

TESIS

PENGARUH *GOAL-DIRECTED BEHAVIOR* (GDB) TERHADAP REGULASI DIRI DAN PERILAKU *MONITORING* TEKANAN DARAH PENDERITA HIPERTENSI DI KOTA MOJOKERTO



Oleh :

DWIHARINI PUSPITANINGSIH

NIM:131141059

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

TESIS

PENGARUH GOAL-DIRECTED BEHAVIOR (GDB) TERHADAP REGULASI
DIRI DAN PERILAKU MONITORING TEKANAN DARAH
PENDERITA HIPERTENSI DI KOTA MOJOKERTO



Oleh :

DWI HARINI PUSPITANINGSIH

NIM: 131141089

PROGRAM STUDI MAGISTER STUDI MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2013

TESIS

PENGARUH *GOAL-DIRECTED BEHAVIOR* (GDB) TERHADAP REGULASI DIRI DAN PERILAKU *MONITORING* TEKANAN DARAH PENDERITA HIPERTENSI DI KOTA MOJOKERTO

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR

Oleh :

DWIHARINI PUSPITANINGSIH

NIM:131141059

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

TESIS

PENGARUH GOAL-DIRECTED BEHAVIOR... DWIHARINI PUSPITANINGSIH

Untuk Memenuhi Syarat Magister Keperawatan (M.Keq) dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

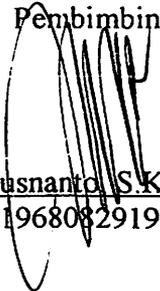
PENGARUH *GOAL-DIRECTED BEHAVIOR* (GDB) TERHADAP REGULASI DIRI DAN PERILAKU *MONITORING* TEKANAN DARAH PENDERITA HIPERTENSI

Dwiharini Puspitaningsih
NIM 131141059

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 30 JULI 2013

Oleh:

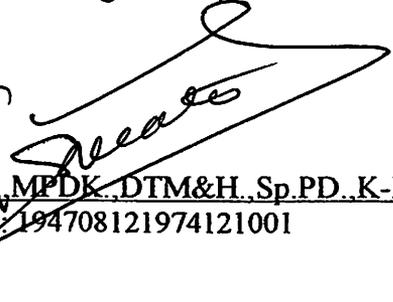
Pembimbing I


Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP : 196808291989031002

Pembimbing II


Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP: 197004102000122001

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Prof. Dr. S. N. S. M. P. D. H. Sp. PD. K-PTL. FINASIM
NIP : 194708121974121001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Dwiharini Puspitaningsih
Nim : 131 141 059
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Judul : Pengaruh *Goal-directed Behavior* (GDB) Terhadap Regulasi Diri dan Perilaku *Monitoring* Tekanan Darah penderita Hipertensi

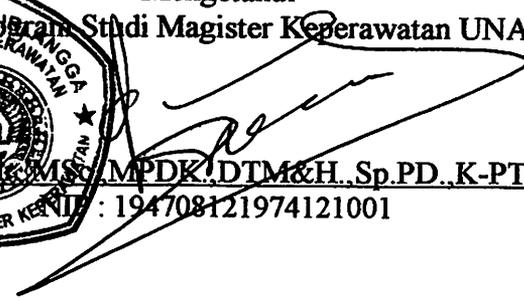
Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal : 30 Juli 2013

Panitia penguji

- | | | |
|----------------|--------------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Dr. Florentina Sustini, dr., MS | (.....) |
| 2. Penguji I | : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes | (.....) |
| 3. Penguji II | : Harmayetty, S.Kp., M.Kes | (.....) |
| 4. Penguji III | : dr. Budiono, M.Kes | (.....) |
| 5. Penguji IV | : Abu Bakar, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B | (.....) |

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR

Prof. Dr.  MS, M.PDK, DTM&H, Sp.PD, K-PTI, FINASIM
NIDN : 194708121974121001



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulisan tesis dengan judul **“Pengaruh *Goal-directed Behavior* Terhadap Regulasi Diri Dan Perilaku Sehat Pada Penderita Hipertensi”** dapat terselesaikan.

Karya ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis dengan hati yang tulus ikhlas menyampaikan ucapan terima kasih tak terhingga kepada :

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya beserta jajarannya yang telah memberikan arahan, kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., K-PTI., FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
4. Dr. Kusnanto, SKp., M.Kes., selaku pembimbing pertama yang telah memberikan bimbingan dan saran-saran dalam penulisan dan penyusunan tesis ini.
5. Harmayetty, S.Kp., M.Kes., sebagai pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.

6. dr. Farida Mariana selaku kepala Puskesmas Blooto beserta seluruh petugas puskesmas yang telah membantu secara teknis pelaksanaan penelitian ini.
7. Seluruh responden dalam penelitian ini yang telah memberikan inspirasi dan banyak membantu peneliti dalam melakukan penelitian.
8. dr. Rahmi SA., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Majapahit Mojokerto beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan serta motivasi dalam melanjutkan studi dan dalam menyelesaikan tesis ini
9. Seluruh dosen pengajar di Program Studi Magister keperawatan, yang telah mentransfer pengetahuannya.
10. Orang tua dan keluarga, yang telah mendukung dan mendoakan selama menempuh studi ini.
11. Teman-teman Program Studi Magister Keperawatan Angkatan IV yang selalu kompak, saling mendukung, dan saling mendoakan dalam perkuliahan maupun dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan demi kesempurnaan tulisan ini.

Surabaya, Juli 2013

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwiharini Puspitaningsih

NIM : 131141059

Program Studi : Magister Keperawatan

Departemen :

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Pengaruh *goal-directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku
monitoring tekanan darah penderita hipertensi**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 30 Juli 2013

Yang menyatakan

(.....)

RINGKASAN

Pengaruh *Goal-directed Behavior* Terhadap Regulasi Diri Dan Perilaku *Monitoring* Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto

Oleh:

Dwiharini Puspitaningsih

Banyak orang sering tidak menghiraukan ketika dirinya mengalami gejala hipertensi dan tidak memeriksakan tekanan darahnya sampai gejala tersebut dirasakan mengganggu aktivitasnya (Ekarini, 2012). Tekanan darah sistolik dan diastolik harus dijaga agar tetap dalam batas normal karena komplikasi hipertensi akan timbul apabila hipertensi tidak dikendalikan. Secara ekstrem, hipertensi dapat merusak bagian dalam dari arteri yang kecil, kemungkinan dapat menyebabkan pembekuan darah. Jika hal ini terjadi dapat menyebabkan serangan jantung, kebutaan, gagal ginjal dan stroke (Barati, Darabi, Moghimbeigi & Afsar, 2011). Kesadaran penderita hipertensi dalam monitoring tekanan darah masih rendah. Perilaku sehat yang dianjurkan oleh *American Heart Assosiation* dalam rangka tujuan penurunan komplikasi hipertensi 2020 meliputi mengurangi merokok, pengontrolan berat badan, aktivitas fisik yang dapat ditolerir tubuh, diet, monitoring tekanan darah (Lloyd-Jones, et al., 2010).

Manajemen hipertensi memerlukan regulasi diri penderita. Regulasi diri merupakan kemampuan untuk mengontrol perilaku sendiri. Model regulasi diri ini lebih menekankan pada pandangan individu terhadap lingkungan dan diri mereka sendiri. Pada penderita hipertensi, kemampuan pengambilan keputusan dalam mengontrol perilakunya masih sangat kurang (Taylor, Bagozzi, Gaither & Jamerson, 2006). *Goal-directed behavior* merupakan pembentukan perilaku yang dihasilkan dari penetapan tujuan. *Goal-directed behavior* memfasilitasi penderita hipertensi dalam melakukan upaya pengambilan keputusan untuk menentukan perilaku kesehatannya. Tujuan dari penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh *goal directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi.

Jenis penelitian ini adalah *quasy* eksperimen dengan menggunakan desain *pre test and post test with control group*. Besar sampel adalah 44 pasien hipertensi di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan observasi perilaku. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Kelompok intervensi adalah penderita hipertensi yang mendapatkan terapi dari puskesmas dan intervensi *goal-directed behavior*, sedangkan kelompok pembanding adalah penderita hipertensi yang mendapatkan terapi dari puskesmas tanpa intervensi dari peneliti. Pemilihan responden untuk kedua kelompok dilakukan dengan cara mempertimbangkan kriteria responden yaitu usia, kerelaan respon untuk ikut serta penelitian serta jenis hipertensi responden tanpa komplikasi.

Kelompok intervensi diberikan 4 tahap kegiatan *goal-directed behavior*. Tahap pertama yaitu pemberian informasi mengenai hipertensi dan eksplorasi perasaan responden yang dilakukan pada tanggal 7 Juni 2013, tahap kedua dilakukan

pada tanggal 11 Juni 2013 yaitu responden didampingi membuat tujuan dan menyusun rencana serta membuat keputusan. Observasi dilakukan sebagai tahap ketiga *goal-directed behavior* selama 4 minggu mulai tanggal 12 Juni sampai 10 Juli 2013. Tahap evaluasi dilakukan pada tanggal 12 Juli 2013 sekaligus pengukuran regulasi diri setelah dilakukan penelitian. Pengukuran akhir pada kelompok perbandingan dilakukan pada tanggal 13 Juli 2013. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji statistik. Pada kelompok intervensi dan kelompok perbandingan sebelum dan sesudah intervensi dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon* sedangkan untuk membandingkan antara kelompok intervensi dan kelompok perbandingan digunakan uji statistik *Mann Whitney*.

Hasil penelitian didapatkan bahwa rerata usia kelompok kontrol 48,64 sedangkan dan kelompok intervensi 48,05. Pada kelompok perbandingan 54,5% perempuan dan pada kelompok intervensi seimbang antara laki-laki dan perempuan. Pendidikan responden 36,4% SMP dan SMA pada kelompok perbandingan dan 45,5% SD pada kelompok intervensi. Pekerjaan responden adalah swasta dan tani (31,8%) pada kelompok perbandingan dan pada kelompok intervensi sebagian besar sebagai petani (45,5%). Kelompok perbandingan yang tidak teratur memeriksakan tekanan darahnya 54,5%, kelompok intervensi 68,2%. Hasil rerata regulasi kelompok perbandingan sebelum adalah $51,32 \pm 6,80$, sedangkan sesudah intervensi $52,23 \pm 6,24$. Regulasi diri responden kelompok intervensi sebelum memiliki hasil rerata $55,32 \pm 5,13$ dan setelah $52,23 \pm 6,24$.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan regulasi diri kedua kelompok setelah dilakukan *goal-directed behavior*, namun tidak terdapat perbedaan perilaku *monitoring* tekanan darah. Perubahan regulasi diri terjadi seiring dengan adanya kemauan serta kesadaran untuk berperilaku, namun tidak serta merta diiringi perubahan perilaku itu sendiri. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yang menjadi kendala bagi responden. Selain itu menurut teori King, interaksi terjadi secara terus menerus untuk dapat menghasilkan suatu perilaku. Dalam konsep *goal-directed behavior* perubahan perilaku distimulasi dengan adanya kebiasaan yang dilakukan individu melalui proses regulasi diri. Jika kebiasaan tersebut telah menjadi pola maka akan terjadi perubahan perilaku yang diharapkan.

Kesimpulan penelitian yaitu *goal-directed behavior* yang dilakukan pada pasien hipertensi di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto dapat meningkatkan regulasi diri namun tidak merubah perilaku. Intervensi ini harus dilakukan secara simultan dan terus menerus sebagai bentuk interaksi perawat dengan pasien sehingga menghasilkan umpan balik perilaku yang diharapkan.

SUMMARY

The Influence of Goal-directed Behavior To The Self Regulation and Blood Pressure Monitoring Behavior on Patients with Hypertension in Blooto Publics Health Care Mojokerto

By:

Dwiharini Puspitaningsih

Many people ignore the hypertension symptoms and did not checked the blood pressure until they felt that it is intervering their activity (Ekarini, 2012). Systolic and diastolic blood pressure should be kept within normal limits due to hypertensive complications if hypertension is uncontrolled. In the extreme, hypertension can damage the arteries, likely to cause blood clots. If this happens it can cause a heart attack, blindness, kidney failure and stroke (Barati, Darabi, Moghimbeigi & Afsar, 2011). Awareness of hypertensive patients in monitoring blood pressure remains low. Healthy behaviors recommended by the American Heart Association in order to reduce hypertensive complications goals in 2020 include reducing smoking, weight control, physical activity, diet, blood pressure monitoring (Lloyd-Jones, et al., 2010).

Management of hypertension require patients self-regulation. Self-regulation is the ability to control their own behavior. The self-regulation model focus on individual views on the environment and themselves. There is lack of decision-making ability to control their behavior in hypertension patients (Taylor, Bagozzi, Gaither & Jamerson, 2006). Goal-directed behavior is the behavioral formation based on the goal setting. Goal-directed behavior facilitate decision-making in hypertensive that its efforts to determine health behavior. Purpose of this study is to explain the influences of goal directed behavior to the self-regulation and blood pressure monitoring behavior of hypertensive patients.

This study was used Quasy experimental pre test and post test design with control group. Sample size is 44 hypertensive patients in public health care Blooto Mojokerto. The instruments were used questionnaires and behavioral observations. Respondents were divided into two groups: the intervention group and the comparison group. The intervention group was hypertensive patients who received goal-directed behavior treatment, while the comparison group was hypertensive patients who received treatment from the clinic without any intervention from the researcher. The selection of respondents for both groups was done by considering the respondents criteria that are age, willingness to participate and hypertensive respondents without complication.

Group intervention given 4 stages of goal-directed behavior. first stage is the provision of information about hypertension and exploration of the respondent. Its done on June 7, 2013, the second stage was conducted on June 11, 2013, the researcer accompanied the respondent to make goals and plans and make decisions. Observation was done as the third stage of goal-directed behavior for about 4 weeks on 12 June to 10 July 2013. Evaluation stage was conducted on July 12, 2013 as well as the measurement of self-regulation after the study. Final measurements in the

comparison group was conducted on July 13, 2013. The data analyzed by statistic test. Before and after intervention to the intervention group and control group used Wilcoxon test and Mann Whitney test was used to analyze the comparison between intervention group and control group.

The results showed that the mean age of the intervention group 48.05 whereas the control group 48.64. In the intervention group its a balanced between men and women and in the comparison group 54.5% was women. 36.4% respondents educational was high school in the comparison group and 45.5% in the intervention group was secondary school. Majority of the respondents of intervention group and comparison group was a farmers (45.5% and 31.8%). Comparison group who do not regularly check their blood pressure 54.5%, and intervention group 68.2%. The mean regulations before the intervention of the comparison group was 51.32 ± 6.80 , whereas after intervention was 52.23 ± 6.24 . Average of self-regulation result for intervention group respondents before intervension was 55.32 ± 5.13 and after intervention was 52.23 ± 6.24 .

The analysis showed there was differences both groups in self-regulation after the goal-directed behavior, but there is no difference in blood pressure monitoring behavior. Changes in self-regulation is in line with the willingness and awareness to behave, but not necessarily accompanied perbahan behavior itself. This was caused by several factors that become obstacles for respondent.

Studies conclusion that is goal-directed behavior performed the self regulation in hypertensive patients at the public health care Blooto Mojokerto but do not change the behavior. Intervention should be carried out simultaneously and continuously as a form of interaction between nurse and the patient's so that there is feedback resulting in the expected behavior.

ABSTRAK**Pengaruh *Goal-directed Behavior* Terhadap Regulasi Diri Dan Perilaku *Monitoring* Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto**

Oleh:

Dwiharini Puspitaningsih

Banyak orang sering tidak menghiraukan ketika dirinya mengalami gejala hipertensi dan tidak memeriksakan tekanan darahnya sampai gejala tersebut dirasakan mengganggu aktivitasnya. Tekanan darah sistolik dan diastolik harus dijaga agar tetap dalam batas normal karena komplikasi hipertensi akan timbul apabila hipertensi tidak dikendalikan. Manajemen hipertensi memerlukan regulasi diri penderita. Manajemen hipertensi memerlukan regulasi diri penderita. *Goal-directed behavior* memfasilitasi penderita hipertensi dalam melakukan upaya pengambilan keputusan untuk menentukan perilaku kesehatannya. Tujuan penelitian adalah menjelaskan pengaruh *goal directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi. Jenis penelitian adalah *quasy* eksperimen menggunakan desain *pre test and post test with control group*. Variabel dependen penelitian adalah regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi, sedangkan variabel independennya adalah *goal-directed behavior*. Besar sampel adalah 44 pasien hipertensi di puskesmas Blooto Kota Mojokerto. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan observasi perilaku. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann-whitney* dengan $p < 0,05$. Hasil rerata regulasi kelompok pembandingan sebelum adalah $51,32 \pm 6,80$, sedangkan sesudah intervensi $52,23 \pm 6,24$. Regulasi diri responden kelompok intervensi sebelum memiliki hasil rerata $55,32 \pm 5,13$ dan setelah $52,23 \pm 6,24$. Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan regulasi diri kedua kelompok setelah dilakukan *goal-directed behavior*, namun tidak terdapat perbedaan perilaku *monitoring* tekanan darah. Perubahan regulasi diri terjadi seiring dengan adanya kemauan serta kesadaran untuk berperilaku, namun tidak serta merta diiringi perubahan perilaku itu sendiri. Kesimpulan penelitian yaitu *goal-directed behavior* yang dilakukan pada pasien hipertensi di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto dapat meningkatkan regulasi diri namun tidak merubah perilaku. Intervensi ini harus dilakukan secara simultan dan terus menerus sebagai bentuk interaksi perawat dengan pasien sehingga menghasilkan umpan balik perilaku yang diharapkan.

Kata Kunci : *goal-directed behavior*, regulasi diri, perilaku, hipertensi.

ABSTRACT

The Influence of Goal-directed Behavior To The Self Regulation and Blood Pressure Monitoring Behavior on Patients with Hypertension in Blooto Publics Health Care Mojokerto

**By:
Dwiharini Puspitaningsih**

Many people ignore the hypertension symptoms and did not checked the blood pressure until they felt that it is intervering their activity. Systolic and diastolic blood pressure should be kept within normal limits due to hypertensive complications if hypertension is uncontrolled. Management of hypertension require self-regulation patients. Goal-directed behavior hypertensive facilitate decision-making in its efforts to determine health behavior. Purpose of the study is to explain the influence of goal directed behavior to self-regulation and behavioral blood pressure monitoring of hypertensive patients. Quasy experimental pre test and post test with control group design was used in this study. The dependent variabels were used self reguation and blood pressure monitoring behavior. The independent varibel used goal-directed behavior. Sample size were 44 hypertension patients in the public health care Blooto Mojokerto. Instruments used were questionnaires and behavioral observations. The data was analized by Wilcoxon and Mann-Whitney test with p values 0.05. The mean regulations before the intervention of the comparison group was 51.32 ± 6.80 , whereas after intervention was 52.23 ± 6.24 . Average of self-regulation result for intervention group respondents before intervension was 55.32 ± 5.13 and after intervention was 52.23 ± 6.24 . The analysis showed there were differences between both of groups in self-regulation after the goal-directed behavior, but there is no difference in behavioral blood pressure monitoring. self regulation changes occur with the willingness and awareness to behave, but not necessarily accompanied by the patient behavior itself. This was caused by several factors that become obstacles for respondent. Studies conclusion that is goal-directed behavior can improve the self regulation performed in hypertensive patients at the health center Blooto Mojokerto but do not change the behavior. Intervention should be carried out simultaneously and continuously as a form of interaction with the patient's nurse feedback resulting in the expected behavior.

Keywords: goal-directed behavior, self regulation, behavior, hypertension.

