

MODUL 4

Human Error Theory – Health Belief Model

Oleh : Putri Handayani, SKM, MKKK

Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan

Universitas Esa Unggul

PENDAHULUAN

Teori *Health Belief Model* (HBM) dikembangkan pada awal 1950-an oleh para ilmuwan sosial di Dinas Kesehatan AS untuk memahami kegagalan orang untuk mengadopsi strategi pencegahan penyakit atau tes skrining untuk deteksi dini penyakit. Teori HBM merupakan model psikologis yang mencoba untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. Pada tahun 1950 teori HBM dikembangkan sebagai bagian dari upaya para psikolog sosial di Dinas Kesehatan Amerika Serikat untuk menjelaskan mengenai kurangnya partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan kesehatan dan program pencegahan (misalnya, sebuah proyek skrining TB gratis dan berlokasi). Sejak itu, HBM telah diadaptasi untuk mengkaji berbagai perilaku kesehatan jangka panjang dan jangka pendek, termasuk perilaku seksual berisiko dan penularan HIV / AIDS.

Health Belief Model (HBM) sejauh ini merupakan teori yang paling umum digunakan dalam pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002; National Cancer Institute [NCI], 2003). Ini dikembangkan pada 1950-an sebagai cara untuk menjelaskan mengapa program skrining medis yang ditawarkan oleh Dinas Kesehatan Umum AS, khususnya untuk tuberkulosis, tidak terlalu berhasil (Hochbaum, 1958). Konsep yang mendasari HBM asli adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi kejadiannya (Hochbaum, 1958). Persepsi pribadi dipengaruhi oleh seluruh rentang faktor intrapersonal yang mempengaruhi perilaku kesehatan.

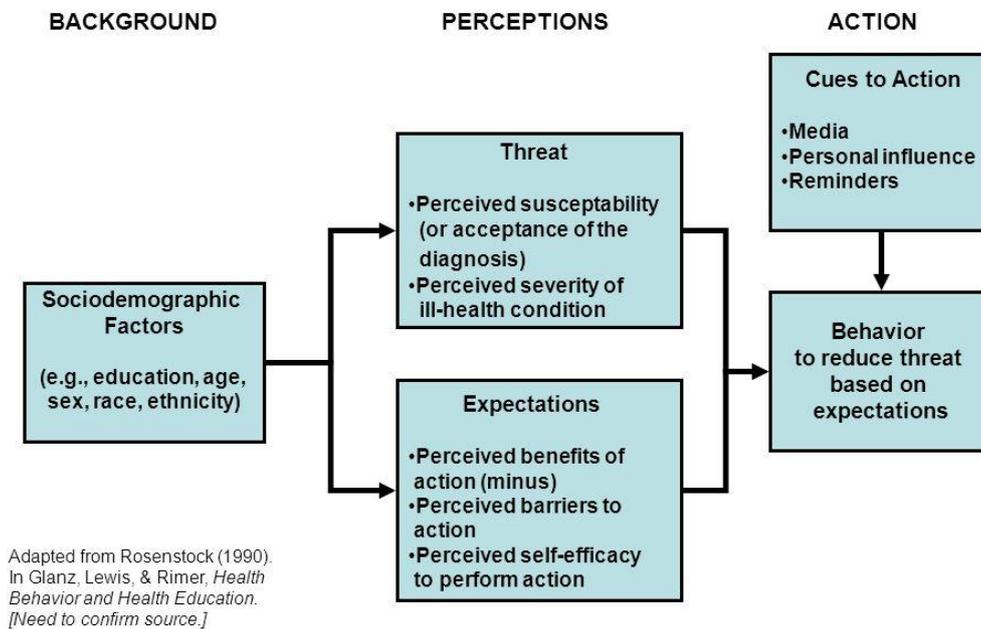
Teori HBM berasal dari teori psikologi dan perilaku dengan dasar bahwa dua komponen perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah 1) keinginan untuk menghindari penyakit, atau sebaliknya sembuh jika sudah sakit, dan, 2) keyakinan bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah, atau penyembuhan, sakit. Pada akhirnya, tentu saja individu tindakan sering tergantung pada persepsi orang tentang manfaat dan hambatan yang berkaitan dengan perilaku kesehatan. Teori HBM memiliki

enam elemen. Empat elemen pertama merupakan elemen dasar dari teori HBM. Sedangkan, dua elemen terakhir merupakan elemen tambahan berdasarkan hasil penelitian dan modifikasi teori oleh para ahli.

