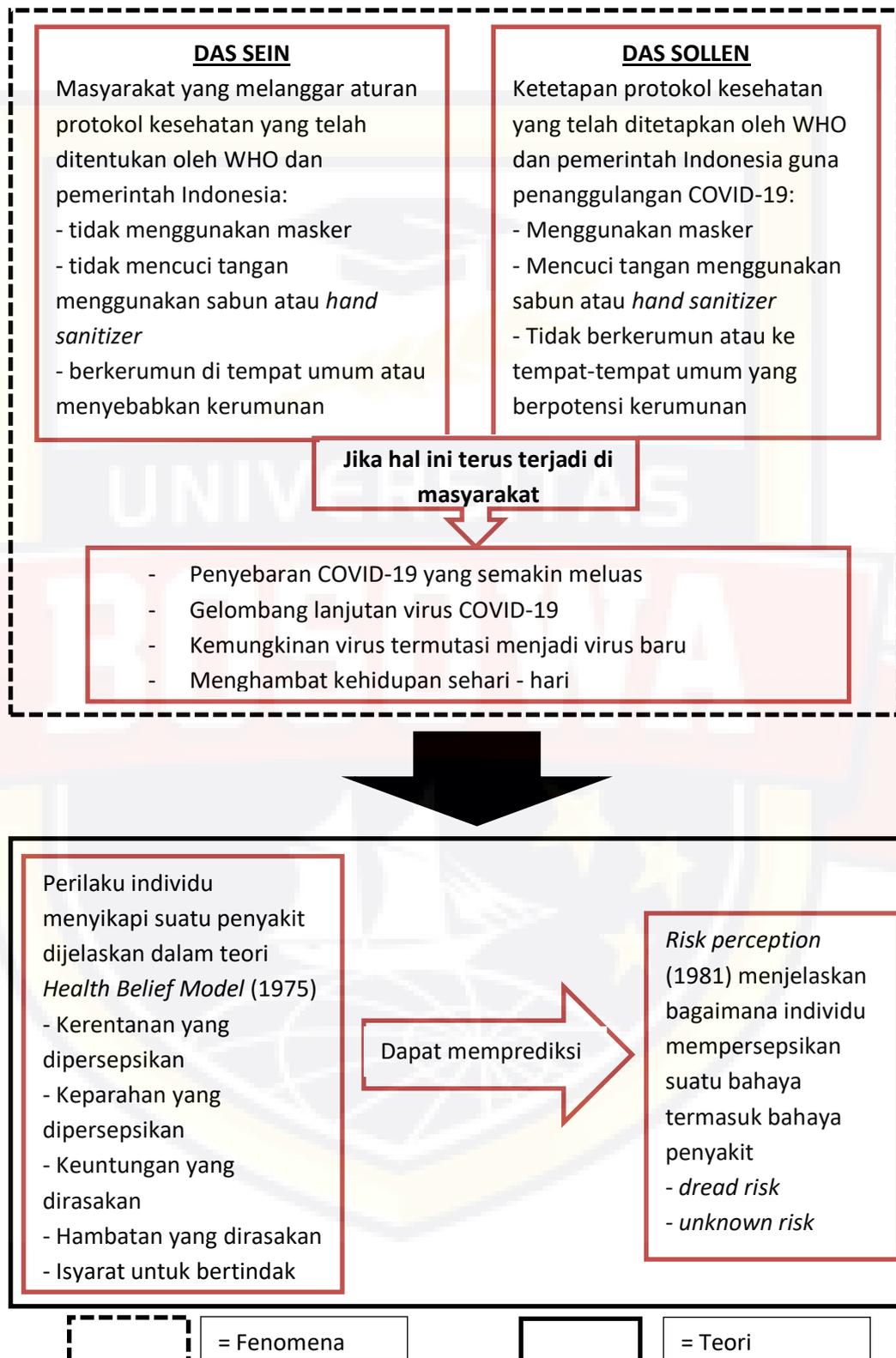
PSBB sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2020. Meskipun demikian, masih banyak masyarakat yang tidak menjalankan protokol kesehatan. Pelanggaran ini seperti tidak memakai masker, tidak mencuci tangan dengan sabun atau *handsanitizer*, tidak menjaga jarak hingga membuat kerumunan. Hal ini menyebabkan penyebaran COVID-19 semakin meluas, sebab penyebaran COVID-19 adalah melalui *droplet* yang keluar melalui hidung dan mulut yang keluar ketika berbicara, menyanyi, batuk, bersin, dan lainnya.

Jika penyebaran COVID-19 tidak ditekan, maka kemungkinan penanggulangan virus ini akan semakin lebih lama, dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain hingga menyebabkan kematian, selain itu dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Perilaku masyarakat yang enggan menjalankan protokol kesehatan memiliki keterkaitan dengan teori *health belief model*. *Health belief model* memiliki lima dimensi yang menjelaskan mengenai perilaku individu terhadap suatu penyakit antara lain, kerentanan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan isyarat untuk bertindak (Rosenstock, 1974). Salah satu dimensi dari *health belief model* memiliki kesamaan dengan salah satu faktor dari *risk perception* yaitu keuntungan yang dirasakan (Visschers & Siengrist, 2018). *Risk perception* merupakan evaluasi atau penilaian individu terhadap suatu bahaya (Slovic, 2000).

2.6 Kerangka pikir

Berdasarkan kerangka pikir dapat dilihat dalam kotak garis putus-putus yang berisikan fenomena. *Das sein* menjabarkan perilaku masyarakat yang melanggar aturan protokol kesehatan yang ditentukan oleh WHO dan Pemerintah Indonesia. *Das sollen* menjabarkan peraturan protokol kesehatan guna penanggulangan COVID-19. Jika hal tersebut terus terjadi maka akan menyebabkan beberapa hal antara lain, penyebaran virus COVID-19 yang semakin meluas, gelombang lanjutan virus COVID-19, kemungkinan virus ini dapat termutasi menjadi virus baru dan dapat menghambat kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan fenomena ini, terdapat teori yang memiliki keterkaitan dengan perilaku individu dalam menghadapi penyakit yaitu *health belief model*. *Health belief model* memiliki lima dimensi yaitu, kerentanan yang dipersepsikan, keparahan yang dipersepsikan, manfaat mengambil tindakan, hambatan mengambil tindakan dan isyarat untuk bertindak. Salah satu dimensi dari *health belief model* memiliki kesamaan dengan *risk perception*. *Risk perception* menjelaskan bagaimana individu mempersepsikan suatu bahaya hal ini juga termasuk bahaya dari sebuah penyakit.



2.7 Hipotesis

Health belief model dapat memprediksikan *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif. Penelitian kuantitatif merupakan sebuah tipe dari penelitian ilmiah yang berisikan dari investigasi dari pencarian jawaban dari sebuah pertanyaan, secara sistematis menggunakan sebagai macam prosedur yang telah ditentukan sebelumnya, mengumpulkan bukti, menghasilkan temuan yang belum diketahui, menghasilkan temuan yang dapat diaplikasikan diluar batas langsung dari studi (Mack et al, 2005). Penelitian kuantitatif merupakan penelitian yang menggunakan kumpulan data dan dipresentasikan dalam bentuk angka, skor rata-rata untuk kelompok yang berbeda, persentasi individual yang melakukan sesuatu, grafik dan tabel data dan lain sebagainya (Goodwin, 2010).

3.2 Variabel penelitian

Variabel merupakan semua hal yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan diteliti sehingga menghasilkan informasi baru dan kesimpulan baru (Sugiyono, 2015). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Variabel dependen merepresentasikan pengukuran yang mencerminkan hasil dari studi penelitian (Salkind, 2007). Variabel dependen pada penelitian ini adalah *risk perception*.

- b. Variabel independen merepresentasikan perlakuan atau pengkondisian yang dikontrol oleh peneliti secara langsung atau tidak langsung untuk mencoba efeknya pada hasil tertentu, variabel independen biasanya disebut juga variabel perlakuan (Salkind, 2007). Variabel independen pada penelitian ini adalah *health belief model* dan *risk perception* sebagai variabel dependen.

Variabel independen (X) = *health belief model*

Variabel dependen (Y) = *risk perception*

3.3 Definisi Konseptual

Definisi konseptual merupakan definisi yang menggunakan konstruk lain untuk menjelaskan suatu arti atau ide dari variabel yang akan diteliti (Mertens, 2005)

3.3.1 *Risk perception*

Slovic (2000) menjabarkan *risk perception* sebagai kemampuan seseorang untuk mendeteksi suatu bahaya dan bagaimana individu tersebut dapat menghindari bahaya tersebut. *Risk perception* mengembangkan teori paradigma psikometrik yang menjelaskan bagaimana individu menilai suatu bahaya sehingga dikembangkan dua dimensi antara lain dimensi *dread risk* dan *unknown risk*.

3.3.2 *Health Belief Model*

Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa *health belief model* dikembangkan untuk mengetahui mengapa seseorang tidak melakukan upaya pencegahan penyakit dan melakukan pengobatan

dari suatu penyakit. *Health belief model* memiliki lima aspek antara lain kerentanan yang dipersepsikan, keparahan yang dipersepsikan, manfaat mengambil tindakan, hambatan mengambil tindakan, dan isyarat untuk bertindak.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan mengenai variabel berdasarkan peneliti itu sendiri. Definisi operasional merupakan definisi untuk menspesifikkan bagaimana konstruk pengukuran dalam sebuah penelitian (Mertens, 2005).

3.4.1 *Risk perception*

Risk perception merupakan persepsi seseorang mengenai resiko atau konsekuensi dari suatu bahaya. Bahaya dalam hal ini bisa jadi bahaya apa saja yang dapat mengancam keberlangsungan dan keamanan dari seseorang.

3.4.2 *Health belief model*

Health belief model merupakan suatu cara untuk menjelaskan bagaimana *perilaku* seseorang terhadap sebuah penyakit. Perilaku ini termasuk bagaimana respon individu terhadap suatu penyakit apakah ia menganggap serius penyakit tersebut atau diremehkan dan apa saja tindakan yang dilakukan individu dalam pencegahan penyakit tersebut.

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi merupakan subjek dan objek pada wilayah dan memiliki karakteristik tertentu, karakteristik ini ditetapkan oleh peneliti tertentu (Sugiyono, 2017). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini merupakan masyarakat yang ada di Indonesia, berdasarkan sensus BPS tahun 2020 adalah sebanyak 270.203.917 jiwa (BPS, 2021).

3.5.2 Sampel dan Teknik *Sampling*

Sampel adalah bagian dari populasi, memiliki karakteristik yang sama dengan populasi. Sampel digunakan untuk memudahkan peneliti dalam meneliti populasi untuk menghemat biaya dan waktu (Sugiyono, 2017). Sampel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah responden dewasa awal, dewasa menengah dan dewasa akhir. Erikson (dalam Santrock, 2011) menjelaskan bahwa dewasa awal memiliki rentang usia 20 - 30 tahun, dewasa menengah memiliki rentang usia 40 - 50 tahun, sementara dewasa akhir berusia 60 tahun ke atas.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *sampling* insidental. Dengan ini peneliti mengambil sampel sebanyak 600 orang berdasarkan tabel penentuan jumlah sampel dari Issac dan Michael dengan taraf kesalahan 5% yang menunjukkan 349 subjek untuk populasi satu juta, namun ditingkatkan hingga 600 untuk menghindari data ekstrim dan data yang tidak valid (Sugiyono, 2017).

Total responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 2.171 responden.

Kriteria sampel subjek yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Perempuan atau laki-laki
2. Berusia mulai dari 20 tahun ke atas

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan skala *risk perception* dan *health belief model*. Skala merupakan sebuah alat ukur atribut psikologi tertentu dengan melihat respon subjek dari pertanyaan atau pernyataan yang disajikan. Jawaban yang dipilih oleh responden merupakan proyeksi dari atribut psikologi yang diukur berdasarkan keadaan subjek saat ini sehingga tidak ada jawaban “salah” atau “benar” dalam skala (Azwar, 2019).

3.6.1 Skala *risk perception*

Peneliti menggunakan dimensi *risk perception* dari Slovic, Fishhoff dan Lichtenstein (1981) untuk mengkonstruksi skala *risk perception*. Skala ini dikonstruksi sendiri oleh peneliti agar sesuai dengan subjek yang akan diteliti.

Tabel 3.1 *Blueprint skala risk perception*

Dimensi	Indikator	Nomor soal		Jumlah Soal	Jumlah
		Favo	Unfavo		
<i>Dread risk</i>	Bahaya di luar kontrol yang menakutkan	1	1	2	8
	Memiliki potensi berkembang sebagai katastropik	1	1	2	
	Memiliki konsekuensi yang fatal	1	1	2	
	Keuntungan dan resiko yang tidak merata	1	1	2	
<i>Unknown risk</i>	Bahaya yang tidak dapat diobservasi	1	1	2	8
	<i>Outcome</i> dari bahaya yang tidak dapat diobservasi	1	1	2	
	Bahaya yang tidak diketahui	1	1	2	8
	Konsekuensi bahaya yang tidak dirasakan langsung	1	1	2	
Jumlah		8	8	16	16

3.6.2 Skala *health belief model*

Peneliti menggunakan dimensi *health belief model* dari Rosenstock (1974) untuk mengkonstruksi skala *health belief model*. Skala ini dikonstruksi sendiri oleh peneliti agar sesuai dengan subjek dan kaitan penyakit yang akan diteliti.

Tabel 3.2 Skala *health belief model*

Dimensi	Indikator	Nomor soal		Jumlah soal	Jumlah
		favo	Unfavo		
<i>Kerentanan yang dipersepsikan</i>	Persepsi individu mengenai kekebalan tubuhnya	1	1	2	6
	Anggapan bahaya penyakit	1	1	2	
	Anggapan keparahan penyakit	1	1	2	
<i>Keparahan yang dipersepsikan</i>	Khawatir dengan konsekuensi penyakit	1	1	2	6
	Konsekuensi penyakit terhadap dirinya	1	1	2	
	Konsekuensi penyakit terhadap orang lain	1	1	2	
Manfaat mengambil tindakan	Menjaga pola hidup sehat	1	1	2	6
	Mengikuti anjuran kesehatan	1	1	2	
	Upaya mengatasi suatu penyakit	1	1	2	
Hambatan mengambil tindakan	Keterbatasan biaya	1	1	2	6
	Anjuran kesehatan tidak menyenangkan	1	1	2	
	Menyakitkan dan menjengkelkan	1	1	2	
Isyarat untuk bertindak	Merasakan gejala penyakit	1	1	2	6
	Melihat poster	1	1	2	

	pencegahan penyakit			
	Melihat berita mengenai penyakit			
	1	1	2	
Jumlah	15	15	30	30

3.7 Uji instrumen

3.7.1 Validitas isi

Validitas isi merupakan tahap pertama dalam menguji alat ukur skala. Validitas ini berisikan tahap validitas tampak dan validitas logis. Validitas tampak memerlukan *reviewer* untuk menilai bentuk skala dan bentuk konten dalam skala (Azwar, 2019). Peneliti memilih 10 *reviewer* untuk mengevaluasi validitas tampak skala.

Sepuluh *reviewer* yang terlibat dalam validitas tampak skala ini merupakan 10 masyarakat umum, diantaranya merupakan sarjana S1, mahasiswa, dan karyawan swasta. Berdasarkan hasil 10 *reviewer*, terdapat beberapa perubahan yang disarankan oleh *reviewer* seperti mengubah letak tombol kirim, menghapus bagian kriteria, beberapa perubahan redaksi kata, mengatur ulang respons jawaban, dan beberapa peninjauan kembali pada beberapa item di kedua skala.

Validitas logis merupakan penilaian aitem skala, sejauh mana aitem layak sebagai alat ukur berdasarkan indikator dan atribut yang akan diukur. Peneliti memilih 3 SME atau *subject matter expert* sebagai penilai untuk mengevaluasi validitas logis skala. Validitas isi akan

dievaluasi dengan menggunakan CVR (*content validity ratio*) dengan rumus $CVR = (2n_e / n) - 1$ (Azwar, 2019).

Subject matter expert menilai apakah aitem skala esensial dan dapat merepresentasikan konstruk teori yang digunakan. Peneliti meminta tiga dosen fakultas Psikologi Universitas Bosowa, antara lain Bapak Musawwir, S.Psi., M.Pd, Ibu Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A dan Ibu Titin Florentina, S.Psi., M.Psi., Psikolog sebagai *subject matter expert*. Penilaian *subject matter expert* berada pada tiga kategori yakni E untuk esensial memiliki nilai 1, G yakni berguna tetapi tidak esensial bernilai 0 dan T yang berarti tidak esensial dan bernilai 0.

Berdasarkan hasil peniaian SME, salah satu SME menilai 3 aitem pada skala *risk perception* G yaitu berguna tetapi tidak esensial, namun secara keseluruhan item skala *risk perception* dapat digunakan oleh ketiga SME. Pada skala kedua yaitu skala *health belief model*, ketiga SME memberikan nilai esensial pada seluruh item. Sehingga seluruh item dapat digunakan dalam skala penelitian.

3.7.2 Validitas konstruk

Validitas konstruk merupakan tahap di mana item-item diuji korelasinya dengan konstruk dasar teori dari skala tersebut apakah item berhubungan dengan teori yang digunakan (Azwar, 2019). Validitas skala akan diuji menggunakan bantuan aplikasi dengan melihat skor faktor loading yang bernilai positif dan nilai T-value lebih besar dari 1,96.

Tabel 3.3 *Blueprint* skala *risk perception* setelah uji coba

Dimensi	Indikator	Nomor soal		Jumlah Soal	Jumlah
		Favo	Unfavo		
<i>Dread risk</i>	Bahaya di luar kontrol yang menakutkan	1	8	2	8
	Memiliki potensi berkembang sebagai katastropik	2	9	2	
	Memiliki konsekuensi yang fatal	3	10	2	
	Keuntungan dan resiko yang tidak merata	4	11	2	
<i>Unknown risk</i>	Bahaya yang tidak dapat diobservasi	-	12	1	7
	<i>Outcome</i> dari bahaya yang tidak dapat diobservasi	5	13	2	
	Bahaya yang tidak diketahui	6	14	2	
	Konsekuensi bahaya yang tidak dirasakan langsung	7	1	2	
Jumlah		7	8	7	15

Berdasarkan hasil analisis, ditemukan bahwa aitem nomor 5 tidak valid karena tidak memiliki nilai t-value kurang dari 1,96. Selebihnya untuk ke-15 aitem lain valid.

Tabel 3.4 Skala *health belief model* setelah uji coba

Dimensi	Indikator	Nomor soal		Jumlah soal	Jumlah
		favo	Unfavo		
<i>Kerentanan yang dipersepsikan</i>	Persepsi individu mengenai kekebalan tubuhnya	-	-	0	4
	Anggapan bahaya penyakit	1	14	2	
	Anggapan keparahan penyakit	2	15	2	
<i>Keparahan yang dipersepsikan</i>	Khawatir dengan konsekuensi penyakit	3	16	2	6
	Konsekuensi penyakit terhadap dirinya	4	17	2	
	Konsekuensi penyakit terhadap orang lain	5	18	2	
Manfaat mengambil tindakan	Menjaga pola hidup sehat	6	19	2	6
	Mengikuti anjuran kesehatan	7	20	2	
	Upaya mengatasi suatu penyakit	8	21	2	
Hambatan mengambil tindakan	Keterbatasan biaya	9	22	2	6
	Anjuran kesehatan tidak menyenangkan	10	22	2	
	Menyakitkan dan menjengkelkan	11	23	2	
Isyarat untuk bertindak	Merasakan gejala penyakit	-	-	0	4
	Melihat poster pencegahan penyakit	12	25	2	
	Melihat berita mengenai penyakit	13	26	2	
Jumlah		13	13	26	26

Berdasarkan hasil analisis, ditemukan bahwa aitem nomor 1, 13, 16 dan 28 tidak valid karena tidak memiliki nilai t-value kurang dari 1,96 dan faktor loading bernilai negatif. Selebihnya untuk ke-26 aitem lain valid.

Peneliti menggunakan bantuan aplikasi untuk menguji reliabilitas skala dengan menggunakan rumus *chronbach alpha*. Instrumen akan dianggap reliabel ketika koefisien *cronbach alpha* yang dihasilkan mendekati angka 1,0. Namun, jika *chronbach alpha* yang dihasilkan mendekati 0 maka instrumen dianggap tidak reliabel. Berdasarkan hasil analisis reliabilitas, ditemukan bahwa kedua skala dianggap cukup reliabel karena memiliki nilai *cronbach alpha* sebesar 0.826 untuk skala *risk perception* dan nilai *chronbach alpha* sebesar 0.882 untuk skala *health belief model*. Tabel reliabilitas *chronbach alpha* dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 3.5 realibiltas skala *risk perception*

Cronbach's Alpha	N of Items
,826	15

Tabel 3.6 reliabilitas skala *health belief model*

Cronbach's Alpha	N of Items
,882	26

3.8 Uji Asumsi

3.8.1 Uji linearitas

Uji linearitas dilakukan sebelum melakukan analisis regresi dengan tujuan untuk melihat apakah terdapat garis linear antar variabel, jika terdapat garis linear maka analisis regresi dapat dilakukan. Sebaliknya, jika tidak terdapat garis linear maka analisis regresi tidak dapat

dilanjutkan (Sugiyono, 2017). Uji linearitas akan dilakukan dengan menggunakan bantuan aplikasi perhitungan statistik pada *Test for Linearity* untuk menghasilkan nilai signifikansi linear. Jika nilai signifikansi linear yang didapatkan $< 0,05$ maka dapat dikatakan data terdistribusi linear, tetapi jika nilai yang didapatkan $> 0,05$ maka dapat dikatakan data tidak terdistribusi secara linear.

3.8.2 Uji normalitas

Uji normalitas merupakan salah satu uji asumsi yang paling umum dalam pengembangan dan prosedur statistik. Tujuan dari uji normalitas adalah untuk menguji asumsi bahwa data merupakan data yang berdistribusi normal (Thode, 2002). Uji normalitas akan menggunakan bantuan aplikasi perhitungan statistik, dengan melihat nilai skor *Kolmogorov-Smirnov*. Jika signifikansi yang ditunjukkan > 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa data yang akan diuji telah berdistribusi normal.

3.9 Teknik Analisis Data

3.9.1 Analisis Deskriptif

Sugiyono (2017) menjelaskan analisis deskriptif merupakan analisis yang menyajikan gambaran hasil data dengan sebaran populasi. Analisis deskriptif menjelaskan data-data mean, standar deviasi dan kategorisasi. Peneliti akan menggunakan bantuan aplikasi dalam melakukan analisis deskriptif.