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam.....	ii
Lembar Prasyarat Gelar.....	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis	iv
Lembar Pengesahan Tesis	v
Kata Pengantar.....	vii
Lembar Pernyataan Persetujuan Publikasi.....	viii
Ringkasan.....	ix
Abstrak	xiii
Daftar Isi	xv
Daftar Gambar	xix
Daftar Tabel.....	xx
Daftar Lampiran	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Regulasi Diri	8
2.1.1 Pengertian regulasi diri	8
2.1.2 Model regulasi diri.....	8
2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi regulasi diri.....	13
2.1.4 Proses regulasi diri	15
2.1.5 Regulasi diri pada penderita hipertensi.....	18

2.2	Konsep Perilaku	20
2.2.1	Pengertian perilaku	20
2.2.2	Domain perilaku	21
2.2.3	Perubahan perilaku dan indikatornya.....	23
2.2.4	Bentuk-bentuk perubahan perilaku	24
2.2.5	Mekanisme perubahan perilaku berdasar <i>goal-directed behavior</i>	25
2.3	Konsep <i>Goal Directed Behavior</i> (GDB)	27
2.3.1	Pengertian <i>goal directed behavior</i>	27
2.3.2	Sejarah model <i>goal directed behavior</i>	27
2.3.3	Mekanisme <i>goal-directed behavior</i>	28
2.3.4	<i>Model goal-directed behavior</i>	33
2.3.5	Tahapan <i>goal-directed behavior</i>	35
2.4	Konsep Hipertensi	36
2.4.1	Pengertian hipertensi.....	36
2.4.2	Jenis-jenis hipertensi.....	37
2.4.3	Etiologi.....	38
2.4.4	Klasifikasi hipertensi.....	40
2.4.5	Patofisiologi hipertensi.....	41
2.4.6	Gambaran klinis hipertensi.....	47
2.4.7	Penatalaksanaan medis hipertensi.....	48
2.4.8	Perilaku penderita hipertensi dan perubahannya	49
2.5	Model <i>goal-attainment</i> Imogene King.....	51
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		60
3.1	Kerangka Konseptual	60
3.2	Hipotesis Penelitian.....	62
BAB 4 METODE PENELITIAN		63
4.1	Desain Penelitian.....	63
4.2	Populasi, desain sampel dan tehnik sampling.....	64
4.2.1	Populasi penelitian.....	64
4.2.2	Besar sampel penelitian.....	64
4.2.3	Tehnik sampling	65

4.3	Identifikasi Variabel	66
4.3.1	Variabel independen	66
4.3.2	Variabel dependen	66
4.3.3	Definisi operasional	66
4.4	Instrumen penelitian	68
4.4.1	Instrumen variabel dependen.....	68
4.4.2	Instrumen variabel independen.....	69
4.5	Lokasi dan waktu penelitian	69
4.6	Prosedur pengambilan atau pengumpulan data penelitian	69
4.7	Analisis Data Penelitian	71
4.8	Etika Penelitian	73
4.9	Kerangka Operasional Penelitian.....	74
BAB 5	HASIL PENELITIAN.....	75
5.1	Gambaran umum lokasi penelitian.....	75
5.2	Karakteristik data umum	76
5.2.1	Usia	76
5.2.2	Jenis kelamin	77
5.2.3	Pendidikan	77
5.2.4	Pekerjaan	78
5.2.2	Kebiasaan periksa tekanan darah.....	79
5.3	Data variabel penelitian	80
5.3.1	Hasil penilaian regulasi diri responden.....	80
5.3.2	Hasil perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah	82
5.3.3	Pengaruh <i>goal-directed behavior</i> terhadap regulasi diri dan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah.....	83
BAB 6	PEMBAHASAN	85
6.1	Regulasi diri penderita hipertensi sebelum dan sesudah <i>goal-directed behavior</i>	85
6.2	Perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah penderita hipertensi sebelum dan sesudah <i>goal-directed behavior</i>	90
6.3	Pengaruh <i>goal-directed behavior</i> terhadap regulasi diri dan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah penderita hipertensi.....	92
6.4	Keterbatasan penelitian	97

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	99
7.1 Kesimpulan.....	99
7.2 Saran.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Format <i>Triadic</i> Regulasi-diri tentang suatu pandangan kognisi sosial dari self-regulated learning.....	10
Gambar 2.2	Model <i>Self-regulation</i> Ogden.....	13
Gambar 2.3	Mekanisme perubahan perilaku.....	25
Gambar 2.4	Respon perilaku pada otak.....	26
Gambar 2.5	Sistem neurobiological pada perilaku individu.....	32
Gambar 2.6	Model <i>Goal-directed Behavior</i>	34
Gambar 2.7	Patofisiologi hipertensi.....	42
Gambar 2.8	Proses terjadinya peningkatan TPR.....	43
Gambar 2.9	Proses <i>prefrontal cortex</i> pada peningkatan tekanan darah....	47
Gambar 2.10	<i>Dynamic interacting system</i>	51
Gambar 2.11	Sistem transaksi King.....	57
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh <i>Goal-directed Behavior</i> terhadap regulasi-diri dan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah penderita hipertensi.....	60
Gambar 4.1	Desain penelitian <i>pre test – post test control 2 group design</i>	63
Gambar 4.2	Kerangka operasional penelitian.....	73

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi hipertensi pada orang dewasa.....	41
Tabel 4.1	Definisi operasional pengaruh <i>Goal-directed Behavior</i> terhadap regulasi-diri dan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah penderita hipertensi.....	66
Tabel 5.1	Distribusi rerata usia responden di puskesmas Blootho Kota Mojokerto	76
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di puskesmas Blootho Kota Mojokerto	77
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan pendidikan di puskesmas Blootho Kota Mojokerto	78
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di puskesmas Blootho Kota Mojokerto	78
Tabel 5.5	Distribusi responden berdasarkan kebiasaan kontrol di puskesmas Blootho Kota Mojokerto	79
Tabel 5.6	Regulasi diri responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok Intervensi dan kelompok pembanding.....	80
Tabel 5.7	Perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding	82
Tabel 5.8	Pengaruh <i>goal-directed behavior</i> terhadap perubahan regulasi diri dan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah penderita hipertensi	83

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Penjelasan Responden.....	104
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	106
Lampiran 3	Lembar Kuisisioner Data Responden.....	107
Lampiran 4	Lembar Kuisisioner Regulasi-diri.....	108
Lampiran 5	Lembar Kunjungan Kontrol.....	110
Lampiran 6	Panduan <i>Goal-directed Behavior</i>	111
Lampiran 7	<i>Worksheet goal-directed behavior</i>	112
Lampiran 8	<i>Pre-planning goal-directed behavior</i>	115
Lampiran 9	<i>Booklet goal-directed behavior</i> bagi hipertensi	118
Lampiran 10	Tabulasi hasil	125
Lampiran 11	Hasil analisis data	129

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Banyak orang sering tidak menghiraukan ketika dirinya mengalami gejala hipertensi dan tidak memeriksakan tekanan darahnya sampai gejala tersebut dirasakan mengganggu aktivitasnya (Ekarini, 2012). Tekanan darah sistolik dan diastolik harus dijaga agar tetap dalam batas normal karena komplikasi hipertensi akan timbul apabila hipertensi tidak dikendalikan. Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg (Price & Wilson, 2006). Umumnya hipertensi terjadi pada usia setengah baya yaitu golongan umur 35 – 55 tahun. Hipertensi dapat memberikan gejala berlanjut untuk suatu target organ, seperti pada otak, pembuluh darah jantung dan untuk otot jantung (Brunner & Suddarth, 2002). Secara ekstrem, hipertensi dapat merusak bagian dalam dari arteri yang kecil, kemungkinan dapat menyebabkan pembekuan darah. Jika hal ini terjadi dapat menyebabkan serangan jantung, kebutaan, gagal ginjal dan stroke (Barati, Darabi, Moghimbeigi & Afsar, 2011).

Hipertensi dikenal sebagai *heterogeneous group of disease* karena dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur dan kelompok sosial ekonomi (Ekarini, 2012). Kurang lebih 90 – 95 % dari seluruh penderita hipertensi merupakan hipertensi primer atau hipertensi essensial (Guyton & Hall, 2008). Data dari *The National Health and Nutrition Examination Survey* (NHNES) menunjukkan bahwa dari tahun 1999 – 2000, insiden hipertensi pada orang

dewasa sekitar 29-31 % yang berarti terdapat 58-65 juta orang hipertensi di Amerika, yang 95% dari jumlah kasus tersebut merupakan hipertensi essensial (Sudoyo, 2006). Di Indonesia, hipertensi menempati peringkat ke-2 dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit pada tahun 2006 dengan prevalensi 4,6%. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Depkes tahun 2007, prevalensi hipertensi di Indonesia pada usia 18 tahun lebih (total penduduk dewasa) sebesar 31,7% dan 60% dari jumlah penderita hipertensi tersebut berakhir pada stroke karena terlambat dalam deteksi dini dan tidak terdiagnosis (Depkes RI, 2007).

Data Dinas Kesehatan Jawa Timur yang diambil menurut Surveilans Terpadu Penyakit (STP) Puskesmas menunjukkan pada tahun 2010 terdapat 275.000 jiwa penderita hipertensi. Hipertensi berada pada urutan ketiga penyakit terbanyak di Jawa Timur setelah influenza dan DHF. Data Dinas Kesehatan (Dinkes) Jawa Timur menurut Surveilans Terpadu Penyakit (STP) tahun 2011 menyebutkan bahwa total penderita hipertensi di Jawa Timur pada tahun 2011 sebanyak 285.724 pasien (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2012). Data Dinas Kesehatan Kota Mojokerto tahun 2011 menunjukkan bahwa hipertensi menempati urutan tertinggi selama dari tahun 2009 – 2010 dengan disertai peningkatan jumlah penderita tiap tahunnya. Tahun 2009 jumlah penderita hipertensi di kota Mojokerto sebanyak 18.671 penderita dan tahun 2010 sebanyak 22.914 penderita hipertensi (Dinkes Kota Mojokerto, 2011). Hasil wawancara yang dilakukan di rawat jalan puskesmas Blooto kota Mojokerto pada tanggal 20 Maret 2013 didapatkan data bahwa rata-rata perbulan kunjungan rawat jalan penderita hipertensi sebanyak 102 penderita. Menurut data puskesmas rata-rata penderita

hipertensi yang datang ke pelayanan rawat jalan adalah untuk berobat setelah mengalami gejala minimal satu minggu.

Kesadaran penderita hipertensi dalam monitoring tekanan darah masih rendah. Hasil yang didapatkan bahwa rata-rata pasien yang berhasil dalam pengontrolan tekanan darah di United States hanya 27 %, bahkan lebih rendah lagi di Inggris, Perancis, dan Jerman (Taylor, Bagozzi, & Gaither, 2005). Program *American Heart Association* bahwa 90 % proporsi orang dengan hipertensi akan melakukan monitoring tekanan darah secara mandiri. Perilaku sehat yang dianjurkan oleh *American Heart Assosiation* dalam rangka tujuan penurunan komplikasi hipertensi 2020 meliputi mengurangi merokok, pengontrolan berat badan, aktivitas fisik yang dapat ditolerir tubuh, diet, monitoring tekanan darah (Lloyd-Jones, et al., 2010). Upaya pencegahan dan penanggulangan hipertensi di Indonesia yaitu melalui program mengembangkan dan memperkuat kegiatan deteksi dini hipertensi secara aktif (skrining), meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan deteksi dini melalui kegiatan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM), meningkatkan akses penderita terhadap pengobatan hipertensi melalui revitalisasi Puskesmas untuk pengendalian penyakit tidak menular (Kemenkes RI, 2012). Pada hari kesehatan sedunia 2013, tema yang diusung mengenai himbauan agar mewaspadaai hipertensi melalui pengendalian tekanan darah dengan mengajak masyarakat untuk mengetahui lebih dini status kesehatannya secara berkala dengan memeriksakan pada pusat pelayanan kesehatan yang ada (Kemenkes RI, 2013).

Manajemen hipertensi memerlukan regulasi diri penderita. Regulasi diri merupakan kemampuan untuk mengontrol perilaku sendiri. Model regulasi diri ini

lebih menekankan pada pandangan individu terhadap lingkungan dan diri mereka sendiri. Fokus dari model ini adalah mekanisme mental yang memandang individu sebagai penentu penanganan masalah kesehatan, yang meliputi peningkatan kesehatan, koping terhadap penyakit sebagai hasil dari pemikiran individu sendiri (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998). Regulasi diri memerlukan identifikasi tujuan yang jelas yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan penderita hipertensi serta memotivasi penderita hipertensi. Pada penderita hipertensi, kemampuan pengambilan keputusan dalam mengontrol perilakunya masih sangat kurang (Taylor, Bagozzi, Gaither & Jamerson, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Oettingen, Honig & Gollwitzer (2000) menyebutkan bahwa pemberian *goal-directed behavior* efektif untuk meningkatkan regulasi diri penderita diabetes mellitus. Cullen, Baranowski & Smith (2001) melakukan penelitian pada penderita diabetes menunjukkan bahwa strategi penentuan tujuan melalui *goal-directed behavior* dapat meningkatkan motivasi dan perilaku dietnya. Penelitian tentang penggunaan *goal-directed behavior* yang dilakukan Bosak & Martin (2013) pada wanita dengan diabetes yang mengalami obesitas juga menunjukkan hasil yang signifikan pada penggunaan *goal-directed behavior* terhadap regulasi diri.

Goal-directed behavior merupakan pembentukan perilaku yang dihasilkan dari penetapan tujuan. Proses pembuatan keputusan dari aspek kognitif dan afektif ini didasarkan pada perilaku penderita di masa lalu yang menggambarkan keinginan, niat/perhatian, dan perilaku (Shiu, et al, 2008). *Goal-directed behavior* memfasilitasi penderita hipertensi dalam melakukan upaya pengambilan keputusan untuk menentukan perilaku kesehatannya. Pengambilan

keputusan tersebut didasarkan pada refleksi individu pada perilakunya dimasa lampau pada tahapan *desire*, *intention*, ataupun *trying* dari penderita. Sistem saraf pusat yang berperan dalam *goal-directed behavior* adalah *Central Autonomic Network*. *Central Autonomic Network* secara fungsional mengintegrasikan sistem regulasi internal dengan kontrol otak terhadap *visceromotor*, *neuroendocrine* dan respon perilaku. Struktur *Central Autonomic Network* meliputi *anterior cingulate*, *insular*, *orbitofrontal* dan *ventromedial prefrontal cortices*, *central nukleus amigdala*, *paraventriculer* serta saraf terkait dalam hipotalamus, area abu-abu dan bagian medulla. Keluaran primer dari *Central Autonomic Network* adalah mediasi antara *preganglion simpatik* dan saraf parasimpatik yang dapat mempengaruhi tekanan darah (Thayer, Hansen, Saus-Rose, & Helge, 2009). *Goal-directed behavior* terjadi karena mekanisme pada bagian korteks prefrontal otak. Korteks prefrontal memiliki fungsi sebagai konvergen informasi dalam otak. Informasi yang diterima oleh korteks prefrontal akan diolah dan diproses dalam korteks prefrontal sehingga membangun *goal-directed behavior*. *Goal-directed behavior* mengkoordinasikan stimulus dengan lingkungan sehingga menghasilkan suatu perilaku yang dihasilkan dari proses pemikiran individu itu sendiri (Barbey & Grafman, 2010).

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah *goal-directed behavior* berpengaruh terhadap regulasi diri penderita hipertensi?
2. Apakah *goal-directed behavior* berpengaruh terhadap perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh *goal directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis regulasi diri penderita hipertensi sebelum dan sesudah pemberian *goal-directed behavior*
2. Menganalisis perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi sebelum dan sesudah pemberian *goal-directed behavior*
3. Menganalisis pengaruh *goal-directed behavior* terhadap regulasi diri penderita hipertensi
4. Menganalisis pengaruh *goal-directed behavior* terhadap perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi tentang perawatan penderita hipertensi di komunitas dengan cara memandirikan pasien hipertensi.

1.4.2 Manfaat Praktis

Bagi puskesmas penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu upaya promosi kesehatan khususnya dalam upaya deteksi dini penderita hipertensi melalui peningkatan kesadaran penderita hipertensi untuk berperilaku sehat.

Bagi penderita hipertensi penelitian ini diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi hipertensi dan meningkatkan motivasi untuk berperilaku sehat.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Regulasi Diri

2.1.1 Pengertian regulasi diri

Self regulation (regulasi diri) adalah kemampuan individu untuk merencanakan, menyusun pedoman, dan memonitor fleksibilitas perubahan perilaku, sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Kanfer, 1970; Brown, 1998). Boekaerts, Pintrich & Zeidner (2000) mendefinisikan regulasi diri dalam tiga aspek, yakni: regulasi-diri dalam belajar (*self-regulated learning*), pengendalian-diri (*self-control*) dan pengelolaan-diri (*self-management*).

Efklides, Niemivirta & Yamauchi (2002) dalam Murtagh & Todd (2004) mengkonsepsikan regulasi diri sebagai kemampuan individu untuk memonitor dan memodifikasi perilaku, kognisi, dan kadang-kadang mempengaruhi lingkungannya untuk mencapai tujuan. Baumeister & Vohs (2004) dalam McCullough & Willoughby (2009) mendefinisikan regulasi diri sebagai aktivitas "bagaimana seseorang mengontrol dirinya atau tanggapannya untuk mengejar tujuan dan memenuhi standar".

2.1.2 Model regulasi diri

Regulasi diri banyak dikemukakan oleh tokoh-tokoh dalam bidang psikologi sosial. Regulasi diri telah dikembangkan menjadi beberapa model, antara lain :

2.1.2.1 Model regulasi diri menurut Kanfer

Teori regulasi diri pertama kali diperkenalkan oleh Kanfer tahun 1970 an. Model ini pada awalnya digunakan untuk mempelajari perilaku adiktif alkoholik.

Kemudian oleh Brown (1998) model ini dikembangkan sehingga meskipun awalnya digunakan untuk mempelajari perilaku adiktif alkoholik, namun proses regulasi diri dapat digambarkan sebagai prinsip kontrol diri terhadap perilaku secara umum.

Teori regulasi diri Kanfer menjelaskan tiga tahapan dalam regulasi diri, antara lain :

1. *Self monitoring*, meliputi kemampuan untuk mengobservasi atau sadar terhadap perilaku orang lain
2. *Self evaluation*, yaitu kemampuan untuk membandingkan perilaku yang direncanakan dengan standar internal dan eksternal. Adanya perbedaan akan menjadi *trigger* untuk merubah perilaku
3. *Self reinforcement*, yaitu reaksi individu (puas atau tidak puas) terhadap perilaku baru berdasarkan hasil *self evaluation*

Miller & Brown (1991) mengembangkan tahapan yang ada dalam regulasi diri yang menurut Kanfer ada tiga menjadi tujuh tahapan. Model ini menjelaskan bahwa regulasi diri perilaku dapat terputus akibat kesalahan atau kekurangan salah satu dari ketujuh tahapan tersebut, diantaranya:

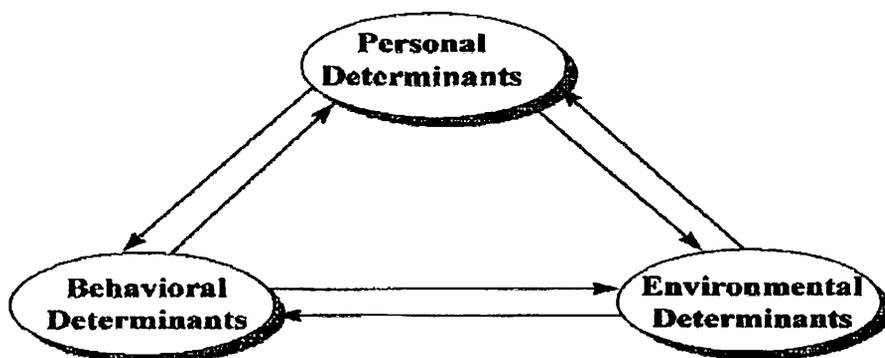
1. *Receiving*, yaitu menerima informasi yang relevan dari lingkungan
2. *Evaluating*, yaitu mengevaluasi perilaku, membandingkan dengan standar perilaku yang ada. Semakin jauh perbedaan dengan standar, maka akan semakin memicu perubahan perilaku
3. *Triggering*, yaitu keinginan untuk berubah untuk mengurangi perbedaan
4. *Searching*, yaitu mengidentifikasi berbagai pilihan perilaku yang akan dimunculkan

5. *Formulating*, yaitu menyusun perencanaan (meliputi menyusun strategi koping, aturan untuk mengadopsi perilaku, dan beberapa formulasi rencana)
6. *Implementing*, yaitu melaksanakan perilaku yang telah direncanakan
7. *Assesing*, yaitu mengkaji efektivitas perilaku yang direncanakan (mengulang tahap ke-1 dan ke-2)

2.1.2.2 Model regulasi diri menurut Bandura

Model regulasi diri Bandura lebih menggambarkan tentang regulasi diri dalam proses perilaku sosial, misalnya perilaku dalam belajar. Model ini pertama kali dikembangkan untuk meengetahui perilaku sosial masyarakat secara umum dan banyak diaplikasikan untuk meningkatkan proses pembelajaran.

Bandura (1986) dalam Boekaerts, Pintrich dan Zeidner (2000) mengatakan bahwa dalam perspektif kognisi sosial, regulasi-diri dipandang sebagai proses interaksi triadik antara *personal*, *behavioral* dan *environmental* (lingkungan). Hal itu tidak hanya memerlukan keterampilan perilaku dalam mengelola-diri (*self-managing*), tetapi juga mengelola pengetahuan dan merasa sebagai agen pribadi (*personal agency*) untuk memberlakukan keterampilan regulasi-diri itu dalam konteks yang relevan.



Gambar 2.1 Format Triadic Regulasi-diri tentang suatu pandangan kognisi social dari *self-regulated learning*

Sumber : Boekaerts *et al.* (2000)

Gambar di atas menjelaskan bahwa regulasi-diri digambarkan sebagai siklus karena umpan balik dari kinerja sebelumnya digunakan untuk membuat penyesuaian selama proses regulasi-diri. Penyesuaian-penyesuaian tersebut diperlukan karena faktor-faktor pribadi, perilaku dan lingkungan yang terus berubah selama proses belajar dan kinerja berlangsung. Ketiga faktor tersebut harus diamati dan dimonitor dengan menggunakan tiga *feedback* yang berorientasi pada diri (*person*), yakni: *behavioral self-regulation*, *environmental self-regulation* dan *covert self-regulation* (Boekaerts *et al.*, 2000).

Lebih lanjut Boekaerts *et al.* (2000) menjelaskan bahwa *behavioral self-regulation* melibatkan observasi-diri (*self-observing*) dan strategi penyesuaian kinerja. *Environmental self-regulation* mengacu pada mengamati kondisi dan menyesuaikan dengan kondisi lingkungan. *Covert self-regulation* melibatkan monitoring terhadap kognisi, afeksi dan penyesuaian. Ketepatan dan kekonstanan dalam melakukan *monitoring* diri dari sumber-sumber triadic pengendalian-diri (*self-control*), dapat secara langsung mempengaruhi efektivitas strategis penyesuaian diri dan keyakinan-diri mereka. Regulasi-diri merupakan proses triadic yang proaktif maupun reaktif disesuaikan dengan pencapaian tujuan pribadi (Boekaerts *et al.*, 2000).

Pengembangan teori Bandura menurut Vohs & Baumeister (2004) mengemukakan bahwa regulasi-diri mengacu pada pikiran yang dihasilkan oleh diri-sendiri, perasaan dan tindakan yang direncanakan untuk pencapaian tujuan-tujuan pribadi. Konsep ini mengemukakan empat indikator regulasi diri yakni; upaya-upaya individu untuk mengubah pikiran, perasaan, keinginan dan tindakan dalam pencapaian tujuan yang lebih tinggi.

