

## Perbedaan *Health Belief Model* Berdasarkan Gender pada Mahasiswa Kedokteran

Rahmiyati<sup>1</sup>, Jehan Safitri<sup>2</sup>, Firdha Yuserina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magister Psikologi, Universitas Gadjah Mada

<sup>2,3</sup> Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat

<sup>1</sup>rrahmiyati.rahmi@gmail.com

### ABSTRACT

*Gender difference in individual health beliefs have been reported in many studies, however there were inconsistent studies resulted regarding the presence or absence of gender difference. Medical students as future doctors considered as role models in community. The lifestyle of a doctor not only affects themselves but also has a significant influence on their surrounding environment. The aim of this study was to determine the health belief model (HBM) difference based on gender among medical students. This study employed a quantitative cross-sectional research design. The subjects were medical students, consisting of 54 males and 57 females. Stratified random sampling was used for sampling. The measurement employed the Health Belief Model (HBM) scale developed by the researchers based on the six dimensions of HBM from Champion dan Skinner (2008). Data were analyzed using independent t-test. The results of this study indicated that there was no significant HBM difference based on gender. Both groups had good level of HBM. Based on the resulted, it can be concluded that there was no HBM difference based on gender among medical students.*

**Keywords:** *health belief model (HBM), gender, medical student*

### ABSTRAK

Perbedaan gender pada *health belief* individu telah banyak dilaporkan dalam penelitian, namun terdapat hasil yang tidak konsisten mengenai ada atau tidak adanya perbedaan gender. Mahasiswa kedokteran sebagai dokter masa depan dianggap teladan di masyarakat. Gaya hidup dokter tidak hanya berdampak pada diri sendiri, namun memiliki pengaruh besar pada lingkungan sekitarnya. Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui perbedaan *health belief model* (HBM) berdasarkan gender pada mahasiswa kedokteran. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif *cross-sectional*. Subyek penelitian ini adalah mahasiswa kedokteran yang terdiri dari 54 laki-laki dan 57 perempuan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *stratified random sampling*. Skala dalam penelitian ini menggunakan skala Health Belief Model (HBM) yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan enam dimensi HBM dari Champion dan Skinner (2008). Data dianalisis menggunakan uji *independent t-test*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan HBM berdasarkan gender. Kedua kelompok memiliki tingkat HBM yang baik. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan HBM berdasarkan gender pada mahasiswa kedokteran.

**Kata kunci :** *health belief model (HBM), gender, mahasiswa kedokteran*

## ARTICLE INFO

### Article history

Received : 04-07-2023

Revised : 27-05-2024

Accepted : 02-11-2024

## Pendahuluan

Indonesia sedang mengalami transisi epidemiologi pada bidang kesehatan, tren penyakit menular yang belum teratasi sepenuhnya mulai tergantikan dengan tren penyakit tidak menular (PTM) yang cenderung meningkat (Pranita 2019; Kemenkes, 2016). Faktor utama penyebab PTM adalah gaya hidup seperti pola makan dengan gizi tidak seimbang, aktivitas fisik yang kurang, dan merokok (Pranita, 2019; Kemenkes, 2016). Kemenkes (2016) mengemukakan bahwa pencegahan dan pengendalian PTM yang paling efektif adalah kembali pada penerapan gaya hidup sehat. Gaya hidup sehat yang diterapkan oleh masing-masing individu merupakan investasi bangsa. Hal ini berkaitan dengan status Indonesia yang sedang mengalami bonus demografi. Farradika et al. (2019) mengemukakan bahwa kondisi sehat bagi usia produktif menjadi prasyarat untuk memanfaatkan bonus demografi. Oleh karena itu, gaya hidup sehat menjadi kebutuhan bagi penduduk produktif agar bisa memaksimalkan potensinya. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Azizah dan Indartono (2019) bahwa keluarga sehat dengan gizi yang baik berfungsi sebagai fondasi bagi pencapaian tujuan-tujuan pembangunan negara lainnya.