Model kepercayaan kesehatan, salah satu model yang lebih banyak diteliti, berasal dari tahun 1950-an sebagai cara untuk memahami perilaku-perilaku yang mencemari kesehatan (Rosenstock, 1974). Secara khusus, ia tumbuh dari pekerjaan yang berusaha memahami mengapa sangat sedikit orang yang berpartisipasi dalam program pencegahan dan pendeteksian penyakit. Dinas Kesehatan Umum mengirim unit-unit X dada ke lingkungan lokal untuk melakukan pemeriksaan tuberkulosis secara gratis, tetapi sangat sedikit orang yang memanfaatkan layanan ini. Menurut model ini, tindakan seseorang untuk mengubah perilakunya (atau kurangnya tindakan) merupakan hasil dari penilaian orang terhadap beberapa konstruk. Pertama, seseorang memutuskan apakah dia rentan (kerentanan yang dirasakan) terhadap suatu penyakit atau kondisi, dan membebani hal ini terhadap keparahan penyakit atau kondisi (keparahan yang dirasakan). Sebagai contoh, jika seseorang percaya bahwa dia rentan dan penyakitnya cukup parah untuk memotivasi dia untuk berubah, dia lebih cenderung mengambil tindakan untuk berubah. Atau, jika seseorang tidak percaya dia rentan, meskipun penyakitnya mungkin parah, dia kemungkinan tidak akan bertindak. Seseorang juga mempertimbangkan manfaat tindakan untuk berubah (manfaat yang dirasakan) versus hambatan untuk berubah (hambatan yang dirasakan), dan analisis ini adalah faktor prediktif terkuat untuk perubahan perilaku (Janz, Champion, & Strecher, 2002). Jika seseorang percaya bahwa manfaat lebih besar daripada hambatan, maka dia lebih mungkin mengambil tindakan untuk berubah. Isyarat untuk bertindak, seperti instruksi atau pengingat, juga dapat digunakan untuk memfasilitasi perubahan. Model kepercayaan kesehatan juga mempertimbangkan faktor-faktor lain, seperti usia, jenis kelamin, dan kepribadian, dengan asumsi bahwa faktor-faktor ini dapat memengaruhi motivasi seseorang untuk mengubah perilaku. Kemandirian diri, keyakinan seseorang bahwa dia dapat terlibat dalam perilaku (Bandura, 1986), ditambahkan kemudian sebagai faktor dalam pemeliharaan perilaku (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988); model kepercayaan kesehatan yang asli diuji pada perilaku mencari kesehatan jangka pendek.

Health Belief Model -- Revised

(Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)



Gambar 1 Health Belief Model (Revised)

HBM berasal dari teori psikologi dan perilaku dengan landasan bahwa dua komponen perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah 1) keinginan untuk menghindari penyakit, atau sebaliknya sembuh jika sudah sakit; dan, 2) keyakinan bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah, atau menyembuhkan, penyakit. Pada akhirnya, tindakan individu sering tergantung pada persepsi orang tentang manfaat dan hambatan yang terkait dengan perilaku kesehatan. Ada enam konstruksi HBM. Empat konstruksi pertama dikembangkan sebagai prinsip asli dari HBM. Dua yang terakhir ditambahkan sebagai penelitian tentang HBM yang berevolusi.

1. **Kerentanan yang dirasakan** - Ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang tentang risiko memperoleh penyakit atau penyakit. Ada variasi yang luas dalam perasaan seseorang akan kerentanan pribadi terhadap penyakit atau penyakit.

Resiko atau kerentanan pribadi adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko. Inilah yang mendorong laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki untuk divaksinasi terhadap hepatitis B (de Wit et al., 2005) dan menggunakan kondom sebagai upaya untuk mengurangi kerentanan

terhadap infeksi HIV (Belcher et al., 2005). Kerentanan yang dirasakan memotivasi orang untuk divaksinasi untuk influenza (Chen et al., 2007), untuk menggunakan tabir surya untuk mencegah kanker kulit, dan untuk membersihkan gigi mereka untuk mencegah penyakit gusi dan kehilangan gigi. Adalah logis bahwa ketika orang-orang percaya bahwa mereka berisiko terkena suatu penyakit, mereka akan lebih mungkin melakukan sesuatu untuk mencegahnya terjadi. Sayangnya, sebaliknya juga terjadi. Ketika orang percaya bahwa mereka tidak berisiko atau memiliki risiko rendah kerentanan, perilaku tidak sehat cenderung terjadi. Ini persis apa yang telah ditemukan pada orang dewasa yang lebih tua dan perilaku pencegahan HIV. Karena orang dewasa yang lebih tua umumnya tidak menganggap diri mereka berisiko terinfeksi HIV, banyak yang tidak mempraktekkan seks yang lebih aman (Rose, 1995; Maes & Louis, 2003). Skenario yang sama ini ditemukan dengan mahasiswa perguruan tinggi Asia-Amerika. Mereka cenderung melihat epidemi HIV / AIDS sebagai masalah non-Asia; dengan demikian, persepsi mereka tentang kerentanan terhadap infeksi HIV rendah dan tidak terkait dengan mempraktekkan perilaku seks yang lebih aman (Yep, 1993).

