

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Alasan pemilihan teori

Teori yang digunakan adalah konsep Health Belief dari Rosentock dan Health Locus of Control dari Wallston & Wallston. Teori ini digunakan karena mampu menggambarkan temuan-temuan pada fenomena penelitian. Fenomena mengenai tingkah laku kesehatan lansia dapat dijelaskan melalui penggunaan 2 konsep tersebut.

2.2 Psikologi Kesehatan

Keadaan sehat dan sakit tidak ditentukan oleh biologi kita saja. Bagaimana orang mempersepsikan dirinya sendiri dan kemampuannya sendiri juga penting. Kasl dan Cobb (1966) didefinisikan tiga jenis perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Mereka menyatakan bahwa:

1. Perilaku kesehatan adalah perilaku yang bertujuan untuk mencegah penyakit (misalnya makan sehat Makanan);
2. Perilaku penyakit adalah perilaku yang bertujuan untuk mencari obat (misalnya kebutuhan akan dokter);
3. Perilaku peran sakit adalah setiap kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan kesehatan (misalnya mengambil resep obat, beristirahat).

Perilaku kesehatan lebih lanjut ditentukan oleh Matarazzo (1984) dalam hal baik:

1. Kebiasaan merusak kesehatan, yang ia sebut 'perilaku patogen' (misalnya Merokok, makan diet lemak tinggi), atau
2. Perilaku melindungi kesehatan, yang beliau definisikan sebagai 'perilaku immunogens' (misalnya menghadiri pemeriksaan kesehatan).

Singkatnya, Matarazzo membedakan antara mereka perilaku yang berefek negatif (patogen perilaku, seperti Merokok, makan makanan tinggi lemak, minum alkohol) dan perilaku mereka yang mungkin memiliki efek positif (perilaku immunogens, seperti gigi menyikat gigi, mengenakan sabuk pengaman, mencari informasi kesehatan, memiliki regular check-up, tidur yang memadai setiap malam). Umumnya perilaku kesehatan dianggap sebagai perilaku yang berhubungan dengan status kesehatan individu.

2.3 Lanjut Usia

Menurut Santrock (2006) masa lanjut usia (lansia) merupakan periode perkembangan yang bermula pada usia 60 tahun yang berakhir dengan kematian. Masa ini adalah masa penyesuaian diri atas berkurangnya kekuatan dan kesehatan, menata kembali kehidupan, masa pensiun dan penyesuaian diri dengan peran-peran sosial (dalam Sari Hayati, 2009). Proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2000). Masa lanjut usia adalah

masa perkembangan terakhir dalam hidup manusia yang ditandai dengan perubahan fungsi fisik yang terkadang berhubungan dengan proses menua (Papalia, 2004). Proses menua (aging) adalah proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis, maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Kuntjoro, 2002).

Perubahan-perubahan fisik tersebut diatas sering kali menimbulkan berbagai penyakit kronis pada lanjut usia, diantaranya diabetes melitus, kanker, asam urat tinggi, penyakit saluran pernapasan, saluran pencernaan, dan sebagainya (Hutapea, 2005). Penyakit-penyakit kronis ini dicirikan oleh serangan yang perlahan-lahan dan dalam jangka waktu yang lama sehingga dapat membatasi aktivitas-aktivitas lanjut usia (Santrock, 2002). Lanjut usia juga harus mengalami perubahan-perubahan secara psikologis, yaitu perubahan pada psikis atau kejiwaan individu. Lanjut usia sering berbeda dalam mempersepsikan sesuatu, kurang cepat dalam melakukan gerakan motorik atau melakukan respon terhadap rangsangan yang ada, penurunan intelektual, dan perubahan pada kepribadian (Barrow, 1996).

Menurut Hurlock (2004), tugas perkembangan usia lanjut adalah menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan, menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya penghasilan (income) keluarga, menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup, membentuk hubungan dengan orang-orang seusia, membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan dan menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes.

2.4 Hipertensi

2.4.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi diartikan sebagai peningkatan tekanan darah secara terus menerus sehingga melebihi batas normal. Tekanan darah normal adalah 110/90 mmHg. Hipertensi merupakan produk dari resistensi pembuluh darah perifer dan kardiak output (Wexler, 2002).