Kategorisasi akan didapatkan dengan rumus:

Sangat Tinggi	$x > \text{mean} + 1,5 \text{ SD}$
Tinggi	$\text{mean} + 0,5 \text{ SD} < x < \text{mean} + 1,5 \text{ SD}$
Sedang	$\text{mean} - 0,5 \text{ SD} < x < \text{mean} + 0,5 \text{ SD}$
Rendah	$\text{mean} - 1,5 \text{ SD} < x < \text{mean} - 0,5 \text{ SD}$
Sangat Rendah	$x < \text{mean} - 1,5 \text{ SD}$

3.9.2 Analisis regresi sederhana

Analisis regresi merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui prediksi perubahan dari variabel dependen, ketika hasil nilai dari variabel independen dimanipulasi (Sugiyono, 2017). Penelitian ini akan menguji apakah variabel independen yaitu *health belief model* dapat menjadi prediktor terhadap variabel dependen yaitu *risk perception*. Analisis regresi akan dilakukan dengan menggunakan bantuan aplikasi dan menggunakan rumus:

$$Y = a + bX$$

Ket:

Y = subjek

a = nilai Y ketika X=0

b = arah regresi, jika nilainya positif maka garis naik, sebaliknya jika garis turun maka nilainya negatif.

3.10 Jadwal Penelitian

Tabel 3.7 Jadwal Penelitian

Kegiatan	April				Mei				Juni				Juli				Agustus	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Penyusunan Proposal	■																	
Pengumpulan Data					■													
Analisis Data													■					
Penyusunan Laporan													■				■	

UNIVERSITAS

BOSOWA

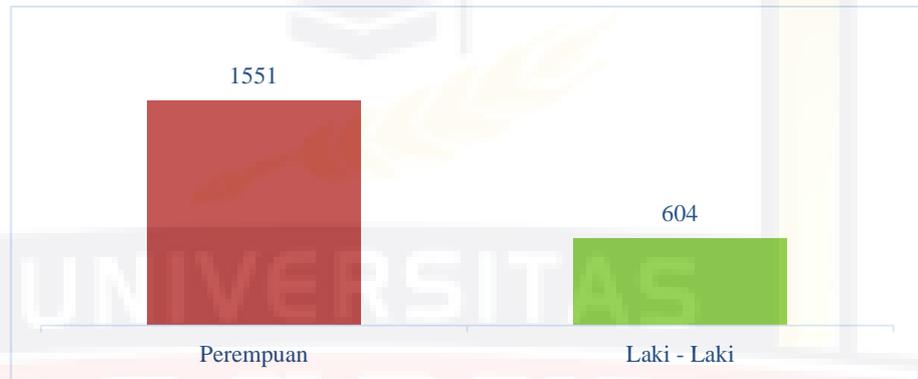
BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Analisis

4.1.1 Deskriptif Responden Berdasarkan Demografi

a. Jenis kelamin



Gambar 4.1 diagram deskriptif subjek berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat bahwa dari 2.155 responden yang mengisi skala penelitian untuk bagian jenis kelamin. Terdapat 1551 (72%) responden yang berjenis kelamin perempuan dan 604 (28%) responden berjenis kelamin laki-laki. Dapat disimpulkan bahwa jumlah responden terbanyak yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah perempuan.

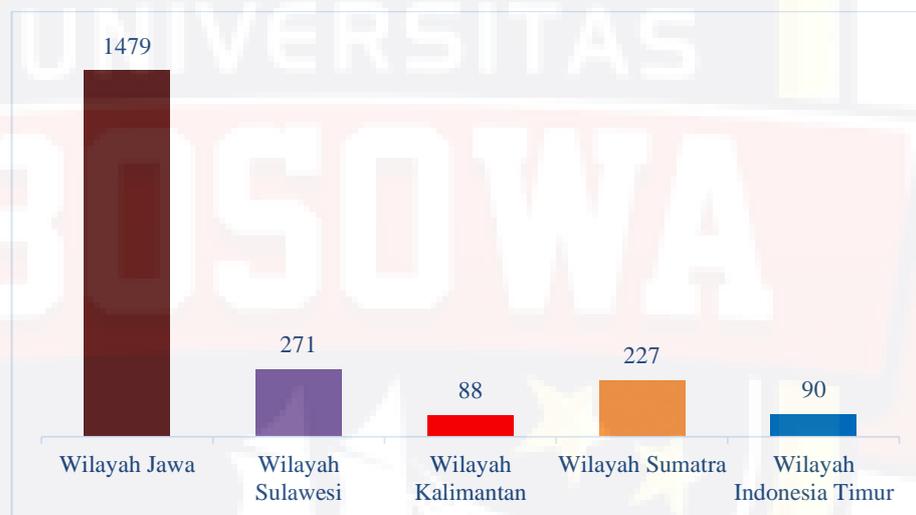
b. Rentang Usia



Gambar 4.2 diagram deskriptif subjek berdasarkan rentang usia

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat bahwa dari 2.155 responden yang mengisi skala penelitian untuk bagian rentang usia. Terdapat 2054 (95,3%) responden yang berusia antara 20-39 tahun, 98 (4,5%) responden yang berusia 40-59 tahun dan 3 (0,1%) responden yang berusia 60 tahun ke atas. Dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah responden yang berusia 20-39 tahun.

c. Asal Daerah



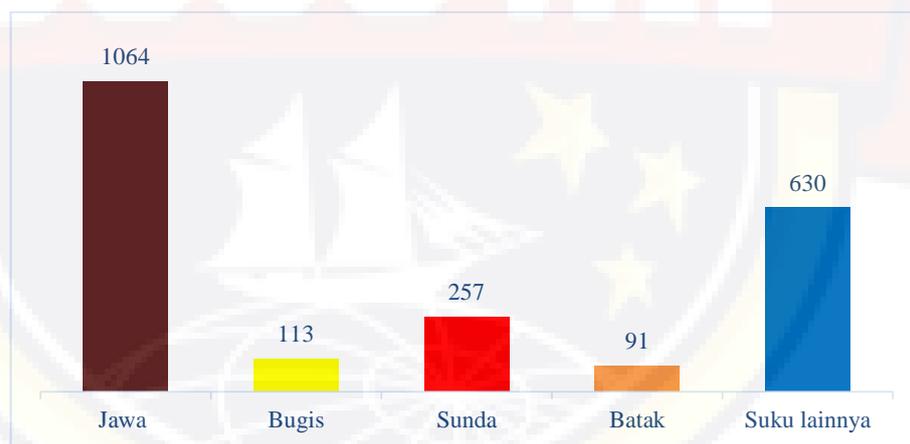
Gambar 4.3 diagram deskriptif subjek berdasarkan asal daerah

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat bahwa dari 2.155 responden berasal dari beberapa provinsi di Indonesia. Terdapat 1479 (68,6%) responden yang berasal dari wilayah Jawa wilayah ini meliputi Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta, Jakarta dan Banten. Terdapat 271 (12,6%) responden yang berasal dari wilayah Sulawesi, wilayah ini meliputi Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara dan Gorontalo.

Terdapat 88 (4,1%) responden yang berasal dari wilayah Kalimantan, wilayah ini meliputi Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Kalimantan Selatan dan Kalimantan Barat. Terdapat 227 (10,5%) responden yang berasal dari wilayah Sumatra, wilayah ini meliputi Sumatra Utara, Sumatra Selatan, Sumatra Barat, Jambi, Aceh, Lampung, Riau, Kep. Riau, dan Bengkulu.

Terdapat 90 (4,2%) responden yang berasal dari wilayah Indoensia Timur, wilayah ini meliputi Papua, NTT, NTB, Maluku, Maluku Utara dan Bali. Dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah responden yang berasal dari wilayah Jawa.

d. Suku



Gambar 4.4 diagram deskriptif subjek berdasarkan suku

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat bahwa dari 2.155 responden berasal dari suku yang berbeda. Terdapat 1064 (49,4%) responden yang berasal dari suku Jawa, 113 (5,2%) responden yang berasal dari suku Bugis, 257 (11,9%) responden yang berasal dari suku Sunda, 91

(4,2%) responden yang berasal dari suku Batak dan 630 responden atau 29,2% lainnya berasal dari berbagai suku di Indonesia. Dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah responden yang berasal dari suku Jawa.

e. Pendidikan terakhir

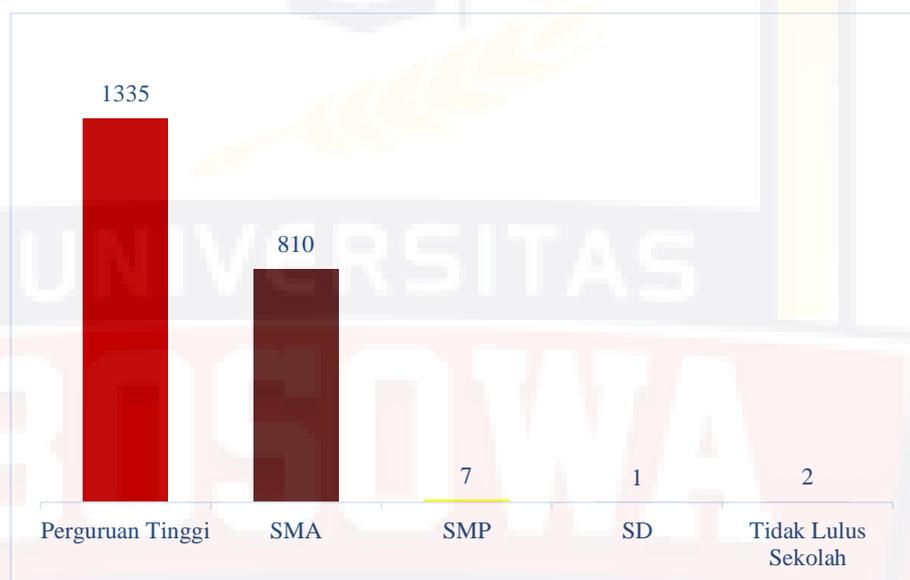
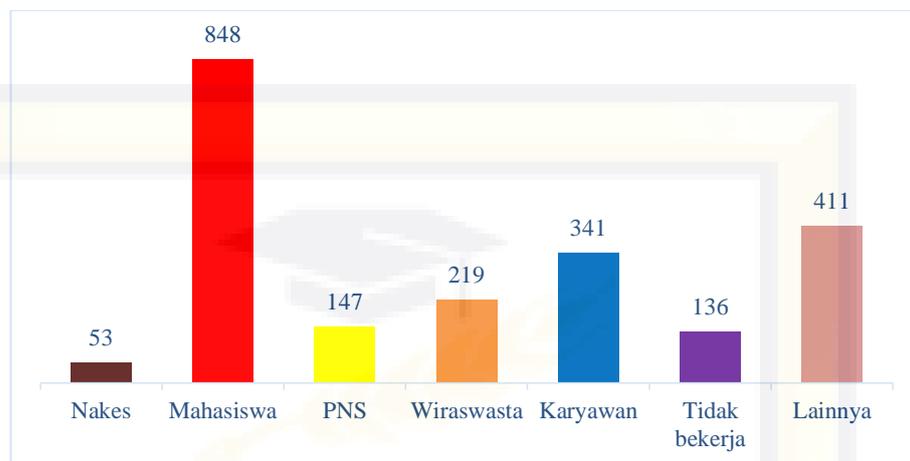


Diagram 4.5 diagram deskriptif subjek berdasarkan pendidikan terakhir

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat bahwa dari 2.155 responden berasal dari suku yang berbeda. Terdapat 1337 (62%) responden yang memiliki pendidikan terakhir perguruan tinggi, 808 (37,5%) responden yang memiliki pendidikan terakhir SMA, 7 (0,3%) responden yang memiliki pendidikan terakhir SMP, 1 (0%) responden yang memiliki pendidikan terakhir SD dan 2 (0,1%) yang tidak lulus sekolah. Dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah responden yang memiliki pendidikan terakhir perguruan tinggi.

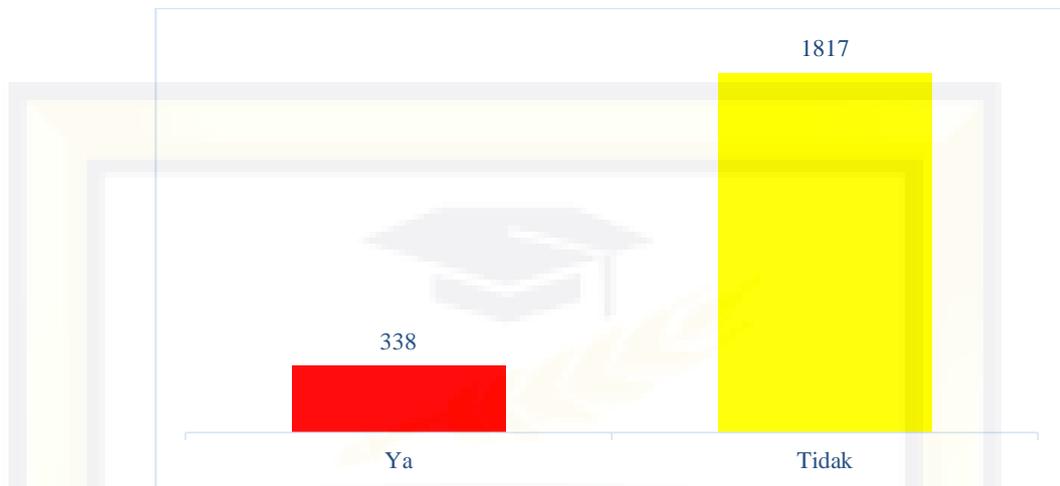
f. Pekerjaan



Gambar 4.6 diagram deskriptif subjek berdasarkan pekerjaan

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat bahwa dari 2.155 responden memiliki pekerjaan yang beragam. Terdapat 53 (2,5%) responden yang bekerja sebagai tenaga kesehatan yang meliputi dokter, suster, dan apoteker. Terdapat 848 (39,4%) responden yang merupakan mahasiswa, terdapat 147 (6,8%) responden yang bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil, terdapat 219 (10,2%) responden yang bekerja sebagai wiraswasta, terdapat 341 (15,8%) responden yang bekerja sebagai karyawan swasta, terdapat 136 (6,3%) responden yang tidak memiliki pekerjaan dan terdapat 411 (19,1%) responden yang memiliki pekerjaan lainnya. Dapat disimpulkan bahwa responden yang berstatus mahasiswa merupakan responden terbanyak yang berpartisipasi dalam penelitian ini.

g. Pernah terpapar COVID-19 atau tidak



Gambar 4.7 diagram deskriptif subjek berdasarkan paparan COVID-19

Berdasarkan bagan di atas, dari 2.155 responden terbagi menjadi 2 kelompok responden yang pernah dan tidak pernah terpapar virus COVID-19. Terdapat 338 (15,7%) responden yang pernah terpapar virus COVID-19 dan 1817 (84,3%) responden yang tidak pernah terpapar virus COVID-19. Dapat disimpulkan bahwa, responden yang paling banyak berpartisipasi dalam penelitian ini adalah responden yang tidak pernah terpapar virus COVID-19.

4.1.2 Deskriptif Variabel Berdasarkan Tingkat Skor

a. *Risk perception*

Deskripsi rangkuman statistik yang berisikan jumlah responden, nilai terendah, nilai tertinggi, nilai rata-rata dan standar deviasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.1 Tabel distribusi skor *risk perception*

N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
2.155	27	75	64,73	8,145

Dapat dilihat pada tabel di atas, bahwa jumlah responden dalam penelitian ini adalah sebanyak 2.155 responden. Nilai total skor terendah yang diperoleh adalah 27, sementara itu nilai skor tertinggi yang diperoleh adalah 75. Nilai rata-rata yang didapatkan adalah sebesar 64,73 dan *standar deviasi* sebesar 8,145. Kategorisasi yang digunakan oleh peneliti adalah kategorisasi yang menggunakan 5 norma yaitu sangat tinggi, tinggi, sedang, rendah dan sangat rendah dengan rumus sebagai berikut:

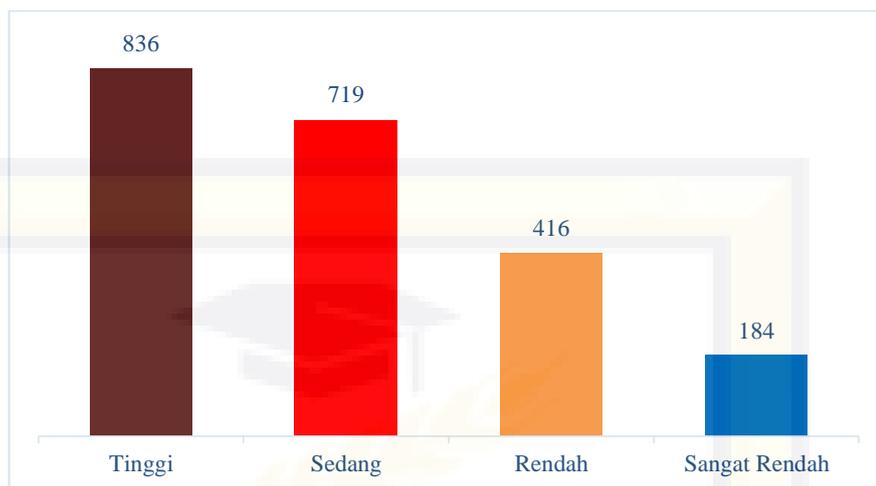
Tabel 4.2 Tabel rumus penormaan kategorisasi

Sangat Tinggi	$x > \text{mean} + 1,5 \text{ SD}$
Tinggi	$\text{mean} + 0,5 \text{ SD} < x < \text{mean} + 1,5 \text{ SD}$
Sedang	$\text{mean} - 0,5 \text{ SD} < x < \text{mean} + 0,5 \text{ SD}$
Rendah	$\text{mean} - 1,5 \text{ SD} < x < \text{mean} - 0,5 \text{ SD}$
Sangat Rendah	$x < \text{mean} - 1,5 \text{ SD}$

Berdasarkan rumus di atas dihasilkan nilai kategorisasi sebagai berikut:

Tabel 4.3 Tabel hasil penormaan kategorisasi *risk perception*

Sangat Tinggi	$X > 76.94$
Tinggi	$68.80 < X < 76.94$
Sedang	$60.65 < X < 68.80$
Rendah	$52.51 < X < 60.65$
Sangat Rendah	$X < 52.51$



Gambar 4.8 diagram kategorisasi tingkat skor *risk perception*

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat sebaran norma yang diperoleh dari 2.155 responden. Terdapat 836 (38,8%) responden yang memperoleh nilai skor tinggi, terdapat 719 (33,4%) responden yang memperoleh nilai skor sedang, terdapat 416 (19,3%) responden yang memperoleh nilai skor rendah dan 184 (8,5%) responden yang memperoleh nilai skor sangat rendah. Tidak ada responden yang memperoleh nilai skor sangat tinggi.

b. *Health belief model*

Deskripsi rangkuman statistik yang berisikan jumlah responden, nilai terendah, nilai tertinggi, nilai rata-rata dan standar deviasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.4 Tabel distribusi skor *health belief model*

<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
2.155	30	130	105,66	12,823

Dapat dilihat pada tabel di atas, bahwa jumlah responden dalam penelitian ini adalah sebanyak 2.155 responden. Nilai total skor

terendah yang diperoleh adalah 30, sementara itu nilai skor tertinggi yang diperoleh adalah 130. Nilai rata-rata yang didapatkan adalah sebesar 105,66 dan *standar deviasi* sebesar 12,823. Kategorisasi yang digunakan oleh peneliti adalah kategorisasi yang menggunakan 5 norma yaitu sangat tinggi, tinggi, sedang, rendah dan sangat rendah dengan rumus sebagai berikut:

Tabel 4.5 Tabel rumus penormaan kategorisasi

Sangat Tinggi	$x > \text{mean} + 1,5 \text{ SD}$
Tinggi	$\text{mean} + 0,5 \text{ SD} < x < \text{mean} + 1,5 \text{ SD}$
Sedang	$\text{mean} - 0,5 \text{ SD} < x < \text{mean} + 0,5 \text{ SD}$
Rendah	$\text{mean} - 1,5 \text{ SD} < x < \text{mean} - 0,5 \text{ SD}$
Sangat Rendah	$x < \text{mean} - 1,5 \text{ SD}$

Berdasarkan rumus di atas dihasilkan nilai kategorisasi sebagai berikut:

Tabel 4.6 Tabel hasil penormaan kategorisasi *health belief model*

Sangat Tinggi	$X >$	124.90
Tinggi	112.08	$< X < 124.90$
Sedang	99.25	$< X < 112.08$
Rendah	86.43	$< X < 99.25$
Sangat Rendah	$X <$	86.43



Gambar 4.9 diagram kategorisasi tingkat skor *health belief model*

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat sebaran norma yang diperoleh dari 2.155 responden. Terdapat 111 (5.2%) responden yang mendapatkan skor sangat tinggi. Terdapat 570 (26.5%) responden yang memperoleh nilai skor tinggi, terdapat 856 (39.7%) responden yang memperoleh nilai skor sedang, terdapat 467 (21.7%) responden yang memperoleh nilai skor rendah dan 151 (7.0%) responden yang memperoleh nilai skor sangat rendah.

4.1.3 Deskriptif Variabel Berdasarkan Demografi

a. *Risk perception* dan jenis kelamin

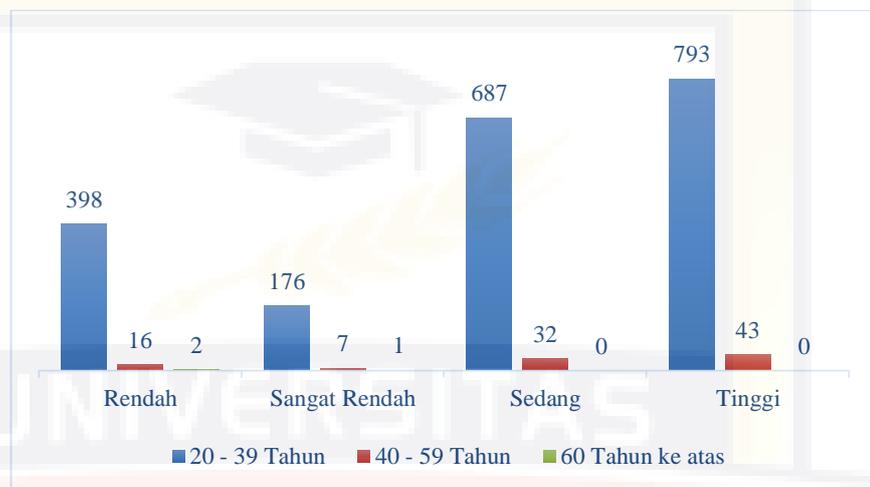


Gambar 4.10 diagram *risk perception* berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan jenis kelamin. Terdapat 276 responden perempuan dan 140 responden laki-laki yang mendapat skor rendah. Terdapat 90 responden perempuan dan 94 responden laki-laki yang mendapat skor sangat rendah. Terdapat 530 responden perempuan dan 189 responden laki-laki yang mendapat skor sedang, dan terdapat 656 responden perempuan dan 180 responden laki-laki yang mendapat skor tinggi. Dapat

disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan jenis kelamin memiliki skor kategori tinggi.

