

BAB 2  
TINJAUAN PUSTAKA

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Hipertensi

##### 2.1.1 Definisi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten, tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg. Hipertensi pada populasi lansia didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal (Smeltzer, 2002).

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun ke atas (*The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII)*, Brashers, 2008)

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tahap 1	140-159	90-99
Hipertensi Tahap 2	≥ 160	≥ 100

##### 2.1.2 Manifestasi klinis

Pemeriksaan fisik pada pasien hipertensi mungkin 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 menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala, bila ada, biasanya menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Penyakit arteri koroner dengan angina adalah

gejala yang paling menyertai hipertensi. Hipertrofi ventrikel kiri terjadi sebagai respons peningkatan beban kerja ventrikel saat dipaksa berkontraksi melawan tekanan sistemik yang meningkat. Apabila jantung tidak mampu lagi menahan peningkatan beban kerja, maka dapat terjadi gagal jantung kiri. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azotemia (peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin). Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang termanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan. Penderita stroke dan penderita hipertensi disertai serangan iskemia, insidens infark otak mencapai 80% (Smeltzer, 2002).

### 2.1.3 Patofisiologi

Hipertensi esensial melibatkan interaksi yang sangat rumit antara faktor genetik dan lingkungan yang dihubungkan oleh pejamu mediator neurohormonal. Secara umum hipertensi disebabkan oleh peningkatan tahanan perifer dan atau peningkatan volume darah. Gen yang berpengaruh pada hipertensi primer (faktor herediter diperkirakan meliputi 30% sampai 40% hipertensi primer) meliputi reseptor angiotensin II, gen angiotensin dan renin, gen sintetase oksida nitrat endotelial; gen protein reseptor kinase G; gen reseptor adrenergic; gen kalsium transport dan natrium hidrogen antiporter (mempengaruhi sensitivitas garam); dan gen yang berhubungan dengan resistensi insulin, obesitas, hiperlipidemia, dan hipertensi sebagai kelompok bawaan.

Teori terkini mengenai hipertensi primer meliputi peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis (SNS) yaitu terjadi respons maladaptif terhadap stimulasi

saraf simpatis dan perubahan gen pada reseptor ditambah kadar katekolamin serum yang menetap, peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAA), secara langsung menyebabkan vasokonstriksi tetapi juga meningkatkan aktivitas SNS dan menurunkan kadar prostaglandin vasodilator dan oksida nitrat, memediasi remodeling arteri (perubahan struktural pada dinding pembuluh darah), memediasi kerusakan organ akhir pada jantung (hipertrofi), pembuluh darah, dan ginjal. Defek pada transport garam dan air menyebabkan gangguan aktivitas peptide natriuretik otak (*brain natriuretic peptide*, BNF), peptide natriuretik atrial (*atrial natriuretic peptide*, ANF), adrenomedulin, urodilatin, dan endotelin dan berhubungan dengan asupan diet kalsium, magnesium, dan kalium yang rendah. Interaksi kompleks yang melibatkan resistensi insulin dan fungsi endotel, hipertensi sering terjadi pada penderita diabetes, dan resistensi insulin ditemukan pada banyak pasien hipertensi yang tidak memiliki diabetes klinis. Resistensi insulin berhubungan dengan penurunan pelepasan endothelial oksida nitrat dan vasodilator lain serta mempengaruhi fungsi ginjal. Resistensi insulin dan kadar insulin yang tinggi meningkatkan aktivitas SNS dan RAA.

Beberapa teori tersebut dapat menerangkan mengenai peningkatan tahanan perifer akibat peningkatan vasokonstriktor (SNS, RAA) atau pengurangan vasodilator (ANF, adrenomedulin, urodilatin, oksida nitrat) dan kemungkinan memediasi perubahan dalam apa yang disebut hubungan tekanan natriuresis yang menyatakan bahwa individu penderita hipertensi mengalami ekskresi natrium ginjal yang lebih rendah bila ada peningkatan tekanan darah.

Pemahaman mengenai patofisiologi mendukung intervensi terkini yang diterapkan dalam penatalaksanaan hipertensi, seperti pembatasan asupan garam,

penurunan berat badan, dan pengontrolan diabetes, penghambat SNS, penghambat RAA, vasodilator nonspesifik, diuretik, dan obat-obatan eksperimental baru yang mengatur ANF dan endotelin.

#### 2.1.4 Evaluasi diagnostik

Riwayat dan pemeriksaan fisik yang menyeluruh sangat penting. Retina harus diperiksa dan dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengkaji kemungkinan adanya kerusakan organ, seperti ginjal atau jantung, yang dapat disebabkan oleh tingginya tekanan darah. Hipertrofi ventrikel kiri dapat dikaji dengan elektrokardiografi, protein dalam urin dapat dideteksi dengan urinalisa, serta dapat terjadi ketidakmampuan untuk mengkonsentrasi urin dan peningkatan nitrogen urea darah. Pemeriksaan khusus seperti renogram, pielogram intravena, arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah, dan penentuan kadar urin dapat juga dilakukan untuk mengidentifikasi pasien dengan penyakit renovaskuler. Faktor risiko lainnya juga harus dikaji dan dievaluasi (Smeltzer, 2002).

#### 2.1.5 Penatalaksanaan

Smeltzer (2002) menyebutkan bahwa tujuan tiap program penanganan bagi setiap pasien hipertensi adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Efektivitas setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi, biaya perawatan, dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi.