Apa yang telah kita lihat sejauh ini adalah bahwa persepsi peningkatan kerentanan atau risiko terkait dengan perilaku yang lebih sehat, dan menurunnya kerentanan terhadap perilaku tidak sehat. Namun, ini tidak selalu demikian. Pada mahasiswa, persepsi kerentanan jarang dikaitkan dengan adopsi perilaku sehat (Courtenay, 1998), bahkan ketika persepsi risiko tinggi. Misalnya, meskipun mahasiswa menganggap diri mereka berisiko untuk HIV karena perilaku seks tidak aman mereka, mereka masih tidak mempraktekkan seks yang lebih aman (Lewis & Malow, 1997), juga tidak menghentikan penyamakan meskipun mereka menganggap diri mereka berada pada peningkatan risiko kanker kulit (Lamanna, 2004). Persepsi kerentanan menjelaskan perilaku dalam beberapa situasi, tetapi tidak semua.

Ketika persepsi kerentanan dikombinasikan dengan keseriusan, itu menghasilkan ancaman yang dirasakan (Tandu & Rosenstok, 1997). Jika persepsi ancaman adalah penyakit serius yang memiliki risiko nyata, perilaku sering berubah. Inilah yang terjadi di Jerman pada tahun 2001 setelah wabah bovine spongiform encephalitis (BSE), lebih dikenal sebagai penyakit sapi gila. Meskipun penyakit sapi gila tidak terjadi pada manusia, penelitian menunjukkan bahwa makan sapi dengan penyakit ini dapat menghasilkan varian Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD). Varian CJD, seperti BSE, mempengaruhi otak, menyebabkan lubang kecil yang membuatnya tampak seperti spons. Kedua penyakit tidak dapat diobati dan fatal (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2007). Persepsi ancaman tertular penyakit ini melalui makan daging sapi adalah salah satu faktor yang terkait dengan penurunan konsumsi daging di Jerman (Weitkunat et

al., 2003). Orang-orang mengubah perilaku mereka berdasarkan persepsi ancaman penyakit fatal.

Contoh lain di mana persepsi ancaman terkait dengan perubahan perilaku ditemukan pada korban kanker usus besar. Kanker kolorektal adalah penyakit yang sangat serius dengan risiko tinggi kekambuhan. Ini adalah persepsi ancaman kekambuhan yang meningkatkan kemungkinan perubahan perilaku pada orang yang sebelumnya diobati untuk penyakit ini. Secara khusus, perubahan terjadi pada makanan, olahraga, dan berat badan mereka (Mullens et al., 2003). Kami melihat hal yang sama ketika orang melihat ancaman mengembangkan diabetes mellitus non-insulin-dependent (NIDDM). Di antara orang-orang yang orang tuanya memiliki atau memiliki penyakit, persepsi ancaman mengembangkannya sendiri adalah prediksi perilaku yang lebih meningkatkan kesehatan, mengurangi risiko.

Yang paling penting, mereka lebih mungkin daripada yang lain untuk terlibat dalam perilaku untuk mengendalikan berat badan mereka (Forsyth, 1997), mengingat bahwa obesitas merupakan faktor risiko yang diketahui untuk NIDDM. Sama seperti persepsi peningkatan kerentanan tidak selalu mengarah pada perubahan perilaku, seperti yang kita lihat sebelumnya di bab dengan mahasiswa, tidak juga persepsi ancaman meningkat. Ini adalah skenario dengan orang dewasa yang lebih tua dan perilaku penanganan makanan yang aman. Orang dewasa yang lebih tua adalah salah satu kelompok yang paling rentan terhadap penyakit bawaan makanan (Gerba, Row, & Haas, 1996) dan termasuk orang-orang yang dapat menjadi sangat serius. Meskipun mereka merasakan ancaman penyakit dari sumber makanan, mereka masih tidak menggunakan praktik penanganan makanan yang aman (Hanson & Benedict, 2002) sepanjang waktu.

2. **Keparahan yang dirasakan** - Ini mengacu pada perasaan seseorang pada keseriusan tertular penyakit atau penyakit (atau meninggalkan penyakit atau penyakit yang tidak diobati). Ada variasi yang luas dalam perasaan keparahan seseorang, dan sering kali seseorang mempertimbangkan konsekuensi medis (misalnya, kematian, kecacatan) dan konsekuensi sosial (misalnya, kehidupan keluarga, hubungan sosial) ketika mengevaluasi tingkat keparahan.

Konstruksi keseriusan yang dirasakan berbicara kepada keyakinan seseorang tentang keseriusan atau keparahan suatu penyakit. Sementara persepsi keseriusan sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan, mungkin juga berasal dari keyakinan seseorang tentang kesulitan penyakit akan menciptakan atau efek yang akan terjadi pada hidupnya secara umum (McCormick Brown, 1999). Sebagai contoh, sebagian besar dari kita melihat flu sebagai penyakit yang relatif ringan. Kami mendapatkannya, tinggal di rumah

beberapa hari, dan menjadi lebih baik. Namun, jika Anda menderita asma, terjangkit flu dapat membawa Anda ke rumah sakit. Dalam hal ini, persepsi Anda tentang flu mungkin adalah bahwa itu adalah penyakit yang serius. Atau, jika Anda wiraswasta, mengalami flu mungkin berarti satu minggu atau lebih dari upah yang hilang. Sekali lagi, ini akan mempengaruhi persepsi Anda tentang keseriusan penyakit ini.