Hipertensi adalah keadaan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Wilson LM, 1995). Tekanan darah diukur dengan *spygmanometer* yang telah dikalibrasi dengan tepat (80% dari ukuran manset menutupi lengan) setelah pasien beristirahat nyaman, posisi duduk punggung tegak atau terlentang paling sedikit.

Penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan untuk otot jantung. Penyakit ini telah menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia maupun di beberapa negara yang ada di dunia. Semakin meningkatnya populasi usia lanjut maka jumlah pasien dengan hipertensi kemungkinan besar juga akan bertambah. Diperkirakan sekitar 80 % kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, di perkirakan menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025. t selama lima menit sampai tiga puluh menit setelah merokok atau minum kopi.

2.4.2 Gejala Hipertensi

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Crowin (2000: 359) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial,Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi,Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat,Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus,Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler. Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Wirjowidagdo, 2002).

2.4.3 Faktor Resiko Hipertensi

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Hipertensi pada yang berusia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian prematur

(Julianti, 2005). Jenis kelamin juga sangat erat kaitanya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa muda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensi pada laki-laki dan pada wanita lebih tinggi setelah umur 55 tahun, ketika seorang wanita mengalami menopause. Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi (Astawan,2002).

Merokok merupakan salah satu faktor yang dapat diubah, adapun hubungan merokok dengan hipertensi adalah *nikotin* akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena nikotin akan diserap pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan diedarkan oleh pembuluh darah hingga ke otak, otak akan bereaksi terhadap nikotin dengan member sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas *epinefrin* (Adrenalin). Hormon yang kuat ini akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan yang lebih tinggi. Selain itu, *karbon monoksida* dalam asap rokok menggantikan oksigen dalam darah. Hal ini akan mengakibatkan tekanan darah karena jantung dipaksa memompa untuk memasukkan oksigen yang cukup kedalam organ dan jaringan tubuh (Astawan, 2002).

2.5 Etnis Tionghoa dan Kesehatan

Sejarah mengenai kesehatan di dalam pandangan kedokteran tradisional Cina, konsep dan makna dari sehat atau kesehatan selaras dan seiring dengan sejarah

panjang dari kebudayaan bangsa Cina sendiri. Walaupun sekarang era modern dengan basis teknologi kedokteran super canggih, namun kedokteran Cina tidak lantas mati termakan jaman. Malahan beberapa kasus menunjukkan keunggulan kompetitif dibandingkan kedokteran modern. Terbukti banyak orang menerima sistem pengobatan ini dan mengakui efikasi dan efektifitas dari treatment ini.

Konsep sehat menurut falsafah kebudayaan Cina, bahwa orang dikatakan sehat kalau tercapainya keseimbangan Yin Yang didalam tubuhnya. Dalam buku Fengshui Medicine yang saya tulis sebelumnya, disebutkan bahwa ada 12 meridian utama di mana terdiri dari organ zang dan fu, organ padat dan organ berongga. Ada organ Yin dan ada organ Yang. Orang akan sakit kalau terjadi tidak seimbang organ Yin dan organ Yang, mungkin terlalu Yin atau mungkin terlalu Yang. Jika terlalu Yin dikatakan sindrom penyakit Organ Yin, dimana dilakukan terapi atau intervensi tonifikasi (penguatan) sehingga Yin akan seimbang lagi. Begitu sebaliknya jika tubuh mengalami sindrom Organ Yang, maka intervensi yang dilakukan dengan sedasi atau pelemahan supaya Yang seimbang lagi dengan Yin nya. Intervensi ini dilakukan di lintasan organ yang terganggu. Kondisi kestabilan ini juga disebutkan dalam kedokteran modern sebagai kondisi homeostasis (equilibrium). Bentuk intervensi ini bermacam-macam ada yang dengan obat, akupunktur, maupun intervensi lain misal diet, spiritual dan lain-lain.

Nilai budaya juga sangat mempengaruhi perilaku kesehatan individu. Karakteristik etnis masyarakat Tionghoa yang cenderung lebih mengutamakan faktor material (makanan) dari faktor kesehatan. Masyarakat etnis Tionghoa tetap memilih fasilitas yang diselenggarakan oleh sesama etnisnya meskipun dari sisi kelengkapan

fasilitas kesehatan tidak lebih baik dari fasilitas kesehatan yang lainnya (Wang, 1991). Hal ini membuktikan bahwa persoalan kemauan memanfaatkan pelayanan puskesmas adalah menyangkut interaksi diri dan orang lain (*self and other*) yang tentunya tidak terlepas dari identitas budaya. Identitas budaya ini dalam masyarakat berangkat dari apa yang diapresiasi oleh masyarakat atau komunitas yang bersangkutan sebagai warisan nenek moyang yang dipandang ideal, luhur, bahkan sakral, sehingga sering dijadikan sebagai kebanggaan etnis dan religius, serta menjadi rujukan perilaku sosial bagi masyarakat yang mempercayai atau pendukungnya (Schulz, 1991).