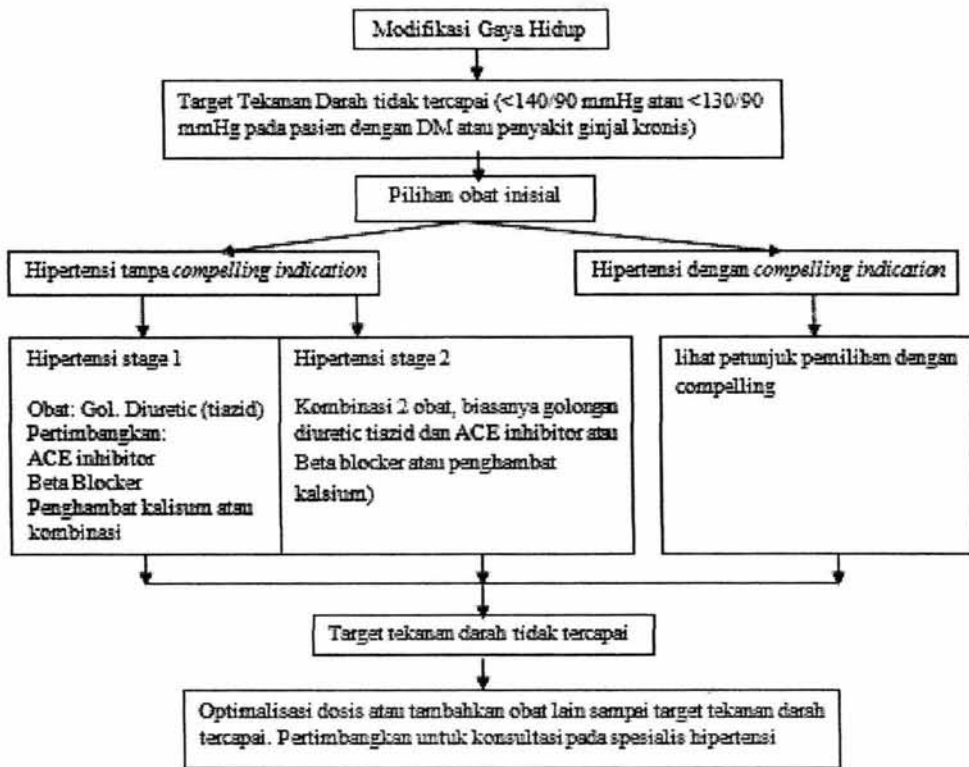
Brashers (2008) menjelaskan bahwa inti penatalaksanaan hipertensi antara lain pencegahan pada sasaran individu yang memiliki tekanan darah tinggi,

riwayat keluarga hipertensi, dan satu atau lebih gaya hidup yang terkait dengan usia yang meningkatkan tekanan darah, seperti obesitas, asupan tinggi natrium, inaktivitas fisik, dan asupan alkohol berlebihan; keputusan terapi untuk pasien hipertensi berdasarkan pada derajat peningkatan tekanan darah, keberadaan kerusakan organ sasaran, dan keberadaan penyakit kardiovaskuler klinis atau faktor risiko lain; modifikasi gaya hidup meliputi penurunan berat badan (satunya metode pencegahan yang paling efektif; program harus dibuat per individu), olahraga (latihan aerobik teratur untuk mencapai kebugaran fisik sedang), diet rendah garam (sasaran < 6 gr garam per hari); tingkatkan asupan kalium, kalsium, dan magnesium, kurangi asupan alkohol (tidak lebih dari 2 gelas bir, 10 ons anggur per hari untuk pria; jumlah separuhnya untuk wanita), dan berhenti merokok; terapi farmakologis ditujukan untuk pasien yang telah gagal dengan terapi modifikasi gaya hidup saja, mengalami hipertensi tahap dua atau tiga, mengalami kerusakan pada organ sasaran, atau memiliki faktor risiko kardiovaskuler lain yang bermakna. JNC VII tetap merekomendasikan diuretika atau penyekat- $\beta$  ( *$\beta$ -blocker*) sebagai obat di garis pertama untuk hipertensi tanpa komplikasi. Kondisi lain yang menyertai indikasi pilihan obat antihipertensi tertentu. Prinsip umum adalah menyesuaikan pilihan obat antihipertensi untuk tiap pasien. Kelas obat yang relatif baru dikenal sebagai penyekat reseptor angiotensin II; obat ini memiliki efek samping yang lebih sedikit dari inhibitor enzim pengonversi angiotensin (*angiotensin converting enzyme, ACE*) yang klasik dan efektif dalam mengontrol tekanan darah pada banyak pasien tetapi perlindungan jangka panjangnya terhadap kerusakan organ sasaran belum diketahui. Kombinasi dosis terapi dua obat dari kelas yang berbeda sering mengandung dosis yang

sangat kecil dari setiap obat, sehingga meminimalkan efek buruk sementara memberikan efek antihipertensi yang baik, misalnya diuretika dosis rendah+inhibitor ACE.

Pasien hipertensi tanpa komplikasi dapat dipertimbangkan untuk menjalani terapi pengurangan (*step down*) setelah keberhasilan dalam mengontrol tekanan darah selama setahun, terutama bila terjadi modifikasi gaya hidup yang bermakna, meliputi pengurangan obat harus dilakukan secara perlahan dengan tindak lanjut yang ketat, dan pasien harus selalu diperiksa secara teratur karena hipertensi dapat kembali setelah beberapa bulan bahkan beberapa tahun setelah obat dihentikan.

Terapi yang adekuat secara bermakna menurunkan risiko terjadinya penyakit jantung, stroke, dan gagal jantung kongestif. Keberhasilan terapi bergantung pada pendidikan pasien, pemilihan obat yang tepat, tindak lanjut yang cermat, dan pembahasan strategi secara berulang bersama pasien.



Gambar 2.1. Algoritma penatalaksanaan hipertensi (*the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII)*, Brashers, 2008)

Petunjuk pemilihan obat pada *compelling indication* atau faktor risiko hipertensi adalah sebagai berikut.