Salah satu golongan umur produktif adalah mahasiswa, namun mahasiswa juga menjadi salah satu golongan yang banyak mengabaikan gaya hidup sehat (Chahyati, 2016). Pada mahasiswa kesehatan seperti pendidikan dokter yang berperan sebagai promotor kesehatan, diharapkan dapat menjadi contoh bagi masyarakat dengan menerapkan gaya hidup sehat. Mahasiswa pendidikan dokter harus memiliki gaya hidup sehat terlebih dahulu sebelum melayani masyarakat di sekitarnya (Yadav et al., 2016). Namun beberapa penelitian yang dilakukan pada mahasiswa kedokteran menunjukkan hasil yang berbeda. Mahasiswa kedokteran memiliki prevalensi hipertensi dan faktor risiko penyakit kardiovaskular yang tinggi (Nyombi et al., 2016), kebiasaan makan yang kurang baik dan olahraga yang rendah (Asghar et al., 2019; Yousif et al., 2019), konsumsi buah dan sayur yang rendah (Borlu et al., 2019), hingga masih adanya konsumsi tembakau (merokok) dan kesenjangan dalam kesadaran bahaya merokok (Vankhuma et al., 2019). Permasalahan ini memerlukan intervensi mengingat peran mahasiswa kedokteran yang cukup strategis di masa depan.

Upaya intervensi penerapan gaya hidup sehat dapat dimulai dari memahami penyebab individu berperilaku sehat. Salah satu faktor yang memengaruhi individu berperilaku adalah keyakinan. Keyakinan (*belief*) merupakan penghubung antara sosialisasi pengetahuan dan perilaku yang menjadi karakteristik individu dan bisa dimodifikasi melalui proses sosialisasi (Abraham & Sheeran, 2005). Semakin kuat keyakinan individu terhadap dampak perilakunya, semakin tinggi peluang individu tersebut untuk melakukan perubahan perilaku (Langford et al., 2018). Teori psikologi yang berkaitan dengan keyakinan pada kesehatan adalah teori *health belief model* (HBM). Priyoto (2014) mengemukakan bahwa HBM merupakan suatu model psikologis yang berkaitan dengan perubahan perilaku kesehatan dengan memperhatikan pada persepsi dan keyakinan individu terkait suatu penyakit. Dimensi HBM menurut Champion dan Skinner (2008) terdiri dari *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *cues to action*, dan *self-efficacy*. Jika ingin berhasil merubah perilaku, maka individu harus merasakan ancaman dari pola perilaku saat ini (*perceived susceptibility* dan *perceived severity*), percaya bahwa perubahan perilaku yang dilakukan akan menghasilkan manfaat (*perceived benefit*), dan juga harus merasa bahwa mereka mampu atau kompeten (*self-efficacy*) mengatasi hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) untuk mengambil tindakan berupa gaya hidup sehat.

Faktor-faktor yang memengaruhi HBM individu adalah faktor demografi seperti gender, umur, ras, etnis; faktor sosiopsikologis seperti kepribadian, kelas sosial, serta tekanan dan pengetahuan kelompok sebaya; faktor sosioekonomi; faktor lainnya seperti pengetahuan tentang penyakit dan riwayat terhadap penyakit (Champion & Skinner, 2008; Abraham & Sheeran, 2005; Rosenstock, 1974). Gender menjadi salah satu faktor yang memengaruhi HBM. Jika ingin mencapai kesejahteraan dan kesehatan yang baik, maka kebijakan dan praktisi kesehatan harus memiliki pemahaman gender bahwa laki-laki dan perempuan memiliki keunikan tersendiri (de Visser, 2019; Magar, 2015). Gender merupakan suatu sifat yang menjadi acuan untuk membedakan laki-laki dan perempuan dengan tidak hanya melihat pada aspek biologis namun yang utama pada kondisi sosial budaya, nilai dan perilaku, dan kejiwaan. Sifat ini disimpulkan oleh masyarakat tempat individu dilahirkan dan dibesarkan serta dapat dimiliki oleh laki-laki dan/atau perempuan karena perubahan waktu dan tempat yang dialami oleh masing-masing individu (Rokhmansyah, 2016; Fakih, 2013; Sudarma, 2008).