3. **Kerentanan Manfaat yang dirasakan** - Ini mengacu pada persepsi seseorang tentang efektivitas berbagai tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman penyakit atau penyakit (atau untuk menyembuhkan penyakit atau penyakit). Tindakan yang dilakukan seseorang dalam mencegah (atau menyembuhkan) penyakit atau penyakit bergantung pada pertimbangan dan evaluasi baik kerentanan yang dirasakan maupun manfaat yang dirasakan, seperti bahwa orang tersebut akan menerima tindakan kesehatan yang disarankan jika dianggap bermanfaat.

Konstruksi manfaat yang dirasakan adalah pendapat seseorang tentang nilai atau kegunaan dari perilaku baru dalam mengurangi risiko mengembangkan penyakit. Orang cenderung mengadopsi perilaku yang lebih sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi peluang mereka mengembangkan penyakit. Apakah orang-orang berusaha memakan lima porsi buah dan sayuran sehari jika mereka tidak percaya itu bermanfaat? Apakah orang-orang akan berhenti merokok jika mereka tidak percaya itu lebih baik bagi kesehatan mereka? Apakah orang akan menggunakan tabir surya jika mereka tidak percaya itu berhasil? Mungkin tidak.

Manfaat yang dirasakan memainkan peran penting dalam adopsi perilaku pencegahan sekunder, seperti skrining. Contoh bagusya adalah skrining untuk kanker usus besar. Salah satu tes skrining untuk kanker usus besar adalah kolonoskopi. Ini membutuhkan beberapa hari persiapan sebelum prosedur untuk sepenuhnya membersihkan usus besar: diet terbatas untuk membersihkan cairan diikuti dengan katarsis. Prosedur ini melibatkan penyisipan instrumen tabung yang sangat panjang dan fleksibel dengan kamera di ujung ke rektum untuk melihat panjang usus besar. Prosedurnya sendiri dilakukan di bawah anestesi, sehingga tidak nyaman, tetapi butuh waktu sesudahnya untuk pulih, dan persiapannya memakan waktu. Terlepas dari ketidaknyamanan ini, ini adalah metode terbaik untuk deteksi dini kanker usus besar, penyebab ketiga kematian akibat kanker di Amerika Serikat. Ketika kanker usus besar ditemukan lebih awal, ia memiliki tingkat kesembuhan 90%. Namun, hanya 36% orang di atas usia 50 (yang paling berisiko) telah melakukan skrining ini (New York-Presbyterian Hospital, 2006). Apa yang membuat sebagian orang menjalani skrining dan yang lainnya tidak? Di antara wanita,

mereka yang merasakan manfaat dari kolonoskopi (deteksi dini) lebih mungkin untuk menjalani skrining daripada mereka yang tidak melihat skrining memiliki manfaat (Frank & Swedmark, 2004).

Hal yang sama berlaku untuk kanker payudara. Kita tahu bahwa kanker payudara sebelumnya ditemukan, semakin besar peluang untuk bertahan hidup. Kita juga tahu bahwa pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), bila dilakukan secara teratur, dapat menjadi alat deteksi dini yang efektif. Tetapi tidak semua wanita melakukan BSE secara teratur. Mereka harus percaya ada manfaat dalam mengadopsi perilaku ini, yang persis apa yang ditemukan benar di antara perempuan kulit hitam: mereka yang percaya pemeriksaan payudara sendiri yang bermanfaat melakukannya lebih sering (Graham, 2002).

4. **Hambatan yang Dianggap** - Ini mengacu pada perasaan seseorang pada hambatan untuk melakukan tindakan kesehatan yang direkomendasikan. Ada variasi yang luas dalam perasaan seseorang hambatan, atau hambatan, yang mengarah pada analisis biaya / manfaat. Orang tersebut mempertimbangkan keefektifan tindakan terhadap persepsi bahwa itu mungkin mahal, berbahaya (misalnya, efek samping), tidak menyenangkan (misalnya, menyakitkan), menyita waktu, atau tidak nyaman.

Karena perubahan bukanlah sesuatu yang mudah bagi kebanyakan orang, gagasan terakhir dari HBM membahas masalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Ini adalah evaluasi individu terhadap rintangan dalam cara dia mengadopsi perilaku baru. Dari semua konstruk, hambatan yang dirasakan adalah yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku (Janz & Becker, 1984).