Tabel 2.2. Petunjuk pemilihan obat pada *compelling indication* (*the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII)*, Brashers, 2008)

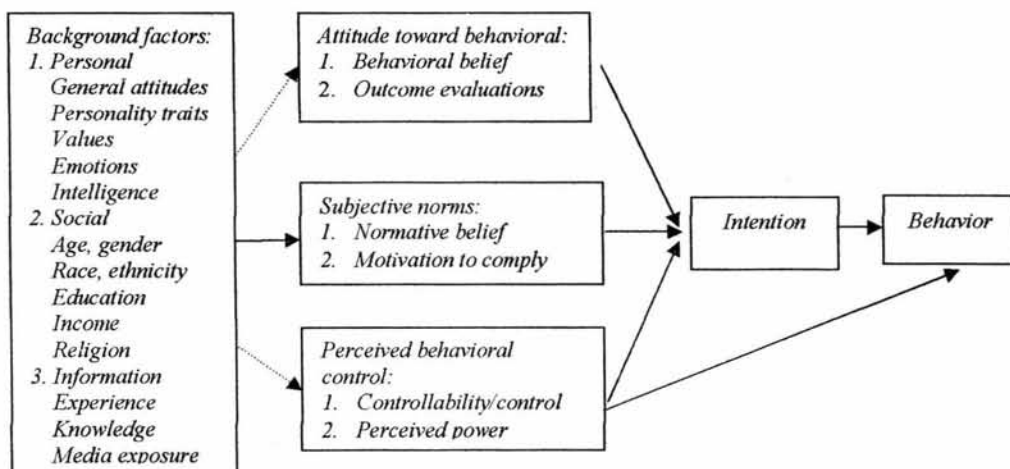
Kondisi risiko tinggi dengan <i>compelling indication</i>	Obat-obat yang direkomendasikan					
	Diuretik	β-Bloker	ACE inhibitor	Antagonis reseptor all	Penghambat kalsium	Antagonis Aldosteron
Gagal jantung	√	√	√	√		√
Pasca infark miokard		√	√			√
Risiko tinggi penyakit koroner	√	√	√		√	
DM	√	√	√	√	√	
Penyakit ginjal kronis			√	√		
Pencegahan stroke berulang	√		√			



## 2.2 Theory of Planned Behavior

Teori perilaku yang direncanakan (*Theory of Planned Behavior*) yang disingkat dengan TPB merupakan pengembangan lebih lanjut dari *Theory of Reasoned Action* (TRA). Faktor inti dari TPB adalah niat individu dalam melakukan perilaku tertentu. Niat diasumsikan sebagai penangkap motivasi yang mempengaruhi suatu perilaku. Semakin kuat niat untuk terlibat dalam perilaku, maka semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan (Ajzen, 2005).

Ajzen (2005) menambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA, yaitu persepsi terhadap pengendalian yang dapat dilakukan (*perceived behavioral control*). Konstruk ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu, dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subjektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*).



Gambar 2.2. Theory of Planned Behavior (Ajzen, 2005)

Ajzen (2005) menjelaskan bahwa terdapat tiga faktor yang dapat memprediksi timbulnya suatu niat (*behavioral intention*); yaitu sikap (*attitude*), norma subjektif (*subjective norm*) dan persepsi terhadap pengendalian (*perceived behavioral control*).

Hubungan antar variabel tersebut dalam teori ini, yaitu (Ajzen, 2005):

1) Latar belakang (*background factors*)

Latar belakang seperti usia, jenis kelamin, suku, status sosial ekonomi, suasana hati, sifat kepribadian, dan pengetahuan mempengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap suatu hal. Faktor latar belakang pada dasarnya adalah sifat yang hadir di dalam diri seseorang, yang dikategorikan ke dalam aspek *organism*. Ajzen memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan paparan pada media.

2) Keyakinan perilaku atau *behavioral belief*

Keyakinan perilaku yaitu hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif, sikap terhadap perilaku atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut. Semakin positif keyakinan individu akan akibat suatu objek sikap, maka akan semakin positif pula sikap individu terhadap objek tersebut, demikian pula sebaliknya (Ajzen, 2005).

### 3) Keyakinan normatif (*normative beliefs*)

Keyakinan normatif yang berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan yang secara tegas dikemukakan oleh Lewin dalam *Field Theory*. Pendapat Lewin ini digarisbawahi juga oleh Ajzen melalui TPB. Ajzen menjelaskan bahwa faktor lingkungan sosial khususnya orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu (*significant others*) dapat mempengaruhi keputusan individu.

### 4) Keyakinan kontrol (*control beliefs*)

Keyakinan kontrol yaitu keyakinan tentang keberadaan berbagai hal yang mendukung atau menghambat niat atau perilaku yang akan ditampilkan. Keyakinan bahwa suatu perilaku dapat dilaksanakan didapat dari berbagai hal, antara lain pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain melakukan perilaku itu sehingga seseorang memiliki keyakinan untuk dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, keterampilan dan pengalaman keyakinan individu mengenai suatu perilaku dapat dilaksanakan ditentukan juga oleh ketersediaan waktu, fasilitas dan memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku.

### 5) Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*)

Faktor yang dapat mempengaruhi kemudahan sikap diakses (*accessibility*) adalah tingkat kepentingan, jumlah frekuensi pengaktifan yang telah dilakukan sebelumnya, dan kekuatan asosiasi suatu konsep dengan sikap. Konsumen yang memiliki sikap yang secara umum baik atau buruk terhadap suatu produk tidak berarti bahwa konsumen tersebut akan selalu merealisasikan setiap kemungkinan sikap baik atau buruk sehubungan dengan produk bersangkutan. Sikap seseorang

terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Sikap mempunyai peran penting dalam menjelaskan perilaku seseorang dalam lingkungannya, walaupun masih banyak faktor lain yang mempengaruhi perilaku, seperti stimulus, latar belakang individu, motivasi dan status kepribadian. Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*) merupakan fungsi dari dua komponen yakni keyakinan berperilaku (*behavioral beliefs*) dan evaluasi terhadap hasil yang diperoleh (*evaluations of behavioral outcomes*).