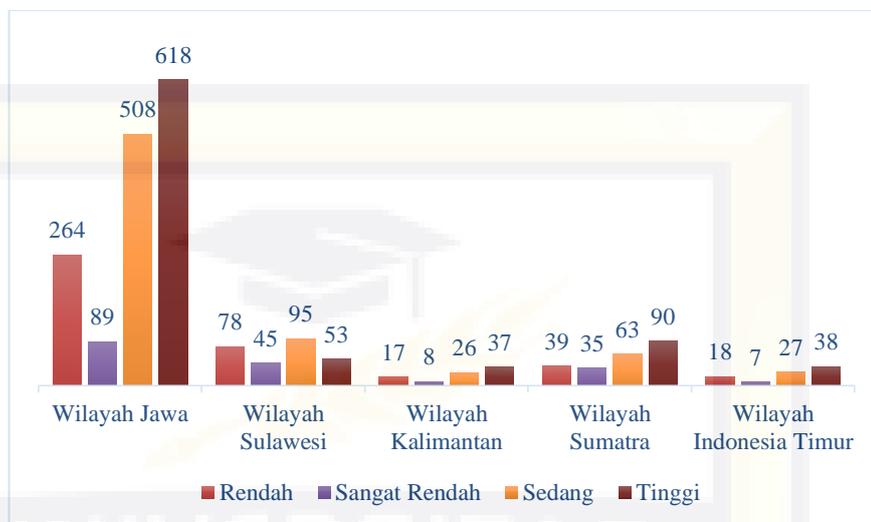
b. *Risk perception* dan rentang usia



Gambar 4.11 diagram *risk perception* berdasarkan rentang usia

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan rentang usia. Terdapat 398 responden berusia 20-39 tahun, 16 responden berusia 40-59 tahun dan 2 responden berusia 60 tahun ke atas yang mendapat skor rendah. Terdapat 176 responden berusia 20-39 tahun, 7 responden berusia 40-59 tahun dan 1 responden berusia 60 tahun ke atas yang mendapat skor sangat rendah. Terdapat 687 responden berusia 20-39 tahun dan 32 responden berusia 40-59 tahun yang mendapat skor sedang, dan terdapat 793 responden berusia 20-39 tahun dan 43 responden yang berusia 40-59 tahun yang mendapat skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan rentang usia memiliki skor kategori tinggi.

c. *Risk perception* dan asal daerah

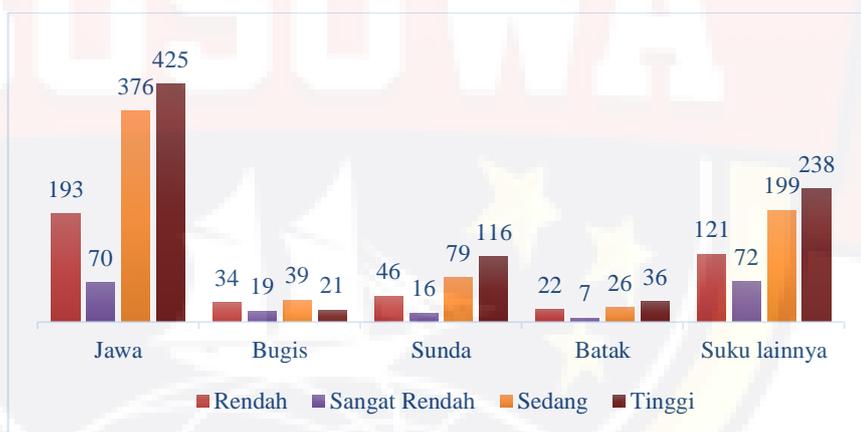


Gambar 4.12 diagram *risk perception* berdasarkan asal daerah

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan asal daerah. Terdapat 1479 responden yang berasal dari wilayah Jawa, 264 responden mendapatkan skor rendah, 89 responden mendapatkan skor sangat rendah, 508 mendapatkan skor sedang dan 618 mendapatkan skor tinggi. Terdapat 271 responden yang berasal dari wilayah Sulawesi, 78 responden mendapatkan skor rendah, 45 responden mendapatkan skor sangat rendah, 95 responden mendapatkan skor sedang dan 53 mendapatkan skor tinggi. Terdapat 88 responden yang berasal dari wilayah Kalimantan, 17 responden mendapatkan skor rendah, 8 responden mendapatkan skor sangat rendah, 26 responden mendapatkan skor sedang dan 37 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 227 responden yang berasal dari provinsi wilayah Sumatra, 39 responden mendapatkan skor rendah, 35 responden mendapatkan skor sangat rendah, 63 responden mendapatkan skor sedang dan 90 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 90 responden yang berasal dari wilayah Indonesia timur, 18 responden mendapatkan skor rendah, 7 responden mendapatkan skor sangat rendah, 27 responden mendapatkan skor sedang dan 38 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan asal daerah memiliki skor kategori tinggi.

d. *Risk perception* dan suku



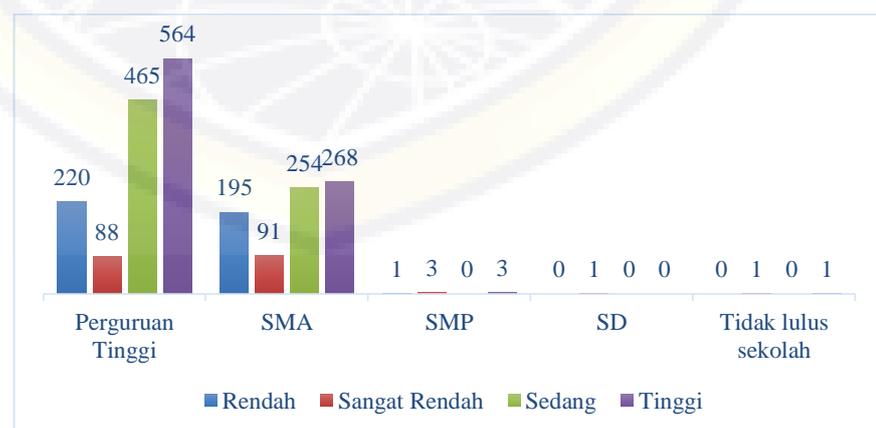
Gambar 4.13 diagram *risk perception* berdasarkan suku

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan suku. Terdapat 1064 responden yang berasal dari Jawa, 193 responden mendapatkan skor rendah, 70 responden mendapatkan skor sangat rendah, 376 responden mendapatkan skor sedang dan 425 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 113 responden yang

berasal dari suku Bugis, 34 responden mendapatkan skor rendah, 19 responden mendapatkan skor sangat rendah, 39 responden mendapatkan skor sedang dan 21 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 257 responden yang berasal dari suku Sunda, 46 responden mendapatkan skor rendah, 16 responden mendapatkan skor sangat rendah, 79 responden mendapatkan skor sedang dan 116 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 91 responden yang berasal dari suku Batak, 22 responden mendapatkan skor rendah, 7 responden mendapatkan skor sangat rendah, 26 responden mendapatkan skor sedang dan 36 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 630 responden yang berasal dari suku lainnya, 121 responden mendapatkan skor rendah, 72 responden mendapatkan skor sangat rendah, 199 responden mendapatkan skor sedang dan 238 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan asal daerah memiliki skor kategori tinggi.

e. *Risk perception* dan pendidikan terakhir

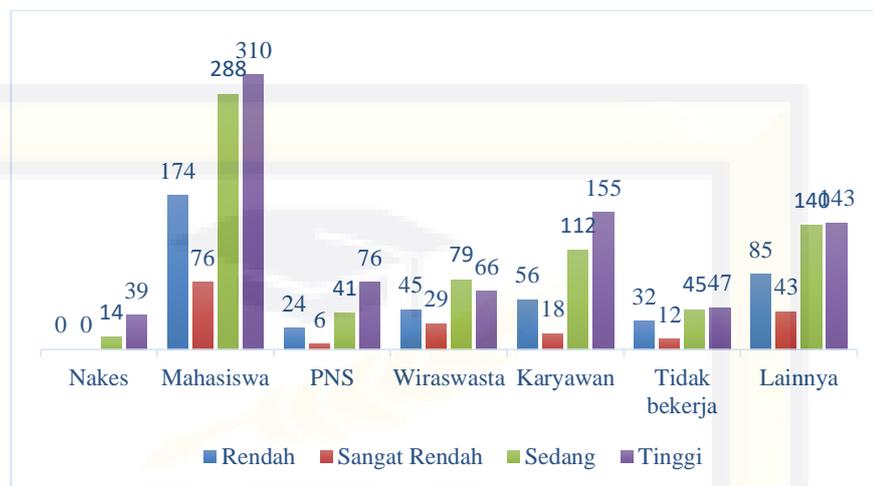


Gambar 4.14 diagram *risk perception* berdasarkan pendidikan terakhir

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan pendidikan terakhir. Terdapat 1337 responden dengan pendidikan terakhir perguruan tinggi, 220 responden mendapatkan skor rendah, 88 responden mendapatkan skor sangat rendah, 465 responden mendapatkan skor sedang dan 564 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 808 responden dengan pendidikan terakhir SMA, 195 responden mendapatkan skor rendah, 19 responden mendapatkan skor sangat rendah, 254 responden mendapatkan skor sedang dan 268 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 7 responden dengan pendidikan terakhir SMP, 1 responden mendapatkan skor rendah, 3 mendapatkan skor sangat rendah dan 3 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 1 responden dengan latar belakang pendidikan SD dan mendapatkan skor sangat rendah. Terdapat 2 responden dengan latar belakang tidak lulus sekolah, 1 responden mendapatkan skor sangat rendah dan 1 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan pendidikan terakhir memiliki skor kategori tinggi.

f. *Risk perception* dan pekerjaan



Gambar 4.15 diagram *risk perception* berdasarkan pekerjaan

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan pekerjaan. Terdapat 53 responden dengan pekerjaan sebagai tenaga kesehatan, 14 responden mendapatkan skor sedang dan 39 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 848 responden dengan pekerjaan mahasiswa, 174 responden mendapatkan skor rendah, 76 responden mendapatkan skor sangat rendah, 288 responden mendapatkan skor sedang dan 310 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 147 responden dengan pekerjaan sebagai PNS, 24 responden mendapatkan skor rendah, 6 mendapatkan skor sangat rendah, 41 responden mendapatkan skor sedang dan 76 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 219 responden dengan pekerjaan wiraswasta, 45 responden mendapatkan skor rendah, 29 responden mendapatkan skor sangat rendah, 79 responden mendapatkan skor sedang dan 66

responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 341 responden dengan pekerjaan karyawan, 56 responden mendapatkan skor rendah, 18 responden mendapatkan skor sangat rendah, 112 responden mendapatkan skor sedang dan 155 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 136 responden yang tidak memiliki pekerjaan, 32 responden mendapatkan skor rendah, 12 responden mendapatkan skor sangat rendah, 45 responden mendapatkan skor sedang dan 47 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 411 responden dengan pekerjaan lainnya, 85 responden mendapatkan skor rendah, 46 responden mendapatkan skor sangat rendah, 140 responden mendapatkan skor sedang dan 143 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan pekerjaan memiliki skor kategori tinggi.

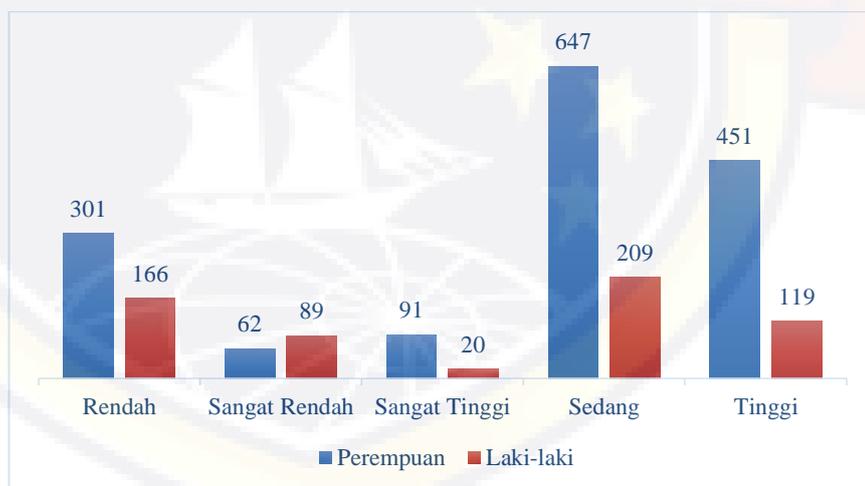
g. *Risk perception* dan paparan COVID-19



Gambar 4.16 diagram *risk perception* berdasarkan paparan COVID-19

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *risk perception* pada 2.155 masyarakat berdasarkan paparan COVID-19. Terdapat 338 responden yang pernah terpapar COVID-19, 47 responden mendapatkan skor rendah, 24 responden mendapatkan skor sangat rendah, 125 responden mendapatkan skor sedang dan 142 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 1817 responden yang tidak pernah terpapar COVID-19, 369 responden mendapatkan skor rendah, 160 responden mendapatkan skor sangat rendah, 594 responden mendapatkan skor sedang dan 694 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *risk perception* masyarakat berdasarkan paparan COVID-19 memiliki skor kategori tinggi.

h. Health belief model dan jenis kelamin

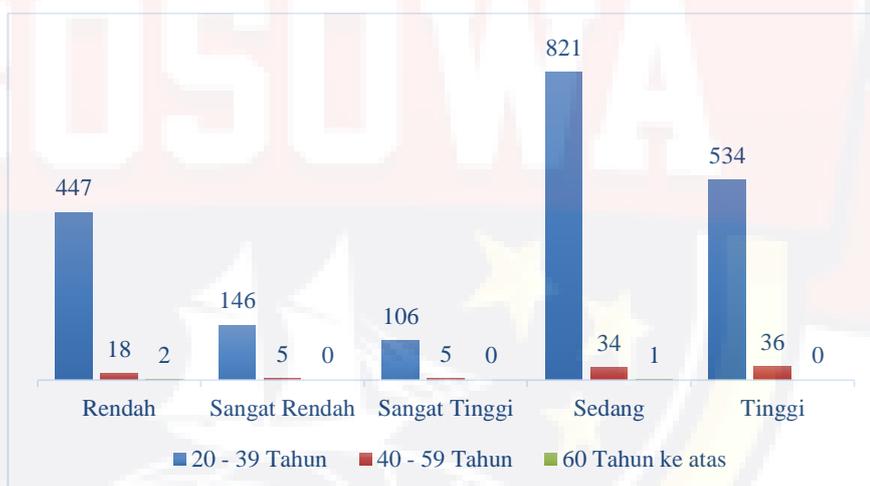


Gambar 4.17 diagram *health belief model* berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan jenis kelamin. Terdapat 301 responden perempuan dan 166 responden laki-laki yang

mendapat skor rendah. Terdapat 62 responden perempuan dan 89 responden laki-laki yang mendapat skor sangat rendah. Terdapat 91 responden perempuan dan 20 responden laki-laki yang mendapat skor sangat tinggi. Terdapat 647 responden perempuan dan 209 responden laki-laki yang mendapat skor sedang. Terdapat 451 responden perempuan dan 119 responden laki-laki yang mendapat skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan jenis kelamin mendapatkan skor kategori sedang.

i. *Health belief model* dan rentang usia

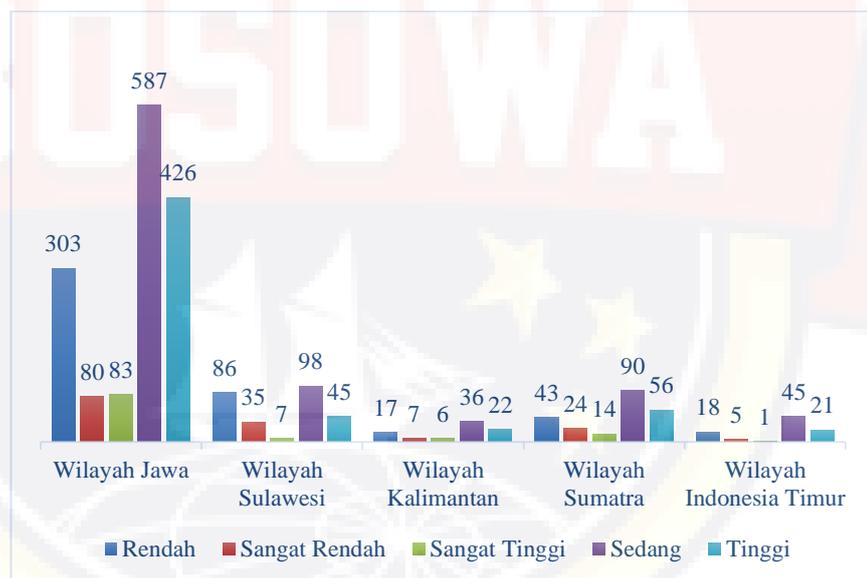


Gambar 4.18 diagram *health belief model* berdasarkan rentang usia

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan rentang usia. Terdapat 447 responden berusia 20-39 tahun, 18 responden berusia 40-59 tahun dan 2 responden berusia 60 tahun ke atas yang mendapat skor rendah. Terdapat 146 responden berusia 20-39 tahun dan 5 responden berusia 40-59 tahun yang mendapat skor sangat rendah.

Terdapat 106 responden berusia 20-39 tahun dan 5 responden berusia 40-59 tahun yang mendapat skor sangat tinggi. Terdapat 821 responden berusia 20-39 tahun, 34 responden yang berusia 40-59 tahun dan 1 responden yang berusia 60 tahun ke atas yang mendapat skor sedang. Terdapat 570 responden berusia 20-39 tahun dan 34 responden yang berusia 40-59 tahun yang mendapat skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan rentang usia memiliki skor kategori sedang.

j. *Health belief model* dan asal daerah



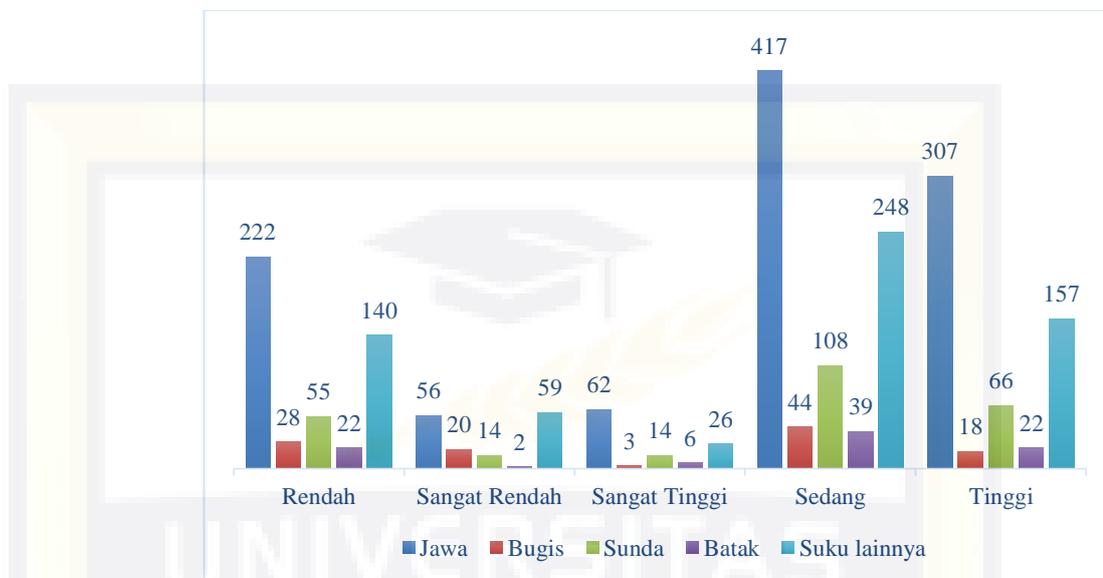
Gambar 4.19 diagram *health belief model* berdasarkan asal daerah

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan asal daerah. Terdapat 1479 responden yang berasal dari wilayah Jawa, 303 responden mendapatkan skor rendah, 80 responden mendapatkan skor sangat rendah, 83 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 587

mendapatkan skor sedang dan 436 mendapatkan skor tinggi. Terdapat 271 responden yang berasal dari wilayah Sulawesi, 86 responden mendapatkan skor rendah, 35 responden mendapatkan skor sangat rendah, 7 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 98 responden mendapatkan skor sedang dan 45 mendapatkan skor tinggi. Terdapat 88 responden yang berasal dari wilayah Kalimantan, 17 responden mendapatkan skor rendah, 7 responden mendapatkan skor sangat rendah, 6 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 36 responden mendapatkan skor sedang dan 22 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 227 responden yang berasal dari provinsi wilayah Sumatra, 43 responden mendapatkan skor rendah, 24 responden mendapatkan skor sangat rendah, 14 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 90 responden mendapatkan skor sedang dan 56 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 90 responden yang berasal dari wilayah Indonesia timur, 18 responden mendapatkan skor rendah, 5 responden mendapatkan skor sangat rendah, 1 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 45 responden mendapatkan skor sedang dan 21 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan asal daerah memiliki skor kategori sedang.

k. *Health belief model* dan suku



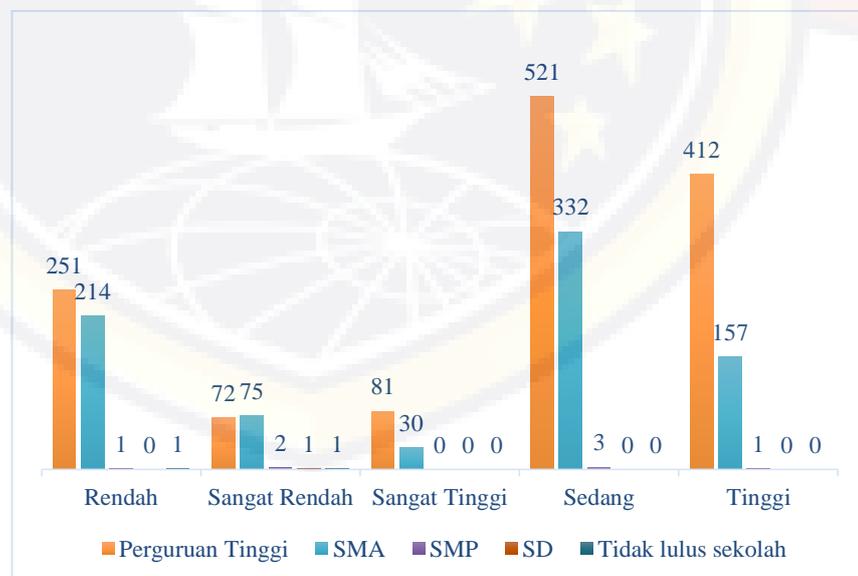
Gambar 4.20 diagram *health belief model* berdasarkan suku

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan suku. Terdapat 1064 responden yang berasal dari Jawa, 222 responden mendapatkan skor rendah, 56 responden mendapatkan skor sangat rendah, 62 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 417 responden mendapatkan skor sedang dan 307 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 113 responden yang berasal dari suku Bugis, 28 responden mendapatkan skor rendah, 20 responden mendapatkan skor sangat rendah, 3 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 44 responden mendapatkan skor sedang dan 18 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 257 responden yang berasal dari suku Sunda, 55 responden mendapatkan skor rendah, 14 responden mendapatkan skor sangat rendah, 14 responden

mendapatkan skor sangat tinggi, 39 responden mendapatkan skor sedang dan 22 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 91 responden yang berasal dari suku Batak, 22 responden mendapatkan skor rendah, 2 responden mendapatkan skor sangat rendah, 6 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 39 responden mendapatkan skor sedang dan 22 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 630 responden yang berasal dari suku lainnya, 140 responden mendapatkan skor rendah, 59 responden mendapatkan skor sangat rendah, 26 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 248 responden mendapatkan skor sedang dan 157 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan asal daerah memiliki skor kategori sedang.