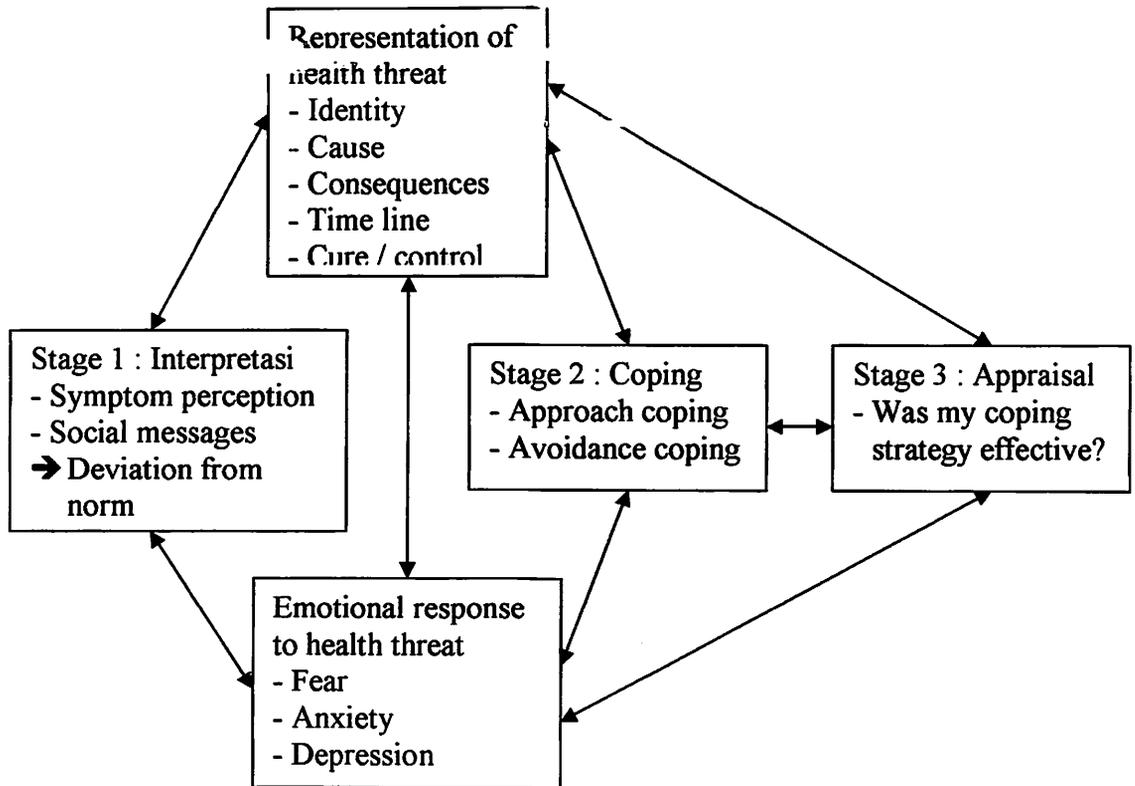
2.1.2.3 Model regulasi diri menurut Ogden

Model regulasi diri sebenarnya mengacu pada proses pemecahan masalah. Pemecahan masalah kesehatan pada dasarnya tidak berbeda dengan pemecahan masalah yang lain. Dalam model regulasi diri terdapat proses interpretasi masalah, koping dan appraisal atau penilaian keberhasilan koping (Ogden, 2004).

Stimulus atau ancaman kesehatan akan dipersepsikan oleh seseorang dalam tahap interpretasi, ancaman ini kemudian menimbulkan respon emosional antara lain ketakutan, cemas dan depresi. Tahapan selanjutnya dalam proses regulasi diri adalah koping yaitu saat seseorang berusaha menghadapi masalah sesuai dengan kemampuannya. Tahapan yang terakhir adalah *appraisal* yaitu saat seseorang menilai apakah koping yang ia lakukan berhasil (Ogden, 2004).

Dalam tahap interpretasi terdapat proses representasi dari ancaman. Proses representasi ini terdiri dari lima domain penting yaitu *identity*, *cause*, *timeline*, *consequences* dan *controllability*. Domain *identity* melibatkan nilai atau kepercayaan seseorang akan ancaman kesehatan atau perjalanan penyakit yang akan dihadapi. Domain *cause* adalah faktor individu atau lingkungan yang menyebabkan seseorang mengalami ancaman kesehatan, sedangkan domain *timeline* adalah waktu saat ancaman itu datang atau lama penyakit itu akan berlangsung. Domain keempat adalah *consequences* mengacu pada beberapa hal yang akan terjadi karena penyakit yang dialami. Domain *controllability* adalah beberapa hal yang dapat menjadi solusi atau penanganan penyakit yang diderita. Serangkaian representasi kognitif dari suatu stimulus masalah akan

memberikan arti dari masalah tersebut dan menyebabkan seseorang mengembangkan serta mempertimbangkan strategi koping yang sesuai untuk masalah tersebut (Ogden, 2004).



Gambar 2.2 Model *Self Regulation*
Sumber : Ogden (2004)

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi regulasi diri

Regulasi diri dipengaruhi oleh 2 faktor, yaitu faktor internal dan eksternal (Feist & Feist, 2010).

1. Faktor internal regulasi diri

Faktor internal dalam proses regulasi diri meliputi :

a. Observasi diri

Observasi diri dapat diartikan sebagai evaluasi atau monitoring kemampuan diri pada suatu pencapaian atau perilaku yang telah dilakukan.

b. Proses penilaian

Proses ini dilakukan melalui proses mediasi kognitif, artinya menilai diri secara reflektif sekaligus menilai tindakan berdasarkan tujuan yang telah dibuat untuk diri sendiri. Proses penilaian ini bergantung pada standar pribadi, performa rujukan, pemberian nilai pada kegiatan dan atribusi terhadap performa.

c. Reaksi diri

Respon positif maupun negatif terhadap perilaku bergantung pada bagaimana perilaku memenuhi standar personal. Respon tersebut bisa berupa *reward* maupun *punishment*.

2. Faktor eksternal regulasi diri

Faktor eksternal bereaksi dengan faktor internal dalam regulasi diri. Faktor eksternal mempengaruhi regulasi diri dalam dua cara :

a. Faktor lingkungan

Lingkungan memberikan standar dalam mengevaluasi perilaku. Faktor lingkungan berinteraksi dengan pengaruh personal, membentuk standar individual untuk evaluasi.

b. Penghargaan eksternal

Insentif dari faktor eksternal juga diperlukan selain adanya penghargaan intrinsik. Dukungan merupakan salah satu bentuk penguatan paling sederhana yang bisa dilakukan.

2.1.4 Proses regulasi diri

Proses regulasi diri dikembangkan oleh beberapa ahli dalam kurun waktu yang berbeda. Diantaranya adalah :

2.1.4.1 Proses regulasi diri menurut Zimmerman

Menurut Zimmerman (1998) proses regulasi diri terdiri dari 3 fase yaitu :

1. Fase *preaction*

a. Pembuatan tujuan.

Kriteria tujuan dalam regulasi diri

- 1) *Spesific* : artinya bersifat kongkret sehingga mempermudah pencapaian dan evaluasi individu
- 2) *Proximity* : tujuan jangka pendek akan memfasilitasi pencapaian regulasi diri.
- 3) Tingkat kesulitan : tingkat kesulitan sedang akan menjaga motivasi agar tetap ada pada individu

b. Motivasi yang terdiri dari motivasi internal dan eksternal,

c. *Self efficacy* : merupakan parameter dari *learning* proses.

2. Fase *action*

a. Strategi belajar yang terdiri dari tiga macam :

- 1) Kognitif
- 2) Metakognitif : strategi *planning*, *monitoring*, regulasi serta berpikir kritis
- 3) Manajemen sumber daya : waktu, lingkungan dan strategi regulasi *effort*

b. Kemauan : kecenderungan untuk tetap fokus dan mengarah pada tujuan yang potensial dapat dialihkan

c. *Self observation*

3. Fase postaction

Terdiri dari refleksi diri dan konsekuensi yang diambil sebagai episode perencanaan selanjutnya. Ini merupakan langkah terakhir dari siklus regulasi diri.

2.1.4.2 Proses regulasi diri menurut Ormrod

Ormrod (2008) menyebutkan bahwa proses regulasi diri bersifat metakognitif, yang meliputi :

1. Penetapan tujuan (*goal setting*)

Regulasi diri akan tercapai dengan baik apabila individu memiliki tujuan yang jelas. Biasanya perilaku individu akan mengarah pada tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Dengan penetapan tujuan maka strategi yang disusun juga akan fokus pada pencapaian tujuan dan hasil yang positif.

2. Perencanaan (*planning*)

Perencanaan dalam regulasi diri dimaknai sebagai strategi yang disusun dalam upaya pencapaian tujuan. Perencanaan dibuat dengan mempertimbangkan waktu serta sumber daya yang tersedia.

3. Motivasi diri (*self-motivation*)

Regulasi diri yang baik muncul dari *self-efficacy* yang tinggi akan kemampuan menyelesaikan masalah. Strategi yang digunakan juga cenderung bervariasi sehingga dalam upaya pencapaian tujuan tidak menemui kejenuhan.

4. Kontrol atensi (*attention control*)

Fokus perhatian sangat penting dalam upaya pemenuhan regulasi diri. Individu harus mampu menghilangkan faktor-faktor pengganggu yang memungkinkan individu tersebut akan menyimpang dari tujuan semula.

5. Penggunaan strategi yang fleksibel (*flexible use of learning strategi*)

Strategi disusun berdasar tujuan yang ditetapkan. Bentuk strategi yang digunakan dapat bervariasi dan kemungkinan akan terjadi perubahan strategi di tengah proses bisa saja terjadi, asalkan hal tersebut tidak menyimpang tujuannya.

6. Monitor diri (*self-monitoring*)

Dalam proses regulasi diri perlu adanya pengawasan terhadap strategi maupun tujuan yang telah ditetapkan. Sehingga kemampuan untuk monitoring diri sangat menentukan regulasi diri individu.

7. Mencari bantuan yang tepat (*appropriate help seeking*)

Regulasi diri tidak selalu harus mengatasinya sendiri tanpa bantuan orang lain sama sekali. Regulasi diri juga mencakup kemampuan individu tersebut untuk menentukan kapan waktunya untuk membutuhkan orang lain dan kapan suatu permasalahan bisa diselesaikan sendiri.

8. Evaluasi diri (*self-evaluation*)

Proses regulasi diri membutuhkan evaluasi. Individu yang memiliki regulasi diri yang baik sangat memungkinkan untuk memiliki kemampuan dalam mengevaluasi dirinya sendiri dan strategi yang telah disusunnya.

2.1.5 Regulasi diri pada penderita hipertensi

Regulasi diri penderita hipertensi sangat dipengaruhi oleh gambaran individu tersebut tentang ancaman kesehatannya dalam hal ini kondisi hipertensinya. Gambaran ini tergantung pada kemampuan penderita dalam mempersepsikan kondisinya serta kemampuan koping dari penderita.

Dalam pelaksanaannya proses regulasi diri hipertensi terdiri dari tiga cara:

1. Gambaran individu mengenai hipertensi, termasuk pengalaman somatik tubuh sebagai pengalaman dasar individu terhadap kondisi hipertensi.

- a. Gambaran isi

Isi menjabarkan tentang pemahaman tentang sifat dari hipertensi, yang meliputi definisi hipertensi, tanda dan gejala, patogenesis, penyebab, dampak, pencegahan serta penatalaksanaan hipertensi. Semua gambaran isi tersebut dapat diartikan secara normatif oleh individu.

- b. Gambaran susunan

Susunan gambaran regulasi diri hipertensi terdiri dari dua hal :

- 1) Berdasarkan bentuk/skema : meliputi bentuk akut, klinis dan kronis
 - 2) Berdasarkan tingkat proses kognitif
2. Pemikiran yang dirasakan oleh penderita, memberikan gambaran tentang tujuan yang dihasilkan atau target dari perilaku adaptif yang dihasilkan dari timbal balik faktor internal dan eksternal sehingga mempengaruhi perilaku penderita
 3. Pemilihan koping yang berdasar pada informasi budaya dan sosial berdasarkan pengalaman individu terhadap hipertensi

Fokus dari regulasi diri penderita hipertensi adalah mekanisme mental yang memandang individu sebagai penentu penanganan hipertensi, yang meliputi peningkatan kesehatan, koping terhadap hipertensi sebagai hasil dari pemikiran individu sendiri (Levental, et, all, 1997).

Faktor-faktor yang mempengaruhi regulasi diri penderita hipertensi menurut Baghianimoghadam (2011) meliputi :

1. Jenis kelamin

Laki-laki memiliki tujuan yang lebih kuat untuk menurunkan ataupun mengontrol tekanan darahnya dari pada perempuan. Laki-laki memiliki perilaku kontrol yang diharapkan, perilaku dimasa lampau, hasrat, niat, serta usaha mencoba yang lebih tinggi daripada perempuan.

2. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan maka regulasi dirinya juga semakin tinggi. Usaha mencoba untuk menurunkan dan memonitor tekanan darah lebih kuat pada orang-orang dengan pendidikan level sekolah menengah atas ataupun pendidikan tinggi.

3. Pekerjaan

Pekerjaan juga mempengaruhi regulasi diri penderita hipertensi yang memiliki tujuan menurunkan dan memonitor tekanan darah. Pada orang-orang yang bekerja, hasrat untuk regulasi diri lebih tinggi dari pada ibu rumah tangga biasa atau orang yang tidak bekerja.

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Pengertian perilaku

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Sehingga perilaku dapat diartikan sebagai semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak bisa diamati oleh pihak luar (Notoatmojo, 2012).

Skinner (1938), seorang ahli psikologi, dalam Notoatmojo 2012, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Teori yang dikemukakan Skinner tersebut dikenal sebagai teori “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respon, yaitu perilaku yang terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon. Respon organisme tersebut dibedakan menjadi dua respon :

1. *Respondent response* atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus tersebut menimbulkan respon yang relatif tetap. *Respondent response* juga mencakup perilaku emosional.
2. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan (*healthy behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang

mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

2.2.2 Domain Perilaku

Benyamin Bloom, seorang ahli psikologi pendidikan, membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku ini, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*).

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom ini, dan untuk kepentingan pendidikan kesehatan, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan :

- 1) Tahu (*know*)
- 2) Memahami (*comprehension*)
- 3) Aplikasi (*aplication*)
- 4) Analisis (*analysis*)
- 5) Sintesis (*synthesis*)
- 6) Evaluasi (*evaluation*)

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmojo (2012), sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan onsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Sikap dibedakan menjadi beberapa tingkatan :

- 1) Menerima (*receiving*)
- 2) Merespon (*responding*)
- 3) Menghargai (*valuing*)
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Pengukuran sikap bisa dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.

c. Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Pengetahuan maupun sikap tidak otomatis terwujud menjadi sebuah perbuatan nyata atau tindakan. Diperlukan faktor pendukung untuk dapat mewujudkan menjadi suatu perilaku nyata, baik itu pendukung materiil maupun berupa support atau motivasi dari pihak lain.

Praktik mempunyai beberapa tingkatan :

- 1) Respon terpimpin (*guided response*)
- 2) Mekanisme (*mecanism*)
- 3) Adopsi (*adoption*)

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung, yaitu mengobservasi atau mengamati tindakan responden. Perilaku juga dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*).

2.2.3 Perubahan perilaku dan indikatornya

2.2.3.1 Perubahan pengetahuan

Penelitian Rogers, 1974 (dalam Notoatmodjo, 2012) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) *Awarenes* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
- 2) *Interest* (merasa tertarik), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
- 4) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru,
- 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.3.2 Perubahan Sikap

Indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan, yakni :

- 1) Sikap terhadap sakit dan penyakit
- 2) Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat
- 3) Sikap terhadap kesehatan lingkungan

2.2.3.3 Perubahan tindakan

Proses selanjutnya setelah seseorang mengetahui stimulus, kemudian melakukan penilaian, maka diharapkan orang tersebut akan melaksanakan atau mempraktikkannya. Praktik ini disebut juga perilaku kesehatan (*overt behavior*).

Indikator praktik ini mencakup :

- 1) Tindakan (praktik) sehubungan dengan penyakit
- 2) Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- 3) Tindakan (praktik) kesehatan lingkungan

2.2.4 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

Menurut WHO dalam Darmawan dan Setiawati (2008), perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian antara lain :

1) Perubahan alamiah

Perilaku yang dihasilkan dari proses belajar sangat tergantung stimulus dan lingkungan saat proses belajar berlangsung. Secara alamiah perubahan perilaku seseorang bergeser karena banyak stimulus baru dan pengaruh lingkungan tempat tinggal.

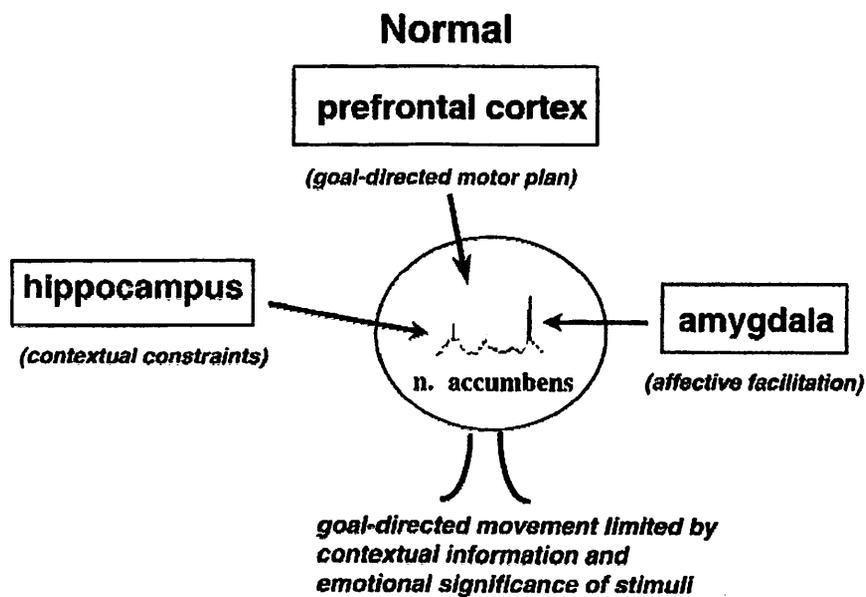
2) Perubahan terencana

Perubahan perilaku yang memang benar-benar direncanakan.

3) Kesiediaan untuk berubah

Kesiediaan untuk berubah bagi setiap orang sangatlah berbeda-beda. Perbedaan individu berupa bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual sangat mempengaruhi pengambilan keputusan bagi individu dalam perubahan perilakunya.

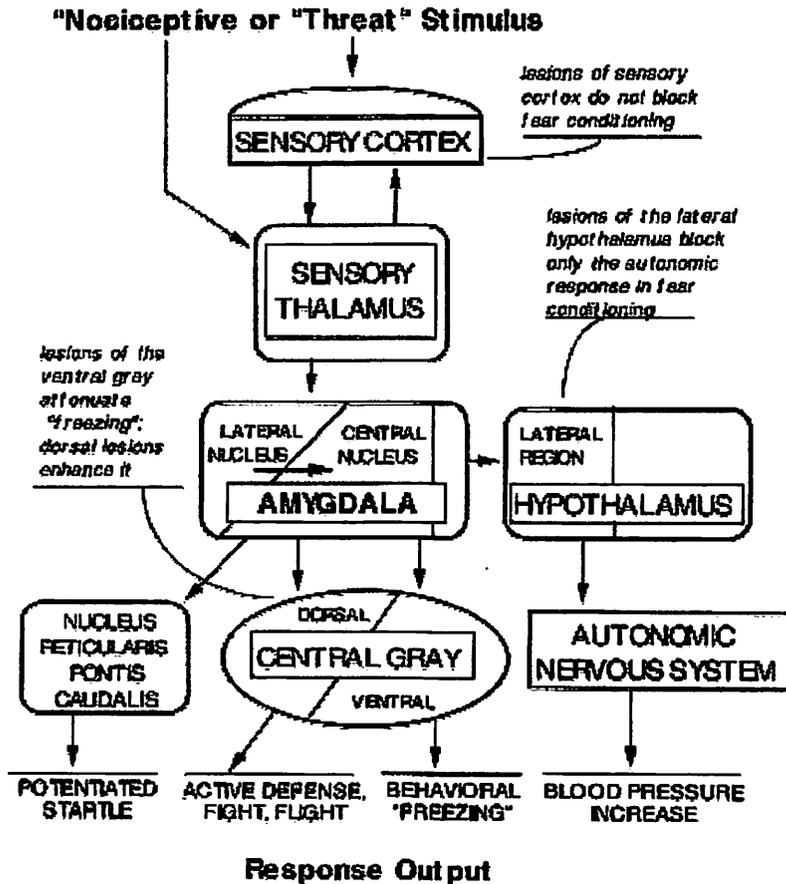
2.2.5 Mekanisme perubahan perilaku berdasar *goal-directed behavior*



Gambar 2.3 Mekanisme perubahan perilaku
Sumber : Grace (2000)

Pada skema gambar diatas menggambarkan bahwa perilaku terjadi atas dorongan dari *prefrontal korteks* dengan membuat perencanaan berupa suatu tujuan. Rencana yang disusun dalam *prefrontal korteks* tersebut akan diseleksi dalam *nucleus accumbens* dengan bantuan dari *hippocampus* dan *amygdala*. *Hippocampus* dan *amygdala afferen* meneruskan respon *neuron accumbens* ke input *prefrontal kortikal* tertentu yang dipilih. Dalam kondisi normal, *hippocampus* memilih keluaran perilaku berdasarkan konteks saat situasi atau pengalaman masa lalu dengan stimulus. Rencana perilaku yang dipilih berdasar

interaksi *hippocampus* dan *amygdala* ini kemudian dilewatkan melalui *pallidum ventral thalamus mediodorsal* kembali ke *prefrontal korteks*, rencana motor yang dipilih dapat diberlakukan dan kemudian perilaku tersebut akan dilaksanakan.