6) Norma subjektif (*subjective norm*)

Norma subjektif adalah sejauh mana seseorang memiliki motivasi untuk mengikuti pandangan orang terhadap perilaku yang akan dilakukannya (*normative belief*). Jika individu merasa itu adalah hak pribadinya untuk menentukan apa yang akan dia lakukan, bukan ditentukan oleh orang lain di sekitarnya, maka dia akan mengabaikan pandangan orang tentang perilaku yang akan dilakukannya. Ajzen (2005) menggunakan istilah motivasi individu (*motivation to comply*) untuk menggambarkan fenomena ini, yaitu apakah individu mematuhi pandangan orang lain yang berpengaruh dalam hidupnya atau tidak.

7) Persepsi terhadap pengendalian (*perceived behavioral control*)

Persepsi terhadap pengendalian yaitu keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya (*control belief*) apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku itu, selain itu adanya persepsi individu terhadap kekuatan atau kemampuan faktor kendali (*perceived power*)

juga mempengaruhi individu dalam menentukan niat untuk melakukan atau tidak akan melakukan perilaku tersebut. Ajzen menamakan kondisi ini dengan persepsi terhadap pengendalian (*perceived behavioral control*).

#### 8) Niat untuk melakukan perilaku (*intention*)

Niat untuk melakukan perilaku adalah kecenderungan seseorang untuk memilih untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu pekerjaan. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana kalau dia memilih untuk melakukan perilaku tertentu itu dia mendapat dukungan dari orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya.

#### 9) Perilaku (*behavior*)

Perilaku adalah suatu tindakan. Sikap terhadap tindakan berkaitan dengan dampaknya, nilai yang terkait dengan tindakan, etika dan tradisi. Niat berperilaku (*behavioral intention*) dan perilaku (*behavior*) adalah dua hal yang berbeda. Perilaku adalah tindakan atau kegiatan nyata yang dilakukan. Perilaku dilakukan karena individu mempunyai minat atau keinginan untuk melakukannya.

## 2.3 *Self Efficacy*

### 2.3.1 Definisi

*Self efficacy* adalah suatu keyakinan seseorang tentang kemampuannya dalam melakukan aktivitas tertentu yang akan berpengaruh terhadap kehidupannya. *Self efficacy* dapat menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi dirinya. *Self efficacy* mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak, sehingga semakin tinggi *efficacy* akan menurunkan persepsi adanya hambatan untuk melakukan tindakan (Bandura, 1994).

### 2.3.2 Perkembangan *self efficacy*

Bandura (1994) menyatakan bahwa pada saat dilahirkan, bayi belum memiliki kepedulian terhadap dirinya, tetapi hal tersebut terus berkembang seiring dengan peningkatan usianya. *Self efficacy* terus berkembang dan dapat berubah seiring dengan meningkatnya usia, bertambahnya pengalaman dan perluasan lingkungan pergaulan. Anak mulai belajar dari lingkungan dan temannya bermain. Proses pembentukan *self efficacy* pada usia sekolah, secara kognitif terbentuk dan berkembang. Pengetahuan, kemampuan berpikir, kompetisi, dan interaksi sosial baik dengan sesama teman maupun guru berkembang dan sangat mempengaruhi *self efficacy* mereka. *Self efficacy* pada usia remaja berkembang melalui berbagai macam pengalaman yang dihadapi dan kemandirian mulai terbentuk. Mereka belajar bertanggung jawab terhadap diri mereka sendiri, sehingga membutuhkan berbagai macam keterampilan hidup dan cara bersosialisasi. Seseorang belajar dan mengembangkan *self efficacy*-nya dengan belajar untuk mencapai kesuksesan. Seseorang yang memasuki usia dewasa mulai berfokus pada *self efficacy*-nya. Usia dewasa awal merupakan masa seseorang belajar untuk menghadapi berbagai situasi dan menyelesaikan masalah terkait dengannya, seperti pernikahan, menjadi orang tua, dan status pekerjaan. Mereka terus berusaha untuk mencapai kesuksesan dalam tugasnya tersebut. *Self efficacy* pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya, seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Pelibatan mereka dalam berbagai macam aktivitas, akan dapat mempengaruhi *self efficacy* yang berkontribusi dalam mempertahankan fungsi sosial, fisik, dan intelektual.

### 2.3.3 Dimensi *self efficacy*

Bandura (1994) menjelaskan bahwa *self efficacy* terdiri dari tiga dimensi, antara lain *magnitude*, yaitu dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya. *Generality*, yaitu berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self efficacy* seseorang. *Strength* (kekuatan), dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu terhadap kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan oleh adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

### 2.3.4 Faktor yang mempengaruhi *self efficacy*

Bandura (1994) menjelaskan bahwa *self efficacy* seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Self efficacy* tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat faktor yang terdiri atas:

#### 1) *Performance accomplishment*

*Performance accomplishment* merupakan suatu pengalaman menguasai sesuatu prestasi atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut di masa lalu. Faktor ini adalah pembentuk *self efficacy* yang paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh subjek akan membuat peningkatan pada ekspektasi *self efficacy*, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan *self efficacy* individu.

## 2) *Vicarious experience*

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. *Self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain, sedangkan sebaliknya *self efficacy* akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap *self efficacy* adalah berdasarkan kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamat itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya, maka semakin besar potensial *self efficacy* yang akan disumbangkan oleh faktor ini.