1. *Health belief model* dan pendidikan terakhir



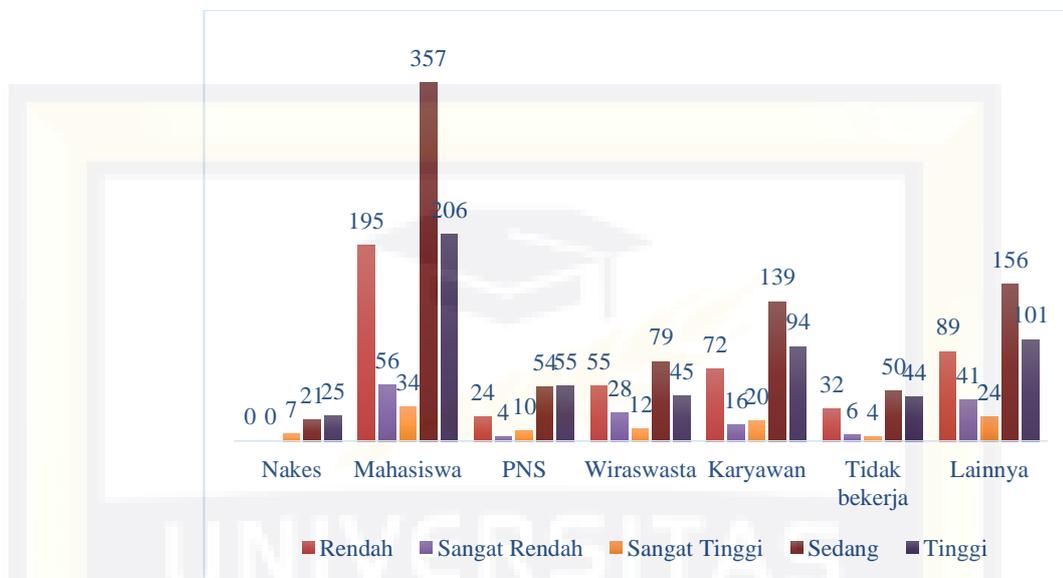
Gambar 4.21 diagram *health belief model* berdasarkan pendidikan terakhir

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan pendidikan terakhir.

Terdapat 1337 responden dengan pendidikan terakhir perguruan tinggi, 251 responden mendapatkan skor rendah, 72 responden mendapatkan skor sangat rendah, 81 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 521 responden mendapatkan skor sedang dan 412 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 808 responden dengan pendidikan terakhir SMA, 214 responden mendapatkan skor rendah, 75 responden mendapatkan skor sangat rendah, 30 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 332 responden mendapatkan skor sedang dan 157 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 7 responden dengan pendidikan terakhir SMP, 1 responden mendapatkan skor rendah, 2 mendapatkan skor sangat rendah, 3 responden mendapatkan skor sedang dan 1 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 1 responden dengan latar belakang pendidikan SD dan mendapatkan skor sangat rendah. Terdapat 2 responden dengan latar belakang tidak lulus sekolah, 1 responden mendapatkan skor sangat rendah dan 1 responden mendapatkan skor sangat rendah. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan pendidikan terakhir memiliki skor kategori sedang.

m. *Health belief model* dan pekerjaan



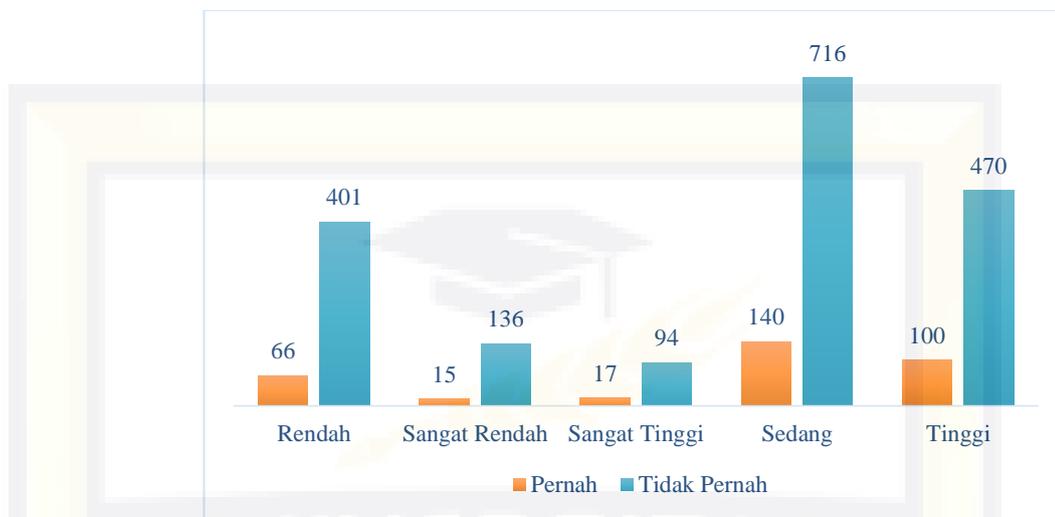
Gambar 4.22 diagram *health belief model* berdasarkan rentang pekerjaan

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan pekerjaan. Terdapat 53 responden dengan pekerjaan sebagai tenaga kesehatan, 7 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 21 responden mendapatkan skor sedang dan 25 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 848 responden dengan pekerjaan mahasiswa, 195 responden mendapatkan skor rendah, 56 responden mendapatkan skor sangat rendah, 34 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 357 responden mendapatkan skor sedang dan 206 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 147 responden dengan pekerjaan sebagai PNS, 24 responden mendapatkan skor rendah, 6 responden mendapatkan skor sangat rendah, 10 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 54 responden mendapatkan skor sedang dan 55 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 219 responden dengan pekerjaan wiraswasta, 55 responden mendapatkan skor rendah, 28 responden mendapatkan skor sangat rendah, 12 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 79 responden mendapatkan skor sedang dan 45 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 341 responden dengan pekerjaan karyawan, 72 responden mendapatkan skor rendah, 16 responden mendapatkan skor sangat rendah, 20 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 139 responden mendapatkan skor sedang dan 94 responden mendapatkan skor tinggi.

Terdapat 136 responden yang tidak memiliki pekerjaan, 32 responden mendapatkan skor rendah, 6 responden mendapatkan skor sangat rendah, 4 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 50 responden mendapatkan skor sedang dan 44 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 411 responden dengan pekerjaan lainnya, 89 responden mendapatkan skor rendah, 41 responden mendapatkan skor sangat rendah, 24 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 156 responden mendapatkan skor sedang dan 101 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan pekerjaan memiliki skor kategori sedang.

n. *Health belief model* dan paparan COVID-19



Gambar 4.23 diagram *health belief model* berdasarkan paparan COVID-19

Berdasarkan bagan di atas dapat dilihat hasil skor *health belief model* pada 2.155 masyarakat berdasarkan paparan COVID-19. Terdapat 338 responden yang pernah terpapar COVID-19, 66 responden mendapatkan skor rendah, 15 responden mendapatkan skor sangat rendah, 17 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 140 responden mendapatkan skor sedang dan 100 responden mendapatkan skor tinggi. Terdapat 1817 responden yang tidak pernah terpapar COVID-19, 401 responden mendapatkan skor rendah, 136 responden mendapatkan skor sangat rendah, 94 responden mendapatkan skor sangat tinggi, 716 responden mendapatkan skor sedang dan 470 responden mendapatkan skor tinggi. Dapat disimpulkan bahwa, secara umum *health belief model* masyarakat berdasarkan paparan COVID-19 memiliki skor kategori sedang.

4.1.4 Hasil Uji Asumsi

Uji asumsi dilakukan sebagai syarat untuk melakukan uji hipotesis .

Uji asumsi yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan uji normalitas dan uji linearitas.

a. Uji normalitas

Uji normalitas yang dilakukan menggunakan aplikasi statistik pada dengan melihat nilai skor *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabel 4.7 Tabel hasil uji normalitas

Variabel	Kolmogorov*	Sig**	Keterangan
<i>Risk perception dan health belief model</i>	0,019	0,073	Data terdistribusi Normal

Keterangan:

Kolmogorov* = nilai statistik uji *kolmogorov-smirnov*

Sig** = nilai signifikansi uji *kolmogorov-smirnov*

Berdasarkan tabel hasil analisis uji normalitas di atas, menunjukkan bahwa nilai *Kolmogorov* sebesar 0,019 dan nilai signifikansi sebesar 0,073. Syarat data berdistribusi normal adalah ketika nilai signifikansi menunjukkan $> 0,05$. Berdasarkan hasil data pada tabel di atas $0,073 > 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa data terdistribusi normal.

b. Uji linearitas

Uji linearitas yang dilakukan menggunakan aplikasi statistik pada dengan melihat nilai skor *Test for Linearity*.

Tabel 4.8 Tabel hasil uji linearitas

Variabel	F*	Sig. F**	Keterangan
<i>Risk perception</i> dan <i>health belief model</i>	3410,338	0,000	Data Linear

Keterangan:

F* = nilai statistik uji *test for linearity*

Sig. F** = nilai signifikansi uji *test for linearity*

Berdasarkan tabel hasil analisis uji linearitas di atas, menunjukkan bahwa nilai *test for linearity* sebesar 3410,338 dan nilai signifikansi sebesar 0.000. Syarat data berdistribusi normal adalah ketika nilai signifikansi menunjukkan $< 0,05$. Berdasarkan hasil data pada tabel di atas $0,000 < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa data terdistribusi linear.

4.1.5 Hasil Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan setelah melakukan uji asumsi. Jika syarat uji asumsi

telah terpenuhi, maka dapat dilanjutkan ke uji hipotesis. Uji hipotesis yang dilakukan adalah uji regresi sederhana. Penelitian ini menguji apakah variabel independen *health belief model* dapat menjadi prediktor terhadap variabel dependen *risk perception*. Hipotesis penelitian ini adalah:

H_0 = *health belief model* tidak dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat

H_1 = *health belief model* dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat

Tabel 4.9 Tabel hasil uji analisis regresi sederhana

Varibel	R Square*	Kontribusi	F**	Sig. F***	Keterangan
<i>Health belief model terhadap risk perception</i>	0,603	60,3%	3268,152	0,000	Signifikan

Keterangan:

*R Square = Koefisien determinan

**F = Nilai uji regresi secara stimulan

***Sig.F = Nilai signifikansi F. $p < 0.05$

Berdasarkan hasil analisis variabel *health belief model* dan *risk perception*, didapatkan nilai *R square* sebesar 0,603, nilai *R Square* ini menunjukkan bahwa sumbangan variabel *risk perception* memberikan kontribusi sebesar 60,3% terhadap *health belief model* dan terdapat 39,7% kontribusi dari faktor lain terhadap *health belief model*. Selain itu, didapatkan nilai uji regresi secara stimulan atau nilai F sebesar 3268,152 dan didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,000. Nilai signifikansi F lebih kecil dari taraf signifikansi sebesar 0,05 atau 0,000 $> 0,05$, sehingga dapat disimpulkan H_0 yang menyatakan *health belief model* tidak dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat ditolak dan H_1 yang menyatakan *health belief model* dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat diterima.

Setelah dilakukan uji hipotesis, peneliti melihat seberapa besar koefisien pengaruh *risk perception* terhadap *health belief model*, hasil analisis dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.10 Tabel koefisien variabel *health belief model* terhadap *risk perception*

Variabel	a*	B**	Nilai t	Sig***	Keterangan
<i>Health belief model dan risk perception</i>	13,039	0,486	57,168	0,000	Signifikan

Keterangan:

*a = nilai konstanta

**B = nilai uji koefisien regresi

***Sig. = nilai signifikansi t, $p < 0.05$

Berdasarkan hasil analisis pada tabel di atas, didapatkan nilai konstanta sebesar 13,039 dan nilai uji koefisien sebesar 0,486. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi *health belief model* pada masyarakat, maka semakin tinggi pula *risk perception* atau persepsi bahaya. Persamaan regresi terbentuk sebagai berikut:

$$Y = a + bX$$

$$\text{Health belief model} = 13,039 + 0,486 (\text{risk perception})$$

4.2 Pembahasan

4.2.1 Gambaran Umum *Health Belief Model* pada Masyarakat

Health belief model dikembangkan dengan tujuan untuk memprediksi perilaku pencegahan penyakit serta perilaku sehat, selain itu teori ini dapat digunakan untuk mengetahui mengapa seseorang tidak melakukan pencegahan penyakit (Rosenstock, 1974). Dimensi dalam *health belief model*, telah diformulasikan untuk memasukkan penerimaan dari diagnosis, estimasi individu sendiri mengenai kerentanan hingga konsekuensi dari penyakit tertentu dan kerentanan terhadap penyakit secara umum (Champion & Skinner, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 2.155 responden masyarakat umum di Indonesia, menunjukkan hasil bahwa terdapat sebanyak 111 (5,2%) responden yang mendapatkan skor *health belief model* dalam kategori tinggi, 570 (26,5%) responden mendapatkan skor *health belief model* dalam kategori tinggi, 856 (39,7%) responden mendapatkan skor *health belief model* dalam kategori sedang, 467 (21,7%) responden yang memperoleh skor *health belief model* dalam kategori rendah dan 151 (7,0%) responden yang memperoleh skor *health belief model* dalam kategori sangat rendah.

Hasil terbanyak berada pada tingkat kategori sedang, yaitu sebanyak 856 (39,7%) responden. Hal ini dapat disimpulkan bahwa masyarakat memiliki *health belief model* atau perilaku kesehatan yang cukup terhadap virus COVID-19, namun hal ini harus terus dikembangkan agar pencegahan penyakit dapat dilakukan secara optimal. Hal ini dikarenakan walaupun memang *health belief model* dengan tingkat skor kategori sedang sudah dapat menjadi acuan untuk melakukan pencegahan penyakit, namun masih terdapat responden yang belum sepenuhnya mau melakukan pencegahan penyakit dengan alasan-alasan tertentu.

Hal ini serupa dengan hasil penelitian Setyaningsih, Tamtomo dan Suryani (2016) bahwa *health belief model* pada dimensi efikasi diri, keuntungan yang dipersepsikan dan bahaya yang dipersepsikan memiliki pengaruh positif terhadap pencegahan penyakit dalam konteks penelitiannya merupakan penyakit darah tinggi.

Ketika individu memiliki *health belief model* yang sedang, upaya pencegahan penyakit atau protokol kesehatan akan dilakukan. Namun, upaya pencegahan dilakukan bukan murni agar terhindar dari virus COVID-19 tetapi mengikuti peraturan yang telah ditetapkan oleh pihak berwajib. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara yang dilakukan peneliti, bahwa upaya pencegahan virus COVID-19 yang dilakukan di masyarakat berada pada taraf sedang sesuai dengan hasil penelitian. Hal ini dikarenakan, salah satu upaya pencegahan virus COVID-19 merupakan vaksinasi. Kebanyakan masyarakat bersedia untuk melakukan vaksin adalah agar memudahkan mereka mengurus admistrasi yang mewajibkan surat keterangan vaksin. Penambahan daya tahan tubuh, pencegahan virus COVID-19 adalah jawaban kedua dari mayoritas jawaban subjek.

Namun, walaupun *health belief model* masyarakat Indonesia berada dikategori sedang dan dinilai cukup untuk melakukan upaya pencegahan penyakit, terdapat beberapa hal yang harus dipertimbangkan lagi. Sebab, nilai cukup merupakan nilai yang berada di tengah dan cenderung dapat bergeser ke kategori rendah karena faktor-faktor tertentu. Faktor-faktor tersebut antara lain pengetahuan yang jelas mengenai penyakit, persepsi individu yang dapat mempengaruhi perilaku dan tindakannya dalam perilaku kesehatan.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Kurnia dan Suprihatin (2017) mengenai perilaku kesehatan yang dilakukan

terhadap penyakit diabetes melitus. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa, responden memiliki *health belief model* yang cukup hal ini dikarenakan kurangnya kerentanan yang dipersepsikan penderita penyakit terhadap penyakitnya, penderita penyakit masih belum paham dengan baik mengenai informasi mengenai penyakitnya, walaupun menjalani pemeriksaan rutin tidak akan memberikan jaminan bahwa kesehatan penderita penyakit akan terus terjaga, kurangnya kemampuan untuk mengontrol emosi dan masih ingin mengonsumsi makanan pantangan penyakit.

Terdapat 570 (26,5%) responden yang memperoleh nilai skor tinggi dan 111 (5,2%) responden yang mendapatkan skor sangat tinggi. *Health belief model* menjelaskan mengenai perilaku kesehatan seseorang terhadap suatu penyakit. Sehingga, ketika seseorang memiliki tingkatan *health belief model* yang baik maka ia akan melakukan perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan merupakan semua perilaku yang dilakukan oleh individu, kelompok dan organisasi mengenai determinan, korelasi dan konsekuensi, perubahan sosial, pengembangan aturan dan implementasinya untuk meningkatkan kemampuan *coping* terhadap penyakit (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jose, et al (2021) mengenai persepsi dan kesiapan masyarakat terhadap pandemi menggunakan pendekatan *health belief model*. Dalam penelitiannya, ditemukan bahwa 99,3% partisipan sadar akan adanya COVID-19 dan

88% partisipan memiliki pengetahuan yang baik sehingga terdapat perubahan perilaku sebanyak 93,8% secara signifikan dengan menggunakan variabel dari teori *health belief model*.

Ketika individu paham akan virus atau penyakit yang ada dan paham dengan kondisi kesehatan di luar maupun di dalam dirinya. Model kesehatan yang dimiliki individu akan lebih tinggi, hal ini dipengaruhi oleh persepsi individu sehingga mengubah perilaku individu dan kecenderungan individu untuk bertindak (Rosenstock, 1974). Hal ini serupa dengan hasil penelitian bahwa edukasi mengenai kesehatan dapat meningkatkan kerentanan yang dipersepsikan dan perilaku kesehatan (Sharifirad, et al, 2009), meningkatkan kesadaran terhadap COVID-19 pada dimensi kerentanan, keparahan dan keuntungan yang dipersepsikan (Elgzar, et al, 2020).

Selain itu, terdapat 467 (21,7%) responden yang mendapatkan skor kategori rendah dan 151 (7,0%) responden yang memperoleh nilai skor kategori sangat rendah. Skinner, Tiro, dan Champion (dalam Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015). Menjelaskan lima dimensi *health belief model* yang berkaitan dengan hasil penelitian di atas antara lain, kerentanan yang dipersepsikan, keparahan yang dipersepsikan, manfaat mengambil tindakan, hambatan mengambil tindakan dan syarat untuk bertindak.

Ketika seseorang memiliki *health belief model* yang rendah, dapat diartikan bahwa individu tersebut memiliki perilaku sehat yang rendah

juga. Perilaku yang ditunjukkan seperti, meremehkan keparahan suatu penyakit, menyangkal kemungkinan mereka untuk terjangkit penyakit, enggan melakukan pengecekan kesehatan, tidak merasakan manfaat ketika melakukan pencegahan penyakit dan enggan melakukan perilaku sehat lainnya merupakan lawan dari inti perilaku sehat yang dijelaskan sebelumnya yaitu perilaku sehat.

4.2.2 Gambaran Umum *Risk Perception* pada Masyarakat

Risk perception atau persepsi bahaya merupakan kemampuan individu untuk mendeteksi bahaya, mengenali lingkungan sekitar yang membahayakan, sehingga individu dapat menghindari situasi yang membahayakan atau beradaptasi dengan keadaan yang ada (Slovic, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 2.155 responden yang merupakan masyarakat umum yang ada di Indonesia. Terdapat 836 (38,8%) responden yang memperoleh nilai skor tinggi, terdapat 719 (33,4%) responden yang memperoleh nilai skor sedang, terdapat 416 (19,3%) responden yang memperoleh nilai skor rendah dan 184 (8,5%) responden yang memperoleh nilai skor sangat rendah. Tidak ada responden yang memperoleh nilai skor sangat tinggi.

Hasil terbanyak berada pada skor kategori tinggi sebanyak 836 (38,8%) responden. Dapat disimpulkan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahaya yang tinggi terhadap bahaya virus COVID-19. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati dan Yunike (2020), dalam penelitiannya mengenai persepsi bahaya COVID-19 di

Indonesia ditemukan bahwa tingkat persepsi bahaya masyarakat berada dalam kategori tinggi.