Penelitian terdahulu menunjukkan terdapat hasil yang berbeda atau tidak konsisten mengenai perbedaan HBM berdasarkan gender. Penelitian Hamasha et al. (2018) pada pasien yang datang ke klinik rawat jalan di King Abdulaziz Medical City menunjukkan tidak ada perbedaan *health belief* terkait kesehatan mulut. Adapun penelitian Zhang et al. (2014) yang

dilakukan pada komunitas Cina non-akademis menunjukkan terdapat perbedaan gender pada *health belief* terkait kesehatan tulang, khususnya pada persepsi keseriusan, hambatan, dan motivasi. Selanjutnya penelitian Riskiafianti dan Rozali (2018) pada remaja menunjukkan adanya perbedaan *health belief* antara laki-laki dan Perempuan dalam memaknai *vape*. Hasil penelitian Noviyanto dan Wijaya (2016) selanjutnya juga menunjukkan terdapat perbedaan gender pada *health belief* dimana mahasiswi memiliki *health belief* yang lebih baik daripada mahasiswa laki-laki. Adapun hasil penelitian Seftiana et al. (2019) dengan subyek pasien rumah sakit menyebutkan bahwa *health belief* laki-laki lebih baik daripada perempuan. Hasil penelitian yang belum konsisten ini memperkuat diperlukannya penelitian terbaru tentang perbedaan HBM berdasarkan gender dengan analisa yang lebih dalam. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui perbedaan HBM berdasarkan gender pada mahasiswa kedokteran dengan hipotesis ada perbedaan HBM berdasarkan gender pada mahasiswa kedokteran.

## Metode

Penelitian ini merupakan studi komparatif antara laki-laki dan perempuan yang dilakukan pada mahasiswa aktif pra-klinik Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Lambung Mangkurat. Jumlah populasi pada kelompok laki-laki adalah 148 orang dan pada kelompok perempuan 314 orang. Pengambilan sampel menggunakan teknik *stratified random sampling* dan *disproportional random sampling*. Subyek dalam penelitian ini adalah mahasiswa kedokteran. Jumlah sampel akhir yang masuk dalam proses analisis hipotesis adalah 54 orang laki-laki dan 57 orang Perempuan.

Kuesioner penelitian terdiri dari informasi demografi dan skala likert berdasarkan teori HBM (Champion & Skinner, 2008). Skala HBM yang digunakan merupakan pengembangan sendiri oleh peneliti berdasarkan penjabaran dari enam dimensi HBM (*perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *cues to action*, dan *self-efficacy*). Skala HBM menggunakan empat opsi respon dengan rentang nilai 1 (sangat tidak sesuai) hingga 4 (sangat sesuai) pada aitem positif (*favorable*) dan terjadi sebaliknya pada aitem *unfavorable*. Namun pada dimensi *perceived barrier* terdapat perbedaan proses penilaian yang merupakan kebalikan dari dimensi lainnya. Hal ini sebagaimana yang sudah dilakukan oleh Wong et al. (2013) dan Yang et al. (2016). Skor *perceived barrier* yang tinggi menunjukkan individu memiliki hambatan (*barrier*) yang kecil (Yang, et al., 2016). Skala HBM menjalani tahap uji coba (*field test*) pada 30 orang laki-laki dan 30 orang perempuan mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) ULM.

Validasi isi skala dilakukan oleh dua orang ahli psikologi klinis. Adapun nilai reliabilitas skala adalah 0,758. Sehingga untuk pengujian deskriptif statistik dan uji perbedaan rata-rata akan menggunakan satu skor dari total skor semua dimensi HBM, sebagaimana yang dilakukan oleh Eo dan Kim (2019) dalam menjelaskan deskripsi skor rata-rata dan deviasi standar dari HBM.

Teknik analisis data pada penelitian dilakukan dengan program SPSS yaitu melalui uji *independent t-test*. Teknik ini dipilih untuk mengetahui perbedaan HBM berdasarkan gender pada mahasiswa kedokteran di PSPD ULM.

## Hasil

Hasil analisis deskriptif pada Tabel 1 menampilkan perbandingan skor hipotetik dan skor empirik data penelitian. Berdasarkan data yang diperoleh dapat diketahui bahwa *mean* empirik laki-laki dan perempuan lebih tinggi dibandingkan *mean* hipotetik ( $55,96 > 50$ ;  $57,96 > 50$ ). Oleh karena itu dapat diartikan bahwa subjek penelitian cenderung memiliki HBM dalam kategori yang tinggi, karena angka rata-rata yang diperoleh subjek penelitian di lapangan lebih tinggi daripada angka rata-rata secara teoritis. Adapun perbandingan nilai standar deviasi menunjukkan bahwa standar deviasi hipotetik lebih besar daripada standar deviasi empirik ( $6,67 > 5,103$ ;  $6,67 > 5,574$ ). Hal ini dapat diartikan bahwa skor subjek penelitian memiliki variasi yang rendah atau dapat dikatakan bahwa skor para subjek tidak jauh berbeda, cenderung mirip, atau seragam.