Gambar 2.4 Respon perilaku pada otak
Sumber : Grace (2000)

Pada sensorik korteks dan sensorik thalamus terdapat reaksi timbal balik yang dirangsang oleh suatu stimulus ancaman atau nociceptor. Terkondisikan dan dikondisikan rangsangan permusuhan melanjutkan dari reseptor akal untuk korteks sensorik dan / atau thalamus sensorik. Nukleus lateral pada amygdala menerima sinyal dari thalamus kemudian diteruskan ke nukleus sentral amygdala. Sinyal tersebut menghasilkan tiga reaksi dari eferen ke amygdala, yaitu : a) proyeksi dari amigdala pusat ke daerah hipotalamus lateral yang yang menengahi

respons emosional otonom; b) proyeksi ke otak tengah wilayah abu-abu tengah, yang memediasi perilaku dan c) proyeksi langsung ke inti reticularis Pontis caudalis, yang memodulasi sirkuit.

2.3 Konsep *Goal Directed Behavior*

2.3.1 Pengertian *goal directed behavior*

Istilah *goal directed* secara konvensional mengacu pada dua jenis proses yang terpisah, yaitu proses motorik yang mengorganisir target fisik dan proses pengambilan keputusan yang dipilih berdasarkan target tersebut, dengan mengintegrasikan keinginan dan pengetahuan untuk menghasilkan suatu tindakan.

Definisi *goal directed* adalah proses yang memberikan motivasi pada suatu tindakan yang berfokus pada keyakinan / keinginan. Istilah *goal directed* sering digunakan dalam konteks motorik untuk tindakan yang berdasar pada objek target, manipulasi, atau postur (Von Hofsten, 2004; Jeannerod, 2006).

2.3.2 Sejarah model *goal-directed behavior*

Kemauan dapat diartikan dengan kebebasan untuk memilih apa yang akan dilakukan (Huitt, 1999). Kemauan untuk berperilaku merupakan suatu tindakan yang dilakukan berdasar kemampuan dan niat untuk melakukannya. Proses konatif regulasi diri membentuk kemauan berperilaku dan mendorong pencapaian tujuan dari perilaku. Berdasar perspektif psikologi individu, konasi diartikan sebagai personal, intensional, perencanaan, kesengajaan, orientasi tujuan, komponen motivasi yang merupakan aspek proaktif dari perilaku (Bagozzi, 2002).

Pada kenyataannya, tujuan tidak statis. Tujuan perlu dievaluasi dan memungkinkan untuk diubah kembali apabila dari hasil evaluasi didapatkan

bahwa tujuan tersebut justru menghambat motivasi (Dylin, 1999). Teori terdahulu yang disebut sebagai *Theory Planned Behavioral* (TPB) merupakan teori yang bertujuan pada perubahan perilaku dengan mengedepankan perencanaan berdasarkan tujuan yang disusun. Namun teori ini tidak mempertimbangkan aspek evaluasi pada tujuan semula (Bagozzi, et al., 1999). *Goal-directed Behavior* merupakan kombinasi dari *Theory Planned Behavioral* dengan proses evaluasi dan kemungkinan meninjau kembali tujuan yang telah ditentukan sebelumnya keefektifannya (Wang, 2010).

Berdasar namanya *Goal-directed Behavior* (GDB) terdiri atas komponen perilaku dan niat untuk berperilaku sebagai bagian dari tujuan (Perugini dan Bagozzi, 2001). GDB merupakan gabungan dari kemauan untuk berperilaku dan perilaku di masa lalu. Hasrat untuk berperilaku memainkan peran sebagai mediasi antara sikap, emosi yang diantisipasi, norma subjektif, perilaku kontrol yang diharapkan pada sisi luar, sedangkan pada sisi dalam terdapat kemauan untuk berperilaku (Wang, 2010).

2.3.3 Mekanisme *goal-directed*

Terdapat dua proses dalam pemilihan tindakan, berbasis pada neurologis terpisah (Balleine & Dickinson, 1998) :

1. *Goal directed*, yang memotivasi tindakan terintegrasi antara :
 - a. harapan bahwa suatu tindakan akan memiliki hasil tertentu
 - b. keinginan untuk hasil tersebut
2. *Habitual action*, yang didorong oleh suatu stimulus yang terjadi sebagai respon otomatis berupa suatu tindakan

Proses pengambilan keputusan untuk menetapkan *goal directed behavior* ini selanjutnya diharapkan akan menjadi suatu kebiasaan dan motivasi bagi individu. Kecenderungan untuk memutuskan suatu tindakan tertentu tergantung pada nilai saat ini dari hasilnya. Hal itu terjadi sebagai respons terhadap stimulus, terlepas dari nilai hasil saat ini.

Proses kognitif pada pencapaian tujuan dikendalikan oleh otak. Bagian otak yang berperan penting dalam proses kognitif adalah *korteks serebral*. *Korteks serebral* adalah bagian otak yang berupa lapisan tipis yang tersusun padat yang merupakan selimut dari serebrum. Badan-badan sel dari korteks menghasilkan jaringan keabu-abuan sebagaimana bagian otak yang lain di otak, yang disebut substansi abu-abu (*grey matter*). Pada masing-masing hemisfer serebral, terdapat celah yang membagi korteks ke dalam empat daerah atau lobus yang berbeda, yaitu :

1. *Lobus oksipitalis* : terletak dibagian belakang bawah otak. Bagian ini antara lain mengandung *korteks visual*, tempat dimana sinyal-sinyal visual diproses. Kerusakan pada *korteks visual* dapat mengakibatkan gangguan penglihatan atau kebutaan.
2. *Lobus parietalis* : terletak dibagian paling atas dari otak. *Lobus parietalis* mengandung *korteks somatosensorik*, yang berfungsi menerima informasi mengenai tekanan, sakit, sentuhan dan temperatur dari seluruh tubuh. Area dari *korteks somatosensorik* yang menerima sinyal dari tangan dan wajah memiliki ukuran yang luar biasa besar karena bagian tubuh ini secara khusus sensitif. Bagian-bagian *lobus parietalis* juga terlibat dalam atensi dan berbagai operasi mental.

Proses pengambilan keputusan untuk menetapkan goal directed behavior ini selanjutnya diharapkan akan menjadi suatu keputusan dan motivasi bagi individu. Kecondongan untuk memutuskan suatu tindakan tertentu tergantung pada nilai saat ini dan hasilnya. Hal ini terjadi sebagai respon terhadap stimulus terdahulu dari nilai hasil saat ini.

Proses kognitif pada penciptaan tujuan dikendalikan oleh otak. Bagian otak yang berperan penting dalam proses kognitif adalah kortex serebri. Kortex serebri adalah bagian otak yang berupa lapisan tipis yang tersusun pada yang merupakan sel-sel dari serabut. Badan-badan sel dari kortex menghasilkan jaringan keada-adaan sebagaimana bagian otak yang lain di otak yang disebut substansi abu-abu (grey matter). Pada masing-masing hemister serebri terdapat celah yang menjadi kortex ke dalam empat daerah atau lobus yang berbeda yaitu :

1. Lobus oksipitalis : terletak dibagian belakang bawah otak. Bagian ini utama lain mengandung kortex visual, tempat dimana sinyal-sinyal visual diproses. Kertasian pada kortex visual dapat mengakibatkan gangguan penglihatan atau kebutaan.
2. Lobus parietalis : terletak dibagian paling atas dari otak. Lobus parietalis mengandung kortex somatosensorik yang berfungsi menerima informasi mengenai tekanan, sakit, sentuhan dan temperatur dari seluruh tubuh. Area dari kortex somatosensorik yang menerima sinyal dari tangan dan wajah memiliki ukuran yang jauh lebih besar karena bagian tubuh ini secara khusus sensitif. Bagian-bagian lobus parietalis juga terlibat dalam atensi dan berbagai operasi mental.

3. *Lobus temporal* : terletak dibagian tepi otak, diatas telinga, dan dibelakang pelipis. *Lobus temporal* terlibat dalam ingatan, persepsi, dan emosi. *Lobus temporal* disebut area *Wernicke*, sebuah area yang berperan dalam pemahaman bahasa.
4. *Lobus frontal* : terletak di bagian depan otak, di bawah tulang tengkorak pada area kening. *Lobus frontal* mengandung *korteks motorik*, yang memberikan perintah-perintah kepada 600 otot tubuh yang menghasilkan gerakan volunter. Pada sisi kiri *lobus frontal* terdapat area yang disebut area *broca*, yang berperan dalam kemampuan berbicara. Dalam tugas-tugas ingatan jangka pendek (*short term memory*), area-area dalam *lobus frontal* secara khusus aktif. *Lobus frontal* juga terlibat dalam emosi dan kemampuan membuat perencanaan, berpikir secara kreatif, dan mengambil inisiatif.

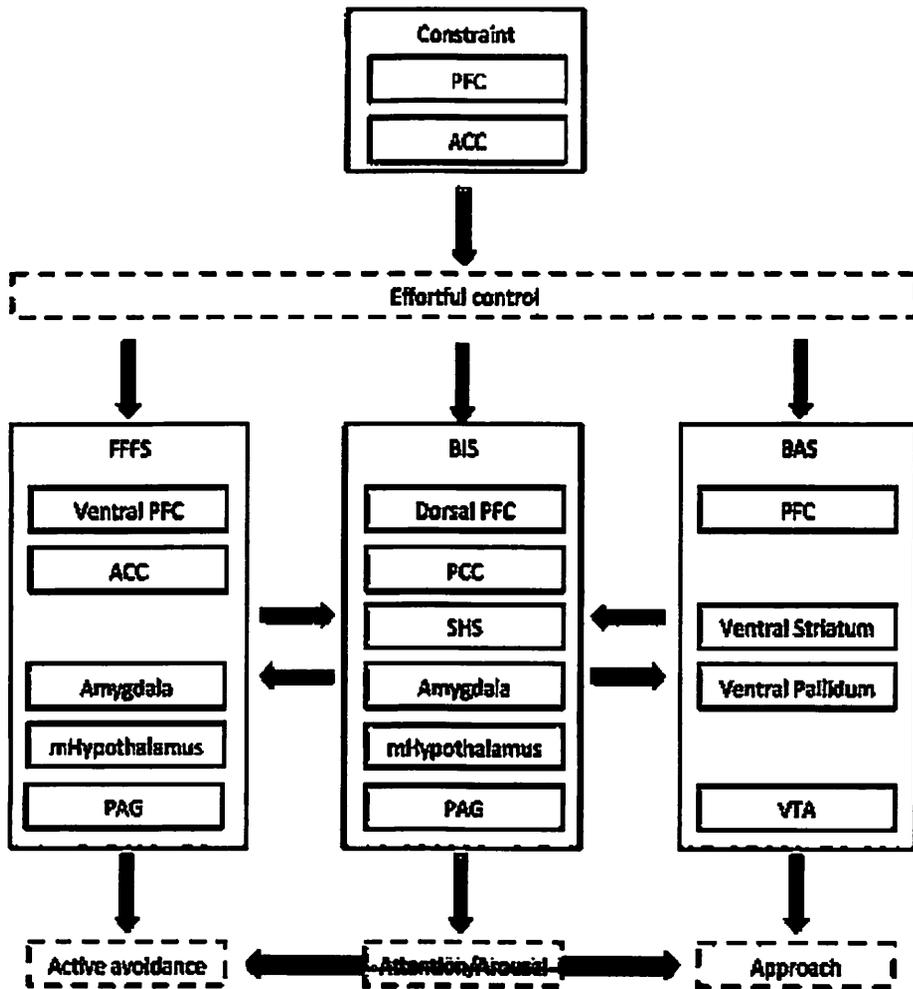
Area kognitif – perilaku lebih spesifik diatur pada area *lobus frontal*, khususnya *korteks prefrontal*. Bagian ini berperan dalam pembentukan kepribadian. Orang yang mengalami kerusakan otak pada area *lobus frontal* akan mengalami permasalahan dalam pengelolaan keuangan, kehilangan pekerjaan, serta tidak mampu menjaga pertemanan. Para ilmuwan berpendapat bahwa ada bagian-bagian dari *lobus frontal* yang terlibat dalam penilaian sosial, pembuatan keputusan secara rasional, kemampuan merumuskan tujuan, dan kemampuan membuat serta menjalankan rencana-rencana. Gangguan yang terjadi akibat kerusakan area ini pada umumnya disertai dengan defisit emosi dan perasaan. Hal ini memperlihatkan bahwa emosi normal diperlukan untuk melakukan penalaran sehari-hari dan untuk mampu belajar dari kekeliruan (Damasia, 2003; Wade, 2007).

Adanya pengambilan keputusan pada manusia dewasa tidak memerlukan demonstrasi formal. Hal tersebut menunjukkan bahwa dorongan stimulus merupakan hal yang wajar terjadi pada orang dewasa, namun dalam pencapaiannya membutuhkan diskusi dengan orang lain (Hommel, 2000). Orang dewasa dengan kerusakan otak di daerah seperti lobus frontal bisa sangat rentan terhadap kesalahan dalam melakukan kebiasaan yang dipicu adanya stimulus (Humphreys & Riddoch, 2003).

Central Autonomic Network (CAN) merupakan bagian sistem saraf pusat yang mempengaruhi *goal-directed behavior* serta adaptasi individu terhadap perilaku. CAN secara fungsional mengintegrasikan sistem regulasi internal dengan kontrol otak terhadap *visceromotor*, *neuroendocrine*, dan repon perilaku yang hal tersebut sangat mempengaruhi *goal-directed behavior*. Struktur CAN meliputi *anterior cingulate*, *insular*, *orbitofrontal*, dan *ventromedial prefrontal cortices*; *sentral nukleus* amigdala, *paraventrikuler* dan syaraf terkait dalam hipotalamus, area abu-abu, serta bagian medulla. (Thayer, Hansen, Saus-Rose, & Helge, 2009).

Goal-directed behavior terjadi karena mekanisme yang terjadi pada bagian *prefrontal cortex* otak (PFC). PFC memiliki fungsi sebagai konvergen informasi dalam otak. Informasi yang diterima oleh PFC akan diolah pada masing-masing bagian PFC. Pada area *ventrolateral* informasi akan dipersepsikan dengan mempertimbangkn stimulus lingkungan. Sedangkan pada area *dorsal*, akan memproses informasi berdasar persepsi dari *auditory*, *visuospatial*, dan informasi motorik. Dan pada area *anterolateral* akan menghubungkan secara langsung informasi yang didapat denngan sistem limbik yang akan memproses

informasi internal yang meliputi emosi, memori, dan penghargaan. Bersama-sama proses dalam PFC ini akan membangun *goal-directed behavior* (Barbey & Grafman, 2010).



Gambar 2.5 Sistem neurobiological pada perilaku individu
 Sumber : Barbey & Grafman (2010)

Pada gambar 2.5 di atas *prefrontal cortex* menerima informasi yang kemudian bersama *anterior cingulate cortex* yang merupakan bagian dari *central autonomic network* informasi tersebut dikonvergenkan (disebarkan) pada ketiga bagian *prefrontal cortex* untuk diolah pada masing-masing bagian tersebut. Pada bagian *anterolateral* terjadi *fight, flight, freeze system* (FFFS), yang bekerja bersama-sama *anterior cingulate cortex*, *amigdala*, *medial hypothalamus* serta

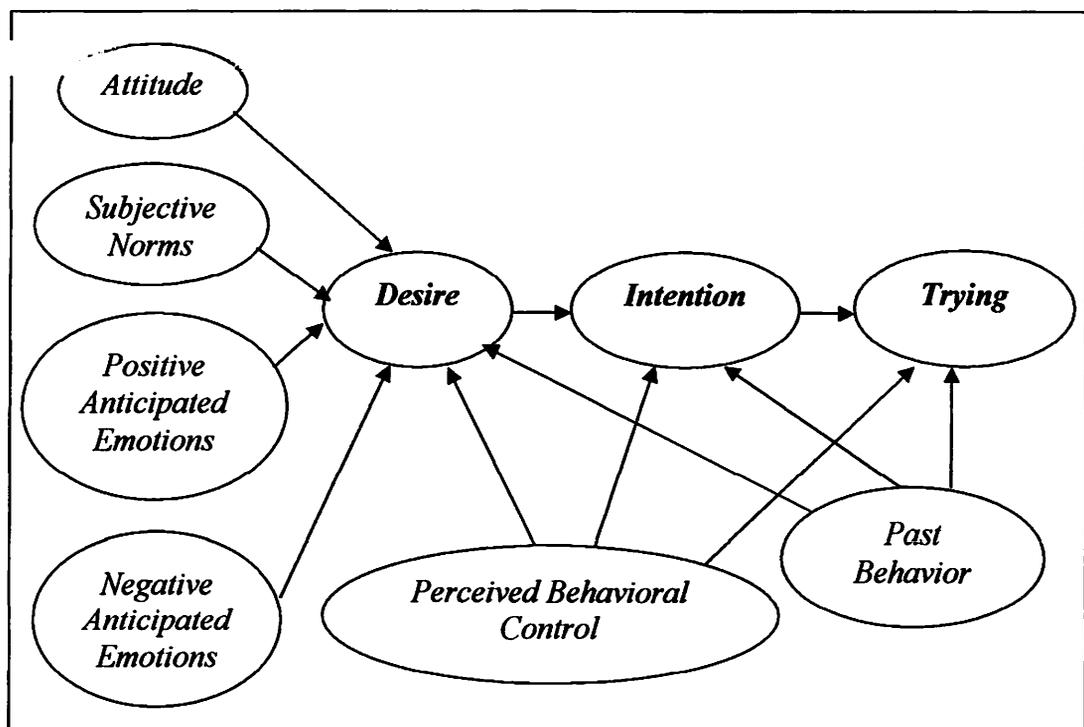
posterior cingulate cortex akan memproses informasi internal. Area *dorsal prefrontal cortex* akan bekerja bersama-sama *posterior cingulate cortex*, *septohippocampal system*, *amygala*, *medial hypothalamus*, serta *periaqueductal grey* membentuk *behavioral inhibition system*. Sedangkan pada area *ventrolateral* terjadi proses pada *behavioral approach system* yang melibatkan *ventral striatum*, *ventral pallidum* dan *ventral tegmental area*. Ketiga area *prefrontal cortex* ini bersama-sama membentuk perilaku yang mempertimbangkan aspek lingkungan, persepsi dan emosi.

2.3.4 *Model Goal-directed Behavior*

Model *goal-directed behavior* yang dikemukakan oleh Bagozzi (1996) lebih mengedepankan aspek emosi dan perasaan dalam berperilaku. *Goal-directed behavior* tidak hanya melihat tujuan yang akan dicapai saja tetapi juga keinginan seseorang tersebut untuk mencapai tujuan sangat mempengaruhi perilakunya. Dengan adanya keterlibatan aspek emosional tersebut, diharapkan usaha dalam mencapai tujuan akan lebih besar karena keberhasilan dalam mencapai tujuan akan menghasilkan emosi positif, demikian juga sebaliknya kegagalan dalam mencapai tujuan akan menghasilkan emosi negatif. Sehingga individu dapat melakukan evaluasi terhadap usahanya berdasarkan dampak emosi yang dirasakan (Taylor, Bagozzi & Gaither, 2005).

Attitude, *subjective norm* dan *perceived behavioral control* merupakan komponen *goal-directed behavior* yang tidak mempengaruhi perilaku secara langsung, karena merupakan bagian dari sikap yang mungkin dirasakan tapi belum tentu akan dilakukan. Ketiga faktor tersebut lebih memberikan pengaruh pada munculnya *desire* individu dalam berperilaku. Respon emosi positif dan

emosi negatif yang diantisipasi bertujuan untuk mengantisipasi hasil perilaku yang dapat mempengaruhi *desire* individu. *Past behavior* individu digunakan sebagai bentuk evaluasi awal sebelum individu menyusun suatu tujuan. *Desire* yang telah dihasilkan berbagai faktor tersebut akan menjadi mediator dalam pembentukan niat/*intention* berperilaku. Niat juga mempertimbangkan *past behavior* dan *perceived behavioral control*. Apabila perilaku yang lalu disadari individu perlu dilakukan perubahan maka niat untuk melakukan perubahan semakin besar. Dari niat akan muncul keinginan dan keputusan untuk mencoba yang akan diaplikasikan dalam bentuk perilaku. Keputusan mencoba tersebut akan dibarengi dengan tujuan baru sebagai hasil evaluasi dari *past behavior* (Taylor, Bagozzi & Gaither, 2005).



Gambar 2.6 : *Model Goal-directed Behavior*

Sumber : Bagozzi (1996)

Pendekatan *Goal-directed behavior* memfasilitasi individu dalam melakukan upaya pengambilan keputusan untuk menentukan perilaku kesehatannya. Pengambilan keputusan tersebut didasarkan pada refleksi individu pada perilakunya dimasa lampau pada tahapan *desire, intention*, ataupun *trying* dari penderita. Kemudian penderita akan menilai apakah keputusan yang telah diambil benar atau salah sehingga penderita akan dapat mengambil keputusan untuk perilaku kesehatan dimasa akan datang. Pikiran yang dihasilkan oleh diri-sendiri, perasaan dan tindakan yang direncanakan untuk pencapaian tujuan-tujuan pribadi melalui interaksi antara *personal, behavioral* dan lingkungan akan membangun regulasi diri pada individu (Taylor, Bagozzi & Gaither, 2005).

2.3.5 Tahapan *goal-directed behavior*

Tahapan dalam pelaksanaan *goal-directed behavior* diawali dengan penggalan informasi tentang perilaku individu dimasa lalu dan penilaian mereka terhadap perilaku yang telah dilaksanakan. Berdasarkan informasi tersebut akan diketahui *desire* individu dalam berperilaku. Individu akan dipandu untuk merasakan keinginan berperilaku dan bukan sebagai keharusan berperilaku, dengan cara diberikan pemahaman mengenai kondisi saat ini dan perilaku yang diharapkan untuk dilakukan. Individu diingatkan kembali tujuan dalam berperilaku dan dampak dari ketercapaian tujuan tersebut apabila perilaku yang dihasilkan sesuai dengan harapan. Apabila individu tidak memiliki tujuan dalam berperilaku maka perlu dilakukan pembuatan tujuan.