Kemauan masyarakat Tionghoa untuk mengakses pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh tingkat pendapatannya. Rata-rata tingkat pendapatan per kapita masyarakat Tionghoa relatif lebih tinggi dari rata-rata pendapatan perkapita masyarakat lainnya, sehingga cenderung lebih memilih untuk mengakses pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan yang lebih bermutu dan lebih lengkap, seperti: rumah sakit, praktik dokter pribadi dan laboratorium mandiri (Wang, 1991). Banyak etnis Tionghoa memilih fasilitas kesehatan yang dijalankan oleh sesama etnis, meskipun lebih sederhana (prasarana, spesialisasi) dari fasilitas kesehatan yang lain. Bahkan sebagian masyarakat etnis Tionghoa lebih memilih tempat pengobatan tradisional daripada fasilitas kesehatan yang dijalankan oleh tenaga kesehatan di luar etnis Tionghoa (Ihromi, 1999).

2.6 Health Belief Models

2.6.1 Pengertian Health Belief Models

Model kepercayaan kesehatan awalnya dikembangkan oleh Rosenstock (1966) dan lebih jauh oleh Becker dan rekan selama 1970-an dan 1980-an dalam rangka untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga perilaku respon untuk perawatan pada pasien yang akut dan kronis sakit. Namun, selama beberapa tahun terakhir, model kepercayaan Kesehatan telah digunakan untuk memprediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. HBM diuraikan dalam usaha mencari cara menerangkan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang-orang mengenai kesehatan. HBM merupakan model kognitif, dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan termasuk hitungan.

Rosenstock, Strecher dan Becker (dalam Family Health International, 2004) menyatakan bahwa health belief model adalah model kognitif yang menjelaskan dan memprediksi perilaku sehat dengan fokus pada sikap dan belief pada individu. Health belief model menurut Becker & Rosenstock (dalam Sarafino, 2006) adalah individu mau melakukan perilaku pencegahan yaitu dalam bentuk perilaku sehat tergantung pada dua penilaian yaitu perceived threat (perceived seriousness, perceived susceptibility, cues to action) dan perceived benefits and barriers. Rosenstock pada tahun 1966 dan Becker & koleganya (dalam Odgen, 2004) menjelaskan bahwa health belief model digunakan untuk memprediksi perilaku preventif dalam bentuk perilaku sehat dan juga respon perilaku terhadap pengobatan yang akan dilakukan.

HBM telah menggunakan ketertarikan dalam kebiasaan seseorang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan dari kondisi kronis. Termasuk gaya hidup tertentu seperti merokok, diet, olahraga, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS dan gosok gigi (Kirscht, 1988; Kirscht & Joseph, 1989, Taylor, 1991).

2.6.2 Komponen Health Belief

Pada health belief ini terdapat beberapa komponen diantaranya adalah:

1. Perceived Susceptibility

Keyakinan individu terhadap kerentanan dirinya terhadap komplikasi penyakit. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa ia akan mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka. Tiap individu memiliki persepsi yang beragam mengenai kemungkinan dirinya mengalami suatu kondisi yang dapat memperburuk kesehatan. Secara statistik, mereka yang tergolong ekstrim rendah dari perceived susceptibility menyangkal bahwa dirinya beresiko untuk terkena penyakit.

2. Perceived Severity

Keyakinan yang dimiliki seseorang sehubungan dengan perasaan akan keseriusan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya sekarang. Seseorang mengevaluasi seberapa besar konsekuensi yang ditimbulkan dari penyakit tersebut, baik konsekuensi medis, seperti kematian, cacat, dan rasa sakit, maupun konsekuensi sosial, seperti efeknya terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial.

Penting untuk memperhitungkan faktor emosional dan finansial ketika mempertimbangkan tingkat keseriusan penyakit.