## 3) *Verbal persuasion*

*Verbal persuasion* dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitu pun sebaliknya. Faktor ini sifatnya dapat berasal dari luar atau dalam diri individu sendiri, namun yang membedakan dengan *vicarious experience* adalah pada faktor subjek mendapatkan *feedback* langsung dari pihak lain, sedangkan pada *vicarious experience* subjek sendirilah yang secara aktif mengamati pihak lain tanpa intervensi dari pihak yang diamati. Besar pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi serta kriteria kerealistisan tentang apa yang dipersuasikan. Subjek juga dapat memberikan persuasi kepada dirinya sendiri dengan semacam *self talk* kepada dirinya sendiri.



#### 4) *Emotional arousal*

Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy*-nya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimaksudkan adalah emosi yang kuat seperti takut, stres, cemas, dan gembira. Emosi tersebut dapat meningkatkan ataupun menurunkan *self efficacy* seseorang.

Keempat sumber dan proses informasi tersebut di atas dapat mempengaruhi *self efficacy* dan dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungan. *Self efficacy* secara ideal diperkuat melalui berbagai pengalaman yang berhubungan dan akan mempengaruhi perilaku selanjutnya. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran replika penggunaan pengetahuan secara umum, dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan.

#### 2.3.5 Pengaruh *self efficacy* terhadap proses dalam diri manusia

Bandura (1994) menyebutkan bahwa *self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu:

##### 1) Proses kognitif

*Self efficacy* mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

## 2) Proses motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan terhadap *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi menurun.

## 3) Proses afektif

*Self efficacy* berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang *self efficacy* yang rendah cenderung memperbesar risiko, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

## 4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional, dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

## 2.4 Konsep *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

### 2.4.1 Definisi

*Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) adalah suatu pendekatan psikoterapi yang menekankan peran yang penting berpikir bagaimana kita merasakan dan apa yang kita lakukan. *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) berorientasi pada pemecahan masalah dengan terapi yang dipusatkan pada keadaan “di sini dan sekarang”, yang memandang individu sebagai pengambil keputusan penting tentang tujuan atau masalah yang akan dipecahkan dalam proses terapi. Pasien melalui CBT terlibat aktivitas dan berpartisipasi dalam melatih diri dengan cara membuat keputusan, penguatan diri dan strategi lain yang mengacu pada *self-regulation* (NACBT, 2007).

Teori *cognitive-behavior* pada dasarnya meyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan SKR dalam otak manusia, dan proses kognitif menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak (Oemarjoedi, 2003).

### 2.4.2 Tujuan

Tujuan dari CBT yaitu mengajak individu untuk belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat sehingga pada akhirnya dengan CBT diharapkan dapat membantu pasien dalam menyelaraskan dalam berpikir, merasa dan bertindak. *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dapat mengubah sikap dan perilaku seseorang dengan berfokus pada pikiran, keyakinan dan sikap yang kita pegang (proses kognitif) dan bagaimana hal ini berhubungan

dengan cara kita berperilaku, sebagai cara untuk mengatasi masalah emosional (Beck, 2011).

Keuntungan dari CBT adalah bahwa terapi ini berlangsung dalam jangka pendek. Pasien dan terapis selama pengobatan ini, bekerja sama untuk memahami apa masalahnya dan mengembangkan strategi baru untuk mengatasi masalahnya. *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) menerapkan prinsip yang dapat diterapkan kapan saja diperlukan dan yang dapat memberi manfaat yang baik sepanjang hidupnya (Oemarjoedi, 2003).

#### 2.4.3 Manfaat

*Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dapat menjadi terapi yang efektif untuk berbagai masalah seperti perilaku kekerasan, kecemasan dan panik, permasalahan anak dan remaja, sindrom kelelahan kronis, nyeri kronis, depresi, kecanduan obat atau alkohol, masalah tidur, masalah makan, masalah kesehatan umum, perubahan suasana hati, obsesif kompulsif, fobia, *pasca traumatic stres disorder*, masalah seksual dan hubungan sosial (Oemarjoedi, 2003).

#### 2.4.4 Prinsip *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

*Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) harus disesuaikan dengan karakteristik atau permasalahan pasien, dan juga harus memahami prinsip yang mendasari CBT. Pemahaman terhadap prinsip ini diharapkan dapat mempermudah dalam memahami konsep, strategi dalam merencanakan proses CBT dari setiap sesi, serta penerapan teknik CBT.

Berikut adalah prinsip dasar dari CBT berdasarkan kajian yang diungkapkan oleh Beck (2011):

Prinsip nomor 1: *Cognitive Behavior Therapy* didasarkan pada formulasi yang terus berkembang dari permasalahan pasien dan konseptualisasi kognitifnya. Formulasi CBT terus diperbaiki seiring dengan perkembangan evaluasi dari setiap sesi dan pada momen yang strategis, terapis mengkoordinasikan penemuan konseptualisasi kognitif pasien yang menyimpang dan meluruskannya sehingga dapat membantu pasien dalam penyesuaian antara berpikir, merasa dan bertindak.

Prinsip nomor 2: *Cognitive Behavior Therapy* didasarkan pada pemahaman yang sama antara terapis dan pasien terhadap permasalahan yang dihadapi pasien dan melalui situasi CBT yang penuh dengan kehangatan, empati, peduli, dan orisinalitas respons terhadap permasalahan pasien akan membuat pemahaman yang sama terhadap permasalahan yang dihadapi pasien. Kondisi tersebut akan menunjukkan sebuah keberhasilan dari CBT.

Prinsip nomor 3: *Cognitive Behavior Therapy* memerlukan kolaborasi dan partisipasi aktif dengan menempatkan pasien sebagai tim dalam CBT, maka keputusan CBT merupakan keputusan yang disepakati dengan pasien. Pasien akan lebih aktif dalam mengikuti setiap sesi karena pasien mengetahui apa yang harus dilakukan dari setiap sesi CBT.