Desire individu akan terus dikembangkan melalui pemahaman-pemahaman yang digali dari dalam individu sendiri sehingga akan muncul niat untuk melakukan usaha dalam mencapai tujuan. Saat niat tersebut muncul maka

perlu disusun suatu perencanaan atau strategi yang akan dilakukan dalam pencapaian tujuan. Perencanaan tersebut diaplikasikan dalam bentuk *tryng*. Individu mencoba mengaplikasikan perencanaan yang telah disusun dalam kurun waktu tertentu.

Mencoba aplikasi perencanaan dalam bentuk perilaku ini adalah untuk memberikan kebiasaan bagi individu dalam berperilaku sehingga diharapkan perilaku tersebut akan tetap berlanjut. Kemudian hasil mencoba perilaku tersebut akan dievaluasi kembali sebagai dasar penentuan tujuan baru dan perencanaan baru dalam menentukan perilaku (Taylor, Bagozzi, Gaither & Jamerson, 2006).

2.4 Konsep Hipertensi

2.4.1 Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140 mmHg untuk tekanan sistolik atau 90 mmHg untuk tekanan diastolik.

Menurut Smeltzer dan Bare (2003) hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah peristen dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg.

Menurut Brashers (2001) Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah arterial abnormal yang berlangsung terus menerus.

2.4.2 Jenis-jenis hipertensi

Menurut Yogiantoro, dkk (2007) hipertensi berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi 2, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

1. Penyebab spesifik dari penyakit hipertensi primer tidak diketahui, hal ini terjadi pada sekitar 90 – 95% pasien.
2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder dapat disebabkan oleh :

1) Gangguan ginjal

2 – 6% dari seluruh pasien hipertensi terjadi karena gangguan ginjal, diantaranya adalah pada *renal parenchymal disease* (contoh: penyakit glomeruler, penyakit tubulo interstitial kronik, penyakit polikistik, uropati obstruktif), *renovascular disease* (contoh: *atero sklerosis* dan *displasia fibromuskuler, arthritis*, kompresi arteri renalis oleh faktor ekstrinsik), tumor yang menghasilkan renin, retensi natrium ginjal (contoh: *Liddle's syndrome*).

2) Gangguan endrokin

Hipertensi sekunder dapat disebabkan oleh adanya kelainan *adrenokortikal* (contoh: *aldosteronisme* primer, hiperplasia adrenal kongenital, sindroma cushing), *adrenal medullary tumors* (contoh: *pheochromocytoma*), *thyroid disease* (contoh: hipertiroid& hipotiroid), *hyperparathyroidism* (contoh: hiperkalsemia), akromegali dan *carcinoid tumors*.

c. *Exogenous medication and drugs*

Kontrasepsi oral, simpatomimetik, glukokortikoid, meniralkortikoid, OAINS, siklosporin, eritropoetin, MAO inhibitor dapat memberikan kontribusi terhadap timbulnya hipertensi sekunder.

d. Kehamilan

Penyebab hipertensi pada kehamilan yaitu pada kondisi preeklamsia dan eklamsia.

e. Ganggana neurologi

Hipertensi sekunder dapat terjadi pada *sleep apnea*, peningkatan tekanan intrakranial karena tumor otak, *spinal cord injury* (contoh: *Guillain Bare Syndrome*).

f. Hipertensi sistolik

Hal ini diakibatkan oleh hilangnya elastisitas aorta dan pembuluh darah besar serta *hyperdynamic cardiac output* (contoh: pada hipertiroid, insufisiensi aorta, *fistula arteriovenous*).

2.4.3 Etiologi

Hipertensi sering disebabkan adanya *ateroskleriosis* yaitu penebalan dinding arteri yang menyebabkan hilangnya elastisitas pembuluh darah dan pengecilan pada penampang pembuluh darah. *Aterosklerosis* diakibatkan adanya penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah yang salah satunya timbul karena peradangan.

Selain faktor tersebut, hipertensi juga bisa disebabkan oleh faktor-faktor lain, yaitu :

1. Usia

Penelitian menunjukkan bahwa seraya usia seseorang bertambah, tekanan darah pun akan meningkat. Namun tekanan darah yang disebabkan faktor usia tetap bisa dikendalikan dengan pola hidup dan gaya hidup sehat.

2. Keturunan

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa hipertensi bisa diturunkan secara genetik. Hal ini terkait dengan kondisi fisiologis organ-organ kardiovaskuler.

3. Kolesterol

Kandungan lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Hal ini dapat membuat pembuluh darah menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat.

4. Rokok

Merokok juga dapat meningkatkan tekanan darah menjadi tinggi. Kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko diabetes, serangan jantung dan stroke. Karena itu, kebiasaan merokok yang terus dilanjutkan ketika memiliki tekanan darah tinggi, merupakan kombinasi yang sangat berbahaya yang akan memicu penyakit-penyakit yang berkaitan dengan penyakit jantung dan darah.

5. Garam

Garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya bagi penderita diabetes, penderita hipertensi ringan, orang dengan usia tua, dan mereka yang berkulit hitam.

6. Kafein

Kafein yang terdapat pada kopi, teh maupun minuman cola penyebab hipertensi.

7. Alkohol

Konsumsi alkohol secara berlebihan juga penyebab hipertensi.

8. Obesitas / Kegemukan

Orang yang memiliki berat badan di atas 30 persen berat badan ideal, memiliki kemungkinan lebih besar menderita hipertensi.

9. Stres

Stres dan kondisi emosi yang tidak stabil juga dapat memicu hipertensi.

10. Kurang Olahraga

Kurang olahraga dan bergerak bisa menyebabkan tekanan darah dalam tubuh meningkat. Olahraga teratur mampu menurunkan tekanan darah tinggi. Namun olah raga yang dianjurkan pada penderita hipertensi tidak boleh terlalu berat.

2.4.4 Klasifikasi hipertensi

Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evolution and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) (2003), membagi hipertensi menjadi 4 kategori, yaitu: normal, prehipertensi, hipertensi tingkat I, dan hipertensi tingkat II. Klasifikasi tekanan darah tersebut yaitu pada penderita usia 18 tahun ke atas.

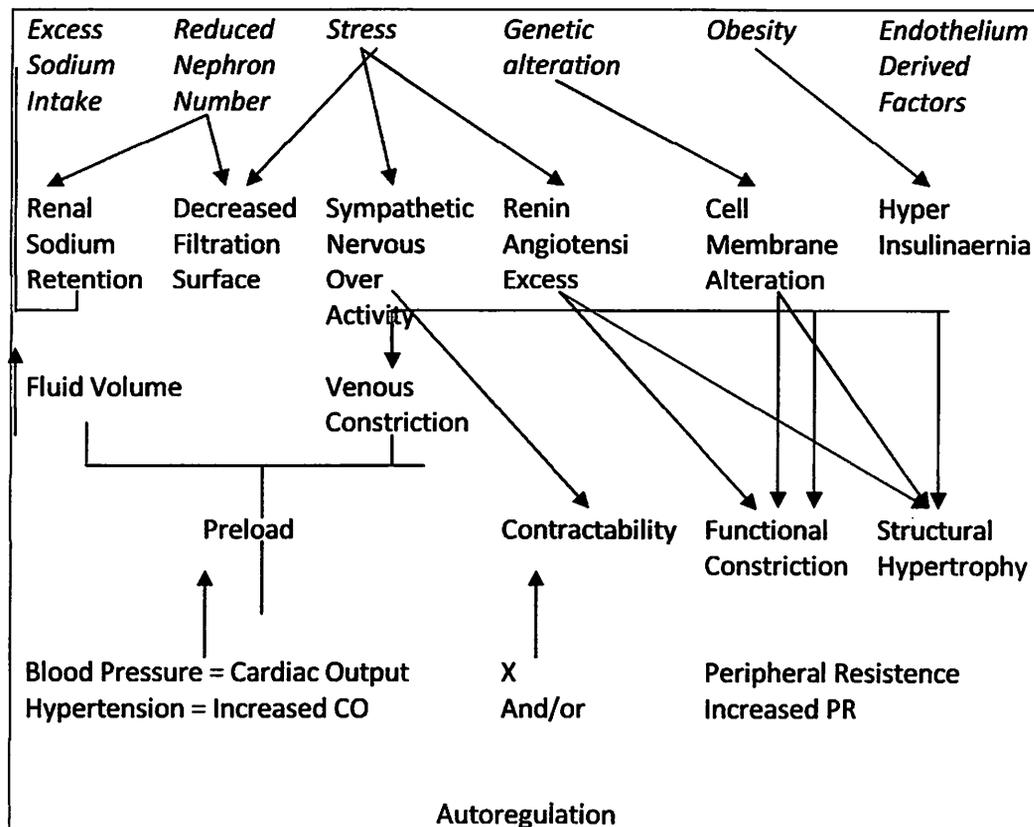
Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi pada orang dewasa > 18 tahun (*Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evolution and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) (2003)*)

CLASSIFICATION OF BLOOD PRESSURE (BP)			
CATEGORY	SBP mmHg		DBP mmHg
Normal	< 120	<i>and</i>	< 80
Prehypertension	120 – 139	<i>or</i>	80 – 89
Hypertension, Stage 1	140 – 159	<i>or</i>	90 – 99
Hypertension, Stage 2	≥ 160	<i>or</i>	≥ 100
Key: SBP = Systolic Blood Pressure		DBP = Diastolic Blood Pressure	

2.4.5 Patofisiologi hipertensi

Secara umum ada beberapa hal yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi, diantaranya adalah *excess sodium intake*, penurunan jumlah nefron, stress, perubahan genetik, obesitas, dan ketidakseimbangan *endothelium derived factors*, adanya *excess sodium intake* dan penurunan jumlah nefron akan menyebabkan terjadinya peningkatan *preload* akibat adanya retensi natrium yang berlebihan, sedangkan kondisi stress dapat mempengaruhi sistem syaraf simpatis untuk meningkatkan *contractibility* jantung yang akan berdampak terhadap peningkatan *cardiac output*, demikian juga stress dapat merangsang aktivitas sistem renin angiotensin, yang dapat menyebabkan *venous vasoconstriction*. Pada obesitas dan ketidakseimbangan *endothelium derived factors*, dapat menyebabkan terjadinya *structural hypertrophy*.

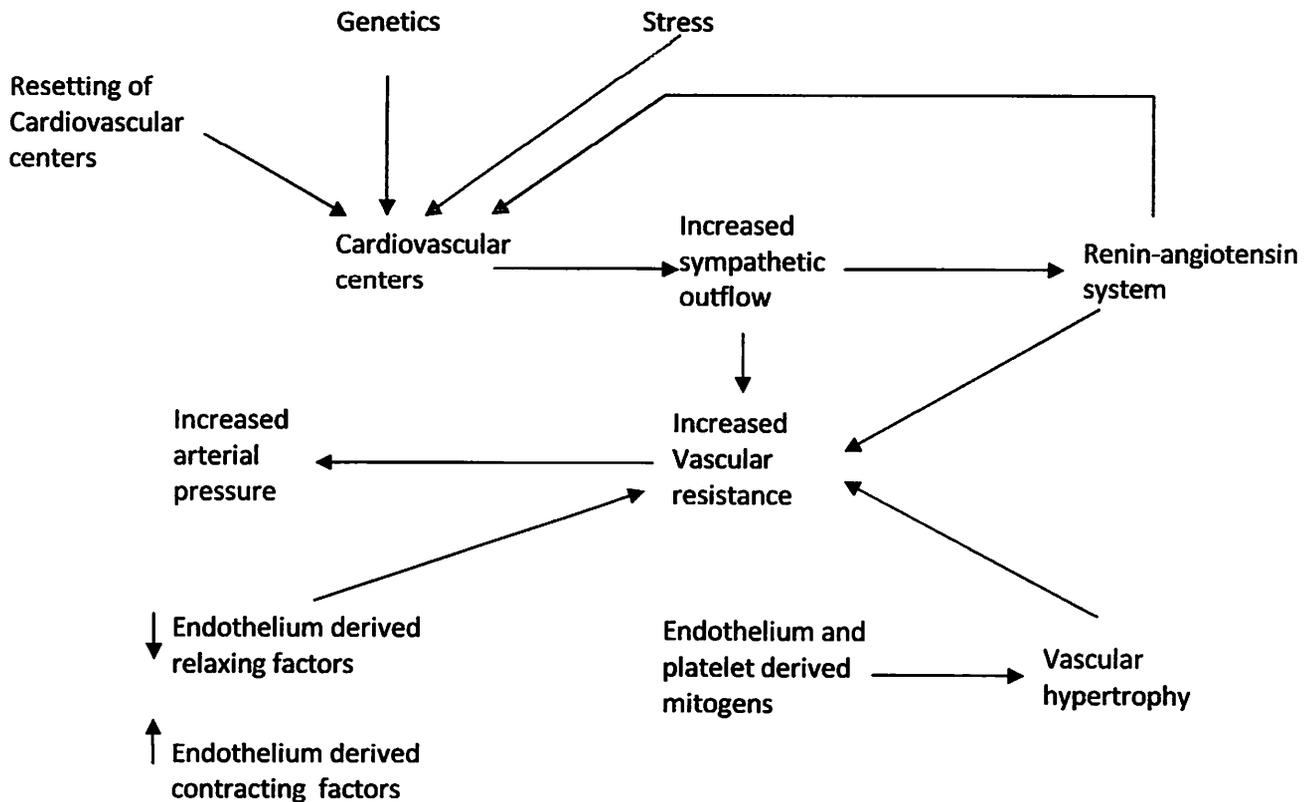
Dari beberapa faktor yang telah disebutkan di atas, maka secara lebih rinci dijelaskan oleh Vikrant dan Tiwari (2001), yaitu bahwa dengan adanya peningkatan *preload* dan *contractibility* jantung serta *venous constriction* maupun *structural hypertrophy* dapat menyebabkan peningkatan *cardiac output* & peningkatan *total peripheral resistance*, dimana keduanya dapat menyebabkan terjadinya hipertensi.



Gambar 2.7 Patofisiologi hipertensi
Sumber : Vikrant & Tiwari (2001)

Pada gambar di atas tampak bahwa peningkatan *cardiac out put* & *total peripheral resistance* merupakan faktor utama timbulnya hipertensi. Corwin (2008) menjelaskan bahwa tekanan darah bergantung pada kecepatan denyut jantung, volume sekuncup dan *total peripheral resistance* (TRP), maka peningkatan salah satu dari ketiga variabel tersebut yang tidak dikompensasi dapat menyebabkan terjadinya hipertensi. Vikrant & Tiwari (2001) menyebutkan bahwa peningkatan TPR ini pada prinsipnya disebabkan oleh aktivitas pusat kardiovaskuler untuk meningkatkan rangsangan simpatetik dalam mengaktifkan sistem renin angiotensin. Terbentuknya angiotensin II pada sistem reninangiotensin, akan merangsang sistem syaraf pusat untuk melepas

vasopressin yang dapat menyebabkan terjadinya vasokonstriksi dan memberikan dampak terhadap peningkatan *total peripheral resistance*. Selain itu hal lain yang dapat meningkatkan TPR adalah penurunan pelepasan *Endothelium Derived Relaxing Factors* (EDRF) dan peningkatan pelepasan *Endothelium Derived Contracting Factors* (EDCF) dari endotel pembuluh darah. Adanya peningkatan TPR ini akan meningkatkan tekanan pada arteri yang dapat berdampak pada peningkatan tekanan darah (sistolik & diastolik) dan juga peningkatan frekuensi nadi saat istirahat. Proses terjadinya peningkatan TPR secara skematis dapat dilihat pada gambar.



Gambar 2.8 Proses terjadinya peningkatan TPR
Sumber : Ramdas & Kumar (2005)

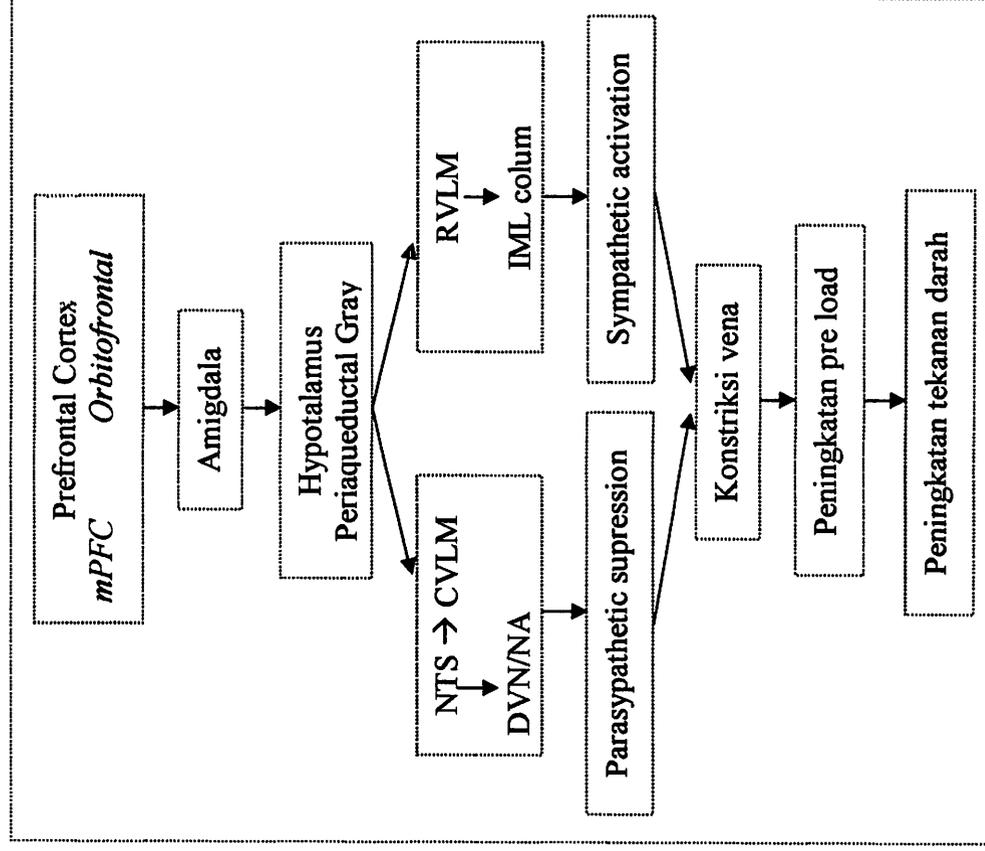
Selain hal-hal yang disebutkan di atas, peningkatan TPR juga seringkali timbul akibat adanya penyempitan lumen arteri oleh akumulasi lemak. Ramdas & Kumar (2005) menyebutkan bahwa lemak yang tertimbun dalam pembuluh darah biasanya terjadi pada seseorang yang mengkonsumsi makanan dengan kalori yang terlalu tinggi atau makanan berlemak, yang tidak diimbangi dengan aktifitas fisik yang adekuat, sehingga akan terjadi penumpukan kadar kolesterol dalam darah (hiperkolesterolemia). Corwin (2008) menjelaskan tentang mekanisme hiperkolesterolemia dalam hubungannya dengan hipertensi adalah sebagai berikut yaitu diawali dengan transportasi kolesterol dan trigliserid yang dibawa melalui aliran darah dengan terbungkus dalam lemak yang disebut lipoprotein. Lipoprotein berdensitas tinggi (*high-density lipoprotein/ HDL*) membawa lemak keluar dari sel untuk diuraikan, HDL ini diketahui bersifat protektif dalam melawan aterosklerosis. Namun lipoprotein berdensitas rendah (*low-density lipoprotein/ LDL*) dan lipoprotein sangat rendah (*very-low-density/ VLDL*) membawa lemak ke dalam sel tubuh, termasuk ke dalam sel endotel, sehingga kolesterol dan trigliserid dilepaskan di dalam sel tersebut. Selanjutnya di dinding arteri akan terjadi oksidasi kolesterol dan trigliserid yang menyebabkan pembentukan radikal bebas yang dapat merusak endotel arteri. Dengan demikian akan terjadi peningkatan permeabilitas endotel, dan molekul-molekul yang mengandung lemak masuk ke dalam sel endotel yang akan menyebabkan terjadinya akumulasi lemak dan akan mempersempit lumen arteri, sehingga mengakibatkan peningkatan tahanan perifer (*Total Peripheral Resistance/ TPR*). Dengan demikian akan menghasilkan tekanan yang lebih besar, untuk mendorong

darah melintasi pembuluh darah yang menyempit, sehingga tekanan darah meningkat.

Faktor lain yang dapat memuncu timbulnya hipertensi adalah kondisi stress yang berkepanjangan. Respon tubuh terhadap stress yaitu berupa pengaktifan beberapa hormon dan neurotransmitter. Hormon-hormon ini mempersiapkan tubuh untuk menahan stressor. Efek buruk dari hormon dan neurotransmitter ini dapat terjadi pada perangsangan yang berkepanjangan. Ganong (2001) menjelaskan bahwa stress mempengaruhi hipotalamus untuk melepaskan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) ke dalam sistem aliran darah portal hipotalamus-hipofisis. CRH menyebabkan hipofisis anterior mengeluarkan hormon *adenocorticotropin* (ACTH). Hormon ini beredar dalam darah ke korteks adrenal dan menyebabkan pelepasan hormon glukokortikoid dan kortisol. Selanjutnya kortisol akan mempengaruhi sistem syaraf pusat untuk merangsang pelepasan katekolamin. Efek katekolamin adalah merangsang pelepasan hormon epinefrin dan norepinefrin. Norepinefrin yang dikeluarkan ke dalam darah akan berikatan dengan reseptor alfa yaitu pengikatan pada reseptor α_1 yang terdapat di sebagian besar sel otot polos vaskuler. Hal ini menyebabkan otot berkontraksi sehingga aliran darah menjadi meningkat. Sedangkan epinefrin akan berikatan dengan reseptor β_1 di jantung yang akan menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan kontraktilitasnya, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah. Selain itu Potter & Perry (2009) juga menambahkan bahwa peningkatan kadar hormon seperti epinefrin dan norepinefrin selain mengakibatkan peningkatan frekuensi jantung dan meningkatkan aliran darah ke otot, maka juga akan meningkatkan ambilan oksigen dan memperbesar kewaspadaan mental.