3. Perceived Benefit

Keyakinan yang berkaitan dengan keefektifan dari beragam perilaku dalam usaha untuk mengurangi ancaman penyakit atau keuntungan yang dipersepsikan individu dalam menampilkan perilaku sehat.

4. Perceived Barrier

Keyakinan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku sehat atau rintangan yang dipersepsikan individu yang dapat bertindak sebagai halangan dalam menjalani perilaku yang direkomendasikan. Seseorang akan menganalisis untung-rugi untuk menimbang-nimbang keektifan sebuah perilaku. Apakah perilaku tersebut memakan biaya, tidak menyenangkan, sulit, memberi rasa sakit, tidak nyaman, memakan banyak waktu, dan sebagainya. Seseorang mungkin mengurungkan niatnya untuk melakukan perilaku sehat walaupun ia percaya bahwa ada keuntungan dalam menjalankan perilaku tersebut apabila hambatan yang dipersepsikan individu melebihi keuntungan yang diperoleh.

5. *Cues to action.*

Peringatan atau pemberitahuan mengenai potensi masalah kesehatan dalam memahami ancaman serta mengambil tindakan. *Cues to action* diduga tepat untuk memulai proses perilaku, disebut sebagai keyakinan terhadap posisi yang menonjol (Smet, 1994). Terdapat banyak bentuk *Cues to action* seperti, media masa, kampanye, nasehat dari orang lain,

penyakit dari anggota keluarga lain atau teman, artikel dari koran dan lain sebagainya

2.7 Health Locus of Control

2.7.1 Pengertian Health Locus of Control

Locus of control merupakan sebuah konsep yang menggambarkan persepsi seseorang tentang tanggung jawab atas kejadian-kejadian dalam hidupnya (Larsen & Buss, 2010). *Locus of control* adalah konstruk psikologis yang digunakan untuk mengidentifikasi persepsi afektif seseorang dalam hal kontrol diri terhadap lingkungan eksternal dan tingkat tanggung jawab atas *personal outcome* (Grimes, Millea & Woodruff, 2004).

Menurut Forte (2005), *locus of control* mengacu pada kondisi-kondisi dimana individu mengatribusikan kesuksesan dan kegagalan mereka. Ia juga mengatakan bahwa ketika orang-orang mempersepsikan *locus of control* tersebut berada dalam dirinya sendiri, mereka akan menghasilkan *achievement* atau pencapaian yang lebih besar dalam hidup mereka dikarenakan mereka merasa potensi mereka benar-benar dapat dimanfaatkan sehingga mereka menjadi lebih kreatif dan produktif. Berdasarkan pengertian-pengertian diatas dapat dikatakan bahwa *locus of control* adalah sebuah keyakinan seseorang tentang keberadaan kontrol dirinya, dan seberapa besar kontrol yang dimilikinya terhadap keberhasilan dan kegagalan yang dialaminya serta situasi atau kejadian yang ada di dalam kehidupannya.

2.7.2 Faktor yang Mempengaruhi Health Locus of Control

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi berkembangnya *locus of control*, karena *locus of control* terbentuk sejak masa kanak-kanak dan semakin dewasa, seseorang akan menjadi semakin internal (Schultz & Schultz, 2005). Serin, Serin & Sahin (2010); Schultz & Schultz (2005), menyatakan bahwa *locus of control* setiap orang bisa berbeda dilihat dari jenis kelamin dan status sosio-ekonomi. Orang-orang dengan status sosio-ekonomi rendah cenderung mengembangkan *locus of control* eksternal dan sebaliknya untuk orang-orang yang status sosioekonominya tinggi.

Latar belakang dan lingkungan keluarga juga berperan dalam pembentukan *locus of control*. Anak yang tidak memiliki *role model* laki-laki dalam keluarganya (Schultz & Schultz, 2005) dan anak yang tidak tinggal bersama keluarganya (Serin, Serin & Sahin, 2010) cenderung mengembangkan *locus of control* eksternal. Pola asuh orang tua yang tidak otoriter, suportif, disiplin, dan menekankan *reinforcement* positif memungkinkan anak untuk membentuk *locus of control* internal pada dirinya (Schultz & Schultz, 2005).