Tabel 1

Perbandingan Skor Hipotetik dan Skor Empirik HBM Subjek

Gender	Skor Hipotetik				Skor Empirik			
	X-min	X-max	Mean	SD	X-min	X-max	Mean	SD
Laki-laki	20	80	50	6,67	45	69	55,96	5,103
Perempuan					46	72	57,96	5,574

Setelah mengetahui perbandingan hipotetik dan empirik, maka selanjutnya dilakukan penggolongan atau kategorisasi data. Kategorisasi subjek menggunakan norma skor hipotetik. Adapun hasil kategorisasi data dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2

Kategorisasi Subjek

Variabel	Rentang Nilai	Kategori	Frekuensi		Persentase	
			Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
HBM	$X < 43,33$	Rendah	-	-	-	-
	$43,33 \leq X < 56,67$	Sedang	25	24	46,30%	42,10%
	$56,67 \leq X$	Tinggi	29	33	53,70%	57,90%

Berdasarkan hasil kategorisasi, pada kelompok laki-laki terlihat bahwa tidak ada subjek yang memiliki HBM kategori rendah, 25 subjek (46,30%) memiliki HBM kategori sedang, dan 29 subjek (53,70%) memiliki HBM kategori tinggi. Adapun pada kelompok perempuan didapatkan hasil bahwa tidak ada subjek yang memiliki HBM kategori rendah, 24 subjek (42,10%) memiliki HBM kategori sedang, dan 33 subjek (57,90%) memiliki HBM kategori tinggi.

Pengujian hipotesis diawali dengan uji asumsi berupa uji normalitas dan homogenitas. Berdasarkan hasil *Kolmogorov-Smirnov* didapatkan hasil signifikansi lebih dari 0,05 dimana pada laki-laki sebesar 0,06 dan perempuan 0,08. Oleh karena itu disimpulkan bahwa kedua kelompok berdistribusi normal. Adapun nilai signifikansi homogenitas adalah 0,542 ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan varian kedua kelompok adalah sama atau homogen. Dengan demikian hasil uji hipotesis dapat dilihat pada *Equal Variance Assumed* yang menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada kedua kelompok ( $t(109) = -1,970, p = 0,051$ ) dengan perbedaan rata-rata atau *gain score* antara laki-laki dan perempuan sebesar 2,002.

## Pembahasan

Hasil pengujian hipotesis menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada HBM mahasiswa kedokteran antara gender laki-laki dan perempuan. Hasil ini sesuai dengan penelitian Hamasha et al. (2018), Zhang et al. (2014), dan Davis et al. (2012). Hasil temuan ini tidak sejalan dengan penelitian Seftiana et al. (2019), Riskiafianti dan Rozali (2018), Noviyanto dan Wijaya (2016), dan Saeidi et al. (2014).

Tidak adanya perbedaan HBM yang signifikan pada penelitian ini dimungkinkan karena latar belakang pendidikan kelompok laki-laki dan perempuan yang menempuh perkuliahan di bidang kesehatan, yaitu pendidikan dokter. Pada mahasiswa akademisi kedokteran yang di masa depannya menjadi teladan kesehatan, maka proses pembelajaran akan berkaitan dengan pengetahuan kesehatan. Hal ini dimungkinkan menjadi penyebab HBM kedua kelompok tidak jauh berbeda. Sebagaimana yang terjadi pada penelitian Hamasha et al (2018) ketika lebih dari 90% subjek memiliki pengetahuan tentang kebersihan mulut, maka didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan gender yang signifikan mengenai *health belief* kebersihan mulut.

Pengaruh latar belakang pendidikan dan menjalani proses perkuliahan yang sama terhadap HBM kedua kelompok juga diperkuat dari hasil kategorisasi data dan perbandingan *mean* hipotetik dan empirik subjek penelitian. Berdasarkan hasil tersebut dapat dilihat bahwa