Prinsip nomor 4: *Cognitive Behavior Therapy* berorientasi pada tujuan dan berfokus pada permasalahan. Setiap sesi CBT selalu dilakukan evaluasi untuk mengetahui tingkat pencapaian tujuan dan melalui evaluasi ini diharapkan adanya respons pasien terhadap pikiran yang mengganggu tujuannya dan tetap berfokus pada permasalahan pasien.

Prinsip nomor 5: *Cognitive Behavior Therapy* berfokus pada kejadian saat ini. *Cognitive Behavior Therapy* dimulai dari menganalisis permasalahan pasien

pada saat ini dan di sini (*here and now*). Perhatian CBT beralih pada dua keadaan. Pertama, ketika pasien mengungkapkan sumber kekuatan dalam melakukan kesalahannya. Kedua, ketika pasien terjebak pada proses berpikir yang menyimpang dan keyakinan pasien di masa lalunya yang berpotensi mengubah kepercayaan dan tingkah laku ke arah yang lebih baik.

Prinsip nomor 6: *Cognitive Behavior Therapy* merupakan edukasi, bertujuan mengajarkan pasien untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri, dan menekankan pada pencegahan. Sesi pertama CBT mengarahkan pasien untuk mempelajari sifat dan permasalahan yang dihadapinya termasuk proses CBT serta model kognitifnya karena CBT meyakini bahwa pikiran mempengaruhi emosi dan perilaku. Terapis membantu menetapkan tujuan, mengidentifikasi dan mengevaluasi proses berpikir serta keyakinan pasien, kemudian merencanakan rancangan pelatihan untuk perubahan tingkah lakunya.

Prinsip nomor 7: *Cognitive Behavior Therapy* berlangsung pada waktu yang terbatas dan pada kasus tertentu, CBT membutuhkan pertemuan antara 6 sampai 14 sesi sehingga agar proses CBT tidak membutuhkan waktu yang panjang, diharapkan secara berkelanjutan terapis dapat membantu dan melatih pasien untuk melakukan *self-help*.

Prinsip nomor 8: Sesi *Cognitive Behavior Therapy* yang terstruktur. Struktur ini terdiri dari tiga bagian. Bagian awal, menganalisis perasaan dan emosi pasien, menganalisis kejadian yang terjadi dalam satu minggu ke belakang, kemudian menetapkan agenda untuk setiap sesi. Bagian tengah, meninjau pelaksanaan tugas rumah (*homework assignment*), membahas permasalahan yang muncul dari setiap sesi yang telah berlangsung, serta merancang pekerjaan rumah

baru yang akan dilakukan. Bagian akhir, melakukan umpan balik terhadap perkembangan dari setiap sesi. Sesi CBT yang terstruktur ini membuat prosesnya lebih dipahami oleh pasien dan meningkatkan kemungkinan mereka mampu melakukan *self-help* di akhir sesi.

Prinsip nomor 9: *Cognitive Behavior Therapy* mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menanggapi pemikiran disfungsional dan keyakinan mereka. Setiap hari pasien memiliki kesempatan dalam pikiran otomatisnya yang akan mempengaruhi suasana hati, emosi dan tingkah laku mereka. Terapis membantu pasien dalam mengidentifikasi pikirannya serta menyesuaikan dengan kondisi realita serta perspektif adaptif yang mengarahkan pasien untuk merasa lebih baik secara emosional, tingkah laku dan mengurangi kondisi psikologis negatif. Terapis juga menciptakan pengalaman baru yang disebut dengan eksperimen perilaku. Pasien dilatih untuk menciptakan pengalaman barunya dengan cara menguji pemikiran mereka (misalnya: jika saya melihat gambar laba-laba, maka akan saya merasa sangat cemas, namun saya pasti bisa menghilangkan perasaan cemas tersebut dan dapat melaluinya dengan baik). Terapis terlibat dalam eksperimen kolaboratif. Terapis dan pasien bersama-sama menguji pemikiran pasien untuk mengembangkan respons yang lebih bermanfaat dan akurat.

Prinsip nomor 10: *Cognitive Behavior Therapy* menggunakan berbagai teknik untuk mengubah pemikiran, perasaan, dan tingkah laku. Pertanyaan yang berbentuk sokratik memudahkan terapis dalam melakukan CBT. Pertanyaan dalam bentuk sokratik merupakan inti atau kunci dari proses evaluasi CBT. *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) tidak memperlakukan terapis

menggunakan teknik lain seperti psikodinamik, psikoanalisis, selama teknik tersebut membantu proses CBT yang lebih singkat dan memudahkan terapis dalam membantu pasien. Jenis teknik yang dipilih akan dipengaruhi oleh konseptualisasi terapis terhadap pasien, masalah yang sedang ditangani, dan tujuan terapis dalam sesi CBT tersebut.

#### 2.4.5 Cara kerja *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

Cara kerja CBT sangat kompleks. Beberapa cara kerja CBT sama dengan terapi lain, ada pula yang khusus untuk CBT. Berikut ini gambaran cara kerja CBT.

##### 1) Belajar keterampilan koping (menangani suatu masalah)

*Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) mencoba untuk mengajarkan kepada pasien keterampilan dalam menangani masalahnya. Seseorang dengan kecemasan dapat belajar cara menghindari situasi yang dapat memperberat rasa takutnya. Seseorang yang depresi dapat belajar untuk merekam pikiran mereka dan melihat hal tersebut secara lebih realistis. Hal ini membantu mereka untuk memecahkan permasalahan suasana hati. Seseorang dengan masalah yang dihadapi dalam berhubungan dengan orang lain dapat belajar untuk memeriksa asumsi mereka tentang motivasi orang lain, daripada selalu mengasumsikan yang terburuk.