Hipertensi yang terjadi karena aktivitas *simpatetik nervous* yang mengalami abnormalitas fungsi yang multiple pada hipotalamus, brain stem, dan medulla. Namun diantara ketiga yang paling berperan adalah kerusakan pada hipotalamus (Wardener, 2001). Salah satu zat dalam hipotalamus yang dapat mempengaruhi tekanan darah adalah GABA. GABA merupakan neurotransmitter yang terdapat pada hipotalamus, menyebar pada area *hypotalamic posterior*, *medial preoptis nuclei*, serta pada *nukleus hipotalamic paraventikuler* dan posterior. Pada penelitian yang dilakukan pada tikus dengan hipertensi spontanous, metabolisme GABA merupakan *general pressor* pada aktivitas GABA. Penurunan konsentrasi GABA reseptor akan meningkatkan tekanan darah (Wardener, 2001).

Area *prefrontal cortical* (PFC), termasuk didalamnya terdapat *korteks orbitofrontal* dan *korteks medial prefrontal*, memperkuat pengaruh amigdala melalui aktivasi neurons GABAergic pada amigdala. Amigdala ini akan mengaktifkan sentral nukleus amigdala untuk mempengaruhi hipotalamus, substansi abu-abu, serta syaraf lain. Aktivasi ini melalui *baroafferent input* akan mempengaruhi *solitary tract* yang akan menurunkan *inhibitory caudal vebtrolateral medullary* (CVLM) yang terletak pada *rostral vebtrolateral medullary* (RVLM) *sympathoexcitatory neurrons* dan akan mempengaruhi secara simultan *vagal motor neurons* pada *nucleus ambiguus* dan *dorsal vagal motor nucleus*. *Vagal motor neuron* tersebut akan mempengaruhi aktivasi simpatik maupun supresi parasimpatik sehingga mengakibatkan konstiksi pada vena yang memicu preload sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Thayer, Hansen, Saus-Rose, & Helge, 2009).



Gambar 2.9 Proses korteks prefrontal pada peningkatan tekanan darah
Sumber : Thayer et. Al. (2009)

2.4.6 Gambaran klinis hipertensi

Menurut Yogiantoro, dkk (2007), pada dasarnya hipertensi tidak memberi gejala yang spesifik. Umumnya gejala yang dikeluhkan berkaitan dengan :

1. Peningkatan tekanan darah
Sakit kepala seringkali terjadi pada hipertensi berat, paling sering timbul di daerah *occipital* dan dikeluhkan pada saat bangun pagi, selanjutnya akan berkurang secara spontan setelah beberapa jam. Gejala lain yang ditimbulkan adalah *dizziness*, palpitasi, dan mudah lelah.

2. Gangguan vaskuler

Gejala hipertensi akibat adanya gangguan vaskuler anatara lain adalah timbulnya epistaksis, hematuria, penglihatan kabur karena perubahan pada retina, episode kelemahan atau *dizziness* oleh karena *transient cerebral ischemia* (TIA), angina pectoris, dan sesak karena gagal jantung.

3. Penyakit yang mendasari

Gejala pada penyakit hipertensi juga dapat timbul akibat adanya penyakit yang mendasari. Pada *hiperaldosteronisme* primer didapatkan gejala poliuria, polidipsi, kelemahan otot karena adanya hipokalemia. Pada *Chusing Syndrome* didapatkan peningkatan berat badan dan emosi yang labil. Pada *Pheochromocytoma* bisa didapatkan sakit kepala episodik, palpitasi, diaphoresis, dan postural *dizziness*.

2.4.7 Penatalaksanaan medis hipertensi

Tujuan tiap program penanganan bagi setiap pasien adalah mencegah terjadinya morbiditas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Efektivitas setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi, biaya, perawatan, dan kualitas hidup sehubungan dnegan terapi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan nonfarmakologis, termasuk penurunan berat badan, pembatasan alkohol dan tembakau, latihan relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi antihipertensi. Apabila penderita hipertensi ringan berada dalam resiko tinggi (pria perokok) atau bila tekanan darah diastoliknya menetap, diatas 85 atau 95 mmHg dan sistoliknya diatas 130 sampai 139 mmHg maka dimulai terapi obat-obatan.

Algoritma penanganan yang dikeluarkan oleh *Joint National on Detection, Evaluation, and Treatment Of High Blood Pressure* menunjukkan dokter memilih kelompok obat yang mempunyai efektivitas tertinggi, efek samping paling kecil, dan penerimaan serta kepatuhan pasien. Dua kelompok obat dalam terapi pilihan pertama diuretika, apabila pasien dengan hipertensi ringan sudah terkontrol selama setahun terapi dapat diturunkan, agar pasien mematuhi terapi yang diresepkan, maka harus dicegah pemberian jadwal terapi obat-obatan yang rumit.

2.4.8 Perilaku penderita hipertensi dan perubahannya

American Heart Association melalui sebuah event *Goals and Metrics Committee of the Strategic Planning Task Force of the American Heart Association* mencanangkan *goal* untuk menurunkan kejadian komplikasi hipertensi untuk tahun 2020.

Berdasarkan tujuan tersebut, terdapat tiga konsep kunci dalam melakukan *health promotion* dan *health prevention*, yaitu :

1. *Premordial Prevention*

Premordial prevention meliputi pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan primer lebih fokus dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi peningkatan tekanan darah. Sedangkan pencegahan sekunder lebih terarah pada perubahan perilaku agar tidak terjadi kondisi berulang pada hipertensi.

2. Faktor resiko

Kunci kedua adalah faktor resiko. Pencegahan ini lebih mengacu pada proses screening pada masyarakat yang disinyalir memiliki faktor resiko terjadinya hipertensi. Konsep ini bertujuan agar penderita mampu mengidentifikasi

gejala yang dirasakan sehingga muncul kesadaran untuk memeriksakan diri agar hipertensi terdeteksi sejak dini.

3. Jumlah yang seimbang antara populasi dan angka kejadian

Konsep ini dimaksudkan agar tidak terjadi peningkatan angka kejadian hipertensi dimasyarakat sehingga pencegahan lebih kearah pencegahan primer.

Perilaku sehat yang dianjurkan oleh *American Heart Assosiation* dalam rangka tujuan penurunan komplikasi hipertensi 2020 adalah :

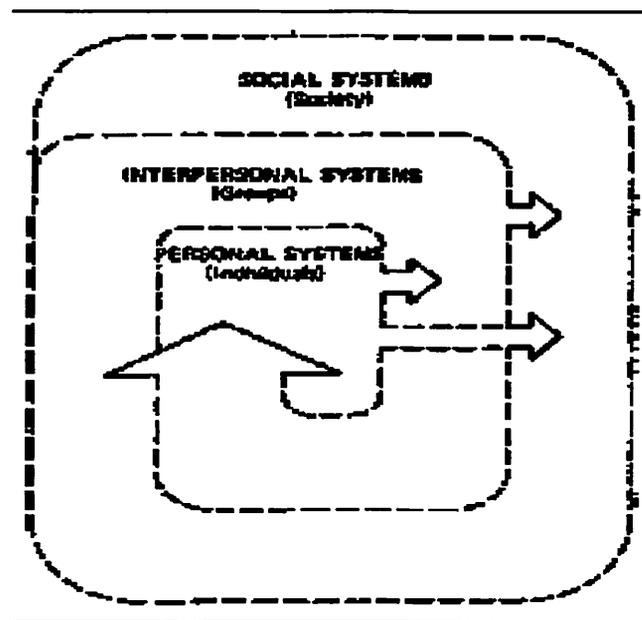
1. Mengurangi merokok dan alkohol
2. Pengontrolan berat badan
3. Aktivitas fisik yang dapat ditolerir tubuh
4. Diet
5. Manajemen stres
6. Monitoring tekanan darah

Perilaku sehat yang disarankan Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada Peringatan Hari Kesehatan Sedunia 2013 adalah perilaku CERDIK, yaitu:

1. Cek kesehatan secara berkala
2. Enyahkan asap rokok
3. Rajin aktifitas fisik
4. Diet sehat dan Kalori seimbang
5. Istirahat yang cukup
6. Kelola stres

2.5 Model *Goal-attainment* Imogene King

Model keperawatan Imogene King dikenal dengan ” *interacting systems framework and Theory of Goal Attainment* ”, yaitu pada pelaksanaan asuhan keperawatan terdapat adanya interaksi antara perawat dan pasien. Hubungan interaksi antara perawat dan pasien membawa pada pencapaian tujuan. King menyatakan pencapaian tujuan merupakan sebuah konsep transaksi sebagai komponen integral dalam teori ini. King mengemukakan beberapa asumsi tentang dasar kerangka konsepnya, yang meliputi asumsi tujuan keperawatan yaitu pelayanan kesehatan individu dan kelompok dan manusia sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungannya. Kerangka konseptual terdiri dari tiga sistem yang saling berinteraksi, yaitu sistem personal (individual), sistem interpersonal (kelompok) dan sistem sosial (Tomme, A.M and M.R. Alligood. 2006). Berikut diagram sistem interaksi menurut King :



Gambar 2.10 *Dynamic interacting systems*

Sumber : Tomme, A.M and M.R. Alligood. (2006)

1. Sistem Personal (individual)

Individu berada dalam sistem personal. Konsep yang perlu dipahami dalam sistem personal antara lain :

1) Gambaran diri (*body image*)

Gambaran diri merupakan persepsi tentang diri individu sendiri baik dari diri sendiri maupun orang lain.

2) Pertumbuhan dan perkembangan (*growth & devolepment*)

Perubahan yang terjadi pada individu secara terus menerus baik secara seluler, molekuler dan tingkatan-tingkatan aktivitas perilaku yang kondusif untuk menolong individu bergerak ke arah kedewasaan. Pertumbuhan dan perkembangan dapat menggambarkan suatu proses dalam kehidupan dimana terjadi peningkatan potensinya untuk mencapai aktualisasi diri.

3) Persepsi (*perception*)

Persepsi adalah menyalurkan energi dari lingkungan dan mengelompokkannya melalui informasi, penyimpanan informasi dan menyampaikannya dalam bentuk tingkah laku yang jelas.

Persepsi adalah proses organisasi, interpretasi dan transformasi data yang diingatnya melalui perasaan.

4) Diri sendiri (*self*)

Merupakan pemikiran dan perasaan yang berkaitan dengan personalitas seseorang yang berbeda dengan orang lain dan mempengaruhi pandangannya terhadap siapa jati dirinya. Diri sendiri merupakan lingkungan subjektif seseorang secara keseluruhan. Hal ini merupakan

pusat yang istimewa dari pengalaman dan signifikansi. Diri sendiri menunjukkan dunia seseorang pada bagian dalam yang dibedakan dari dunia luar yang terdiri dari orang lain dan berbagai hal. Diri sendiri adalah individu seperti yang dikenal sebagai individu, adalah ketika kita mengatakan "aku" (Tomey & Alligood, 2006).

5) Ruang (*space*)

Ruang (*space*) ditandai dengan karakteristik universal. Semua orang mempunyai beberapa konsep personal yang bergantung pada hubungan dengan situasi, dimensi, area, jarak, waktu dan tanggapan yang berdasar pada persepsi masing-masing individu. Ruang (*space*) dapat juga diartikan sebagai batasan tegas dari fisik dan perilaku yang ditampakkannya.

6) Waktu

King menggambarkan waktu sebagai jangka waktu antar peristiwa satu dengan peristiwa yang lainnya dan dipengaruhi oleh pengalaman masing-masing individu, sehingga peristiwa yang satu dengan yang lain akan saling berhubungan.

2. Sistem Interpersonal

Sistem interpersonal dibentuk ketika dua atau lebih individu saling berhubungan, pembentukan oleh dua orang atau tiga orang. Interaksi perawat dan pasien adalah satu jenis dari sistem interpersonal. Keluarga, sebagai kelompok kecil, dapat dipertimbangkan sebagai sistem interpersonal.

Dalam sistem interpersonal diperlukan satu pemahaman tentang konsep komunikasi, interaksi, peran, stres dan transaksi.

1) Komunikasi

Komunikasi merupakan proses pemberian informasi dari individu satu ke individu yang lain secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen interaksi. Termasuk didalamnya perubahan tanda-tanda non verbal dan simbol-simbol antara perawat – klien dengan lingkungan merupakan komunikasi.

2) Interaksi

Interaksi merupakan suatu proses persepsi dan komunikasi antara individu dengan lingkungan dan antara individu yang satu dengan individu yang lain, diwujudkan dengan perilaku verbal dan diarahkan untuk mencapai tujuan. Setiap individu yang berinteraksi dipengaruhi oleh perbedaan-perbedaan dalam pengetahuan, tujuan, pengalaman terdahulu dan persepsi.

3) Peran

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari individu yang memiliki peraturan yang menjelaskan hak dan kewajiban. Jika harapan peran berbeda dan tidak sesuai dengan yang terjadi, dapat menimbulkan konflik. Hal ini berdampak pada penurunan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

4) Stres

Stres adalah tingkatan yang dinamis dalam interaksi individu – lingkungan. Stres melibatkan perpindahan energi dan informasi antara

Dalam sistem interpersonal diberikan satu pembahasan tentang konsep

komunikasi interkasi, peran stress dan interaksi.

1) Komunikasi

Komunikasi merupakan proses pemberian informasi dari individu satu ke individu yang lain secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen interkasi. Termasuk didalamnya perubahan tanda-tanda non verbal dan simbol-simbol antara perawat -- klien dengan lingkungan merupakan komunikasi.

2) Interkasi

Interkasi merupakan suatu proses persepsi dan komunikasi antara individu dengan lingkungan dan antara individu yang satu dengan individu yang lain. diwujudkan dengan perilaku verbal dan diartikan untuk mencapai tujuan. Setiap individu yang berinteraksi dipengaruhi oleh perbedaan-perbedaan dalam pengetahuan, tujuan, pengalaman, tindakan dan persepsi.

3) Peran

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari individu yang memiliki peranan yang menjelaskan hak dan kewajiban. Jika harapan peran berbeda dan tidak sesuai dengan yang terjadi dalam menimbulkan konflik. Hal ini berdampak pada peranan keefektifan sesuai kewajiban yang diberikan oleh perawat.

4) Stress

Stress adalah tingkatan yang dimana dalam interkasi individu -- lingkungan. Stress melibatkan perpindahan energi dan informasi antara

individu – lingkungan untuk pengaturan dan pengendalian stressor. Peningkatan stres dalam interaksi individu dapat mempersempit bidang persepsi dan menurunkan kerasionalan. Peningkatan stres juga berpengaruh terhadap intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien.

5) Transaksi

Transaksi didefinisikan sebagai maksud dari interaksi untuk mencapai tujuan tertentu.

3. Sistem Sosial

Sistem yang saling berinteraksi secara menyeluruh yang terdiri dari kelompok masyarakat, dikenal sebagai sistem sosial. Kegiatan keagamaan, bidang pendidikan dan sistem pelayanan kesehatan adalah contoh-contoh dari sistem sosial. Di dalam sistem sosial, penting untuk memahami otoritas konsep, pengambilan keputusan, organisasi, status.

1) Otoritas (*authority*)

Otoritas merupakan proses transaksi yang aktif dalam pengalaman seseorang untuk memahami nilai yang berpengaruh, legitimasi dan menerimanya sebagai posisi dalam organisasi berkaitan dengan otoritasnya.

2) Pengambilan keputusan (*decision making*)

Pengambilan keputusan adalah perubahan dan proses yang disengaja melalui proses memilih sesuai dengan tujuan dengan mengidentifikasi

aktivitas yang mungkin dilakukan oleh individu atau group untuk mencapai tujuan.

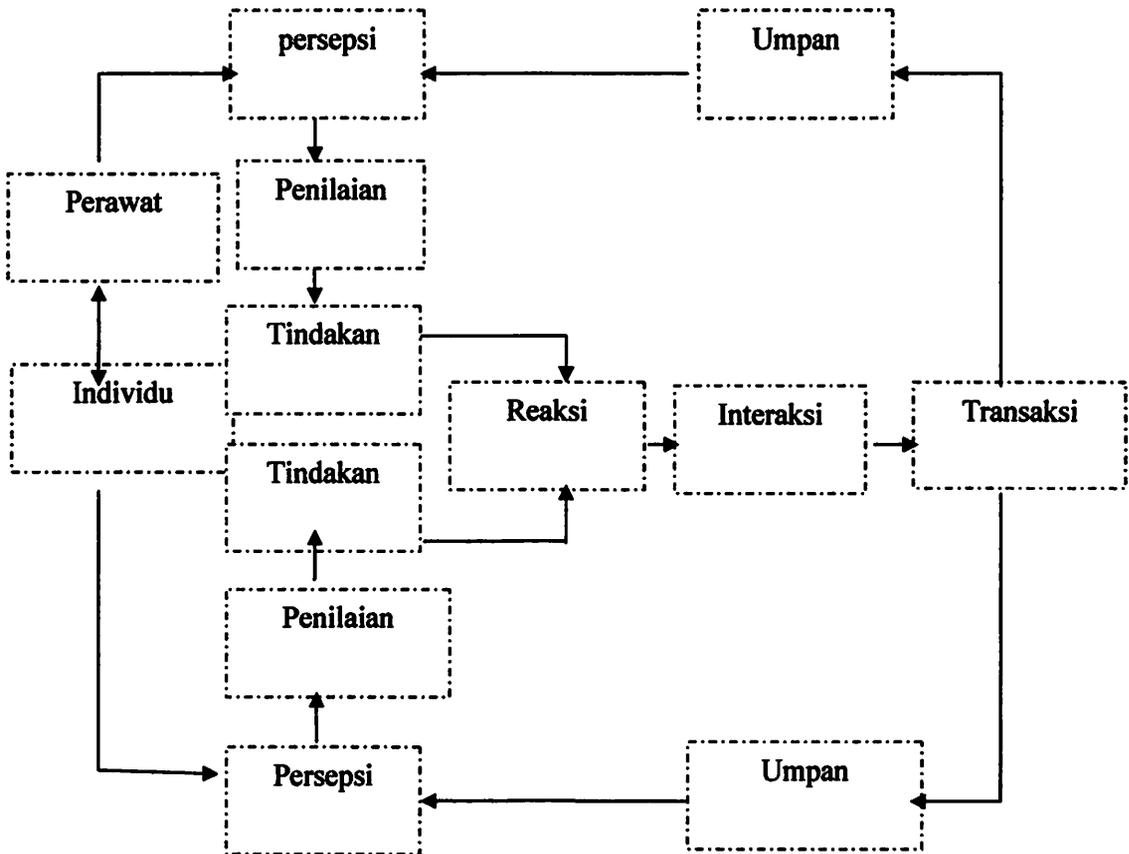
3) Organisasi (*organization*)

Dibentuk oleh individu yang memiliki peran yang diharapkan sesuai dengan posisinya. Orang tersebut akan menggunakan berbagai sumber untuk mencapai tujuan baik personal maupun organisasi.

4) Status

Status adalah hubungan seseorang di dalam grupnya dengan anggota lainnya dalam satu grup atau grup yang satu dengan grup yang lainnya.

Konsep-konsep di dalam kerangka tersebut merupakan dimensi pengaturan dan menunjukkan pengetahuan yang penting bagi pemahaman interaksi di antara ke tiga sistem. Konsep yang ditempatkan dalam sistim personal karena mereka terutama berhubungan dengan individu, sedangkan konsep yang ditempatkan dalam sistim interpersonal karena menekankan pada interaksi antara dua orang atau lebih. Konsep yang ditempatkan dalam sistem sosial karena mereka menyediakan pengetahuan untuk perawat agar berfungsi di dalam sistim yang lebih besar (Tomme, A.M and M.R. Alligood. 2006). King telah mengidentifikasi bahwa konsep-konsep yang berada di dalam kerangka itu tidak dibatasi hanya pada salah satu sistem yang saling berinteraksi secara dinamik tetapi juga yang berseberangan dengan ketiga sistem tersebut.



Gambar 2.11 : Sistem Transaksi King

Sumber : Tommey, A.M and M.R. Alligood (2006)

Empat konsep utama asumsi King meliputi :

1. Keperawatan (*Nursing*)

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan yang ada di masyarakat. Tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu memelihara kesehatan mereka, sehingga mereka dapat menjalani peran-peran mereka. Persepsi perawat dan pasien juga mempengaruhi proses interpersonal.

Menurut asumsi King, keperawatan adalah suatu proses interpersonal yang meliputi tindakan atau aksi, reaksi, interaksi dan transaksi.

- 1) Tindakan atau aksi merupakan proses awal hubungan dua individu dalam berperilaku, memahami, mengenali kondisi yang ada yang digambarkan melalui hubungan perawat – pasien dengan melakukan kontrak untuk pencapaian tujuan.
- 2) Reaksi merupakan bentuk tindakan yang terjadi akibat adanya aksi dan merupakan respon individu
- 3) Interaksi merupakan bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat – pasien, yang diwujudkan dalam bentuk komunikasi.
- 4) Transaksi merupakan kondisi dimana antara perawat dan pasien terjadi suatu persetujuan dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

Peran keperawatan antara lain promosi, pemeliharaan dan mengawasi pasien yang sakit, terluka dan sekarat. Fungsi perawat dalam hal ini adalah menginterpretasikan informasi yang diperoleh ketika merawat dan merupakan proses merencanakan, menerapkan dan melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Manusia (*Person*)

Merupakan asumsi spesifik yang berhubungan dengan manusia atau individu, terperinci dalam asumsi-asumsi berikut :

- 1) Individu adalah mahluk spiritual
- 2) Individu mempunyai kapasitas untuk berpikir, mengetahui, membuat aneka pilihan, dan memilih tindakan alternatif

- 3) Individu mempunyai kemampuan memahami bahasa, budaya dan simbol-simbol lain yang terekam
- 4) Individu adalah sistem terbuka dalam transaksi dengan lingkungan. Transaksi berarti juga bahwa tidak ada yang memisahkan antara manusia dan lingkungan
- 5) Individu bersifat unik dan holistik, menjadi berharga dan hakiki, dan dapat membuat pemikiran yang rasional dan membuat keputusan dalam berbagai situasi
- 6) Individu berbeda dalam kebutuhan, keinginan dan tujuan/sasaran mereka

3. Kesehatan (*Health*)

Kesehatan berimplikasi pada penyesuaian berkelanjutan terhadap stres di dalam lingkungan internal dan eksternal melalui penggunaan yang optimal dari sumber dayanya untuk mencapai potensi maksimum untuk kegiatan sehari-hari (Tommeey, A.M and M.R. Alligood. 2006).