proporsi kedua kelompok hampir sama, dimana urutan kategori subjek dari yang terbanyak secara berturut-turut adalah kategori tinggi, sedang, dan tidak ada yang berada di kategori rendah. Adapun dari hasil perbandingan *mean* hipotetik dan empirik dapat dikatakan bahwa kedua kelompok subjek penelitian memiliki kecenderungan HBM pada kategori tinggi karena angka rata-rata yang diperoleh di lapangan lebih tinggi daripada angka rata-rata secara teoritis. Hal ini menunjukkan bahwa kedua kelompok subjek penelitian memiliki HBM yang cukup baik. Champion dan Skinner (2008) mengatakan bahwa pengetahuan menjadi salah satu komponen yang memengaruhi HBM. Oleh karena itu, proses pembelajaran di perkuliahan yang dijalani subjek sebagai mahasiswa kedokteran telah mendukung terbentuknya HBM yang baik pada subjek penelitian. Sebagaimana pernyataan Yadav et al. (2016) bahwa mahasiswa kedokteran dikenal memiliki pengetahuan tentang gaya hidup sehat yang lebih baik dibanding mahasiswa bidang studi lainnya. Yousif et al. (2019) juga menambahkan bahwa mahasiswa kedokteran menyadari pentingnya gaya hidup sehat.

Adapun mengenai masih adanya subjek yang berada di kategori sedang, maka hal ini dimungkinkan karena pengaruh lingkungan khususnya interaksi dengan senior. Berdasarkan hasil studi kualitatif Cresswell dan Monrouxe (2017) ditemukan bahwa perilaku hidup bersih mahasiswa kedokteran dipengaruhi oleh perkataan dan perilaku yang terlihat dari senior. Seperti yang dikemukakan oleh Afifah et al. (2014) bahwa beban perkuliahan yang lebih tinggi pada mahasiswa kedokteran tahun kelima dapat menyebabkan pola makan sehat yang tidak teratur. Perilaku gaya hidup tidak sehat yang dicontohkan oleh sebagian senior, di samping ada senior lain yang memberikan contoh yang baik, dimungkinkan memengaruhi adanya subjek penelitian yang tidak sepenuhnya memiliki HBM yang tinggi atau dengan kata lain berada di kategori sedang. Sebagaimana yang dikemukakan Priyoto (2014) bahwa adanya dorongan dalam lingkungan individu menjadi salah satu faktor esensial HBM.

Meskipun tidak ada perbedaan yang signifikan, terdapat selisih rata-rata atau *gain score* yang dimiliki kedua kelompok penelitian, dimana rata-rata skor HBM pada kelompok laki-laki lebih kecil daripada rata-rata kelompok perempuan. Rata-rata skor HBM yang lebih tinggi pada kelompok perempuan menandakan bahwa perempuan cenderung memiliki keyakinan dan berpotensi menerapkan perilaku sehat yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Pada taraf tertentu pria meyakini tentang pentingnya makan sehat, namun hal ini tidak sekuat keyakinan yang dimiliki perempuan (Wardle et al., 2004). Hasil penelitian Wardle dan tim peneliti menjelaskan bahwa sejak kecil perempuan cenderung ikut terlibat dalam persiapan makan keluarga sehingga bisa berlanjut mempersiapkan makan yang sehat ketika dewasa. Pengalaman di keluarga dapat memengaruhi perempuan untuk menjalankan gaya hidup sehat (Alidu &

Grunfeld, 2017). Lebih lanjut Alidu dan Grunfeld (2017) juga mengemukakan bahwa pada laki-laki tidak secara sadar memikirkan kesehatan mereka dan hal ini berbeda dengan perempuan yang menganggap penting untuk menyeleksi dan merencanakan makanan yang akan dikonsumsi. Perempuan dilaporkan cenderung lebih sehat dan memiliki nutrisi yang seimbang (White et al., dalam de Visser, 2019).