Ketika seseorang memiliki persepsi bahaya yang tinggi, maka kemungkinan untuk menghindari bahaya yang dapat merugikan seperti virus COVID-19 juga semakin tinggi dan menghindari kerugian yang mungkin akan dirasakan. Selain itu, terdapat 719 (33,4%) responden yang memperoleh nilai skor sedang. Hal ini cukup untuk masyarakat dalam penilaian bahaya virus COVID-19 dan bagaimana bahayanya.

Hal ini dapat dijelaskan dengan teori Slovic (2000) ketika seseorang menganggap bahaya yang di luar kontrol atau *dread risk*, maka persepsi bahayanya akan lebih tinggi karena memiliki potensi untuk berkembang menjadi bencana, dalam kasus ini COVID-19 berkembang menjadi pandemi. Selain itu, konsekuensi dari bahaya yang dianggap *dread risk* ini dapat langsung dirasakan.

Terdapat 416 (19,3%) responden yang memperoleh nilai skor rendah dan 184 (8,5%) responden yang memperoleh nilai skor sangat rendah. Individu cenderung menunjukkan persepsi bahaya yang rendah ketika berada dalam situasi yang terkontrol. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Attema, et al (2021), dalam hasil penelitiannya responden menjadi lebih pesimis mengenai risiko mereka terkena virus COVID-19 selama *lockdown* secara individual dan lebih optimis mengenai prevalensi yang telah diharapkan.

Sejalan dengan hal ini, Visschers dan Siegrist (2018) mengemukakan faktor yang berhubungan dengan *risk perception*, salah satunya adalah faktor keadilan. Faktor ini menjelaskan bagaimana persepsi bahaya individu ketika konsekuensi dari bahaya tersebut tidak terbagi secara merata antara daerah satu dan daerah lainnya. Selain itu, individu dapat menilai bahaya dari bagaimana prosedur yang sedang diikuti saat ini terhadap bahaya. Ketika individu merasa prosedur yang diikutinya cenderung memberikan dampak positif kepadanya, maka ia cenderung menilai bahaya menjadi lebih rendah.

4.2.3 *Health Belief Model* Sebagai Prediktor *Risk Perception* Terhadap Bahaya Virus COVID-19 pada Masyarakat

Berdasarkan hasil analisis regresi linear sederhana, didapatkan nilai *R Square* sebesar 0,603 dan nilai signifikansi sebanyak 0,000. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa hipotesis H_0 ditolak dan H_1 diterima, atau *health belief model* dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat. Nilai dari *R square* sebanyak 0,603 mengindikasikan bahwa *health belief model* dapat memprediksikan *risk perception* sebanyak 60,3%, sementara 39,7% lainnya merupakan pengaruh dari variabel lainnya yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Health belief model memiliki 5 dimensi yang menjelaskan bagaimana perilaku individu terhadap suatu penyakit, dimensi ini

antara lain kerentanan yang dipersepsikan, keparahan yang dipersepsikan, keuntungan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan isyarat untuk bertindak. Kerentanan yang dipersepsikan menjelaskan bagaimana individu rentan terpapar risiko penyakit, ketika individu merasa kekebalan tubuhnya tinggi maka ia akan merasa kerentanannya untuk terpapar suatu penyakit akan rendah. Begitu juga sebaliknya, ketika individu merasa ia rentan untuk terpapar oleh suatu penyakit maka persepsi kerentanan tubuhnya tinggi.

Berdasarkan hasil analisis 2.155 responden, dapat disimpulkan bahwa masyarakat memiliki kerentanan yang sedang hingga tinggi untuk terjangkit virus COVID-19, hal ini dapat mengindikasikan bahwa masyarakat memiliki kekebalan tubuh yang lemah untuk melawan virus COVID-19 sehingga dapat mempengaruhi bagaimana tindakan atau perilaku yang mungkin dilakukan oleh masyarakat sebagai upaya pencegahan virus COVID-19.

Dimensi kedua merupakan keparahan yang dipersepsikan. Dimensi ini menjelaskan bagaimana individu melihat keparahan yang mungkin akan didapatkan ketika terpapar oleh suatu penyakit atau berpartisipasi dalam upaya pencegahan penyakit (perilaku sehat). Persepsi yang ada pada setiap individu mengenai keparahan yang dipersepsikan pasti berbeda-beda, terdapat individu yang merasa jika terpapar penyakit ini dapat memberikan dampak kesehatan yang negatif, menyebabkan kematian, mengurangi fungsionalitas dan mobilitas. Selain itu juga,

dapat mempengaruhi orang-orang lain yang ada di sekitarnya seperti keluarga dan relasi sosial lain.

Berdasarkan analisis 2.155 responden, dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden mendapatkan kategori sedang ke tinggi. Pada demografi pekerjaan dan *health belief model* terlihat bahwa tidak ada responden dari tenaga kesehatan yang mendapatkan nilai skor rendah hingga sangat rendah. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa, sebagai garda terdepan upaya pencegahan virus COVID-19 tenaga kesehatan harus mempertahankan fungsionalitas dan mobilitasnya. Jika aktivitas tenaga kesehatan terganggu dalam pekerjaannya, pengaruhnya bukan hanya pada dirinya sendiri tetapi juga tugasnya kepada pasien dan orang lain.

Dimensi ketiga adalah keuntungan yang dirasakan. Ketika individu merasakan dampak negatif suatu penyakit, individu akan melakukan serangkaian upaya pencegahan penyakit karena dapat menguntungkannya. Namun, ketika individu tidak merasakan dampak negatif suatu penyakit, ia cenderung merasa tidak mendapatkan keuntungan ketika berpartisipasi dalam upaya pencegahan penyakit atau perilaku sehat.

Berdasarkan analisis 2.155 responden, pada demografi paparan COVID-19 dan *health belief model* dapat dilihat bahwa mayoritas responden mendapatkan skor kategori sedang hingga sangat tinggi. Hal ini mengindikasikan bahwa individu yang telah terekspos dengan

COVID-19 telah merasakan dampak negatif dari virus dan yang tidak pernah terpapar mengerti seperti apa kerugian yang akan didapatkan jika terpapar oleh COVID-19. Namun, masih terdapat responden yang mendapatkan skor rendah hingga sangat rendah, termasuk responden yang telah terpapar COVID-19. Jika dilihat dari perspektif dimensi ketiga, responden yang mendapatkan skor kategori rendah hingga sangat rendah walaupun pernah terpapar COVID-19 dapat disimpulkan bahwa responden terpapar COVID-19 dengan status OTG atau orang tanpa gejala. Sementara responden yang mendapatkan skor kategori rendah dan tidak pernah terpapar COVID-19 tidak merasakan kerugian dari virus tersebut dan tidak mendapatkan keuntungan ketika berpartisipasi dalam upaya pencegahan COVID-19.

Dimensi keempat merupakan hambatan yang dirasakan, dimensi ini menjelaskan mengapa individu tidak berpartisipasi dalam upaya pencegahan penyakit atau perilaku sehat. Walaupun seseorang percaya melakukan tindakan upaya pencegahan penyakit dapat mengurangi bahaya penyakit, namun di saat yang sama individu juga merasa upaya pencegahan penyakit merupakan hal yang tidak menyenangkan, menyakitkan, menjengkelkan dan menghambat kehidupannya sehingga, ia enggan untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan penyakit.

Berdasarkan Berdasarkan analisis 2.155 responden, hasil menunjukkan bahwa demografi usia, rentang pekerjaan bersama

dengan *health belief model* menunjukkan, demografi responden yang tidak bekerja menunjukkan skor kategori sedang, rendah hingga sangat rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat hambatan pada responden tersebut untuk menjalankan upaya pencegahan penyebaran virus COVID-19.

Berdasarkan kaitan dengan dimensi keempat, hal ini berkaitan dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk menjalankan protokol kesehatan. Protokol kesehatan pencegahan virus COVID-19 antara lain memakai masker, mencuci tangan dengan sabun atau *hand sanitizer* dan menjaga jarak, dua dari tiga anjuran protokol kesehatan ini memerlukan biaya lebih untuk dijalankan. Ketika individu tidak memiliki pemasukan finansial dari pekerjaan, hal ini dapat menjadi hambatan dalam mengikuti protokol kesehatan.

Dimensi terakhir merupakan isyarat untuk bertindak. Dimensi ini menjelaskan tentang apa yang memicu individu untuk melakukan perilaku sehat yang berkaitan dengan keempat dimensi sebelumnya. Pemicu individu untuk bersedia melakukan perilaku sehat dapat muncul secara internal atau eksternal, tergantung bagaimana persepsi individu yang sudah dijelaskan pada 4 dimensi sebelumnya.

Berdasarkan hasil analisis 2.155 responden, didapatkan hasil secara umum bahwa *health belief model* yang dimiliki masyarakat perihal bahaya virus COVID-19 berada pada kategori sedang. Jika dimensi isyarat untuk bertindak membutuhkan pemicu yang dijelaskan oleh

empat dimensi sebelumnya, maka kecenderungan masyarakat untuk menindaklanjuti upaya pencegahan virus COVID-19, masih perlu ditingkatkan lagi. Hal ini dapat dilihat bahwa, masih terdapat indikasi bahwa masyarakat masih memiliki hambatan untuk menjalankan protokol kesehatan dan kurang memahami keuntungan yang didapatkan jika patuh mengikuti protokol kesehatan sebagai upaya pencegahan virus COVID-19.

Hal ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyusantoso dan Chusairi (2021) *health belief model* memiliki hubungan positif dalam perilaku pencegahan penyakit pada masa COVID-19 pada dewasa awal, terutama pada dimensi keuntungan yang dipersepsikan, keparahan yang dipersepsikan, dan keuntungan yang dipersepsikan.

Berdasarkan kelima dimensi *health belief model*, terdapat kaitan dengan *risk perception*. Selain *health belief model* dan *risk perception* membahas mengenai persepsi individu terhadap suatu hal yang membahayakan, *risk perception* memiliki pengaruh yang tinggi terhadap *health belief model*. Stretcher dan Rosenstock (dalam Baum, et al, 1992) menjelaskan bahwa dimensi kerentanan yang dipersepsikan mengacu pada persepsi risiko individu secara subjektif. Selain itu, Visschers dan Siegrist (2018) mengemukakan faktor *risk perception* yang serupa dengan dimensi *health belief model* yaitu keuntungan yang dipersepsikan, di mana ketika individu merasa ketika

keuntungan yang dihubungkan dengan suatu bahaya rendah maka risiko dari bahaya tersebut dianggap tinggi dan begitu pula sebaliknya.

Sementara, dalam *health belief model* keuntungan yang dipersepsikan yaitu ketika individu merasakan keuntungan ketika melakukan upaya pencegahan penyakit. Brewer, et al (2007) menunjukkan bahwa salah satu teori utama dalam menjelaskan perilaku kesehatan adalah teori *risk perception* dan menunjukkan konsistensi serta asosiasi yang kuat dalam menjelaskan perilaku kesehatan. Selain itu, walaupun *risk perception* bertindak seperti pemicu tindakan pencegahan penyakit, namun hubungannya antara perilaku pencegahan kesehatan bukan hanya ditentukan oleh kesadaran objektif akan risiko kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh *health belief* dan kognisi akan kesehatan spesifik (Cori, et al, 2020).

Hasil penelitian ini menerima H₁ bahwa *health belief model* dapat menjadi prediktor *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat, mengindikasikan bahwa semakin tinggi *health belief model* individu maka semakin tinggi pula persepsi bahaya individu mengenai virus COVID-19. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti mengenai salah satu upaya pencegahan penyakit virus COVID-19 yaitu vaksin juga didapatkan hal yang serupa. Ketika individu memiliki perilaku sehat yang baik seperti bersedia melakukan upaya pencegahan penyakit, paham dengan konsekuensi virus COVID-19, memiliki model kesehatan yang baik

maka, semakin tinggi pula persepsi bahayanya mengenai virus COVID-19 sehingga bersedia untuk melakukan vaksinasi dan mengikuti protokol kesehatan sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit.

Sementara itu, ketika individu memiliki model kesehatan yang rendah seperti tidak percaya dengan adanya virus COVID-19, meremehkan dampaknya, menganggap kekebalan tubuhnya sudah baik sehingga tidak menjalankan protokol kesehatan, maka semakin rendah pula persepsi bahayanya mengenai virus COVID-19. Ketika individu menganggap demikian, maka upaya pencegahan virus COVID-19 cenderung diabaikan dan hanya dilakukan agar tidak ditindaklanjuti oleh petugas-petugas yang berwajib dan atau disulitkan ketika mengurus administrasi, menolak untuk melakukan vaksinasi atau bersedia untuk melakukan vaksinasi karena hanya ingin mendapatkan akses kelancaran administrasi dan bukan untuk penunjang kekebalan tubuh melawan virus COVID-19.

Meskipun vaksin bukan merupakan indikator utama tinggi atau rendahnya *health belief model* dan *risk perception* seseorang, namun vaksin merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit yang juga sudah ditetapkan sebagai kewajiban. Perbedaan persepsi individu dan *health belief model* individu menjadikan dorongan seseorang untuk melakukan vaksinasi berbeda-beda, sebab terdapat banyak hal yang perlu dipertimbangkan sebelum vaksinasi, terdapat individu yang tidak

bisa mendapatkan vaksin karena memiliki komorbid, terdapat individu yang malah mengabaikan protokol kesehatan lain pasca vaksin, dan lain sebagainya. Sehingga, vaksin tidak dapat menjadi indikator utama tinggi atau rendahnya *health belief model* dan *risk perception* seseorang dalam upaya pencegahan virus COVID-19.

4.3 Limitasi penelitian

Health belief model menjelaskan mengenai bagaimana perilaku individu terkait sebuah penyakit dan bagaimana individu mau berpartisipasi dalam perilaku kesehatan. Namun, *health belief model* tidak menjelaskan aspek-aspek tertentu seperti usia, wilayah sebaran penyakit, religiusitas, tingkat ekonomi dan aspek lain, hal ini dikarenakan persepsi individu merupakan hal yang kompleks dan dinamis sehingga sulit untuk menjabarkan semua aspek tersebut. Selain itu, kurangnya penelitian lain mengenai *health belief model*, *risk perception* terhadap virus COVID-19 juga menjadi batasan dalam penelitian ini.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 2.155 responden di seluruh Indonesia, dapat disimpulkan bahwa tingkat *health belief model* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat berada pada tingkat skor sedang, hal ini mengindikasikan bahwa perilaku kesehatan terhadap upaya pencegahan COVID-19 sudah berada di rentang cukup namun hal ini masih dapat dikembangkan lagi sehingga upaya pencegahan penyakit dapat lebih optimal.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tingkat *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat berada pada tingkat tinggi, hal ini mengindikasikan bahwa masyarakat mengartikan bahwa bahaya COVID-19 ini merupakan bahaya yang serius dan memiliki risiko yang tinggi. Berdasarkan hasil analisis regresi sederhana, hipotesis H_0 ditolak dan H_1 diterima, sehingga *health belief model* dapat memprediksikan *risk perception* terhadap bahaya virus COVID-19 pada masyarakat dengan kontribusi variabel sebanyak 60,3%.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat peneliti berikan sehubungan dengan penelitian ini yaitu:

- a. Karena kurang meratanya jumlah responden pada beberapa wilayah Indonesia, catatan penting untuk peneliti selanjutnya agar dapat memaksimalkan sebaran wilayah responden.
- b. Begitu pula dengan rentang usia dan latar belakang pendidikan terakhir, untuk peneliti selanjutnya agar dapat memaksimalkan sebaran responden pada demografi tersebut.
- c. Masih terdapat responden yang terpapar COVID-19 namun masih mendapatkan kategori skor rendah hingga sangat rendah, hal ini perlu untuk diidentifikasi lebih lanjut.
- d. Untuk pemerintah agar dapat membantu hambatan-hambatan yang dialami masyarakat terkait dengan upaya pencegahan virus COVID-19, bukan hanya hambatan berskala besar namun juga hambatan dalam bidang sosio-ekonomi.
- e. Untuk masyarakat, agar dapat menambah pengetahuan mengenai keuntungan dan kerugian jika tidak mengikuti protokol kesehatan dan memahami risiko yang akan didapatkan jika tidak patuh dengan upaya pencegahan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Attamimy, H.B., Qomaruddin, M. B. (2017). Aplikasi *Health Belief Model* Pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah *Dengue*. *Jurnal Promkes*. 5(2). 245-255
- Attema, A. E., L'Haridon, O., Raude, J., Seror, V., The Coconel Group. Beliefs and Risk About COVID-19: Evidence From Two Successive French Representatibe Surveys During Lockdown. *Frontiers in Psychology*. 12 (619145). 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.619145>
- Azwar, S. (2019). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Azwar, S. (2019). *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Hasil Sensus Penduduk 2020*. Berita Resmi Statistik No. 7/01//Th.XXIV, 21 Januari 2021
- Badan Pusat Statistik. Perilaku Masyarakat di Masa Pandemi COVID-19: Hasil Survey Perilaku Masyarakat di Masa Pandemi COVID-19 (7 – 14 September 2020). Diakses pada tanggal 19 Oktober 2020, diakses dari: <https://www.bps.go.id/publication/2020/09/28/f376dc33cfcdeec4a514f09c/perilaku-masyarakat-di-masa-pandemi-covid-19.html>
- Baum, A., Revenson, T. A., Singer, J. E. (2001). *Handbook of Health Psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health psychology*, 26(2). 136-145. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>
- Budd, M. (2013). *Wittgenstein's Philosophy of Psychology*. London: Routledge
- Carducci, B. J. (2009). *Psychology of Personality Second Edition*. United Kingdom: Wiley-Blackwell
- Casanovas, P., Pagallo, U., Palmirani, M., Sartor, G. (2014). *AI Approaches to the Complexity of Legal Systems*. London: Springer
- Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*, 6(3), 73–85.
- Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E., Anthonj, C. (2020). Risk Perception and COVID-19. *Internasional Journal of Environmental Research and Public Health*. 17 (3114). 1-6. doi:10.3390/ijerph17093114

- Covid19.go.id. (2020). *Tanya Jawab*. <https://covid19.go.id/tanya-jawab>. Diakses pada tanggal 19 Oktober 2020
- Covid19.go.id. (2021). *Vaksin dan Protokol Kesehatan Saling Melengkapi Sebagai Lapisan Proteksi*. <https://covid19.go.id/p/berita/vaksin-dan-protokol-kesehatan-saling-melengkapi-sebagai-lapisan-proteksi> . Diakses pada tanggal 10 Mei 2021
- Effective Communication in Outbreak Management for Europe (2015) Assessing risk perception of the public, standard questionnaire on risk perception of an infectious disease outbreak. ECOM-EU <http://ecomeu.info/tool/assessing-risk-perception-of-the-public/>. Diakses tanggal 22 Maret 2021
- Elgzar, W. T., Al-Qahtani, A. M., Elfeki, N. K., Ibrahim, H. A. (2020). COVID-19 Outbreak: Effect of an Educational Intervention Based on Health Belief Model in Nursing Students' Awareness and Health Belief at Najran University, Kingdom of Saudi Arabia. *African Journal of Reproductive Health*. 24 (2). 76-86. DOI: 10.29063/ajrh2020/v24i2s.12
- Fatmawati, A., Yunike, S. (2020). The Risk Perception of COVID-19 in Indonesia. *Jurnal Vokasi Keperawatan*. 3 (2). 103-109. DOI: <https://doi.org/10.33369/jvk.v3i2.11271>
- Given, C. W., Given, B. A., Gallin, R. S., & Condon, J. W. (1983). Development of Scales to Measure Beliefs of Diabetic Patients. *Research in Nursing & Health*, 6(3), 127–141. doi/abs/10.1002/nur.4770060306
- Glanz, K., Rimer, K. B., Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research and Practice*. San Francisco: John Wiley & Sons
- Goodwin, C. J. (2010). *Research in psychology: Methods and design (6th ed.)*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). *The Health Belief Model. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. Canada: John Wiley & Sons, Inc
- Hochbaum, G., Rosenstock, I., & Kegels, S. (1952). Health belief model. *United states public health service*, 1.
- Hogan, R., Johnson, J., Briggs, S. (1997). *Handbook of personality psychology*. London: Academic Press

- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2020 tentang Peningkatan Disiplin dan Penegakan Hukum Protokol Kesehatan dalam Pencegahan dan Pengendalian *Corona Virus Disease 2019*. Presiden Republik Indonesia. 4 Agustus 2020. Diakses dari: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/142625/inpres-no-6-tahun-2020>
- Jaspal, R., Fino, E., & Breakwell, G. M. (2020). The COVID-19 Own Risk Appraisal Scale (CORAS): Development and validation in two samples from the United Kingdom. *Journal of health psychology*, 1-15. DOI: 10.1177/1359105320967429
- Kantowitz, B. H., Roediger III, H. L., & Elmes, D. G. (2014). *Experimental psychology*. Stanford: Cengage Learning
- Kartasismita, S. (2020, Maret 19). Health Belief Model Jelaskan Akar Masalah Pencegahan Corona di Indonesia. Diakses pada November 20, 2020, diakses dari: <https://www.kompas.com/sains/read/2020/03/20/130400223/health-belief-model-jelaskan-akar-masalah-pencegahan-corona-di-indonesia?page=all>.
- Kassin, S., Fein, S., Markus, H. R. (2011). *Social Psychology: Eighth Edition*. Belmont: Wadsworth Learning
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology: 8 Volume Set*: Washington, DC: American Psychological Association
- Kompas.com (2020). *Anggota Satgas: Survei BPS, 17 Persen Masyarakat Indonesia Tak Percaya Covid-19*. Diakses pada tanggal 9 Oktober 2020 dari: <https://nasional.kompas.com/read/2020/10/02/16414751/anggota-satgas-survei-bps-17-persen-masyarakat-indonesia-tak-percaya-covid?page=all>
- Lifshitz, R., Nimrod, G., & Bachner, Y. G. (2016). Measuring risk perception in later life: The perceived risk scale. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(6), 469-474. <https://doi.org/10.1177/1078390316659910>
- Littlejohn, S. W., Foss, K. A. (2009). *Encyclopedia of Communication Theory*. California: Sage Publications
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K.M., Guest, G., Namey, E. (2005) *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. Family Health International: North Carolina.