2.7.3 Proses Perkembangan Health Locus of Control

Istilah *locus of control* muncul dalam teori *social learning* Rotter yang mengemukakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang dalam belajar, salah satunya adalah *expectancy* yang artinya ekspektasi atau harapan seseorang bahwa *reinforcement* akan muncul dalam situasi tertentu. Konsep *expectancy* inilah yang melahirkan istilah *locus of control*. *Locus of control* adalah sikap, keyakinan atau harapan umum tentang hubungan

kausal antara perilaku seseorang dan konsekuensinya (Rotter, 1966); harapan umum yang mengacu pada keyakinan seseorang bahwa ia dapat atau tidak dapat mengontrol kehidupannya (Feist & Feist, 2008).

Di dalam teori belajar ini, Rotter mengemukakan tiga aspek utama yaitu perilaku potensial, harapan dan nilai penguat. Perilaku potensial dalam situasi - situasi tertentu oleh harapan seseorang terhadap penguat yang akan menyertai perilaku itu dan nilai yang dimiliki (Effi, 1993). Menurut Rotter (dalam Nowicky, 1982) *locus of control* adalah keyakinan seseorang terhadap sumber-sumber yang mengontrol kejadian – kejadian dalam hidupnya, yaitu apakah kejadian-kejadian yang terjadi pada dirinya di kendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya.

Dalam konsep tersebut, Rotter menjelaskan bahwa seseorang akan mengembangkan suatu harapan kemampuannya untuk mengendalikan kejadian-kejadian dalam hidupnya. Dalam hal ini dibedakan antara *locus of control* internal dan eksternal. Seseorang yang memiliki keyakinan bahwa kehidupannya ditentukan oleh kesempatan, keberuntungan dan nasib dikatakan mempunyai *locus of control* eksternal (Smet, 1994).

Lebih lanjut Rotter (dalam Nowicky, 1982) mengatakan bahwa *locus of control* adalah anggapan seseorang tentang sejauh mana orang tersebut merasakan adanya hubungan antara usaha – usaha yang telah dilakukan dengan akibat yang diterima. Jika seseorang merasakan adanya hubungan tersebut dikatakan mempunyai *locus of control* internal, sementara orang yang mempunyai *locus of control* eksternal akan beranggapan bahwa akibat yang

diterima berasal dari kesempatan, keberuntungan, nasib, atau campur tangan orang lain.

Locus of control atau letak kendali merupakan salah satu aspek yang penting dalam karakteristik kepribadian manusia. Konsep ini pada awalnya diformulasikan oleh Julian Rotter pada tahun 1994, bahwa *locus of control* adalah persepsi individu mengenai sebab utama terjadinya suatu kejadian dalam hidupnya, dapat diartikan juga sebagai keyakinan individu mengenai kontrol dalam hidupnya, dimana dalam suatu kejadian individu yang satu menganggap keberhasilan yang telah dicapainya merupakan hasil usaha dan kemampuannya sendiri, sedangkan individu yang lain menganggap bahwa keberhasilan yang telah diperolehnya karena adanya keberuntungan semata.

Konsep *Health locus of control* dikembangkan oleh Rotter pada tahun 1966 (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1994). Konsep *locus of control* adalah bagian dari “Teori Belajar Sosial” (Social Learning Theory) yang menyangkut kepribadian dan mewakili harapan umum mengenai masalah faktor-faktor yang menentukan keberhasilan pujian dan hukuman terhadap kehidupan seseorang (Pervin, 1984). Teori belajar sosial juga memberikan pengaruh dalam kesehatan. Teori belajar sosial mengatakan bahwa individu belajar pada sumber-sumber penyebab peristiwa yang terjadi pada dirinya (*history*) dan tingkah laku individu tersebut dapat dikontrol melalui pemberian imbalan yang dimanipulasi dengan memberikan rangsangan yang menghasilkan kepuasan atau hukuman. Melalui proses belajar, individu akan

mengembangkan keyakinan bahwa hasil merupakan tindakan dari dirinya atau kekuatan dari luar dirinya.

Wallston, Wallston, Kaplan dan Maides diakui bahwa ada kesulitan dalam memprediksi perilaku kesehatan khusus dari langkah-langkah umum harapan seperti Rotter's-E skala. *Health locus of control* merupakan *locus of control* yang lebih spesifik pada kesehatan. *Health locus of control* merupakan derajat individu percaya bahwa kesehatan mereka dikendalikan oleh faktor internal atau eksternal (Wallston at all, 1994). Individu dengan *health locus of control* memengaruhi perilaku mereka sendiri yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk perilaku kesehatan yang beresiko, dan kepatuhan terhadap anjuran perawatan kesehatan (Bonichini dkk, 2009).