Agar perilaku baru dapat diadopsi, seseorang harus percaya manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi dari melanjutkan perilaku lama (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit, 2004). Hal ini memungkinkan hambatan untuk diatasi dan perilaku baru yang akan diadopsi. Dalam mencoba untuk meningkatkan praktik pemeriksaan payudara pada wanita, tampak jelas bahwa ancaman kanker payudara akan memotivasi penerapan praktek deteksi dini ini. Tentu saja kanker payudara adalah penyakit yang sangat serius, penyakit yang berisiko bagi perempuan dan yang mana persepsi ancamannya tinggi. Bahkan dengan semua ini, hambatan untuk melakukan SADARI memberikan pengaruh yang lebih besar atas perilaku daripada ancaman kanker itu sendiri (Juara, 1993; Juara & Menon, 1997; Ellingson & Yarber, 1997; Umeh & Rogan-Gibson, 2001). Beberapa hambatan ini termasuk kesulitan dengan memulai perilaku baru atau mengembangkan kebiasaan baru, takut tidak dapat melakukan SADARI dengan benar, harus menyerahkan hal-hal untuk melakukan SADARI, dan memalukan (Umeh & Rogan-Gibson, 2001).

Hambatan juga menghalangi perempuan Hispanik mencari tes Pap, meskipun mereka menganggap kanker serviks sebagai serius dan percaya ada manfaat untuk melakukan tes Pap. Hambatan takut bahwa tes itu menyakitkan dan tidak tahu ke mana harus pergi untuk pengujian tidak sebanding dengan manfaat dari tes atau diminimalkan oleh keseriusan penyakit (Byrd et al., 2004). Di kalangan wanita perguruan tinggi, rasa takut akan rasa sakit dan malu adalah hambatan untuk tes Pap. Sangat menarik bahwa keyakinan penghalang ini terbesar di antara wanita yang tidak pernah memiliki tes Pap (Burak & Meyer, 1997).

5. **Cue to action** - Ini adalah stimulus yang diperlukan untuk memicu proses pengambilan keputusan untuk menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan. Isyarat ini dapat bersifat internal (misalnya, nyeri dada, mengi, dll.) Atau eksternal (misalnya, saran dari orang lain, penyakit anggota keluarga, artikel surat kabar, dll.).

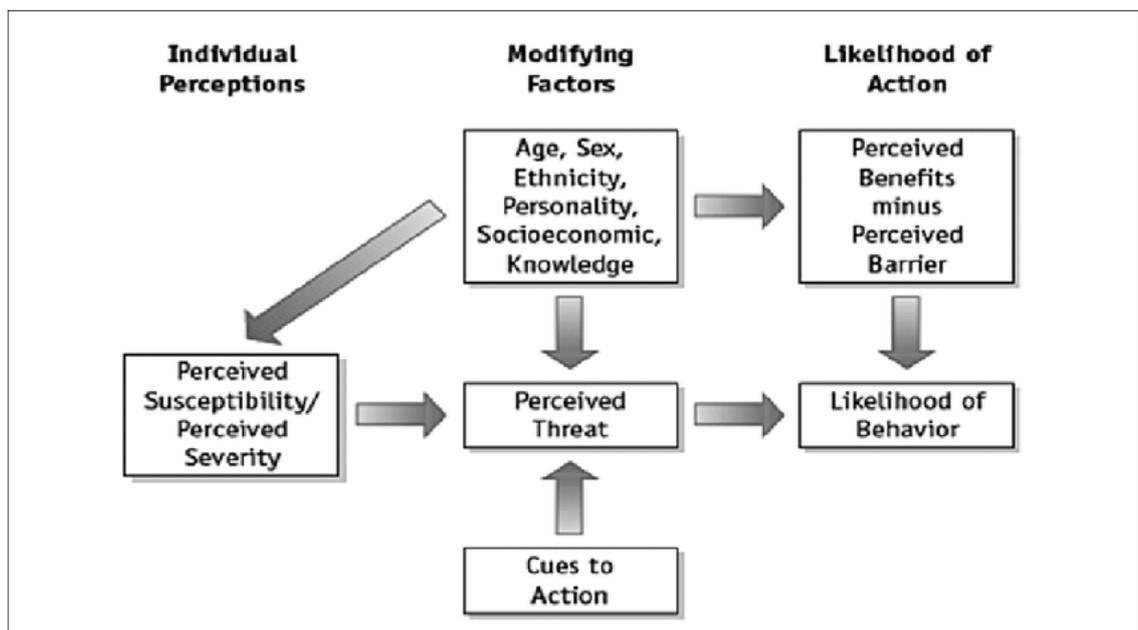
Selain empat keyakinan atau persepsi dan memodifikasi variabel, HBM menunjukkan bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak adalah peristiwa, orang, atau hal-hal yang menggerakkan orang untuk mengubah perilaku mereka. Contohnya termasuk penyakit anggota keluarga, laporan media (Graham, 2002), kampanye media massa, saran dari orang lain, pengingat kartu pos dari penyedia layanan kesehatan (Ali, 2002), atau label peringatan kesehatan pada suatu produk. Mengetahui anggota gereja sesama dengan kanker prostat adalah isyarat yang signifikan untuk bertindak bagi pria Afrika Amerika untuk menghadiri program pendidikan kanker prostat (Weinrich et al., 1998). Mendengar berita TV atau radio tentang penyakit bawaan makanan dan membaca instruksi penanganan yang aman pada paket daging mentah dan unggas adalah isyarat untuk bertindak terkait dengan perilaku penanganan makanan yang lebih aman (Hanson & Benedict, 2002). Memiliki pajangan di kampus-kampus mobil yang terlibat dalam kecelakaan fatal akibat mengemudi dalam keadaan mabuk adalah contoh dari isyarat untuk bertindak — jangan minum dan mengemudi.