##### 2) Mengubah perilaku dan keyakinan

Sebuah strategi baru dalam mengatasi (koping) suatu keadaan atau masalah dapat menyebabkan perubahan yang lebih tahan lama karena adanya perubahan pada sikap dasar dan cara berperilaku. Pasien yang cemas dapat belajar untuk menghindari hal yang membuatnya cemas. Pasien juga dapat menyadari bahwa kecemasan tidak membahayakan seperti yang diasumsikannya semula.



Seseorang yang mengalami depresi mungkin akan melihat dirinya sebagai anggota biasa dari ras manusia, mereka mungkin akan memiliki sikap yang berbeda untuk pikirannya.

### 3) Sebuah bentuk hubungan baru

*Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* pada pasien perorangan membawa pasien ke dalam jenis hubungan baru dan hal tersebut tidak mungkin ada sebelumnya. Mereka secara aktif terlibat dalam mengubah sesuatu. Terapis berusaha melihat pandangan dan reaksinya, yang kemudian hal tersebut menentukan bagaimana terapi berlangsung. Orang tersebut mungkin dapat mengungkapkan hal yang sangat pribadi dan merasa lega, karena tidak ada yang menghakimi. Mereka mengambil keputusan dengan cara yang dewasa, karena masalah dibuka dan dijelaskan. Beberapa pasien menghargai pengalaman ini sebagai aspek yang paling penting dari terapi.

### 4) Pemecahan masalah kehidupan

Metode CBT bermanfaat untuk memecahkan masalah yang telah lama terjadi. Seseorang yang depresi mungkin merasa terlalu tidak memadai untuk bertemu orang baru dan meningkatkan kehidupan sosial mereka. Seseorang terjebak dalam hubungan yang tidak memuaskan mungkin menemukan cara baru dalam menyelesaikan perselisihan. *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dapat mengajarkan kepada seseorang mengenai sebuah pendekatan baru dalam menangani masalah yang dimiliki (Beck, 2011).

#### 2.4.6 Teknik *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*

*Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* adalah pendekatan psikoterapi yang digunakan untuk membantu individu ke arah yang positif. Berbagai variasi teknik

perubahan kognisi, emosi dan tingkah laku menjadi bagian yang terpenting dalam CBT. Metode ini berkembang sesuai dengan kebutuhan pasien, yang bersifat aktif, direktif, terbatas waktu, terstruktur, dan berpusat pada pasien.

Terapis biasanya menggunakan berbagai teknik intervensi untuk mendapatkan kesepakatan perilaku sasaran dengan pasien. Teknik yang biasa digunakan yaitu: (NACBT, 2007)

- 1) Menata keyakinan irasional.
- 2) *Bibliotherapy*, menerima kondisi emosional internal sebagai sesuatu yang menarik daripada sesuatu yang menakutkan.
- 3) Mengulang kembali penggunaan beragam pernyataan diri dalam *role play* dengan terapis.
- 4) Mencoba penggunaan berbagai pernyataan diri yang berbeda dalam situasi nyata.
- 5) Mengukur perasaan, misalnya dengan mengukur perasaan cemas yang dialami pada saat ini dengan skala 0-100.
- 6) Menghentikan pikiran. Pasien belajar untuk menghentikan pikiran negatif dan mengubahnya menjadi pikiran positif.
- 7) *Desensitization systematic*. Respons takut dan cemas diganti dengan respons relaksasi dengan cara mengemukakan permasalahan secara berulang-ulang dan berurutan dari respons takut terberat sampai yang ringan untuk mengurangi intensitas emosional pasien.
- 8) Pelatihan keterampilan sosial. Melatih pasien untuk dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sosialnya.

- 9) *Assertiveness skill training* atau pelatihan keterampilan supaya bisa bertindak tegas.
- 10) Penugasan rumah. Mempraktikkan perilaku baru dan strategi kognitif antara sesi CBT.
- 11) *In vivo exposure*. Mengatasi situasi yang menyebabkan masalah dengan memasuki situasi tersebut.
- 12) *Covert conditioning*, upaya pengkondisian tersembunyi dengan menekankan kepada proses psikologis yang terjadi di dalam diri individu. Peranannya di dalam mengontrol perilaku berdasarkan pada imajinasi, perasaan dan persepsi.

## **2.5 Self Care Behavior Pasien Hipertensi**

### **2.5.1 Konsep dasar perilaku**

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas manusia, baik dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku terdiri dari persepsi (*perception*), respons terpimpin (*guided respons*), mekanisme (*mechanism*), dan adaptasi (*adaptation*). Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan hasil dari perubahan berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Perilaku manusia pada garis besarnya dapat terlihat dari tiga aspek yaitu fisik, psikis, dan sosial, akan tetapi dari aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia (Notoatmojo, 2010).

### 2.5.2 Perilaku kesehatan

Teori *Health Belief Model* (HBM) dalam Edberg (2010) menyatakan bahwa suatu perilaku mencari kesehatan dan perilaku sehat seseorang dimotivasi oleh enam komponen, yaitu persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, petunjuk untuk bertindak dan adanya *self efficacy* (keyakinan diri). Persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) adalah suatu derajat risiko yang dirasakan seseorang terhadap masalah kesehatan. Persepsi keparahan (*perceived severity*) merupakan tingkat kepercayaan seseorang bahwa konsekuensi masalah kesehatan yang akan menjadi semakin parah. Persepsi manfaat (*perceived benefit*) adalah hasil positif yang dipercaya seseorang sebagai hasil dan tindakan. Persepsi hambatan (*perceived barrier*) yaitu hasil negatif yang dipercayai sebagai akibat hasil dari tindakan. Petunjuk untuk bertindak (*cues to action*) adalah peristiwa eksternal yang memotivasi seseorang untuk bertindak dan *self efficacy* adalah keyakinan seseorang akan kemampuannya dalam melakukan tindakan. Perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh beberapa faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Green dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai, dan tradisi. Seseorang dengan pengetahuan rendah akan berdampak pada perilaku perawatan penderita hipertensi. Seseorang dengan pengetahuan yang cukup tentang perilaku perawatan hipertensi, maka secara langsung akan bersikap positif dan menuruti

aturan pengobatan disertai munculnya keyakinan untuk sembuh, tetapi terkadang masih ada yang percaya dengan pengobatan alternatif bukan medis yang dipengaruhi oleh kebiasaan masyarakat yang sudah membudaya.