2.7.4 Dimensi Health Locus of Control

Dr. Hanna Levenson menyatakan bahwa pemahaman dan prediksi perilaku dapat diperdalam kembali dengan cara mempelajari ekspektasi individu terhadap peluang dan takdir diluar komponen kontrol eksternal. Oleh karena itu, Wallston & Wallston mengembangkan Multidimensional Health Locus of Control Scale. Mereka menjelaskan bahwa skala yang dibuat tersebut dapat mengukur tingkat dimana seseorang mempersepsikan dirinya antara powerful others, atau peluang/keberuntungan (chance/luck) sebagai faktor yang memegang kontrol atas kesehatannya.

Skala IPC yang terdiri dari 3 bagian, yaitu:

1. Internal (I)

Seseorang dengan internal locus of control memiliki keyakinan bahwa kesehatan tergantung pada dirinya sendiri. Apabila ia jatuh sakit, maka ia akan menyalahkan dirinya sendiri karena tidak menjaga kesehatan serta akan berusaha untuk kembali sembuh. Orang dengan tipe ini cenderung akan mempunyai pola hidup sehat, tidak makan makanan sembarangan, rajin memeriksakan diri ke dokter, serta rutin berolahraga karena ia menganggap kesehatan ialah hal yang utama dan hanya ia yang dapat menjaganya.

2. Powerful Others (P)

Seseorang dengan powerful others locus of control memiliki keyakinan bahwa sehat atau tidaknya dirinya disebabkan oleh orang lain (eksternal). Orang dengan tipe ini cenderung bergantung pada orang lain, dan apabila jatuh sakit ia akan menyalahkan orang lain atas penyakitnya tersebut. Sedangkan orang lain (orangtua, saudara, teman) belum tentu selamanya akan berada disisinya, serta mengerti apa yang sedang terjadi pada dirinya dan apa yang dibutuhkannya. Misalnya jika penyakitnya tidak sembuh juga, maka ia akan menyalahkan dokter yang memberikan obat tidak dengan benar. Padahal yang terjadi ialah karena ia tidak rajin meminum obatnya. Dengan kata lain, kesadaran akan pentingnya kesehatan diri sendiri masih kurang sehingga menyebabkan pola hidup yang tidak teratur.

3. Chance (C)

Seseorang dengan chance locus of control memiliki keyakinan bahwa apa yang terjadi dalam hidupnya bergantung pada nasib, keberuntungan, serta peluang. Begitu juga dengan kesehatan dirinya sendiri. Apabila ia jatuh sakit, maka ia akan berpikir bahwa memang “waktunya” ia untuk sakit. Orang dengan tipe ini cenderung cuek dalam memperhatikan kesehatan, dan berpasrah diri sebab apa yang terjadi pada dirinya memang sudah “jalannya”. Sehingga menyebabkan pola hidup yang tidak sehat dan sesuka hatinya. Contohnya seorang perokok yang tidak percaya dengan berbagai macam banyak penyakit yang akan ditimbulkan dari merokok tersebut. Dan ketika ia divonis mengidap kanker paru-paru, ia akan berpikir bahwa itu bukan akibat merokok, melainkan karena nasib dari hidupnya.

2.8 Hubungan Health locus of control dengan health belief

Keyakinan individu tentang konsekuensi dari tindakan mereka dan persepsi tentang kerentanan mereka pada konsekuensi yang memegang peran kunci dalam perilaku. *Health Belief Model* dibuat untuk menghitung keseluruhan nilai keyakinan berdasarkan faktor psikologis dalam kesehatan yang berhubungan dengan pengambilan keputusan dan perilaku kesehatan (Albery & Munafò, 2008). *Health Belief Model* memiliki kegunaan potensial karena telah mengidentifikasi sejumlah faktor kunci yang penting dalam memprediksi apakah seseorang akan atau tidak akan melakukan perilaku perlindungan kesehatan. Karena konstruksi *Health Belief Model*

yang prediktif kepada perilaku kesehatan, mengubah keyakinan ini dapat menyebabkan perubahan perilaku (Albery & Munafò, 2008).