6. **Self-efficacy** - Ini mengacu pada tingkat kepercayaan diri seseorang dalam kemampuannya untuk berhasil melakukan suatu perilaku. Konstruksi ini ditambahkan ke model yang paling baru pada pertengahan 1980. Self-efficacy adalah konstruksi dalam banyak teori perilaku karena secara langsung berkaitan dengan apakah seseorang melakukan perilaku yang diinginkan.

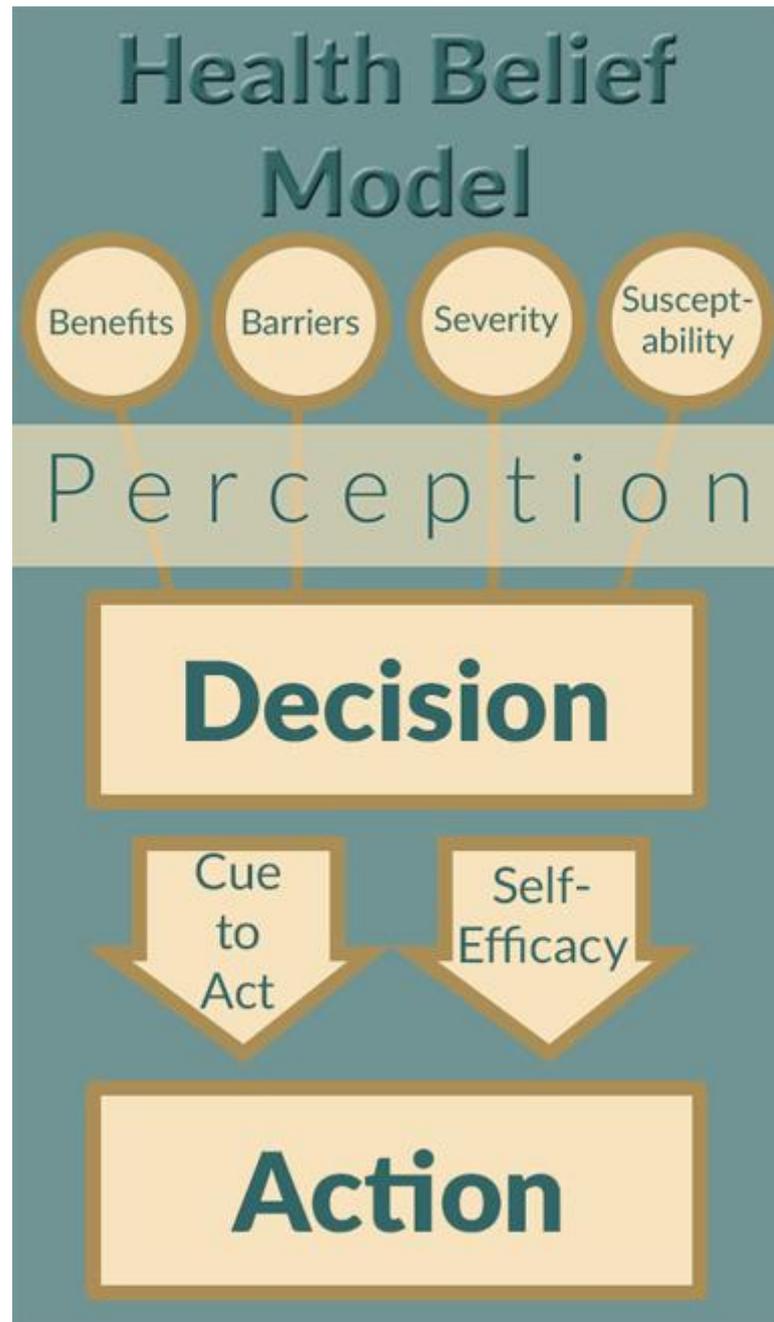
Pada tahun 1988, self-efficacy ditambahkan ke empat keyakinan asli dari HBM (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). Seperti yang telah dibahas dalam Bab 2, self-efficacy adalah keyakinan pada kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu (Bandura, 1977). Orang pada umumnya tidak mencoba melakukan sesuatu yang baru