4. Lingkungan (*Environment*)

King (1981 dalam Tommeey, A.M and M.R. Alligood. 2006) percaya bahwa satu pemahaman tentang tata cara manusia berhubungan dengan lingkungan untuk memelihara kesehatan adalah hal yang esensial untuk perawat. Sistem terbuka berimplikasi pada interaksi yang terjadi antara sistem dan lingkungan yang mengalami perubahan secara terus menerus. Penyesuaian-penyesuaian dalam kehidupan dan kesehatan dipengaruhi oleh satu interaksi individu dengan lingkungan

3) Individu mempunyai kemampuan memahami bahasa, budaya dan

simbol-simbol lain yang terakam

4) Individu adalah sistem terbuka dalam interaksi dengan lingkungan.

5) Menseksi berarti juga bahwa tidak ada yang memisahkan antara

manusia dan lingkungan

6) Individu bersifat unik dan holistik menjadi perhatian dan hakiki dan

dapat membuat pemikiran yang rasional dan membuat keputusan dalam

berbagai situasi

7) Individu berbeda dalam kebutuhan, keinginan dan kemampuan

metode

3. Kesehatan (Wells)

Kesehatan berimplikasi pada bagaimana perkembangan terhadap status di

dalam lingkungan internal dan eksternal melalui penggunaan yang optimal

dari sumber daya untuk mencapai potensi maksimum untuk kegiatan

sehari-hari (Tomney, A.M and M.R. Allgood, 2000).

4. Lingkungan (Lawrence)

King (1981 dalam Tomney, A.M and M.R. Allgood, 2000) percaya

bahwa saat bersamaan tentang apa yang manusia butuhkan dengan

lingkungan untuk memiliki kesehatan adalah hal yang esensial untuk

perilaku. Sistem terbuka berimplikasi pada interaksi yang terjadi antara

sistem dan lingkungan yang mengalami perubahan secara terus menerus.

Perencanaan-perencanaan dalam kehidupan dan kesehatan dipengaruhi

oleh satu interaksi individu dengan lingkungan

B A B 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

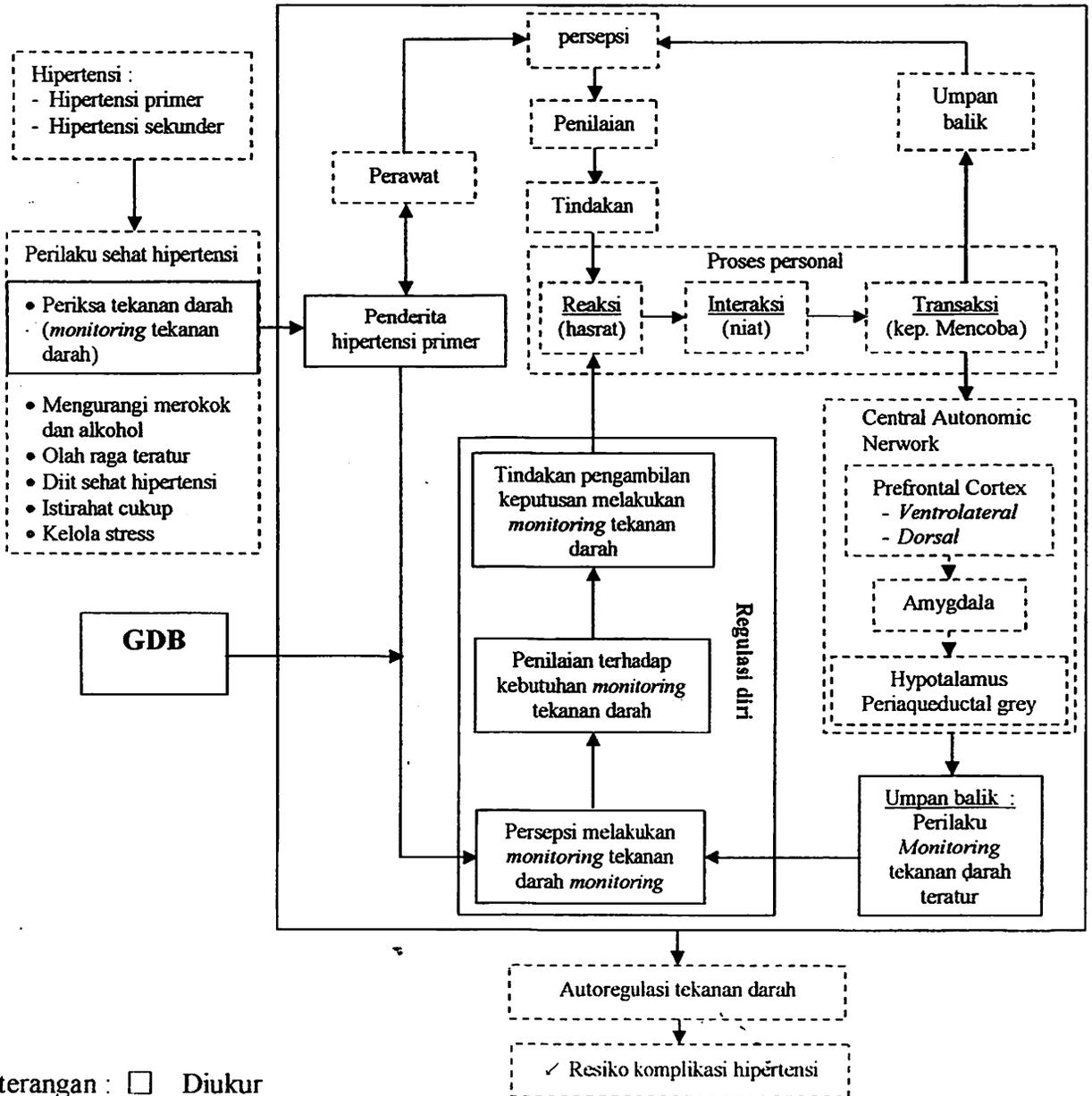
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS PSIKOLOGI

PROGRAM STUDI PSIKOLOGI

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan : □ Diukur
 □ Tidak diukur
 ↓ Menyebabkan/mempengaruhi
 → Intervensi / tindakan

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh *goal directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi

Hipertensi terdiri dari dua tipe, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi merupakan kondisi kronis yang harus tetap dikontrol dengan menjaga perilaku dan gaya hidupnya. Perilaku sehat yang diharapkan pada penderita hipertensi meliputi pemeriksaan tekanan darah rutin, mengurangi merokok dan alkohol, diet sehat hipertensi, olah raga ringan dengan teratur, istirahat yang cukup dan mengelola stres. Pada penelitian ini perilaku sehat yang diukur adalah perilaku pemeriksaan tekanan darah rutin atau *monitoring* tekanan darah.

Teori *Goal-attainment* Imogene King merupakan teori yang berorientasi pada interaksi antara perawat dan pasien. Pasien yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi primer. Pasien memiliki caranya sendiri dalam mempersepsikan kebutuhan untuk melakukan *monitoring* tekanan darah. Selanjutnya akan dilakukan penilaian oleh individu terhadap kebutuhannya melakukan *monitoring* tekanan darah serta kesesuaian perilaku yang selama ini telah dilakukan oleh pasien hipertensi. Penilaian tersebut akan menghasilkan tindakan pengambilan keputusan tentang *monitoring* tekanan darah. Hasil proses persepsi, penilaian dan tindakan yang selama ini dilakukan oleh penderita hipertensi merupakan bentuk dari regulasi-diri penderita hipertensi.

Goal-directed behavior yang merupakan suatu pendekatan perilaku yang mengarah pada suatu tujuan. Melalui intervensi ini penderita hipertensi diberikan motivasi dan stimulus untuk menyusun tujuan dan rencana dalam proses internal individu sehingga menghasilkan reaksi berupa suatu hasrat pada penderita hipertensi. Hasrat tersebut melalui proses interaksi dalam diri individu akan menimbulkan suatu niat untuk berperilaku. Kemudian akan terjadi transaksi berupa kesepakatan untuk mencoba melakukan perilaku tersebut yang diharapkan.

Goal-directed behavior bekerja dalam proses internal individu melalui mekanisme dalam *Central Autonomic Network* yang merupakan proses integrasi sistem kontrol otak antara *prefrontal cortex*, *amygdala* dan hipotalamus. *Prefrontal cortex* berperan sebagai mediator dalam perilaku dan pemikiran rasional sehingga terbentuk alasan dan interaksi emosi pada penderita hipertensi yang oleh amigdala diteruskan ke hipotalamus. Dalam hipotalamus stimulus akan diolah menjadi suatu kesadaran untuk berperilaku. Perilaku yang diharapkan sebagai umpan balik penderita hipertensi adalah perilaku *monitoring* tekanan darah secara rutin. Umpan balik yang dilakukan penderita hipertensi diharapkan akan menghasilkan persepsi baru bagi penderita hipertensi untuk melakukan perilaku tersebut secara kontinyu sehingga autoregulasi tekanan darah akan terjadi dan resiko komplikasi pada penderita hipertensi bisa diturunkan.

3.2 Hipotesis

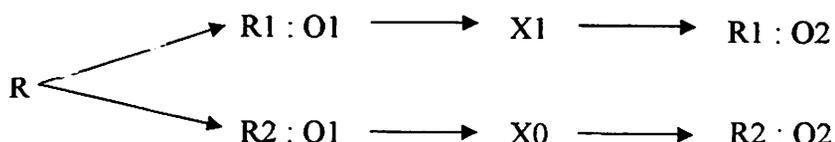
1. *Goal-directed behavior* berpengaruh terhadap regulasi diri penderita hipertensi
2. *Goal-directed behavior* berpengaruh terhadap perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *quasy eksperimental* dengan menggunakan desain *pre test - post test control 2 group design*. Desain penelitian ini bertujuan untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat. Peneliti membagi responden penelitian menjadi dua kelompok tanpa pengacakan (tanpa random alokasi). Pengukuran awal (*pre test*) dilakukan pada kedua kelompok sebelum mendapat intervensi. Selanjutnya pada responden kelompok pertama diberikan *goal-directed behavior* sesuai dengan prosedur sedangkan pada responden kelompok kedua (pembanding) tetap menggunakan intervensi sesuai program puskesmas. Setelah intervensi selesai, dilakukan pengukuran akhir (*post test*) pada kedua kelompok. Alur penelitian ini terdapat pada gambar 4.1



Gambar 4.1 Desain penelitian *pre test - post test control 2 group design*
(Dharma, 2011)

Keterangan :

R : Responden penelitian

R1 : Responden kelompok pertama

R2 : Responden kelompok kedua (pembanding)

O1 : *Pre test* pada responden kelompok 1 dan 2 sebelum intervensi

O2 : *Post test* pada responden kelompok 1 dan 2 setelah intervensi

X1 : *Goal-directed behavior* sebagai intervensi pada kelompok pertama

X0 : Intervensi sesuai program puskesmas pada kelompok kedua (pembanding)

4.2 Populasi, Besar Sampel, dan Tehnik Sampling

4.2.1 Populasi penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah pasien hipertensi yang menjalani rawat jalan di puskesmas Blooto kota Mojokerto. Jumlah rata-rata kunjungan perbulan pasien hipertensi puskesmas Blooto adalah 102 pasien, pada bulan Maret 2013 jumlah kunjungan pasien hipertensi sebanyak 98 orang.

4.2.2 Besar sampel

Sampel yang dipilih oleh peneliti dengan menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- (1) Pasien hipertensi tanpa komplikasi
- (2) Pasien hipertensi yang bisa baca dan tulis
- (3) Pasien hipertensi yang berusia ≥ 18 tahun
- (4) Pasien hipertensi yang tidak bisu dan tuli
- (5) Pasien hipertensi yang tidak menderita gangguan kejiwaan
- (6) Pasien hipertensi yang bersedia menjadi responden penelitian

2) Kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu:

- (1) Pasien hipertensi yang tidak hadir pada salah satu tahap 1 dan/atau tahap 2 penelitian
- (2) Pasien hipertensi yang memiliki alat pengukur tekanan darah sendiri dirumah (*spygmanometer*)

Perhitungan besar sampel untuk penelitian analitik kategorik dengan dua sampel berpasangan menggunakan rumus:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \pi}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

- $n_1 = n_2$: besar sampel pada masing-masing kelompok
- Z_α : deviat baku alfa
- Z_β : deviat baku beta
- π : besar ketidak sesuaian
- $P_1 - P_2$: Selisih proporsi kedua kelompok

Nilai Z_α pada penelitian ini dengan α ditetapkan 0,05 (*2-tailed*) adalah 1,96 sedangkan nilai Z_β pada penelitian ini dengan β ditetapkan 20% adalah 0,84. Perbedaan proporsi minimal adalah 40 % dengan proporsi diskordan = 0,45

Jadi perhitungan rumus besar sampel pada penelitian ini adalah:

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \pi}{(P_1 - P_2)^2} \\ &= \frac{(1,96 + 0,84)^2 0,45}{(0,4)^2} \\ &= \frac{3,528}{0,16} = 22 \end{aligned}$$

Besar sampel minimal dalam penelitian ini adalah 22 orang untuk masing-masing kelompok.

4.2.3 Tehnik sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan menggunakan *consecutive sampling*.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *goal directed behavior*.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah regulasi diri *monitoring* tekanan darah dan perilaku *monitoring* tekanan darah.

4.3.3 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.1 Definisi Operasional Peningkatan Regulasi Diri Penderita Hipertensi Dalam *Monitoring* Tekanan Darah Dengan *Goal Directed Behavior*

Variabel	Definisi	Parameter	Instrumen	Skala	Skor
Independen: <i>Goal directed Behavior</i>	Proses pendampingan pembuatan keputusan melakukan <i>monitoring</i> tekanan darah rutin, penyusunan tujuan <i>monitoring</i> tekanan darah serta uji coba perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah rutin pada pasien dengan tekanan <i>sistole</i> > 120 mmHg dan tekanan <i>diastole</i> > 80 mmHg melalui 4 tahap interaksi	Tahap 1 : - Mengidentifikasi tujuan dan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah sebelumnya - Pemberian informasi tentang perilaku sehat hipertensi Tahap 2: - Pemberian informasi tentang <i>monitoring</i> tekanan darah - Penyusunan tujuan dan rencana perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah Tahap 3 : Uji coba perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah selama 4 minggu Tahap 4 : Evaluasi uji coba	<i>Pre-planning</i> pelaksanaan <i>goal-directed behavior</i> Panduan pelaksanaan <i>goal-directed behavior</i> <i>Workshet</i> penyusunan tujuan dan perencanaan	-	-

Variabel	Definisi	Parameter	Instrumen	Skala	Skor
Dependen: 1. Regulasi Diri	Kemampuan individu dalam memodifikasi perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah melalui proses internal dan eksternal yang meliputi modulasi pikiran, sikap, dan perilaku itu sendiri dengan stimulus <i>goal directed behavior</i> dalam penentuan tujuan perilaku	1. <i>Receiving</i> 2. <i>Evaluating</i> 3. <i>Triggering</i> 4. <i>Searching</i> 5. <i>Formulating</i> 6. <i>Implementing</i> 7. <i>Assesing</i>	Kuisisioner	Ordinal	≥ 64 : regulasi diri tinggi 47 - 63 : regulasi diri sedang ≤ 46 : regulasi diri rendah
2. Perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah	Tindakan yang dilakukan penderita hipertensi sebagai umpan balik dan kesepakatan yang dihasilkan dari interaksi <i>goal-directed behavior</i> dalam melakukan pemeriksaan tekanan darah di puskesmas secara rutin minimal seminggu sekali selama satu bulan	Kunjungan responden ke puskesmas secara rutin minimal seminggu sekali	Lembar kunjungan kontrol	Rasio	Jumlah kunjungan responden selama satu bulan yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - tidak melakukan kunjungan sama sekali - satu kali kunjungan - dua kali kunjungan - tiga kali kunjungan - lebih dari 3 kali kunjungan

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini dibedakan berdasarkan variabelnya yaitu instrumen untuk variabel independen dan variabel dependen.

4.4.1 Instrumen variabel dependen

Instrumen regulasi diri diambil dari *short version self-regulation questionnaire* (SSRQ) yang terdiri dari 21 item pernyataan yang menggambarkan tahapan regulasi diri yang meliputi *receiving* (soal no. 1,2,17,19), *evaluating* (soal no. 9,20), *triggering* (soal no. 13,15), *searching* (soal no. 3,10,15), *formulating* (soal no. 4,11,113,18), *implementing* (soal no. 6,21) dan *assesing* (soal no. 7,8,14,16). Hasil jawaban dinilai menggunakan skala likert sesuai dengan jenis pernyataan negatif dan pernyataan positif yang terdiri dari 1=4 : sangat tidak setuju, 2=3 : tidak setuju, 3=4 : setuju, 4=5 : sangat tidak setuju. Pernyataan positif terdapat pada soal no. 1, 3, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20. Sedangkan pernyataan negatif terdapat pada soal no. 2, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 17, 21.

Instrumen yang digunakan untuk pengukuran perilaku *monitoring* tekanan darah menggunakan lembar kunjungan kontrol yang diisi dan ditandatangani petugas pada waktu responden datang untuk memeriksakan tekanan darahnya. Penilaian perilaku *monitoring* tekanan darah menggunakan jumlah kunjungan responden ke puskesmas minimal satu minggu sekali selama satu bulan sesuai dengan kesepakatan.

4.4.2 Instrumen variabel independen

Instrumen untuk pemberian *goal-directed behavior* dengan menggunakan *pre-planning* pelaksanaan *goal-directed behavior*, panduan *goal-directed*

behavior sebagai acuan peneliti dalam melakukan intervensi dan *whorksheets* responden untuk membuat tujuan dan perencanaan.

4.5 Lokasi dan waktu pengambilan data

Pengambilan data dilakukan di pelayanan rawat jalan Puskesmas Blooto Kota Mojokerto. Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013.

4.6 Prosedur pengambilan atau pengumpulan data

Peneliti membagi responden dibagi menjadi dua kelompok. Pembagian kedua kelompok tanpa melalui random alokasi artinya tidak ada pengacakan dalam pemilihan antara responden pada kelompok intervensi dengan kelompok pembanding. Peneliti menentukan responden pada kelompok intervensi terlebih dahulu dari 22 pasien hipertensi yang diperoleh, kemudian peneliti menentukan responden pada kelompok pembanding sebanyak 22 responden. Pasien hipertensi yang ditemukan terlebih dahulu diberikan *informed concern*, jika bersedia maka responden akan diberikan kuisioner tentang regulasi diri dengan menggunakan instrumen *short version self-regulation questionnaire* (SSRQ) sehingga diperoleh skor awal sebelum intervensi.

1. Pengambilan data kelompok intervensi

Responden yang ditentukan sebagai kelompok intervensi diberikan undangan lisan dan tertulis untuk menghadiri tahap 1 pelaksanaan *goal-directed behavior* pada tanggal 7 Juni 2013 yang terbagi menjadi 2 gelombang yaitu 11 responden pada pukul 08.30 dan 11 responden pada pukul 09.30. Pada tahap

tersebut responden diberikan informasi mengenai hipertensi dan perlunya *monitoring* tekanan darah serta diminta untuk mengisi *work sheet* mengenai hambatan dalam melakukan *monitoring* tekanan darah sebelumnya. Tahap 2 dilakukan pada tanggal 11 Juni 2013 berdasarkan hasil kesepakatan bersama responden dengan gelombang yang sama dengan pelaksanaan tahap 1. Pada tahap kedua responden menentukan tujuan dan menyusun perencanaan pada *work sheet*. Karena responden kesulitan dalam membuat sendiri tujuan dan perencanaan, maka peneliti membantu dengan memberikan beberapa alternatif pilihan namun juga tidak menutup kemungkinan jika responden tetap memiliki tujuan dan rencana lain diluar alternatif yang disediakan. Tahap 3 merupakan tahap uji coba perilaku responden dalam *monitoring* tekanan darah yang disepakati dilakukan mulai tanggal 12 Juni sampai dengan 10 Juli 2013. Tahap 4 adalah tahap evaluasi dari pelaksanaan uji coba dan eksplorasi perasaan responden yang dilakukan pada tanggal 12 Juli 2013. Tahap 4 dilaksanakan secara bersamaan pada semua responden kelompok intervensi. Bersamaan dengan pelaksanaan tahap 4 tersebut dilakukan pengambilan nilai akhir regulasi diri responden kelompok intervensi.

2. Pengambilan data kelompok pembanding

Pengambilan data akhir responden pada kelompok pembanding dilakukan tanggal 13 Juli 2013. Responden pada kelompok pembanding diberikan undangan tertulis sekaligus untuk diberikan intervensi *goal-directed behavior*. Responden yang tidak hadir dikunjungi ke rumahnya untuk pengambilan data akhir maupun pemberian intervensi secara individu.

4.7 Analisis data

Proses analisis data pada penelitian ini diawali dengan pengolahan data yang diperoleh. Langkah-langkah pengolahan data meliputi:

1) *Editing* (Penyuntingan Data)

Data yang diperoleh melalui kuesioner yang telah diisi responden perlu disunting (edit) terlebih dahulu sesaat setelah dikembalikan responden. Kuisisioner yang diisi oleh responden dari kelompok intervensi diberikan kode nomer responden 1 – 22, sedangkan kuisisioner yang diisi responden kelompok pembandingan diberi kode nomer responden 22 – 44.

2) Membuat tabulasi data

Setelah semua data diperoleh, maka data ditabulasikan dalam master tabel. Data yang dimasukkan kedalam master tabel berupa kode jawaban saja yang telah ditentukan oleh peneliti. Jawaban yang diberi kode meliputi data responden tentang usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan serta kebiasaan periksa tekanan darah.