Diperlukan adanya suatu perlindungan yang dapat melindungi diri seseorang dari perilaku berisiko dan dampak perilaku berisiko terhadap kesehatan. Salah satu bentuk perlindungan tersebut adalah dengan adanya kontrol atau kendali. Dengan adanya kontrol atau kendali ini maka akan mencegah seseorang khususnya lansia melakukan perilaku berisiko terhadap kesehatan, sehingga dapat melindungi mereka dari dampak negatif perilaku berisiko terhadap kesehatan.

Jika lansia tersebut memiliki kontrol diri yang baik, maka ia akan mampu menahan kebutuhan kesenangan sesaat dan mampu berpikir logis bahwa perbuatannya menimbulkan risiko bagi dirinya. Sehingga berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa seseorang yang memiliki kontrol diri yang lemah maka perilaku berisiko yang akan dilakukannya akan semakin tinggi, dan apabila memiliki kontrol diri yang tinggi maka akan semakin rendah perilaku berisikonya. Di dalam kontrol diri terdapat aspek kontrol perilaku yang diartikan sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam mengatur setiap dorongan yang timbul untuk berperilaku negatif dari dalam diri individu kearah penyaluran dorongan yang lebih sehat dan positif. Salah satu kontrol terhadap kesehatan itu sendiri dapat dilihat dari *health locus of control*.

Penelitian Wallston & Wallston (dalam Sweeting, 1990) melaporkan bahwa orang yang tidak merokok akan menunjukkan skor IHLC yang lebih tinggi dibandingkan dengan skor PHLC dan CHLC. Sehingga dapat diasumsikan bahwa seseorang yang menunjukkan skor yang tinggi pada IHLC akan cenderung

berperilaku hidup sehat. Karena orang tersebut akan memperlihatkan perilaku sehat yang lebih konsisten dan memiliki standar kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan orang yang memiliki skor yang tinggi pada PHLC dan CHLC. Mereka yang menunjukkan skor tinggi pada IHLC cenderung menyatakan keyakinan bahwa mereka dapat mempengaruhi kesehatannya.

2.9 Kerangka Berpikir

Lansia yang tergabung dalam kelompok aerobik di lapangan tegalega merupakan laki-laki dan perempuan berusia 60 tahun keatas, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (Hurlock, 1996 : 439). Pada masa ini tantangan yang paling besar adalah masalah kesehatan. Lansia pada penelitian ini memiliki riwayat penyakit hipertensi, tingkah laku yang dilakukannya untuk menjaga kesehatan adalah dengan berolahraga. Namun disamping itu, mereka juga melakukan tingkah laku yang tidak sehat seperti merokok, minum kopi serta tidak patuh pada anjuran dokter.

Dalam memahami kesehatan, lansia-lansia ini dihadapkan pada kenyataan bahwa mereka sudah tidak bisa melakukan banyak hal, namun mereka harus tetap bekerja dan menjalani kehidupan. Oleh karena itu, agar tetap bisa melakukan kegiatan sehari-hari mau tidak mau mereka harus melakukan tingkah laku yang berkaitan dengan menjaga kesehatan. Perilaku seseorang yang berkaitan dengan kesehatan berawal dari pertimbangan seseorang tersebut mengenai kesehatan itu sendiri. Ada sebuah proses kognitif yang diperoleh seseorang dipengaruhi oleh

informasi dari lingkungan, proses kognitif itu nantinya akan menghasilkan sebuah keyakinan atau penilaian kesehatan yang disebut *Health Belief*. Ada 5 komponen yang dapat membentuk health belief, yang pertama ialah *Perceived Susceptibility*, *Perceived Severity*, *Perceived Benefits*, *Perceived Barrier* dan *Cues to Action*., kelima komponen itu akan mempengaruhi seberapa besar keyakinan atau penilaian kesehatan yang dimiliki.

Keyakinan lansia tentang seberapa kuat atau lemah tubuhnya serta seberapa keras lansia tersebut dapat memulihkan hipertensinya menjadi salah satu aspek (*perceived susceptibility*) yang membuat penilaian kesehatannya tinggi. Jika lansia ini tidak memahami kondisi kesehatannya sendiri tingkah laku sehat juga akan sulit muncul. Begitu juga dengan aspek kedua (*Perceived Severity*), keyakinan lansia tentang seberapa serius dan berbahayanya penyakit hipertensi yang dia derita menjadi dasar bertingkah laku sehat, jika hipertensi itu dianggap biasa saja maka jelas upaya pencegahannya pun akan rendah.