kecuali mereka berpikir mereka dapat melakukannya. Jika seseorang percaya perilaku baru itu berguna (manfaat yang dirasakan), tetapi tidak berpikir bahwa ia mampu melakukannya (penghalang yang dirasakan), kemungkinan itu tidak akan dicoba. Seperti disebutkan sebelumnya, faktor yang signifikan dalam tidak melakukan BSE adalah takut tidak dapat melakukan BSE dengan benar (Umeh & Rogan-Gibson, 2001). Kecuali seorang wanita percaya dia mampu melakukan BSE (yaitu, memiliki self-efficacy BSE), penghalang ini tidak akan diatasi dan BSE tidak akan dipraktekkan. Ketika kita melihat osteoporosis, latihan self-efficacy dan latihan hambatan adalah prediktor terkuat dari apakah seseorang mempraktekkan perilaku yang diketahui untuk mencegah penyakit ini. Perempuan yang tidak terlibat dalam tingkat yang direkomendasikan latihan menahan beban cenderung memiliki self-efficacy latihan rendah, yang berarti mereka tidak percaya mereka dapat berolahraga, dan melihat ada hambatan yang signifikan untuk latihan (Wallace, 2002). Akibatnya, para wanita ini tidak berolahraga.

Singkatnya, menurut Health belief Model, memodifikasi variabel, isyarat untuk bertindak, dan self-efficacy mempengaruhi persepsi kita tentang kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan dan, oleh karena, perilaku kita (Gambar 2 dan 3).



Gambar 2 Health Belief Model



Gambar 3 Health Belief Model (Lythgoe, 2015)

KETERBATASAN HBM

Teori HBM memiliki beberapa keterbatasan yang membatasi kegunaannya dalam kesehatan masyarakat. Keterbatasan model meliputi:

1. Teori ini tidak memperhitungkan sikap seseorang, keyakinan, norma-norma sosial, atau penentu individu lain yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan.

2. Teori ini tidak memperhitungkan faktor kebiasaan seseorang dalam berperilaku yang dapat menginformasikan proses pengambilan keputusan dalam menerima tindakan yang dianjurkan (misalnya, merokok).
3. Teori ini tidak memperhitungkan perilaku yang dilakukan untuk alasan yang tidak terkait kesehatan seperti penerimaan sosial.
4. Teori ini tidak memperhitungkan faktor lingkungan atau ekonomi yang dapat melarang atau mempromosikan tindakan yang disarankan.
5. Teori ini mengasumsikan bahwa setiap orang memiliki akses ke jumlah yang sama dari informasi tentang penyakit atau penyakit.
6. Teori ini mengasumsikan bahwa isyarat tindakan yang banyak terjadi dalam mendorong orang untuk bertindak dan bahwa "kesehatan" tindakan adalah tujuan utama dalam proses pengambilan keputusan.

Teori HBM hanya sebatas menggambarkan tentang perubahan perilaku, namun tidak menjelaskan dan menyarankan secara detail mengenai strategi untuk mengubah tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Dalam perilaku kesehatan preventif, studi awal menunjukkan bahwa persepsi kerentanan, manfaat, dan hambatan secara konsisten terkait dengan perilaku kesehatan yang diinginkan, keparahan dirasakan adalah kurang sering dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang diinginkan. Individu konstruksi berguna, tergantung pada hasil kesehatan yang menarik, tetapi untuk penggunaan paling efektif dari model itu harus diintegrasikan dengan model lain yang menjelaskan konteks lingkungan dan menyarankan strategi untuk perubahan.

Daftar Pustaka

- Ali, N.S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: A test of the Health Belief Model. *Women & Health*, 35(1), 83–96.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Belcher, L., Sternberg, M.R., Wolotski, R.J., Halkitis, P., & Hoff, C. (2005). Condom use and perceived risk of HIV transmission among sexually active HIV positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 17(1), 79–89.
- Burak, L.J., & Meyer, M. (1997). Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cancer screening beliefs and behavior. *Health Care for Women International*, 18(3), 251–263.
- Byrd, T.L., Peterson, S.K., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive Medicine*, 38(2), 192–198.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). Program Operations Guidelines for STD Prevention: Community and Individual Behavior Change Interventions . Retrieved September 29, 2004, from <http://www.cdc.gov/std/program/community/9-PGcommunity.htm>.
- Champion, V. (1993). Instrument for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42, 139–143.
- Champion, V., & Menon, U. (1997). Predicting mammography and breast self-examination in African-American women. *Cancer Nursing*, 20, 315–322.
- Chen, J.K., Fox, S.A., Cantrell, C.H., Stockdale, S.E., & Kagawa-Singer, M. (2007). Health disparities and prevention: Racial/ethnic barriers to flu vaccinations. *Journal of Community Health*, 32(1), 5–20.
- Chris W. Johnson, Philippe Palanqu. *Human Error Safety And Systems Development*. 2004. Kluwer Academic Publishers, New York
- Cooper, Dominic. 1999. *Implementing The Behaviour-Based Approach: A Practical Guide*. Applied Behavioural Sciences, 1060 Holderness Road, Hull, East Yorks HU9 4AH, UK.
- Courtenay, W.H. (1998). College men's health: An overview and call to action. *Journal of American College Health*, 46(6), 279–287.
- David Shinar. *Traffic safety and Human Behavior*. 2007. Elsevier