- Maharani, A. A., Rini, A. P., Pratitis, N. (2020). Hubungan Antara Health Belief Model dengan Perilaku Kepatuhan Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) Selama Pandemi COVID-19 Pada Emerging Adult. *Jurnal Penelitian Psikologi*. 1(2). 117-130
- Marzuki, A., Armereo, C., Rahayu, P. F. (2020). *Praktikum Statistik*. Malang: Ahli Media Press
- Matsumoto, D. (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*. New York: Cambridge University Press
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020 Tentang Protokol Kesehatan Bagi Masyarakat di Tempat dan Fasilitas Umum Dalam Rangka Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses pada tanggal 7 Januari 2021. Diakses dari: <https://promkes.kemkes.go.id/kmk-no-hk0107-menkes-382-2020-tentang-protokol-kesehatan-bagi-masyarakat-di-tempat-dan-fasilitas-umum-dalam-rangka-pencegahan-covid19>.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2020 Tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses pada tanggal 15 April 2021. Diakses dari: <https://covid19.go.id/p/regulasi/permenkes-no-9-tahun-2020-tentang-pedoman-psbb-dalam-rangka-percepatan-penanganan-covid-19>.
- Mertens, D. M. (2005). *Research and Evaluation in Education and Psychology: Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. India: SAGE Publications.
- Millon, T., Lerner, M. J. (2003). *Handbook of Psychology: Volume 5 Personality and Social Psychology*. Canada: John Wiley & Sons, Inc
- Miltenberger, R. G. (2012). *Behavior Modification Principles and Procedure: Fifth Edition*. Belmont: Wadsworth
- Mya K, S., Aye, S. M., Hlaing W, A., Hlaing S, S., Thida, A. (2020). Awareness, perceived risk and protective behaviours of Myanmar adults on COVID-19. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 7(5). 1627-1636. <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20201530>

- O'grady, M. (2006). Just Inducing Fear of HIV/AIDS Is Not Just. *Journal of Health Communication*. 11. 161-167. DOI: 10.1080/10810730600628748
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill Education
- Pidgeon, N., Kasperson, R. E., Slovic, P. (2003). *The Social Amplification of Risk*. United Kingdom: Cambridge University Press
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monograph*. 2(4). 254-286. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Salkind, N. J. (2007). *Encyclopedia of Measurement and Statistics*. California: Sage Publications
- Santrock, J. W. (2017). *Life-Span Development*. Britania Raya: McGraw-Hill Education.
- Saputra, A. (2020). Muncul Fenomena Ketidakpercayaan Masyarakat Pada Bahaya Virus Corona. Diakses pada tanggal 20 Oktober 2020, diakses dari: <https://health.grid.id/amp/352273244/muncul-fenomena-ketidakpercayaan-masyarakat-pada-bahaya-virus-corona?page=4>
- Sharifirad, G., Entezari, M. H., Kamran, A., & Azadbakht, L. (2009). The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 14(1), 1–6.
- Slovic, P. (2000). *The perception of Risk*. New York: Taylor & Francis
- Slovic, P. (2016). Understanding Perceived Risk: 1978-2015. *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*. 58(1). 25-29. DOI:10.1080/00139157.2016.1112169
- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk Perception and Affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322-325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1981). Rating the risks. *Risk/benefit analysis in water resources planning and management*. 193-217. Springer, Boston, MA.
- Slovic, P., Fischhoff, B., Lichtenstein, S. (2000). Rating the Risks. *The Perception of Risk*. 104-120. New York: Taylor & Francis
- Sugiyono. (2017). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta

Thode, H. C. (2002). *Testing For Normality*. United States: CRC Press.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

VandenBos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology: Second Edition*. Washington, DC: American Psychological Association

Vischers, V. H., & Siegrist, M. (2018). Differences in risk perception between hazards and between individuals. In *Psychological perspectives on risk and risk analysis*. 63-80. Switzerland: Springer.

Wahyuni, A., Kurnia, O. S. (2014). Hubungan *Self Care* dan Motivasi dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*. 2(2). 108-115. <https://doi.org/10.24198/jkp.v2i2.73.g69>

Wahyusantoso, S., Chusairi, A. (2021). Hubungan *Health Belief Model* pada Perilaku Prevensi saat Pandemi Covid-19 di Kalangan Dewasa Awal. *Buletin Riset Psikologi dan Kesehatan Mental*. 1(1). 129-136. <http://dx.doi.org/10.20473/brpkm.v1i1.24706>

World Health Organization. (2020, April 15). Coronavirus disease (COVID-19). diakses pada tanggal 19 Oktober 2020, diakses dari: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>



LAMPIRAN

BOSOWA



LAMPIRAN 1:



**HASIL UJI
VALIDITAS TAMPANG**

REKAPITULASI REVIEWER

1. Review Umum

Reviewer	Layout/tata letak	Jenis & Ukuran Huruf	Bentuk Skala
Reviewer 1 Siti Khotimah	Menarik simple dan tdk mengganggu	Ukuran huruf pas sehingga terbaca dengan jelas	Bentuk skala simple dan mudah dlm pengisian
Reviewer 2 Siti Khotijah	Rapi	Rapi	Jelas dan Mudah dimengerti
Reviewer 3 Deasy Rahmayani Anwar	Baik	Baik dan jelas	
Reviewer 4 Julia Rezky Ihony	Baik	Baik	Baik
Reviewer 5 Ester Helena Hukubun	Sebaiknya untuk submit disatukan saja dengan skala terakhir, tambahkan saja text thank you. Karena biasa orang kalau terpisah biasa dia lupa submit karena dia merasa sudah selesai karena baca mi terima kasih jadi dia	Baik	Baik

	tidak klik submit		
Reviewer 6 Andi Adinda Salsabila Rukman	sangat baik dan menarik	Jenis dan ukuran huruf yang digunakan sangat baik sehingga mudah untuk dibaca dan tidak membuat mata sakit	Praktis dan menarik
Reviewer 7 Nurrahmah	Ok	Ok	Ok
Reviewer 8 Meili Sintia	Baik, dan terlihat jelas.	Bagus, dan dapat dibaca oleh orang lain.	Tampak terlihat rapi, dan tidak terdapat kesalahan.
Reviewer 9 Rini Febriyanti	Tata letak skala sangat baik dan sistematis, sehingga memudahkan responden untuk memahami isi skala.	Jenis huruf yang digunakan normal dengan ukuran yang normal pula sehingga mudah untuk dibaca.	Bentuk skala menarik karena tidak menggunakan warna yang mencolok.
Reviewer 10 Andi Titania Tambaru	Baik	Baik	Baik

Uraian Kesimpulan:

Dapat disimpulkan bahwa layout atau tata letak, jenis dan ukuran huruf serta bentuk skala secara keseluruhan telah bagus, disarankan untuk mengubah tombol kirim setelah skala kedua agar responden tidak lupa untuk mengirim tombol kirim respon skala.

2. Review Khusus: Pengantar Skala

Aspek Review	Hasil Review	
	Konten	Bahasa
Reviewer 1 Siti Khotimah	ok	<p>Kurang efektif mnrtku</p> <p>”Sebelum menjawab, anda diminta untuk melengkapi data pada halaman biodata yang telah tersedia. Pada skala ini, telah dicantumkan petunjuk pengerjaan soal. Oleh karena itu, anda diinstruksikan untuk membaca petunjuk tersebut terlebih dahulu sebelum mengerjakan soal.” Kenapa gak langsung aja “ sebelum menjawab soal silahkan Anda lengkapi data pada halaman biodata yang telah tersedia. Selanjutnya silahkan membaca petunjuk pengerjaan soal yang sudah tercantum sebelum mengerjakan soal.</p>
Reviewer 2 Siti Khotijah	Lengkap	Bagus
Reviewer 3 Deasy Rahmayani Anwar		<p>“Salam sejahtera bagi kita semua”.di enter ke bawah</p> <p>Paragraf setelah kriteria responden, berikan jarak dengan paragraph di bawahnya</p>
Reviewer 4 Julia Rezky Jhony	Baik	<p>Baiknya pada paragraf “data yang anda.....” dan “sebelum menjawab, anda....” diberikan spasi agar lebih memudahkan seseorang dalam membaca</p>

Aspek Review	Hasil Review	
	Konten	Bahasa
Reviewer 5 Ester Helena Hukubun	Tidak usah menuliskan lagi kriteria	Baik
Reviewer 6 Andi Adinda Salsabila Rukman	Jelas dan lengkap	Mudah untuk dipahami
Reviewer 7 Nurrahmah	Ok	Tidak usah dimasukkan "angkatan 2017" dan kriteria responden pada skala, nanti dicantumkan pada <i>copywriting</i> yang dibagikan
Reviewer 8 Meili Sintia	Lengkap dan jelas	Mudah dipahami dan dimengerti oleh pembaca
Reviewer 9 Rini Febriyanti	Pengantar skala dijelaskan dengan sebaik-baiknya sehingga responden paham maksud dari skala tersebut.	Penggunaan bahasa baku yang sesuai dengan EYD sehingga mudah dipahami oleh responden.
Reviewer 10 Andi Titania Tambaru	Jelas	Baik

Uraian Kesimpulan:

Secara keseluruhan konten sudah cukup bagus hanya penghapus bagian kriteria dan terdapat beberapa perubahan tata bahasa pada pengantar skala

3. Review Khusus: Identitas Responden

Aspek Review	Hasil Review	
	Konten	Bahasa
Reviewer 1 Siti Khotimah	Ok	Ok
Reviewer 2 Siti Khotijah	Lengkap , bagus	bagus
Reviewer 3 Deasy Rahmayani Anwar		Kata “penyintas” diganti dengan kata yg lebih mudah dipahami
Reviewer 4 Julia Rezky Jhony	Baik	Baik
Reviewer 5 Ester Helena Hukubun	Baik	Baik
Reviewer 6 Andi Adinda Salsabila Rukman	Lengkap	Mudah untuk dipahami
Reviewer 7 Nurrahmah	OK	Ok
Reviewer 8 Meili Sintia	Lengkap dan jelas	Mudah dimengerti
Reviewer 9 Rini Febriyanti	Bagian identitas disusun dengan baik dan jelas sehingga tidak membingungkan.	Penggunaan bahasa yang mudah dipahami.
Reviewer 10 Andi Titania Tambaru	Jelas	Nama (Boleh Inisial). Asal Daerah mungkin bisa diberikan deskripsi agar lebih jelas (apakah cukup menyebutkan provinsi, kota, atau apa). Untuk pendidikan terakhir, bagaimana bila responden yang isi tidak memiliki latar belakang pendidikan (Tidak lulus

Aspek Review	Hasil Review	
	Konten	Bahasa
		SD misalnya)?

Uraian Kesimpulan:

Secara keseluruhan konten identitas sudah bagus namun terdapat beberapa bagian bahasa yang perlu dirubah

4. Review Khusus: Petunjuk Pengerjaan

Aspek Review	Hasil Review	
	Konten	Bahasa
Reviewer 1 Siti Khotimah	Ok	Agak gimana gitu ya kata sejujur-jujurnya
Reviewer 2 Siti Khotijah	Lengkap, mudah	Mudah dimengerti
Reviewer 3 Deasy Rahmayani Anwar		Huruf kapital di pilihan jawaban pengisian skala
Reviewer 4 Julia Rezky Jhony	Baik	Baik, Sebaiknya ditambahkan "tidak ada jawaban yang benar atau jawaban yang salah...."
Reviewer 5 Ester Helena Hukubun	Baik Saran dipiliham jawaban tetap diurai pilihan jawabannya, baik Saran dipilihan tetap diurai pilihan jawabannya	Konsisten mau pakai Anda atay Saudara(i) karena di pengantar kamu pakai Anda
Reviewer 6 Andi Adinda Salsabila Rukman	Baik, instruksi yang diberikan cukup jelas	Mudah untuk dipahami
Reviewer 7 Nurrahmah	Ok	Perbaiki opsi jawaban, misalnya: Pilihlah "Sangat Sesuai", jika pernyataan tersebut Sangat Sesuai dengan kondisi anda yang

Aspek Review	Hasil Review	
	Konten	Bahasa
		<p>sebenarnya.</p> <p>Urutan pilihan jawaban dimulai dari Sangat Sesuai sampai Sangat Tidak Sesuai.</p> <p>Opsi jawaban baiknya tidak disingkat, baik pada petunjuk maupun setelah pernyataan.</p>
Reviewer 8 Meili Sintia	Lengkap	Mudah dipahami
Reviewer 9 Rini Febriyanti	Petunjuk pengerjaan menjelaskan secara detail cara-cara pengisian skala.	Bahasa yang digunakan sesuai dengan kaidah bahasa Indonesia.
Reviewer 10 Andi Titania Tambaru	Jelas	<p>“Skala ini diisi dengan memilih salah satu dari lima pilihan yang telah disediakan.</p> <p>Pilihlah “Sangat Tidak Sesuai” jika pernyataan tersebut Sangat Tidak Sesuai menggambarkan kondisi anda yang sebenarnya (begitu seterusnya untuk pilihan jawabannya).</p>

Uraian Kesimpulan:

Terdapat beberapa perubahan yang disarankan oleh reviewer pada bagian petunjuk pengerjaan yaitu menguraikan respon jawaban dan mengatur ulang urutan respon jawaban

5. Review Khusus: Kesimpulan Item Pernyataan Skala Risk Perception

Aspek Review		Hasil Review	
		Konten	Bahasa
Item Pernyataan	Item 1	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti, Mudah dimengerti dan dipahami serta penggunaan bahasa yang baik sesuai dengan KBBI, Pilihan jawabannya lebih baik tidak di singkat. Langsung saja tulis "Sangat Tidak Setuju" dst.
	Item 2	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 3	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 4	Ok, mudah dipahami, Sepertinya akan lebih mudah dipahami jika, "Virus COVID-19 memiliki lebih banyak kerugian dibandingkan manfaatnya".	Mudah dimengerti
	Item 5	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti, Berikan tanda koma sebelum kata "karena"
	Item 6	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti, Maksudnya "dapat diamati"?
	Item 7	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 8	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 9	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 10	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 11	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti, Baiknya kata "update" dicarikan arti kata

Aspek Review		Hasil Review	
		Konten	Bahasa
			bahasa indonesia yang jauh lebih mudah dipahami.
	Item 12	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 13	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti, Berikan tanda koma sebelum kata “karena”
	Item 14	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 15	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti
	Item 16	Ok, mudah dipahami	Mudah dimengerti

Uraian Kesimpulan:

Terdapat peninjauan kembali pada aitem 4, 5, 6, 11, dan 13 karena terdapat saran perubahan konten dan bahasa

6. Review Khusus: Kesimpulan item pernyataan skala Health Belief Model

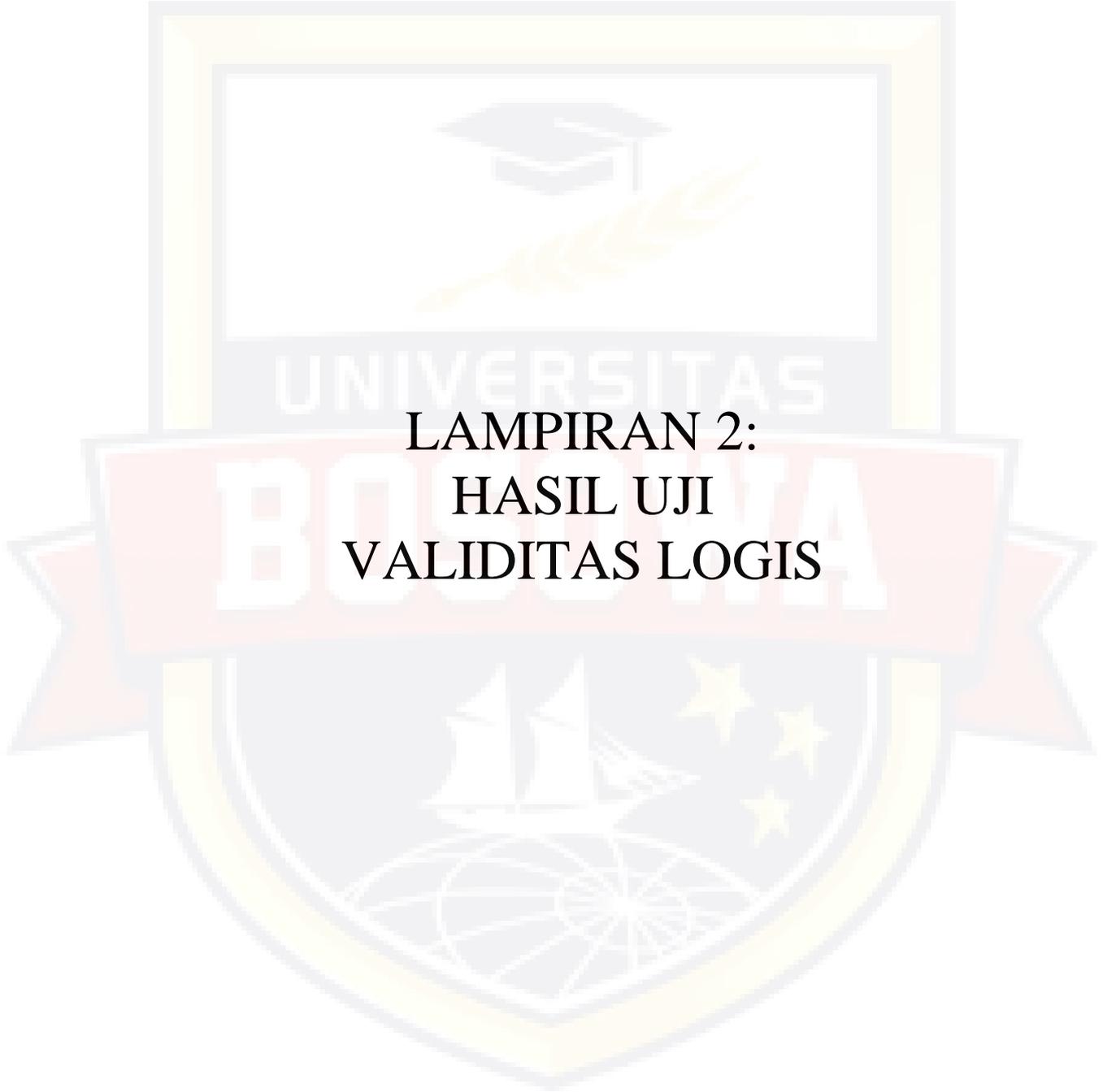
Aspek Review		Hasil Review	
		Konten	Bahasa
Item Pernyataan	Item 1	Ok, Baik	Mudah dimengerti, Bahasa yang digunakan sesuai dengan kaidah bahasa Indonesia.
	Item 2	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 3	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 4	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 5	Ok, Baik	Mudah dimengerti, Berikan tanda koma sebelum kata “karena”
	Item 6	Ok, Baik	Mudah dimengerti

Aspek Review		Hasil Review	
		Konten	Bahasa
	Item 7	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 8	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 9	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 10	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 11	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 12	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 13	Ok, Baik	Mudah dimengerti, "Saya merasa senang mematuhi protokol kesehatan"
	Item 14	Ok, Baik, Isinya cukup janggal. Sepertinya akan mudah dipahami jika "Sangat menyenangkan saat saya melakukan protokol kesehatan"	Mudah dimengerti
	Item 15	Ok, Baik	Mudah dimengerti, Kata "walau" diganti menjadi "walaupun"
	Item 16	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 17	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 18	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 19	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 20	Ok, Baik	Mudah dimengerti

Aspek Review		Hasil Review	
		Konten	Bahasa
	Item 21	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 22	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 23	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 24	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 25	Ok, Baik	Mudah dimengerti, "Saya selalu mengikuti berita perkembangan COVID-19"
	Item 26	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 27	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 28	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 29	Ok, Baik	Mudah dimengerti
	Item 30	Ok, Baik	Mudah dimengerti

Uraian kesimpulan:

Terdapat peninjauan kembali pada aitem nomor 5, 13, 14, 15 dan 25 karena terdapat saran perubahan konten dan bahasa



**LAMPIRAN 2:
HASIL UJI
VALIDITAS LOGIS**

CONTENT VALIDITY RATIO

Identitas *subject matter expert* (SME):

1. Musawwir, S.Psi., M.Pd
2. Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A
3. Titin Florentina, S.Psi., M.Psi., Psikolog

Skala *risk perception*

No	SME			Jumlah	CVR	Keterangan
	Musawwir, S.Psi., M.Pd	Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A	Titin Florentina, S.Psi., M.Psi., Psikolog			
1.	1	1	1	3	1	Esensial
2.	1	1	1	3	1	Esensial
3.	1	1	1	3	1	Esensial
4.	0	1	1	2	0.3	Esensial
5.	1	1	1	3	1	Esensial
6.	1	1	1	3	1	Esensial
7.	1	1	1	3	1	Esensial
8.	1	1	1	3	1	Esensial
9.	1	1	1	3	1	Esensial
10.	0	1	1	2	0.3	Esensial
11.	1	1	1	3	1	Esensial
12.	0	1	1	2	0.3	Esensial
13.	1	1	1	3	1	Esensial
14.	1	1	1	3	1	Esensial
15.	1	1	1	3	1	Esensial
16.	1	1	1	3	1	Esensial

Skala health belief model						
SME						
No	Musawwir, S.Psi., M.Pd	Sulasmi Sudirman, S.Psi., M.A	Titin Florentina, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Jumlah	CVR	Keterangan
1.	1	1	1	3	1	Esensial
2.	1	1	1	3	1	Esensial
3.	1	1	1	3	1	Esensial
4.	1	1	1	3	1	Esensial
5.	1	1	1	3	1	Esensial
6.	1	1	1	3	1	Esensial
7.	1	1	1	3	1	Esensial
8.	1	1	1	3	1	Esensial
9.	1	1	1	3	1	Esensial
10.	1	1	1	3	1	Esensial
11.	1	1	1	3	1	Esensial
12.	1	1	1	3	1	Esensial
13.	1	1	1	3	1	Esensial
14.	1	1	1	3	1	Esensial
15.	1	1	1	3	1	Esensial
16.	1	1	1	3	1	Esensial
17.	1	1	1	3	1	Esensial
18.	1	1	1	3	1	Esensial
19.	1	1	1	3	1	Esensial
20.	1	1	1	3	1	Esensial
21.	1	1	1	3	1	Esensial
22.	1	1	1	3	1	Esensial
23.	1	1	1	3	1	Esensial
24.	1	1	1	3	1	Esensial
25.	1	1	1	3	1	Esensial
26.	1	1	1	3	1	Esensial
27.	1	1	1	3	1	Esensial
28.	1	1	1	3	1	Esensial
29.	1	1	1	3	1	Esensial
30.	1	1	1	3	1	Esensial