Komponen ketiga untuk membentuk penilaian kesehatan ialah *perceived Benefits* yaitu keyakinan lansia tentang seberapa efektif usaha yang dilakukan untuk mengurangi ancaman penyakit serta seberapa besar keuntungan yang didapatkannya. Tingkah laku lansia dalam berolahraga merupakan usaha mengurangi ancaman hipertensi, namun pertimbangan berolahraga ini bisa jadi bukan hanya karena alasan kesehatan. Komponen keempat, *Perceived Barrier* merupakan keyakinan lansia akan resiko yang didapatkan ketika berperilaku sehat. Berobat ke dokter merupakan perilaku sehat yang sangat bisa mengurangi ancaman hipertensi, namun para lansia ini lebih berfikir terhadap masalah keuangan. Berobat ke dokter dan mengonsumsi

obat dianggap terlalu mahal sehingga tingkah laku itu jarang dilakukan. Kemudian komponen yang terakhir adalah *Cues to Action* yang merupakan peringatan mengenai kapan waktu untuk melakukan tingkah laku sehat. Kelima komponen itu dapat menghasilkan suatu keyakinan atau penilaian seseorang tentang kesehatan.

Health belief merupakan penilaian kesehatan hasil dari proses kognitif yang didapatkan dari informasi lingkungan. Namun, memahami tingkah laku kesehatan tidak akan hanya bisa dengan pertimbangan proses kognitif saja. Terkadang tingkah laku sehat bukan hanya sekedar pemahaman tetapi juga merupakan suatu kebiasaan. Orang-orang dapat membuat banyak pertimbangan tentang perilaku terkadang tidak ada kaitannya dengan kesehatan tetapi masih mempengaruhi kesehatan. Kebiasaan didapatkan dari hasil belajar sepanjang rentang kehidupan. Teori belajar sosial mengatakan bahwa individu belajar pada sumber-sumber penyebab peristiwa yang terjadi pada dirinya (*history*) dan tingkah laku individu tersebut dapat dikontrol melalui pemberian imbalan yang dimanipulasi dengan memberikan rangsangan yang menghasilkan kepuasan atau hukuman. Melalui proses belajar, individu akan mengembangkan keyakinan bahwa hasil merupakan tindakan dari dirinya atau kekuatan dari luar dirinya. Keyakinan tersebut disebut dengan *locus of control*.

Locus of control sendiri terdiri atas 3 macam, yaitu *internal*, *powerfull other* dan *Chance*. Seseorang yang cenderung internal akan lebih menyalahkan dirinya sendiri ketika ada sesuatu yang menimpanya, contohnya seperti ketika sakit, orang yang *locus of controlnya internal* akan menyalahkan dirinya karena tidak menjaga makan, tidak berolahraga atau bertingkah laku sehat lainnya. Seseorang yang cenderung *powerfull other* akan lebih bergantung pada orang lain, apabila sakit ia akan

menyalahkan orang lain, contohnya saja menyalahkan anak-anaknya yang nakal sehingga hipertensinya kambuh. *Locus of control* yang terakhir adalah *chance*, seseorang yang cenderung *chance* akan berfikir kalau memang 'waktunya' dia akan sakit sehingga akan lebih cenderung pasrah dan tidak peduli.

Individu yang memiliki locus of control internal lebih berhubungan dengan penalaran kognitif secara kongkrit (Skinner et al, 1998). Individu yang mempunyai locus of control internal biasanya proaktif dan prilakunya cenderung adaptif (Demellow & Imms, 1999). Oleh karena itu, kecenderungan seseorang untuk mencari informasi khususnya tentang kesehatan akan lebih tinggi lagi jika orang tersebut memiliki locus of control internal. Begitupun dengan Health belief, health belief digunakan untuk memprediksi perilaku preventif dalam bentuk perilaku sehat. Sehingga hubungan health belief dan locus of control akan dapat menggambarkan kecenderungan tingkah laku sehat pada lansia yang berolahraga.

2.10 Hipotesis

H0 : Terdapat hubungan positif yang tidak signifikan antara Health locus of control dengan Health belief pada Lansia Etnis Tionghoa yang memiliki penyakit hipertensi di kelompok senam aerobik.

H1 : Terdapat Hubungan positif yang signifikan antara Health locus of control dengan Health belief pada Lansia Etnis Tionghoa yang memiliki penyakit hipertensi di kelompok senam aerobik

Gambar 2.1 Skema berpikir