Ketika hasil penelitian ini memperlihatkan tidak ada perbedaan gender yang signifikan pada HBM, namun analisis lebih lanjut pada penelitian Hamasha et al. (2018) dan Zhang et al. (2014) menemukan bahwa perbedaan gender yang signifikan justru terlihat pada pengukuran perilaku tampak yang dilakukan oleh subjek. Penelitian Hamasha et al. (2018) menunjukkan adanya perbedaan gender yang signifikan pada perilaku kebersihan mulut. Terdapat perbedaan 12-45% antara individu yang memiliki keyakinan perilaku kebersihan mulut dengan individu yang sungguh-sungguh menerapkan perilaku tersebut. Adapun penelitian Zhang et al. (2014) menunjukkan adanya perbedaan gender yang signifikan pada perilaku merokok, konsumsi alkohol, kedelai, dan daging atau telur. Berdasarkan adanya perbedaan antara keyakinan dan perilaku tersebut maka dapat disimpulkan bahwa keyakinan kesehatan atau *health belief* bukan satu-satunya faktor yang memengaruhi gaya hidup sehat. Terdapat faktor-faktor lainnya yang belum dipelajari dalam penelitian ini dan dapat menjadi pertimbangan bagi penelitian selanjutnya. Conner dan Norman (2005) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi individu berperilaku sehat adalah ketersediaan akses ke perawatan kesehatan, persepsi akan bahaya penyakit, pengetahuan tentang penyakit, karakteristik jaringan sosial, demografi, dan keyakinan tentang kualitas dan manfaat dari perilaku sehat. Selain itu, perbedaan gender yang signifikan baru terlihat pada analisis dimensi. Penelitian Zhang et al. (2014) menunjukkan terdapat perbedaan gender yang signifikan pada dimensi *perceived seriousness*, *perceived barriers*, dan *perceived motivation* yang berkaitan dengan *health belief* perilaku pencegahan osteoporosis. Berdasarkan penjelasan tersebut maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan hasil pengukuran antara keyakinan yang dimiliki (*health belief*) dan perilaku yang dilakukan individu serta terdapat perbedaan hasil antara analisis variabel (unidimensi) dan analisis dimensi (multidimensi). Oleh karena itu, pengukuran dengan berbagai pendekatan dan lebih spesifik dapat menjadi pertimbangan bagi penelitian selanjutnya untuk memperoleh gambaran yang lebih baik mengenai perbedaan gender sehingga mendukung intervensi yang lebih tepat.

Ada atau tidak adanya perbedaan gender mengenai kesehatan merupakan hal yang dinamis. Gender merupakan suatu sifat yang dijadikan acuan untuk membedakan laki-laki dan perempuan dari segi kondisi sosial budaya, nilai dan perilaku, dan kejiwaan, serta faktor-faktor



nonbiologis lainnya (Rokhmansyah, 2016). Menurut Magar (2015) dengan mengetahui perbedaan pengalaman antara laki-laki dan perempuan, gender dapat dipahami sebagai hal yang dinamis dan berlapis dengan beragam faktor sosial yang saling bersilangan dan kemudian berdampak pada kesehatan. Hyde (2014) menambahkan melalui pandangan interseksionalitas yang menyatakan bahwa efek gender tidak pernah dapat dipahami secara terpisah dan harus selalu dikaji dalam konteks etnisitas dan identitas sosial lainnya. Berdasarkan hal tersebut, perubahan gaya hidup sehat pada laki-laki dan perempuan memerlukan pendekatan multifaktor. Glanz et al. (2015) mengungkapkan bahwa agar intervensi perubahan gaya hidup sehat berjalan efektif, harus ada rancangan strategi berdasarkan pemahaman tentang objek intervensi; kesehatan, konteks budaya, dan karakteristik sosial; serta keyakinan, sikap, nilai, keterampilan, dan pengalaman masa lalu.

Pada hasil penelitian ini terdapat beberapa kekurangan atau keterbatasan yang perlu diperhatikan. Pertama, adanya kemungkinan pengaruh pengetahuan yang dimiliki subjek selaku mahasiswa kedokteran (*prior knowledge*) terhadap jawaban yang diberikan pada skala HBM. Kedua, sampel penelitian hanya berasal dari satu wilayah yaitu mahasiswa kedokteran PSPD ULM. Oleh karena itu perlu kehati-hatian untuk mengeneralisasikan hasil penelitian ini pada kelompok yang lebih luas seperti mahasiswa kedokteran di seluruh Indonesia atau pada populasi yang berbeda seperti mahasiswa ilmu sosial.

## **Kesimpulan**

Penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan HBM berdasarkan gender pada mahasiswa kedokteran. Kedua kelompok secara bersamaan memiliki HBM yang cukup baik. Meskipun demikian, terdapat selisih yang tidak signifikan pada kedua kelompok, di mana perempuan cenderung memiliki keyakinan dan berpotensi menerapkan perilaku sehat yang lebih besar dibandingkan laki-laki.

Nilai HBM yang cukup baik pada subjek penelitian diharapkan dapat dipertahankan dan ditingkatkan lagi dengan tetap aktif memahami ilmu kedokteran yang didapat dalam proses perkuliahan dan bersifat selektif dalam mencontoh perilaku orang-orang di sekitar. Adapun harapan bagi institusi khususnya kampus kedokteran adalah adanya pemberian kebijakan yang dapat mendorong terbentuknya perilaku hidup sehat secara langsung dan tidak berfokus pada

peningkatan pengetahuan atau intervensi. Selain itu, institusi dapat memberikan ketegasan tentang kewajiban setiap individu agar bisa menjadi teladan bagi sekitarnya.