- 2) Faktor pemungkin (*enabling factors*), merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan, artinya bahwa faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, seperti lingkungan yang jauh atau jarak dari pelayanan kesehatan memberikan kontribusi rendahnya perilaku perawatan pada penderita hipertensi.
- 3) Faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku antara lain:

- (1) Dukungan petugas kesehatan

Dukungan petugas kesehatan sangat membantu dan sangat besar artinya bagi seseorang dalam melakukan perawatan hipertensi, sebab petugas adalah yang merawat dan sering berinteraksi, sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik, dengan sering berinteraksi akan sangat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas bagi dirinya, serta motivasi atau dukungan yang diberikan petugas sangat besar artinya terhadap ketaatan pasien untuk selalu mengontrol tekanan darahnya secara rutin.

- (2) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting karena keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat dan sebagai penerima asuhan keperawatan. Keluarga sangat berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan oleh anggota keluarga yang sakit, apabila dalam keluarga tersebut salah

satu anggota keluarganya ada yang sedang mengalami masalah kesehatan, maka sistem dalam keluarga akan mempengaruhi (Friedman, 1998).

### 2.5.3 Unsur perilaku

Perilaku muncul sebagai hasil interaksi antara tanggapan dari individu terhadap stimulus yang datang dari lingkungannya agar bisa beradaptasi dan tetap *survive*. Timbulnya perilaku didasari dari dorongan yang ada dalam diri manusia, sedangkan dorongan merupakan perilaku yang muncul karena adanya dorongan untuk *survive*. Unsur utama dalam perilaku yaitu adanya afektif (perasaan atau penilaian pada berbagai hal), kognitif (pengetahuan, kepercayaan atau pendapat tentang suatu objek), dan psikomotor (niat serta tindakan yang berkaitan dengan suatu objek).

Perilaku memiliki hubungan yang cukup besar dalam menentukan tingkat pemanfaatan sarana kesehatan. Teori adopsi perilaku dari Rogers mengemukakan bahwa untuk mengubah perilaku seseorang akan melewati lima tahapan, yaitu *awareness* (kesadaran), *interest* (perhatian atau ketertarikan dengan ide baru), *evaluation* (perilaku terhadap ide), *trial* (usaha untuk mencoba), dan *adoption* (bila menerima ide baru) (Notoatmojo, 2010).

### 2.5.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan

Notoatmojo (2010) menjelaskan bahwa perilaku ketaatan pada individu sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

- 1) Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan hal yang sangat mempengaruhi terbentuknya perilaku seseorang. Pengetahuan pasien tentang perawatan pada penderita hipertensi yang rendah

dapat menimbulkan kesadaran yang rendah pula yang berdampak dan berpengaruh pada penderita hipertensi dalam mengontrol tekanan darah, kedisiplinan pemeriksaan yang akibatnya dapat terjadi komplikasi lanjut.

- 2) Sikap adalah reaksi tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek.
- 3) Ciri individual meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi.
- 4) Partisipasi keluarga merupakan keikutsertaan keluarga di dalam membantu pasien dalam melaksanakan perawatan dan pengobatan pasien.

#### 2.5.5 Pengaruh *self efficacy* terhadap perilaku

Bandura (1994) menyatakan bahwa *self efficacy* merupakan prediktor yang paling efektif dalam menilai perubahan perilaku seseorang. *Self efficacy* akan mempengaruhi cara seseorang untuk berpikir, perasaan, motivasi, dan penampilan yang ditunjukkan individu. Motivasi seseorang untuk menunjukkan perilaku tertentu tergantung pada kemampuan individu mengevaluasi *self efficacy* yang dimilikinya. *Self efficacy* individu yang semakin tinggi akan memudahkan individu memecahkan masalah dalam keadaan sulit. Individu yang meyakini bahwa dia mampu melakukan suatu perilaku tertentu akan melakukan perilaku tersebut, sedangkan individu dengan *self efficacy* yang rendah cenderung untuk tidak melakukan perilaku tersebut atau menghindarinya. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi akan lebih mudah mengadopsi perilaku baru.

Bandura (1994) menyatakan bahwa individu dengan *self efficacy* yang tinggi tidak berarti tidak akan mengalami kecemasan atau stres dalam melakukan perilaku baru. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi akan mempunyai kemampuan kontrol diri yang kuat dalam menghadapi ancaman, mempunyai

masalah yang lebih sedikit dan lebih mudah pulih dengan cepat. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi juga terlihat mengalami depresi yang lebih sedikit daripada mereka yang *self efficacy*-nya rendah. Perilaku seseorang dipengaruhi persepsi individu terhadap tiga hal, yaitu persepsi tentang tingkat risiko, yang diikuti oleh harapan bahwa perilaku akan menurunkan risiko dan harapan bahwa mereka mampu untuk melakukan perubahan perilaku. Tiga persepsi tersebut secara bersama-sama akan mempengaruhi intensi perilaku dan usaha untuk melakukan perubahan perilaku, dan mempertahankan perilaku baru yang sudah dilakukan.