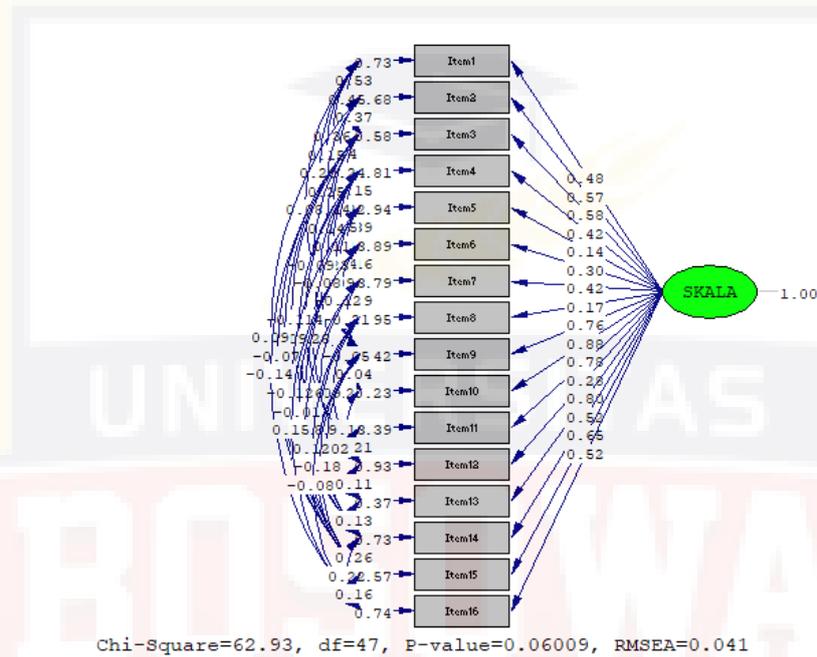


LAMPIRAN 3:
HASIL UJI
VALIDITAS KONSTRAK

SKALA I

RISK PERCEPTION

Path diagram risk perception



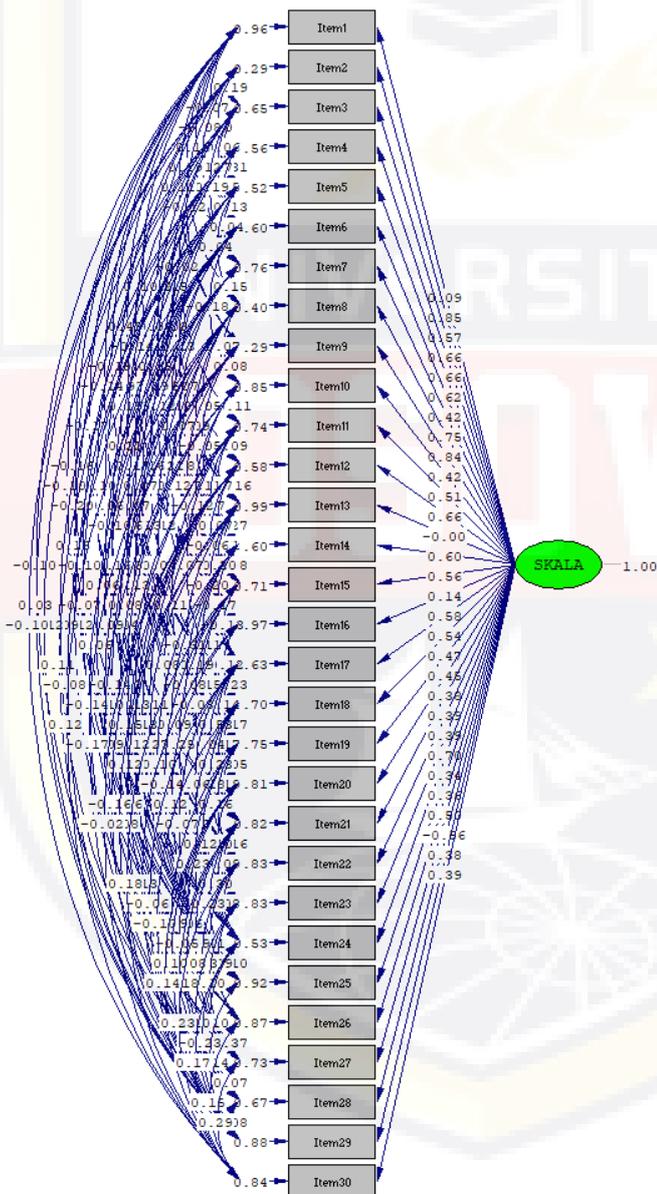
HASIL CFA

AITE M	FACTOR LOADING (POSITIF)	T-VALUE (>1,96)	KETERANGAN
1	0,48	7,15	VALID
2	0,57	8,46	VALID
3	0,58	8,93	VALID
4	0,42	5,61	VALID
5	0,14	1,85	TIDAK VALID
6	0,30	4,22	VALID
7	0,42	5,99	VALID
8	0,17	2,34	VALID
9	0,76	11,85	VALID
10	0,88	14,90	VALID
11	0,78	12,92	VALID
12	0,28	3,83	VALID
13	0,80	13,03	VALID
14	0,53	7,52	VALID
15	0,65	9,97	VALID
16	0,52	7,51	VALID

SKALA II

HEALTH BELIEF MODEL

Path diagram *health belief model*



Chi-Square=257.39, df=222, P-value=0.05164, RMSEA=0.028

HASIL CFA

AITEM	FACTOR LOADING (POSITIF)	T-VALUE (>1,96)	KETERA NGAN
1	0,09	1,21	TIDAK VALID
2	0,85	14,50	VALID
3	0,57	8,76	VALID
4	0,66	10,58	VALID
5	0,66	10,66	VALID
6	0,62	9,76	VALID
7	0,42	6,36	VALID
8	0,75	12,61	VALID
9	0,84	14,43	VALID
10	0,42	6,11	VALID
11	0,42	6,11	VALID
12	0,66	10,36	VALID
13	0,00	-0,04	TIDAK VALID
14	0,60	9,52	VALID
15	0,56	8,47	VALID
16	0,14	1,87	TIDAK VALID
17	0,58	9,13	VALID
18	0,54	8,05	VALID
19	0,47	6,99	VALID
20	0,45	6,68	VALID
21	0,38	5,53	VALID
22	0,39	5,66	VALID
23	0,39	5,66	VALID
24	0,70	10,88	VALID
25	0,34	4,81	VALID
26	0,36	5,26	VALID
27	0,59	7,65	VALID
28	-0,56	-8,60	TIDAK VALID
29	0,38	5,09	VALID
30	0,39	5,63	VALID



LAMPIRAN 4:
HASIL UJI
RELIABILITAS

OUTPUT RELIABILITAS SKALA *RISK PERCEPTION*

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	200	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	200	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.826	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	55.75	54.392	.484	.814
Item2	55.59	54.675	.525	.812
Item3	55.75	54.369	.491	.813
Item4	55.46	57.677	.267	.825
Item6	56.08	55.300	.320	.824
Item7	55.90	55.534	.401	.818
Item8	55.88	57.674	.211	.829
Item9	56.18	52.473	.448	.816
Item10	55.80	50.342	.643	.801
Item11	55.96	51.878	.625	.804
Item12	55.99	55.809	.251	.830
Item13	56.03	51.643	.580	.806
Item14	56.40	51.256	.507	.811
Item15	56.07	52.533	.544	.809
Item16	56.67	52.604	.418	.818

OUTPUT RELIABILITAS SKALA *HEALTH BELIEF MODEL*

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	200	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	200	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

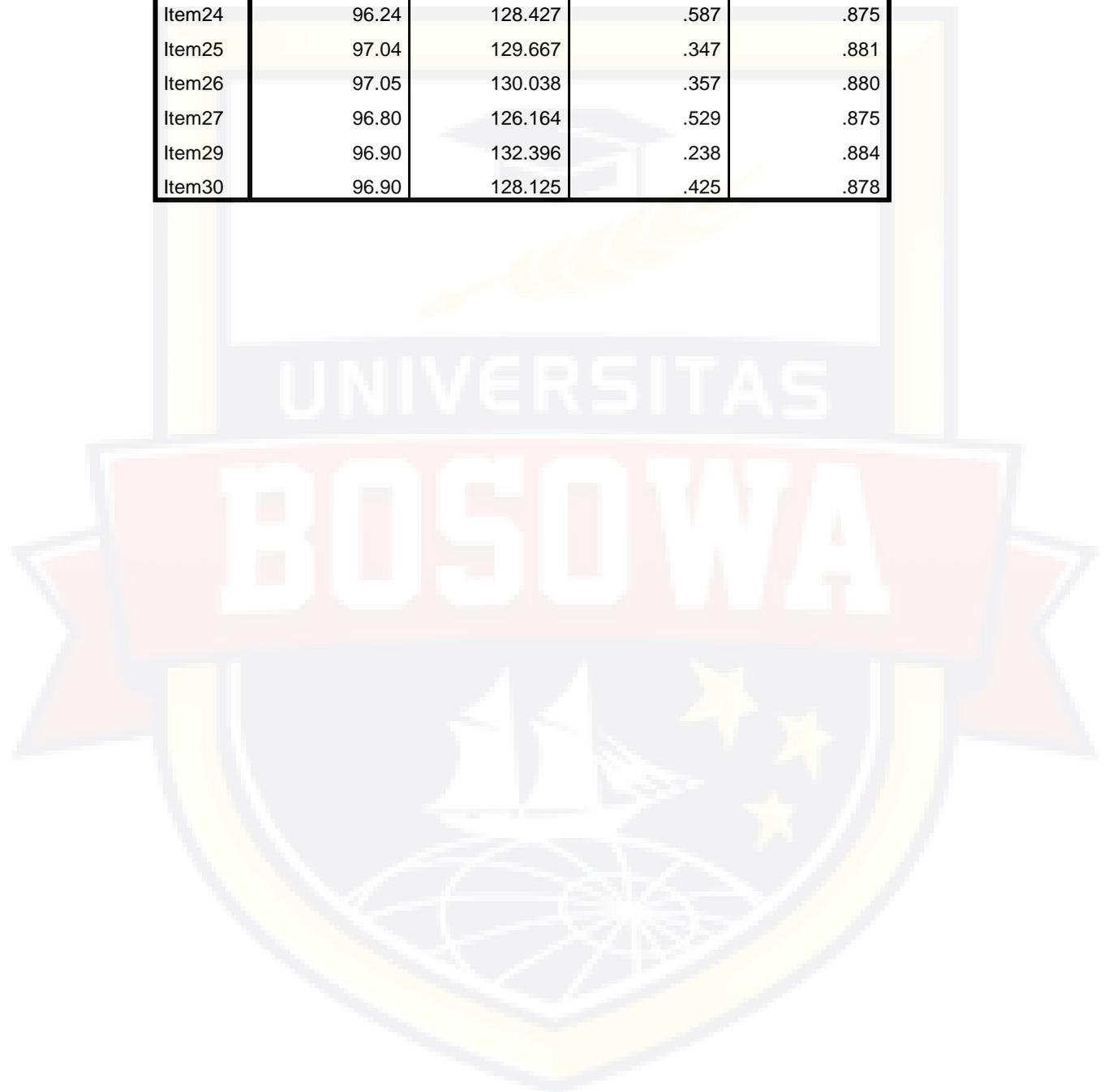
Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.882	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item2	96.15	126.349	.647	.873
Item3	96.41	129.117	.466	.877
Item4	96.38	129.333	.468	.877
Item5	96.30	128.571	.522	.876
Item6	95.96	130.893	.437	.878
Item7	96.58	132.426	.331	.880
Item8	96.24	130.070	.583	.875
Item9	96.21	129.249	.603	.875
Item10	96.85	131.622	.358	.880
Item11	96.85	130.128	.420	.878
Item12	96.45	127.334	.530	.875
Item14	96.73	129.374	.458	.877
Item15	96.96	127.753	.474	.877
Item17	96.02	131.728	.475	.877
Item18	96.37	128.494	.554	.875
Item19	96.68	129.014	.454	.877
Item20	96.10	131.823	.369	.879

Item21	96.16	131.170	.323	.881
Item22	96.49	129.718	.442	.878
Item23	96.71	130.551	.384	.879
Item24	96.24	128.427	.587	.875
Item25	97.04	129.667	.347	.881
Item26	97.05	130.038	.357	.880
Item27	96.80	126.164	.529	.875
Item29	96.90	132.396	.238	.884
Item30	96.90	128.125	.425	.878



LAMPIRAN 5:

HASIL UJI ASUMSI



HASIL UJI NORMALITAS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Unstandardized Residual	2.155	100.0%	0	0.0%	2.155	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Unstandardized Residual	Mean	.1421422	.10882871
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.0712781
		Upper Bound	.3555625
	5% Trimmed Mean	.1782909	
	Median	.2711992	
	Variance	25.523	
	Std. Deviation	5.05204414	
	Minimum	-15.08545	
	Maximum	19.79083	
	Range	34.87628	
	Interquartile Range	6.80205	
	Skewness	-.104	.053
	Kurtosis	.061	.105

Extreme Values

			Case Number	Value
Unstandardized Residual	Highest	1	48	19.79083
		2	1068	16.35269
		3	355	15.98878
		4	339	14.96404
		5	674	14.03827
	Lowest	1	500	-15.08545

	2	1072	-14.73903
	3	30	-14.61531
	4	954	-14.42461
	5	114	-14.25140

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	.019	2.155	.073	.998	2.155	.014

a. Lilliefors Significance Correction



HASIL UJI LINEARITAS

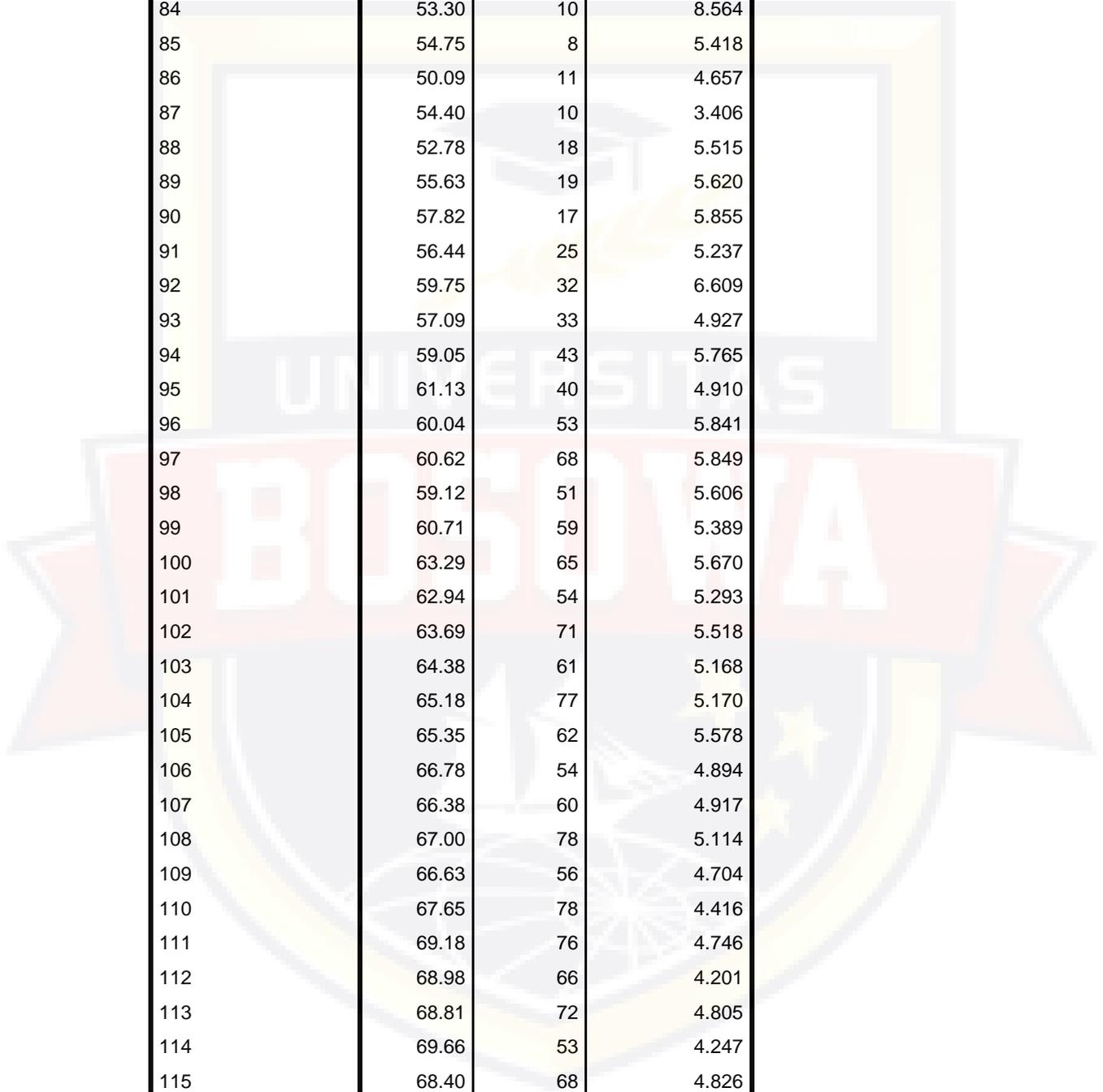
Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
RiskPerception * HealthBeliefModel	2.155	100.0%	0	0.0%	2.155	100.0%

Report

RiskPerception

HealthBeliefModel	Mean	N	Std. Deviation
30	31.00	1	.
34	27.00	1	.
36	31.00	2	.000
54	41.00	1	.
55	49.00	2	5.657
56	40.00	1	.
57	37.00	2	.000
59	33.00	1	.
60	45.67	3	4.163
62	37.00	2	2.828
67	42.00	2	1.414
68	37.67	3	2.517
69	49.00	2	2.828
70	46.00	1	.
71	43.00	1	.
72	53.00	1	.
73	51.13	8	5.357
74	48.00	6	6.512
75	43.67	3	7.234
76	50.57	7	4.158
77	50.00	5	6.595
78	50.61	18	7.245
79	54.38	8	4.779
80	47.63	8	4.955



81	51.91	11	5.683
82	51.91	11	7.713
83	53.70	10	7.499
84	53.30	10	8.564
85	54.75	8	5.418
86	50.09	11	4.657
87	54.40	10	3.406
88	52.78	18	5.515
89	55.63	19	5.620
90	57.82	17	5.855
91	56.44	25	5.237
92	59.75	32	6.609
93	57.09	33	4.927
94	59.05	43	5.765
95	61.13	40	4.910
96	60.04	53	5.841
97	60.62	68	5.849
98	59.12	51	5.606
99	60.71	59	5.389
100	63.29	65	5.670
101	62.94	54	5.293
102	63.69	71	5.518
103	64.38	61	5.168
104	65.18	77	5.170
105	65.35	62	5.578
106	66.78	54	4.894
107	66.38	60	4.917
108	67.00	78	5.114
109	66.63	56	4.704
110	67.65	78	4.416
111	69.18	76	4.746
112	68.98	66	4.201
113	68.81	72	4.805
114	69.66	53	4.247
115	68.40	68	4.826
116	69.34	58	5.574
117	70.07	55	4.167
118	70.96	48	3.620
119	70.47	55	3.934
120	70.61	44	4.293

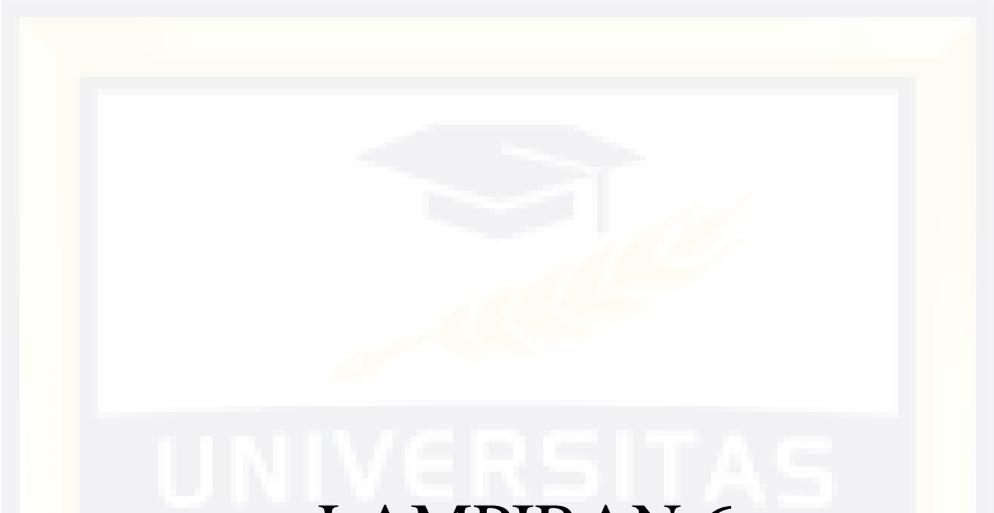
121	72.24	33	2.622
122	72.19	36	2.877
123	72.88	24	2.193
124	73.25	24	2.270
125	72.27	30	2.612
126	72.54	26	3.723
127	72.93	15	2.789
128	73.42	12	2.811
129	73.50	6	2.345
130	74.20	20	1.576
Total	64.83	2.155	8.017

ANOVA Table

			Sum of	df	Mean	F	Sig.
			Squares		Square		
RiskPerception *	Between	(Combined)	87505.038	73	1198.699	48.986	.000
HealthBeliefModel	Groups	Linearity	83451.096	1	83451.096	3410.338	.000
		Deviation from Linearity	4053.943	72	56.305	2.301	.000
Within Groups			50922.152	2081	24.470		
Total			138427.191	2154			

Measures of Association

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
RiskPerception * HealthBeliefModel	.776	.603	.795	.632



UNIVERSITAS

LAMPIRAN 6:

**HASIL UJI HIPOTESIS
REGRESI SEDERHANA**

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	HealthBeliefModel ^b		Enter

a. Dependent Variable: RiskPerception

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.776 ^a	.603	.603	5.053

a. Predictors: (Constant), HealthBeliefModel

b. Dependent Variable: RiskPerception

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	83451.096	1	83451.096	3268.152	.000 ^b
	Residual	54976.095	2153	25.535		
	Total	138427.191	2154			

a. Dependent Variable: RiskPerception

b. Predictors: (Constant), HealthBeliefModel

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	13.472	.905		14.887	.000
	HealthBeliefModel	.486	.009	.776	57.168	.000

a. Dependent Variable: RiskPerception

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	28.06	76.67	64.83	6.224	2.155
Residual	-15.254	19.608	.000	5.052	2.155
Std. Predicted Value	-5.908	1.902	.000	1.000	2.155
Std. Residual	-3.019	3.880	.000	1.000	2.155

a. Dependent Variable: RiskPerception





LAMPIRAN 7:

HASIL ANALISIS DEMOGRAFI

Statistics

		RISK_PERCEPTION	HEALTH_BELIEF_MODEL
N	Valid	2.155	2.155
	Missing	0	0

RISK PERCEPTION

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	416	19.3	19.3	19.3
	Sangat Rendah	184	8.5	8.5	27.8
	Sedang	719	33.4	33.4	61.2
	Tinggi	836	38.8	38.8	100.0
	Total	2.155	100.0	100.0	

HEALTH BELIEF MODEL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	467	21.7	21.7	21.7
	Sangat Rendah	151	7.0	7.0	28.7
	Sangat Tinggi	111	5.2	5.2	33.8
	Sedang	856	39.7	39.7	73.5
	Tinggi	570	26.5	26.5	100.0
	Total	2.155	100.0	100.0	

JENIS_KELAMIN * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
JENIS_KELAMIN	Perempuan	276	90	530	656	1552
	Laki-laki	140	94	189	180	603
Total		416	184	719	836	2.155

JENIS_KELAMIN * HEALTH_BELIEF_MODEL Crosstabulation

Count

		HEALTH_BELIEF_MODEL					Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sangat Tinggi	Sedang	Tinggi	
JENIS_KELAMIN	Perempuan	301	62	91	647	451	1552
	Laki-laki	166	89	20	209	119	603
Total		467	151	111	856	570	2.155

RENTANG_USIA * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
RENTANG_USIA	20 - 39 Tahun	398	176	687	793	2054
	40 - 59 Tahun	16	7	32	43	98
	60 Tahun ke atas	2	1	0	0	3
Total		416	184	719	836	2.155

RENTANG_USIA * HEALTH_BELIEF_MODEL Crosstabulation

Count

		HEALTH_BELIEF_MODEL					Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sangat Tinggi	Sedang	Tinggi	
RENTANG_USIA	20 - 39 Tahun	447	146	106	821	534	2054
	40 - 59 Tahun	18	5	5	34	36	98
	60 Tahun ke atas	2	0	0	1	0	3
Total		467	151	111	856	570	2.155

PENDIDIKAN_TERAKHIR * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
PENDIDIKAN_TERAKHIR	Perguruan Tinggi	220	88	465	564	1337
	SMA	195	91	254	268	808
	SMP	1	3	0	3	7
	SD	0	1	0	0	1
	Tidak lulus sekolah	0	1	0	1	2
Total		416	184	719	836	2.155

PENDIDIKAN_TERAKHIR * HEALTH_BELIEF_MODEL Crosstabulation

Count

		HEALTH_BELIEF_MODEL				Total	
		Rendah	Sangat Rendah	Sangat Tinggi	Sedang Tinggi		
PENDIDIKAN_TERAKHIR	Perguruan Tinggi	251	72	81	521	412	1337
	SMA	214	75	30	332	157	808
	SMP	1	2	0	3	1	7
	SD	0	1	0	0	0	1
	Tidak lulus sekolah	1	1	0	0	0	2
Total		467	151	111	856	570	2.155

PERNAH TERPAPAR_COVID19 * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
PERNAH_TERPAPAR_COVID19	Pernah	47	24	125	142	338
	Tidak	369	160	594	694	1817
	Pernah					
Total		416	184	719	836	2.155

PERNAH TERPAPAR_COVID19 * HEALTH_BELIEF_MODEL Crosstabulation

Count

		HEALTH_BELIEF_MODEL				Total	
		Rendah	Sangat Rendah	Sangat Tinggi	Sedang		Tinggi
PERNAH_TERPAPAR_COVID19	Pernah	66	15	17	140	100	338
	Tidak	401	136	94	716	470	1817
	Pernah						
Total		467	151	111	856	570	2.155

SUKU * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
SUKU	Jawa	193	70	376	425	1064
	Bugis	34	19	39	21	113
	Sunda	46	16	79	116	257
	Batak	22	7	26	36	91
	Suku lainnya	121	72	199	238	630
Total		416	184	719	836	2.155

SUKU * HEALTH_BELIEF_MODEL Crosstabulation

Count

		HEALTH_BELIEF_MODEL					Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sangat Tinggi	Sedang	Tinggi	
SUKU	Jawa	222	56	62	417	307	1064
	Bugis	28	20	3	44	18	113
	Sunda	55	14	14	108	66	257
	Batak	22	2	6	39	22	91
	Suku lainnya	140	59	26	248	157	630
Total		467	151	111	856	570	2.155

JENIS_KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	1552	72.0	72.0	72.0
	Laki-laki	603	28.0	28.0	100.0
	Total	2.155	100.0	100.0	

RENTANG_USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 39 Tahun	2054	95.3	95.3	95.3
	40 - 59 Tahun	98	4.5	4.5	99.9
	60 Tahun ke atas	3	.1	.1	100.0
	Total	2.155	100.0	100.0	

PENDIDIKAN_TERAKHIR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perguruan Tinggi	1337	62.0	62.0	62.0
	SMA	808	37.5	37.5	99.5
	SMP	7	.3	.3	99.9
	SD	1	.0	.0	99.9
	Tidak lulus sekolah	2	.1	.1	100.0
	Total	2.155	100.0	100.0	

PERNAH_TERPAPAR_COVID19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	338	15.7	15.7	15.7
	Tidak Pernah	1817	84.3	84.3	100.0
	Total	2.155	100.0	100.0	

PEKERJAAN * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
PEKERJAAN	Nakes	0	0	14	39	53
	Mahasiswa	174	76	288	310	848
	PNS	24	6	41	76	147
	Wiraswasta	45	29	79	66	219
	Karyawan	56	18	112	155	341
	Tidak bekerja	32	12	45	47	136
	Lainnya	85	43	140	143	411
Total		416	184	719	836	2.155

ASAL_DAERAH * RISK_PERCEPTION Crosstabulation

Count

		RISK_PERCEPTION				Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sedang	Tinggi	
ASAL_DAERAH	Wilayah Jawa	264	89	508	618	1479
	Wilayah Sulawesi	78	45	95	53	271
	Wilayah Kalimantan	17	8	26	37	88
	Wilayah Sumatra	39	35	63	90	227
	Wilayah Indonesia Timur	18	7	27	38	90
Total		416	184	719	836	2.155

ASAL_DAERAH * HEALTH_BELIEF_MODEL Crosstabulation

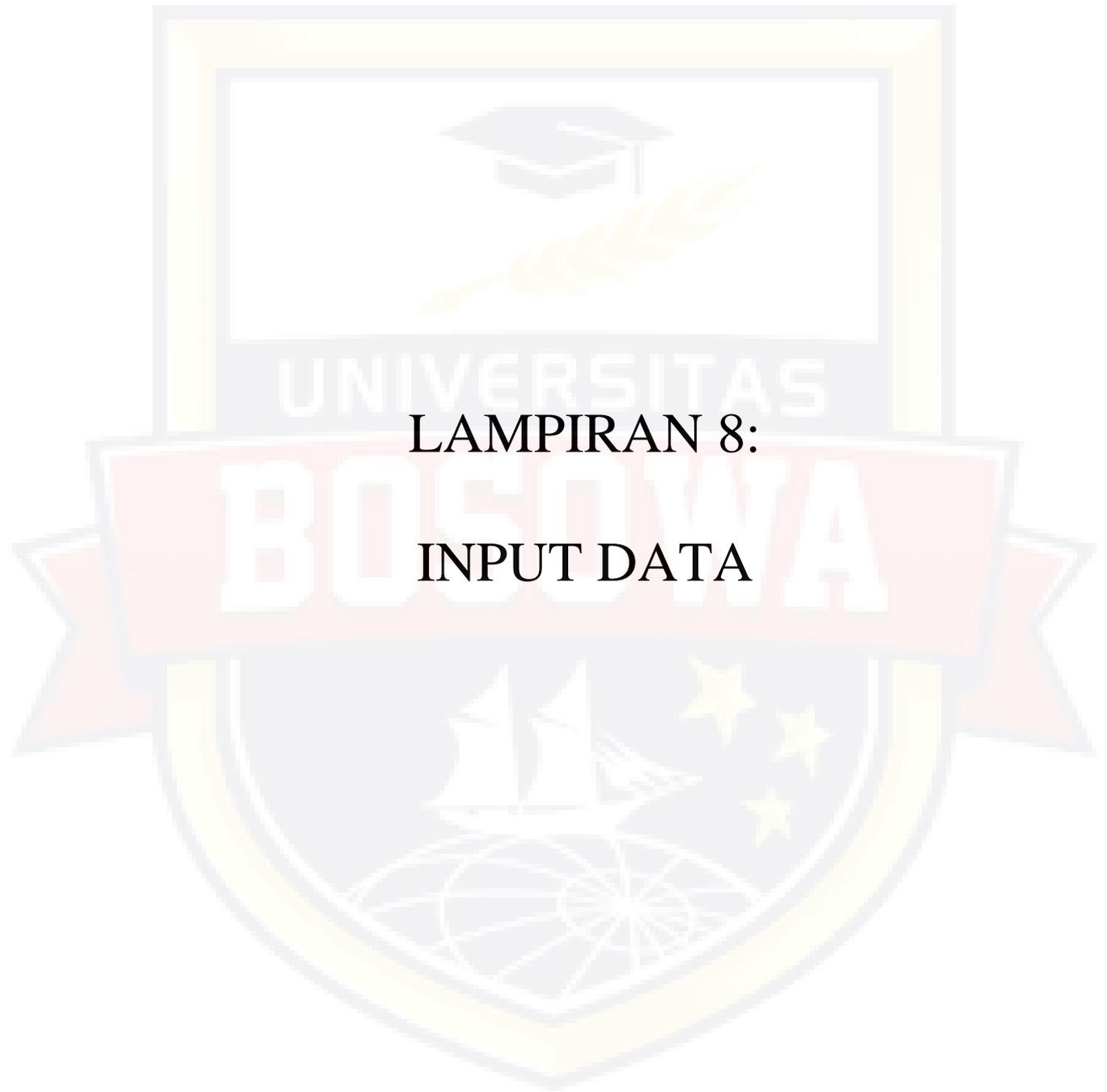
Count

		HEALTH_BELIEF_MODEL					Total
		Rendah	Sangat Rendah	Sangat Tinggi	Sedang	Tinggi	
ASAL_DAERAH	Wilayah Jawa	303	80	83	587	426	1479
	Wilayah Sulawesi	86	35	7	98	45	271
	Wilayah Kalimantan	17	7	6	36	22	88
	Wilayah Sumatra	43	24	14	90	56	227
	Wilayah Indonesia Timur	18	5	1	45	21	90
Total		467	151	111	856	570	2.155

ASAL_DAERAH

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Wilayah Jawa	1479	68.6	68.6	68.6
Wilayah Sulawesi	271	12.6	12.6	81.2
Wilayah Kalimantan	88	4.1	4.1	85.3
Wilayah Sumatra	227	10.5	10.5	95.8
Wilayah Indonesia Timur	90	4.2	4.2	100.0
Total	2.155	100.0	100.0	





LAMPIRAN 8:

INPUT DATA

DEMOGRAFI DAN KATEGORISASI

Jenis Kelamin	Rentang Usia	Asal Daerah	Suku	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Apakah Anda pernah terpapar COVID-19?	TOTAL SKOR RISK PERCEPTION	Kategorisasi	TOTAL SKOR HEALTH BELIEF MODEL	Kategorisasi
1	1	6	2	2	2	2	63	Sedang	116	Tinggi
1	1	6	3	2	2	1	64	Sedang	110	Sedang
1	1	6	3	1	2	2	55	Rendah	107	Sedang
1	1	16	1	1	3	2	62	Sedang	95	Rendah
2	1	6	3	2	2	2	50	Sangat Rendah	81	Sangat Rendah
1	1	7	5	2	2	2	58	Rendah	97	Rendah
1	1	16	1	2	9	2	70	Tinggi	125	Sangat Tinggi
1	1	1	1	2	9	2	60	Rendah	97	Rendah
1	1	3	1	1	8	2	66	Sedang	104	Sedang
1	1	19	27	2	13	2	42	Sangat Rendah	82	Sangat Rendah
1	1	4	1	2	9	2	57	Rendah	98	Rendah
1	1	16	7	2	9	2	69	Tinggi	115	Tinggi
1	1	16	13	2	9	2	69	Tinggi	104	Sedang
1	1	16	13	1	2	2	71	Tinggi	126	Sangat Tinggi
1	1	6	2	2	2	2	73	Tinggi	108	Sedang
1	1	6	3	1	9	2	58	Rendah	94	Rendah
2	1	17	17	1	4	2	66	Sedang	94	Rendah
1	1	6	3	2	2	2	66	Sedang	111	Sedang
1	1	33	27	1	8	2	61	Sedang	95	Rendah
1	1	1	1	1	3	2	74	Tinggi	111	Sedang
1	1	6	3	2	2	2	64	Sedang	96	Rendah
1	1	6	2	2	2	2	50	Sangat Rendah	91	Rendah
2	1	6	2	1	4	2	59	Rendah	101	Sedang
1	1	28	15	2	2	2	68	Sedang	114	Tinggi
1	1	10	1	1	2	2	66	Sedang	117	Tinggi
1	1	7	5	2	2	2	58	Rendah	97	Rendah
1	1	28	15	2	2	2	59	Rendah	102	Sedang
1	1	10	6	2	2	2	67	Sedang	95	Rendah
1	1	8	15	1	10	2	61	Sedang	99	Rendah
2	1	8	1	2	3	2	60	Rendah	126	Sangat Tinggi
2	1	6	1	2	4	2	43	Sangat Rendah	95	Rendah
1	1	10	6	2	2	2	56	Rendah	94	Rendah
1	1	6	3	2	10	2	42	Sangat Rendah	86	Sangat Rendah
1	1	10	6	1	2	2	51	Sangat Rendah	83	Sangat Rendah
2	1	10	6	2	9	2	47	Sangat Rendah	84	Sangat Rendah
1	2	1	1	3	4	2	41	Sangat Rendah	78	Sangat Rendah
1	1	10	6	2	2	2	70	Tinggi	105	Sedang
1	1	6	3	2	6	2	63	Sedang	93	Rendah
1	1	6	4	2	6	2	50	Sangat Rendah	91	Rendah
1	1	17	9	2	2	2	60	Rendah	104	Sedang
2	1	3	1	2	4	2	49	Sangat Rendah	87	Rendah
1	1	6	3	2	2	2	54	Rendah	105	Sedang
2	1	21	1	1	13	2	48	Sangat Rendah	98	Rendah
2	1	8	27	2	10	2	59	Rendah	92	Rendah
1	1	6	2	2	2	2	57	Rendah	98	Rendah
1	1	6	3	2	2	2	49	Sangat Rendah	89	Rendah
1	1	10	27	1	2	2	71	Tinggi	78	Sangat Rendah
2	1	17	1	1	8	2	58	Rendah	98	Rendah
2	1	17	26	1	8	2	44	Sangat Rendah	110	Sedang

ITEM RISK PERCEPTION

Item1	Item2	Item3	Item4	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	TOTAL SKOR RISK PERCEPTION	
5	5	4	5	3	4	4	4	4	5	4	5	4	2	5	4	63
4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	64
4	4	3	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	2	4	2	55
5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	62
1	1	1	5	5	5	5	5	1	4	5	1	4	4	4	4	50
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	58
5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	70
4	5	4	4	3	4	3	4	5	4	3	5	4	4	4	4	60
4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5	66
3	2	2	4	3	3	3	3	4	3	2	3	2	1	4	4	42
4	4	3	4	4	4	5	3	4	4	2	4	4	4	4	4	57
4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	69
5	5	5	5	3	4	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	69
4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	71
5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	73
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	58
4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	66
5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	4	5	5	5	4	1	66
4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	3	3	4	4	4	61
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	74
5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	3	4	4	5	1	1	64
4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	50
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
5	5	5	5	3	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	68
5	5	5	5	2	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	3	66
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	58
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	59
5	5	3	5	5	5	3	5	5	4	4	5	4	4	5	67	
5	4	5	5	5	4	3	1	5	5	5	4	3	4	4	3	61
5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	5	5	1	5	2	60	
5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	62
3	2	3	4	2	2	4	3	2	3	5	2	4	3	1	43	
4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	56
2	2	2	4	4	2	4	2	2	4	5	2	2	2	2	3	42
3	3	2	4	5	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	51
4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	50
2	3	3	5	3	4	3	3	4	2	5	3	2	3	2	2	47
5	5	4	5	5	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	41
5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	70
5	5	5	4	4	4	3	5	5	5	5	4	3	3	3	3	63
3	4	4	4	3	5	4	2	3	3	3	4	2	3	3	3	50
5	4	4	4	4	4	3	4	5	5	3	4	4	4	4	3	60
3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	5	4	3	3	3	3	49
5	5	5	5	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	4	54
4	4	4	5	4	4	4	4	1	4	5	1	1	1	1	2	48
5	5	5	3	3	1	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	59
4	5	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	57
3	4	4	4	3	2	3	2	2	2	5	3	3	3	3	3	49
5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	71
4	5	4	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	2	2	58
4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	50
4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	64
5	5	5	5	3	5	3	1	5	3	5	5	3	5	3	3	61
4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61
4	4	4	4	2	4	4	2	2	3	4	4	2	4	3	3	50
5	4	4	5	2	3	4	3	4	2	4	4	4	3	2	2	53
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	58
5	5	5	5	3	5	5	2	2	1	4	3	2	4	4	4	55



LAMPIRAN 9:
SKALA ONLINE SIAP SEBAR



Skala Penelitian Psikologi

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.
Selamat pagi/siang/sore/malam, Salam sejahtera bagi kita semua.

Perkenalkan saya Della Damayanti, Mahasiswi Semester Akhir Fakultas Psikologi Universitas Bosowa Makassar. Pada kesempatan ini, saya meminta kesediaan Anda untuk mengisi skala saya dalam rangka pemenuhan tugas akhir (Skripsi).

Data yang Anda berikan akan dijamin kerahasiaannya, dalam skala ini tidak ada jawaban benar atau salah sehingga saya memohon Anda mengisi skala ini dengan jujur dan sesuai dengan kondisi diri Anda.

Sebelum menjawab, silahkan Anda melengkapi data pada halaman biodata yang telah tersedia. Pada skala ini, telah dicantumkan petunjuk pengerjaan soal. Oleh karena itu, Anda diinstruksikan untuk membaca petunjuk tersebut terlebih dahulu sebelum mengerjakan soal.

Bantuan Anda dalam menjawab soal ini merupakan bantuan yang sangat besar. Atas kerjasama dan kesediaan Anda menjawab soal ini, saya ucapkan terima kasih.
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Peneliti,
Della Damayanti
4517091074

 delladamayanti7@gmail.com (tidak dibagikan) [Ganti akun](#) 

Berikutnya Kosongkan formulir

Identitas Responden

Silahkan mengisi identitas Anda terlebih dahulu pada bagian di bawah ini.

Nama (Boleh Inisial) *

Jawaban Anda

Jenis Kelamin *

- Perempuan
- Laki-Laki

Rentang Usia *

- 20 - 39 Tahun
- 40 - 59 Tahun
- 60 Tahun ke atas

Asal Daerah *

Sebutkan Provinsi asal daerah Anda. Contoh: Sulawesi Selatan

Jawaban Anda



Skala Penelitian Psikologi

🔗 delladamayanti7@gmail.com (tidak dibagikan) [Ganti akun](#) 

* Wajib

Skala 1

Petunjuk Pengerjaan:

Skala ini terdiri dari beberapa pernyataan, Anda diminta untuk mengisi sesuai dengan kondisi/keadaan Anda saat ini. Dalam skala ini tidak ada jawaban benar atau salah, sehingga Anda dimohon untuk mengisi dengan sejujurnya. Skala ini diisi dengan memilih salah satu pilihan dari lima pilihan yang telah disediakan.

Berikut keterangan pengisian skala:

Sangat Sesuai : Pilihlah opsi "Sangat Sesuai", jika pernyataan tersebut Sangat Sesuai menggambarkan kondisi Anda yang sebenarnya

Sesuai : Pilihlah opsi "Sesuai", jika pernyataan tersebut Sesuai dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Netral : Pilihlah opsi "Netral", jika pernyataan tersebut Netral dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Tidak Sesuai : Pilihlah opsi "Tidak Sesuai", jika pernyataan tersebut Tidak Sesuai dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Sangat Tidak Sesuai : Pilihlah opsi "Sangat Tidak Sesuai", jika pernyataan tersebut Sangat Tidak Sesuai dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Virus COVID-19 merupakan penyakit yang berbahaya *

Sangat Sesuai

Sesuai

Netral

Tidak Sesuai

Sangat Tidak Sesuai



Skala Penelitian Psikologi

 delladamayanti7@gmail.com (tidak dibagikan) [Ganti akun](#)


* Wajib

Skala 2

Petunjuk Pengerjaan:

Skala ini terdiri dari beberapa pernyataan, Anda diminta untuk mengisi sesuai dengan kondisi/keadaan Anda saat ini. Dalam skala ini tidak ada jawaban benar atau salah, sehingga Anda dimohon untuk mengisi dengan sejujurnya. Skala ini diisi dengan memilih salah satu pilihan dari lima pilihan yang telah disediakan.

Berikut keterangan pengisian skala:

Sangat Sesuai : Pilihlah opsi "Sangat Sesuai", jika pernyataan tersebut Sangat Sesuai menggambarkan kondisi Anda yang sebenarnya

Sesuai : Pilihlah opsi "Sesuai", jika pernyataan tersebut Sesuai dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Netral : Pilihlah opsi "Netral", jika pernyataan tersebut Netral dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Tidak Sesuai : Pilihlah opsi "Tidak Sesuai", jika pernyataan tersebut Tidak Sesuai dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Sangat Tidak Sesuai : Pilihlah opsi "Sangat Tidak Sesuai", jika pernyataan tersebut Sangat Tidak Sesuai dengan kondisi Anda yang sebenarnya

Saya khawatir dengan dampak dari virus COVID-19 *

Sangat Sesuai

Sesuai