Beberapa kekurangan dalam penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi peneliti selanjutnya. Peneliti dapat melakukan pengukuran HBM, tingkat pengetahuan, dan perilaku sehat yang sudah diterapkan secara bersamaan. Selain melakukan analisa pada variabel, peneliti dapat menambahkan analisa per dimensi. Selain itu, hasil penelitian yang tidak dapat digeneralisasikan secara luas di luar mahasiswa kedokteran PSPD ULM, maka diperlukan penelitian dengan jangkauan wilayah yang lebih besar untuk memperoleh gambaran perbedaan HBM berdasarkan gender pada populasi tersebut.

## Referensi

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). *The health belief model*. In M. Conner & P. Norman (Eds), Predicting health behaviour 2nd edition. Open University Press.
- Afifah, N., Sari, S. Y. I., & Miftahurachman, M. (2014). Health Behavior Among Medical Student at Universitas Padjadjaran. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*, 3(1), 72-79.
- Alidu, L., & Grunfeld, E. A. (2017). Gender differences in beliefs about health: A comparative qualitative study with Ghanaian and Indian migrants living in the United Kingdom. *BMC psychology*, 5(1), 8.
- Asghar, A., Shah, A. M., Hussain, A. A., Tahir, A., & Asghar, H. (2019). Frequency of Pre-obesity and Obesity in Medical Students of Karachi and the Predisposing Lifestyle Habits. *Cureus*, 11(1).
- Azizah, H. U. N., & Indartono, S. (2019). *Contribution of Educational System Quality and Health Condition to Welcome Demographic Bonus in Indonesia*. In International Conference on Social Science and Character Educations (IcoSSCE 2018) and International Conference on Social Studies, Moral, and Character Education (ICSMC 2018). Atlantis Press.
- Borlu, A., Aykut, M., Çelik, N., Gün, İ., Timur, A., & Karaca, S. (2019). Fruit and vegetable consumption of last grade medical students and related factors. *Progress in Nutrition*, 21(1), 86-92.
- Chahyati, Y. (2016, Oktober 01). *Mahasiswa banyak abaikan pola hidup sehat*. Diakses pada 22 September 2019 di <https://www.ayobandung.com/read/2016/10/01/11917/mahasiswa-banyak-abaikan-pola-hidup-sehat>.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). *The health belief model*. In K. Glanz, B. K. Krimer & K. Viswanath (Eds), Health behavior and health education: theory, research, and practice. Jossey-Bass.
- Cresswell, P., & Monrouxe, L. V. (2018). 'And you'll suddenly realise 'I've not washed my hands': medical students', junior doctors' and medical educators' narratives of hygiene behaviours. *BMJ open*, 8(3).