- de Wit, J.B.F., Vet, R., Schutten, M., & van Steenberg, J. (2005). Social cognitive determinants of vaccination behavior against hepatitis B: An assessment among men who have sex with men. *Preventive Medicine*, 40(6), 795–802.
- Ellingson, L.A., & Yarber, W.L. (1997). Breast self-examination, the Health Belief Model, and sexual orientation in women. *Journal of Sex Education & Therapy*, 22, 19–24.
- Forsyth, L.H. & Goetsch, V.L. (1997). Perceived threat of illness and health protective behaviors in offspring of adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Behavioral Medicine*, 23(3), 112–120.
- Frank, D., Swedmark, J., & Grubbs, L. (2004). Colon cancer screening in African American women. *ABNF Journal*, 15(4), 67–70.
- Gerba, C.P., Rose, J.B., & Haas, C.N. (1996). Sensitive populations: Who is at the greatest risk? *International Journal of Food Microbiology*, 30, 113–123.
- George A. Peters, Barbara J. Peters. *Human Error Causes and Control*. 2006. Taylor & Francis Group
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M. (Eds.). (2002). *Health Behavior and Health Education* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Graham, M.E. (2002). Health beliefs and self breast examination in black women. *Journal of Cultural Diversity*, 9(2), 49–54.
- Hanson, J.A., & Benedict, J.A. (2002). Use of Health Belief Model to examine older adults' food-handling behaviors. *Journal of Nutrition Education*, 34, S25–S30.
- Hochbaum, G.M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-psychological Study* (Public Health Service Publication No. 572). Washington, DC: Government Printing Office.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>
- <https://www.scienceandsensibility.org/blog/perception-is-everything---understanding-the-health-belief-model>
- International Ergonomics Association. What is ergonomics? (<http://www.iea.cc/whats/index.html>, accessed 10 September 2018).
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Lamanna, L.M. (2004). College students' knowledge and attitudes about cancer and perceived risks of developing skin cancer. *Dermatology Nursing*, 16(2), 161–176.

- Lewis, J.E., & Malow, R.M. (1997). HIV/AIDS risks in heterosexual college students. *Journal of American College Health*, 45(4), 147–155.
- Maes, C.A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors of older adults. *The Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(11), 509–516.
- McCormick-Brown, K. (1999). Health Belief Model. Retrieved September 27, 2005, from http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm.
- Mufti Wirawan, Ridwan Z. Sjaaf. Human Factor & Safety. 2015. University Of Indonesia OHS Department
- Mullens, A.B., McCaul, K.D., Erickson, S.C., & Sandgren, A.K. (2003). Coping after cancer: Risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 367–376.
- National Cancer Institute. (2003). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2007). Transmissible spongiform encephalopathies information page. Retrieved March 29, 2007, from <http://www.ninds.nih.gov/disorders/tse/tse.htm>.
- New York-Presbyterian Hospital. (2006). Colonoscopy promoted during colorectal cancer awareness month. Retrieved April 22, 2007, from <http://www.nyp.org/news/health/060322.html>.
- Rose, M.A. (1995). Knowledge of human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome, perception of risk, and behaviors among older adults. *Holistic Nursing Practice*, 10(1), 10–17.
- Rosenstock, I.M, Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Samuel G. Charlton, Thomas G. O'Brien. *Handbook of Human Factors Testing and Evaluation*
- Strecher, V., & Rosenstock, I.M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (2nd ed.). San Francisco: Jossey Bass.

- Umeh, K., & Rogan-Gibson, J. (2001). Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology*, 6(4), 361–673.
- Wallace, S.L. (2002). Osteoporosis prevention in college women: Application of the Expanded Health Belief Model. *American Journal of Health Behavior*, 26(3), 163–172.
- Weinrich, S., Hodlford, D., Boyd, M., Creanga, D., Cover, K., Johnson, A., Frank-Stromborg, M., & Weinrich, M. (1998). Prostate cancer education in African American churches. *Public Health Nursing*, 15(3), 188–195.
- Weitkunat, R., Pottgieber, C., Meyer, N., Crispin, A., Fischer, R., Schotten, K., Kerr, J., & Uberia, K. (2003). Perceived risk of bovine spongiform encephalopathy and dietary behavior. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 373–382.
- Yep, G.A. (1993). HIV prevention among Asian American college students: Does the Health Belief Model work? *Journal of American College Health*, 41 (5), 199–205.