- de Visser, R. (2019). *Gender and health*. In C. D. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. Petrie, T. Revenson, & J. Weinman (Eds), *The cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press
- Davis, J. L., Buchanan, K. L., Katz, R. V., & Green, B. L. (2012). Gender differences in cancer screening beliefs, behaviors, and willingness to participate: implications for health promotion. *American journal of men's health*, 6(3), 211-217.
- Eo, Y. S., & Kim, J. S. (2019). Associations of health belief and health literacy with Pap smear practice among Asian immigrant women. *European Journal of Oncology Nursing*, 42, 63-68.
- Fakih, M. (2013). *Analisis gender dan transformasi sosial*. Pustaka Pelajar.
- Farradika, Y., Umniyatun, Y., Nurmansyah, M. I., & Jannah, M. (2019). Perilaku Aktivitas Fisik dan Determinannya pada Mahasiswa Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka. *ARKESMAS (Arsip Kesehatan Masyarakat)*, 4(1), 134-142.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *The scope of health behavior*, In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K (Eds). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Hamasha, A. A. H., Alshehri, A., Alshubaiki, A., Alssafi, F., Alamam, H., & Alshunaiber, R. (2018). Gender-specific oral health beliefs and behaviors among adult patients attending King Abdulaziz Medical City in Riyadh. *The Saudi dental journal*, 30(3), 226-231.
- Hyde, J. S. (2014). Gender similarities and differences. *Annual review of psychology*, 65, 373-398.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes). (2016, Agustus 08). *Asosiasi pemerintah kabupaten seluruh Indonesia bersepakat untuk cegah dan kendalikan penyakit tidak menular*. Diakses pada 17 Februari 2020 di <https://www.depkes.go.id/article/view/16080900002/asosiasi-pemerintah-kabupaten-seluruh-indonesia-bersepakat-untuk-cegah-dan-kendalikan-penyakit-tidak.html>.
- Langford, A. T., Solid, C. A., Gann, L. C., Rabinowitz, E. P., Williams, S. K., & Seixas, A. A. (2018). Beliefs about the causes of hypertension and associations with pro-health behaviors. *Health Psychology*, 37(12), 1092.
- Magar, V. (2015). Gender, health and the sustainable development goals. *Buletin of the World Health Organization*.
- Noviyanto, S., & Wiyaja, Y. D. (2016). Perbedaan health belief mahasiswa perokok di universitas esa unggul berdasarkan jenis kelamin. *Media Ilmiah Psikologi*, 14(1).
- Nyombi, K. V., Kizito, S., Mukunya, D., Nabukalu, A., Bukama, M., Lunyera, J., ... & Kalyesubula, R. (2016). High prevalence of hypertension and cardiovascular disease risk factors among medical students at Makerere University College of Health Sciences, Kampala, Uganda. *BMC research notes*, 9(1), 110.
- Pranita, E. (2019, Oktober 15). *Angka kasus penyakit tidak menular di Indonesia melonjak, ini sebabnya*. Diakses pada 17 Februari 2020 di <https://sains.kompas.com/read/2019/10/15/093325423/angka-kasus-penyakit-tidak-menular-di-indonesia-melonjak-ini-sebabnya?page=1>.

- Priyoto. (2014). *Teori sikap & perilaku dalam kesehatan: dilengkapi dengan contoh kuisioner*. Nuha Medika.
- Riskiafianti, D., & Rozali, Y. A. (2018). Perbedaan health belief remaja berdasarkan jenis kelamin dalam memakai vape. *Media Ilmiah Psikologi*.
- Rokhmansyah, A. (2016). *Pengantar gender dan feminisme: pemahaman awal kritik sastra feminisme*. Garudhawaca.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Saeidi, M., Komasi, S., Soroush, A., Zakiei, A., & Shakeri, J. (2014). Gender differences in patients' beliefs about biological, environmental, behavioral, and psychological risk factors in a cardiac rehabilitation program. *Journal of Cardio-Thoracic Medicine*, 2(4), 215-220.
- Seftiana, M., Rusli, R., & Safitri, J. (2019). Hubungan antara health belief dan perilaku kepatuhan pasien gagal ginjal kronik di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan. *Kognisia*, 2(1), 66-72.
- Sudarma, M. (2008). *Sosiologi untuk kesehatan*. Salemba Medika.
- Vankhuma, C., Basu, S., Sharma, N., & Kumar, S. (2019). Tobacco use patterns and tobacco-related awareness in medical students of Delhi. *Clinical Epidemiology and Global Health*.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisie, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of behavioral medicine*, 27(2), 107-116.
- Wong, R. K., Wong, M. L., Chan, Y. H., Feng, Z., Wai, C. T., & Yeoh, K. G. (2013). Gender difference in predictors of colorectal cancer screening uptake: A national cross-sectional study based on the health belief model. *BMC public health*, 13(1), 677.
- Yadav, S. S., Saini, P., Khan, Z. A., Bachloo, T., Kumar, R., & Singh, J. (2016). Assessment of body mass index among undergraduate medical students—a cross-sectional study from the medical college of Haryana. *Int J Med Sci Public Health*, 5(4), 705-8.
- Yang, S., He, C., Zhang, X., Sun, K., Wu, S., Sun, X., & Li, Y. (2016). Determinants of antihypertensive adherence among patients in Beijing: Application of the health belief model. *Patient education and counseling*, 99(11), 1894-1900.
- Yousif, M. M., Kaddam, L. A., & Humeda, H. S. (2019). Correlation between physical activity, eating behavior and obesity among Sudanese medical students Sudan. *BMC Nutrition*, 5(1), 6.
- Zhang, Y. P., Xia, R. Y., Zhang, B., Zhang, F., Zhao, X. S., Zhang, L. L., & Li, H. (2014). Gender differences on osteoporosis health beliefs and related behaviors in non-academic community Chinese. *Journal of community health*, 39(3), 545-551.