Hasil jawaban pada kuisisioner regulasi diri dilakukan penyekoran sesuai definisi operasional yang telah ditetapkan yaitu dengan menjumlah skor berdasar skala likert sesuai dengan jenis pernyataan positif dan negatif kemudian dijumlahkan nilainya.

Berdasarkan jumlah nilai yang ada didapat diklasifikasikan menjadi :

- 1) Regulasi diri tinggi jika nilai ≥ 64
- 2) Regulasi sedang jika nilai 47 – 63
- 3) Regulasi rendah jika nilai ≤ 46

(Miller & Brown, 1991)

Sedangkan pada variabel perilaku hasil lembar kunjungan yang telah ditanda tangani petugas dinilai sesuai jumlah kunjungan sebagai berikut :

- 1) tidak melakukan kunjungan sama sekali
- 2) satu kali melakukan kunjungan
- 3) dua kali melakukan kunjungan
- 4) tiga kali melakukan kunjungan
- 5) lebih dari tiga kali melakukan kunjungan

Untuk menganalisis perbedaan hasil nilai regulasi-diri responden sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) diberikan intervensi baik kelompok perlakuan maupun kelompok pembanding menggunakan uji statistik nonparametrik *Wilcoxon sign-rank test* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Sedangkan variabel perilaku yang memiliki skala data ratio diuji dengan *Kolmogorov smirnov* untuk mengetahui normalitas data. Karena data berdistribusi tidak normal, maka perbedaan hasil perilaku sebelum dan sesudah intervensi juga diuji dengan menggunakan uji statistik nonparametrik *Wilcoxon sign-rank test*. Perbedaan hasil regulasi diri dari kedua kelompok maupun perbedaan hasil perilaku pada kedua kelompok (kelompok perlakuan dan kelompok pembanding) dianalisis menggunakan uji *Mann-Whitney* dengan tingkat kemaknaan $p < 0.05$.

4.8 Etika Penelitian

Selama proses penelitian peneliti akan menekankan prinsip-prinsip dalam etika yang berlaku, yang meliputi:

1) Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada calon responden yang memenuhi kriteria inklusi. Apabila pasien yang akan diteliti bersedia menjadi responden maka harus menandatangani surat persetujuan, akan tetapi apabila tidak bersedia, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak pasien.

2) Tanpa nama (*Anonymity*)

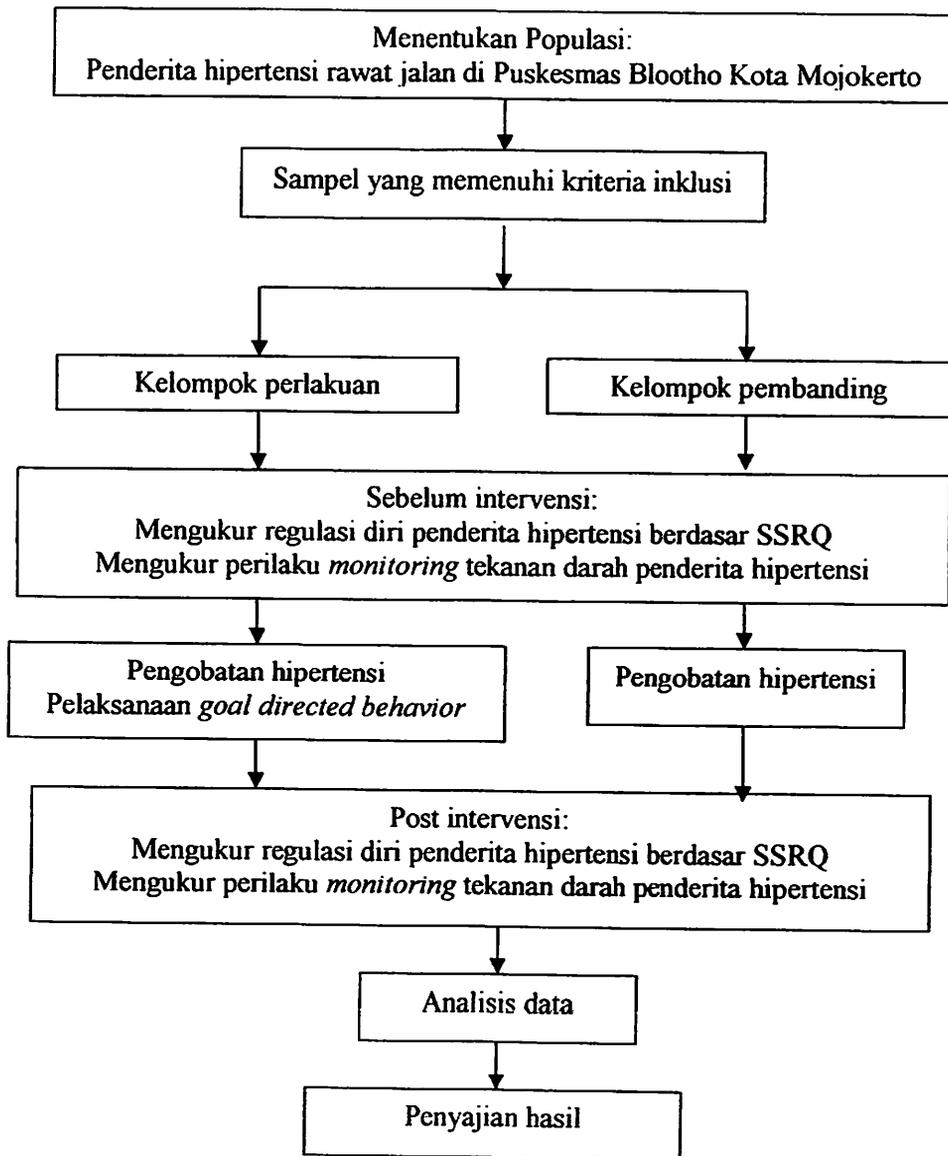
Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data. Peneliti cukup memberikan nomor kode pada masing-masing lembar tersebut.

3) Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya akan digunakan untuk tujuan penelitian.

4.9 Kerangka Operasional

Kerangka operasional dalam penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka operasional penelitian pengaruh *goal-directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi.

B A B 5
HASIL DAN ANALISIS

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian perubahan regulasi diri dan perilaku penderita hipertensi dengan metode *Goal-directed Behavior* di Puskesmas Blootho Kota Mojokerto. Penelitian ini melibatkan 44 responden yang terdiri dari 22 orang sebagai kelompok yang diberikan intervensi dan 22 orang sebagai kelompok pembanding. Pengambilan data pada tanggal 4 Juni sampai 13 Juli 2013. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi. Hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik data umum dan 3) analisis hasil data penelitian.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Blooto merupakan salah satu unit pelayanan Dinas Kesehatan Kota Mojokerto yang berkedudukan di Jl. Raya Cinde No.3 Prajurit Kulon Mojokerto. Batas wilayah kerja puskesmas Blooto yaitu batas utara adalah kelurahan Pulorejo, batas timur kelurahan Meri, batas selatan kecamatan Brangkal dan batas barat adaalah desa Karangkedawang kecamatan Sooko. Puskesmas Blootho memiliki wilayah kerja dengan luas 4.486 Km² yang meliputi 4 kelurahan di Kecamatan Prajurit Kulon, yaitu Kelurahan Blooto, Kelurahan Prajurit Kulon, Kelurahan Surodinawan dan Kelurahan Kranggan.

Pelayanan kesehatan yang dimiliki Puskesmas Blooto meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan UGD dan ambulance 24 jam. Sarana dan pelayanan rawat jalan terdiri dari poliklinik umum, poliklinik gigi, KIA,

Imunisasi, pojok gizi serta pelayanan laboratorium. Sedangkan fasilitas rawat inap meliputi ruang kelas, zaal dan ruang PONEB. Untuk memberikan pelayanan rawat jalan pada wilayah kerja yang luas, Puskesmas Blooto memiliki 5 puskesmas pembantu yaitu Puskesmas Pembantu Prajurit Kulon, Puskesmas Pembantu Pakuncen, Puskesmas Pembantu Kemasari, Puskesmas Pembantu Kranggan dan Puskesmas Pembantu Suratani. Penelitian dilakukan di Poliklinik umum pengobatan Puskesmas Blooto.

Poliklinik umum pengobatan yang biasa disebut sebagai balai pengobatan merupakan salah satu pelayanan rawat jalan puskesmas Blooto. Poli ini melayani pasien berobat, pasien kontrol serta pasien rujukan. Jumlah kunjungan pasien pada bulan Juni 2013 sejumlah 3874 kunjungan. Pasien yang datang berkunjung dengan 3 urutan teratas dengan kasus nyeri sendi, hipertensi dan *Diabetes mellitus*. Setiap 2 minggu sekali diadakan kegiatan penyuluhan di puskesmas ini pada ketiga jenis penyakit terbanyak tersebut secara bergantian.

5.2 Data Umum

5.2.1 Usia

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik usia responden dalam penelitian ini akan dipaparkan dalam bentuk data asli dengan skala ratio untuk mengetahui sebaran usia responden.

Tabel 5.1 : Distribusi rerata usia responden di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	N	Rerata	SD
Intervensi	22	48,05	10,13
Pembanding	22	48,64	11,50

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa rerata usia pada kelompok intervensi berusia 48,05 tahun sedangkan rerata usia pada responden kelompok pembandingan berusia 48,64 tahun. Berdasarkan uji *Kolmogorov-smirnov* diperoleh nilai $p = 0,348 > 0,05$ berarti sampel diambil dari populasi yang berdistribusi normal. Untuk mengetahui perbedaan karakteristik usia pada kelompok intervensi dan kelompok pembandingan dilakukan uji homogenitas menggunakan *independent t test* dengan hasil nilai $p = 0,857 > 0,05$ yang memiliki makna bahwa tidak ada perbedaan karakteristik usia antara kelompok intervensi dengan kelompok pembandingan.

5.2.2 Jenis kelamin

Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan hasil yang dijabarkan dalam tabel 5.2.

Tabel 5.2 : Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	Laki-laki	Perempuan
Intervensi		
n	11	11
%	50	50
Pembandingan		
n	10	12
%	45,5	54,5

Pada tabel 5.2 didapatkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok intervensi seimbang antara laki-laki dan perempuan yaitu masing-masing 50% dan pada kelompok pembandingan sebagian besar adalah perempuan, yaitu 54,5%. Hasil uji homogenitas antara kelompok intervensi dan pembandingan menggunakan *chi-square test* didapatkan

nilai $p = 0,763 > 0,05$ yang berarti bahwa distribusi jenis kelamin responden pada kedua kelompok adalah homogen.

5.2.3 Pendidikan

Distribusi pendidikan responden berdasar hasil penelitian terdiri dari 4 tingkat pendidikan yaitu SD, SMP, SMA dan sarjana seperti yang terlihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 : Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	SD	SMP	SMA	Sarjana
Intervensi				
n	10	5	6	1
%	45,5	22,7	27,3	4,5
Pembanding				
n	3	8	8	3
%	13,6	36,4	36,4	13,6

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan data pada kelompok intervensi sebagian besar berpendidikan SD (45,5%) dan pada kelompok pembanding sebagian besar responden berpendidikan SMP dan SMA (36,4%). Berdasarkan hasil uji homogenitas antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai $p = 0,046 < 0,05$ bermakna bahwa ada perbedaan distribusi pendidikan antara kelompok intervensi dengan kelompok pembanding.

5.2.4 Pekerjaan

Karakteristik pekerjaan responden digolongkan menjadi 5 kelompok pekerjaan berdasarkan perolehan data penelitian yaitu tidak bekerja, PNS, karyawan swasta, wiraswasta dan petani.

Tabel 5.4 : Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	Tidak bekerja	PNS	Swasta	Wiraswasta	Tani
Intervensi					
n	9	1	1	1	10
%	40,9	4,5	4,5	4,5	45,5
Pembanding					
n	5	1	7	2	7
%	22,7	4,5	31,8	9,1	31,8

Berdasarkan karakteristik pekerjaan didapatkan data pada kelompok intervensi sebagian besar sebagai petani (45,5%) dan pada kelompok pembanding sebagian besar pekerjaan responden adalah swasta dan tani (31,8%). Hasil uji homogenitas antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding didapatkan nilai $p = 0,892 > 0,05$ yang bermakna bahwa tidak ada perbedaan karakteristik pekerjaan pada kedua kelompok.

5.2.5 Kebiasaan periksa tekanan darah sebelum dilakukan *goal-directed behavior*

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data mengenai kebiasaan responden dalam melakukan pemeriksaan tekanan darah. Pada data ini tidak dilihat jumlah kunjungan namun hanya keteraturan responden dalam melakukan kunjungan sehingga jumlah kunjungan tiap bulannya pada masing-masing responden kemungkinan berbeda.

Tabel 5.5 : Distribusi responden berdasarkan kebiasaan kontrol di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	Teratur	Tidak teratur
Intervensi		
n	5	17
%	22,7	77,3
Pembanding		
n	8	14
%	36,4	63,6

Karakteristik responden berdasarkan kebiasaan dalam memeriksa tekanan darahnya didapatkan bahwa pada kelompok intervensi maupun pembanding sebagian besar responden tidak teratur memeriksa tekanan darahnya, yaitu 77,3% dan 63,6%.

Berdasarkan uji homogenitas kebiasaan memeriksa tekanan darah pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding dengan menggunakan *chi-square test* didapatkan nilai $p = 0,359 > 0,005$ yang berarti bahwa tidak ada perbedaan karakteristik kebiasaan memeriksa tekanan darahnya pada kedua kelompok.

5.3 Data variabel penelitian

5.3.1 Hasil penilaian regulasi diri responden sebelum dan sesudah diberikan *goal-directed behavior* pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding

Pengukuran regulasi diri yang dilakukan sebelum intervensi pada kedua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok pembanding didapatkan hasil yang tampak pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 : Hasil pengukuran regulasi diri responden sebelum dan sesudah *goal-directed behavior* pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding di puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	n		Median	Minimum	Maximum	p
Intervensi	22	Sebelum	52	43	65	0,001
		Sesudah	53	48	65	
Pembanding	22	Sebelum	50,5	41	65	0,003
		Sesudah	51	43	65	

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa hasil analisis uji statistik *wilcoxon* pada kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok pembanding sama-sama mengalami perubahan pada regulasi diri yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi, namun pada kelompok intervensi memiliki perubahan nilai yang lebih besar dengan nilai *p* yang lebih kecil ($p=0,001$) dari pada kelompok pembanding ($p=0,003$).

Peningkatan tersebut juga dapat dilihat dari adanya perubahan nilai median yang cenderung meningkat pada kedua kelompok. Meskipun pada hasil nilai maksimum tidak terdapat perubahan namun nilai minimum regulasi diri responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok pembanding mengalami perubahan yang cenderung meningkat sesudah dilakukan intervensi.

5.3.2 Hasil perilaku *monitoring* tekanan darah responden sebelum dan sesudah diberikan *goal-directed behavior* pada kelompok pembanding dan kelompok intervensi

Perilaku *monitoring* tekanan darah responden diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan hasil seperti pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 : Perilaku monitoring tekanan darah responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok pembanding di puskesmas Blooto Kota Mojokerto tanggal 4 Juni – 13 Juli 2013

Kelompok	n	Rerata Sebelum	Rerata Sesudah	P
Intervensi	22	1,50 ± 1,06	2,00 ± 1,31	0,317
Pembanding	22	1,50 ± 1,06	1,50 ± 1,19	1,000

Berdasarkan hasil uji normalitas perilaku monitoring tekanan darah sebelum dilakukan intervensi pada kedua kelompok dengan menggunakan *kolmogorov-smirnov* didapatkan hasil $p = 0,000 < 0,05$ berarti bahwa data berdistribusi tidak normal.

Pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa hasil analisis uji statistik pada kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok pembanding tidak memiliki perubahan jumlah kunjungan yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi. Nilai p pada uji *Wilcoxon* pada kedua kelompok memiliki hasil nilai $p > 0,05$. Meskipun pada hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat perubahan kunjungan, namun dapat dilihat bahwa hasil rerata jumlah kunjungan *monitoring* tekanan darah pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan *goal-directed behavior* menunjukkan adanya perubahan. Sedangkan pada kelompok pembanding tidak terdapat perubahan rerata jumlah kunjungan sebelum dan sesudah intervensi.

5.3.3 Pengaruh *goal-directed behavior* terhadap perubahan regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi

Hasil perubahan nilai regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding menunjukkan adanya pengaruh *goal-directed behavior*.

Tabel 5.8 : Pengaruh *goal-directed behavior* terhadap perubahan regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi

Variabel	n	Rerata Selisih Nilai (Δ)	P
Regulasi diri			
Intervensi	22	2,41 ± 2,54	0,034
Pembanding	22	0,91 ± 1,15	
Perilaku			
Intervensi	22	0,05 ± 0,21	0,792
Pembanding	22	0,00 ± 0,69	

Hasil analisis dengan menggunakan uji statistik *Mann-Whitney* pada tabel 5.8 diperoleh nilai $p < 0,05$ pada regulasi diri responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian *goal-directed behavior* terhadap nilai regulasi diri antara kelompok intervensi dengan kelompok pembanding. Pengaruh *goal-directed behavior* dapat diketahui dari adanya rerata selisih nilai regulasi diri kelompok intervensi sesudah dan sebelum diberikan intervensi yang lebih besar dari pada rerata selisih nilai regulasi diri pada kelompok pembanding

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Mann-Whitney test* pada selisih jumlah kunjungan *monitoring* tekanan darah diperoleh nilai $p > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh signifikan pemberian *goal-directed behavior* terhadap perilaku *monitoring* tekanan darah pada kelompok

yang diberikan intervensi dan kelompok pembandingan. Berdasar hasil rerata selisih jumlah kunjungan *monitoring* tekanan darah baik pada kelompok intervensi maupun kelompok pembandingan tidak menunjukkan adanya peningkatan nilai. Meskipun pada kelompok intervensi terdapat peningkatan rerata perubahan kunjungan, namun peningkatan tersebut tidak cukup besar dan signifikan. Sedangkan pada kelompok pembandingan menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan jumlah kunjungan pada kelompok yang tidak diberi *goal-directed behavior*.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Regulasi diri penderita hipertensi sebelum dan sesudah *goal-directed behavior*

Pada kelompok intervensi terdapat perubahan nilai regulasi diri sebelum dan sesudah diberikan *goal-directed behavior* dibuktikan dengan hasil uji *Wilcoxon* diperoleh nilai $p = 0,001$. Dari data yang didapatkan dalam penelitian pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi terdapat 3 orang yang mengalami peningkatan dari regulasi diri rendah menjadi sedang dan 1 orang yang mengalami perubahan regulasi diri dari sedang menjadi tinggi. Sedangkan pada kelompok pembandingan diketahui bahwa 4 orang mengalami perubahan nilai regulasi diri rendah menjadi sedang. Dari hasil penilaian regulasi diri diketahui bahwa responden yang mengalami peningkatan nilai berjumlah 15 orang serta 7 orang lainnya tetap. Tidak terdapat responden yang mengalami penurunan regulasi diri pada kedua kelompok.

Proses regulasi diri membutuhkan kerja keras individu untuk melakukannya. Proses ini membutuhkan adanya keyakinan, niatan atau kemauan yang keras serta usaha untuk dapat melakukan. *Goal-directed behavior* merupakan suatu metode pemberian motivasi yang berfokus pada keyakinan, keinginan serta kesadaran individu sehingga menimbulkan kebiasaan dalam berperilaku yang dihasilkan dari keputusan individu tersebut untuk mencapai tujuan tertentu (Jeannerod, 2006). Penderita hipertensi memerlukan motivasi yang tinggi agar bisa melakukan perilaku sehat hipertensi.

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah arterial abnormal yang berlangsung terus menerus dan beresiko komplikasi jika tidak terkontrol (Brashers, 2001). Pengontrolan tekanan darah dapat dilakukan dengan rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah secara berkala (Depkes, 2002). Pengontrolan tekanan darah melalui pemeriksaan rutin selain untuk mengetahui kondisi tekanan darah penderita hipertensi juga merupakan upaya untuk mengevaluasi program pengobatan ataupun mendapat informasi penting tentang hipertensi. Dalam pengalaman sehari-hari, sebagian besar penderita hipertensi datang ke pelayanan kesehatan karena merasakan adanya gejala komplikasi hipertensi, antara lain gangguan vaskuler (jantung), stroke ringan, atau diabetes. Walaupun sulit untuk dipastikan apakah kondisi peningkatan darah diartikan sebagai hipertensi, namun waspada dini hipertensi tetap perlu diperhatikan. Sejak diagnosa ditegakkan, penderita hipertensi harus siap untuk merubah perilakunya dengan perilaku baru yaitu perilaku sehat hipertensi, menentukan perilakunya dan mengevaluasi perilaku apa saja yang dapat memberikan pengaruh pada kesehatannya.

Regulasi diri adalah suatu proses yang memungkinkan seseorang untuk mengatur aktifitasnya, pikirannya dan perilaku dengan usaha yang lebih besar untuk mencapai tujuan yang diinginkannya. Regulasi diri merupakan dasar proses sosialisasi karena berhubungan dengan seluruh domain yang ada dalam perkembangan fisik, kognitif, sosial dan emosional (Papalia & Odds, 2001). Dalam aplikasi berperilaku sehat, penderita hipertensi memerlukan regulasi diri yang baik. Seorang pasien yang menginginkan diri lebih sehat, regulasi diri merupakan obat yang paling baik (Bandura, 2005).

Mekanisme pemberian *goal-directed behavior* terdiri dari 4 tahap, tahap pertama merupakan eksplorasi perasaan responden serta pemberian informasi mengenai hipertensi. Responden menyampaikan perilaku *monitoring* tekanan darah yang selama ini dilakukan. Eksplorasi ini bertujuan untuk menggugah kesadaran individu serta memberikan latihan dalam melakukan evaluasi terhadap perilakunya. Sedangkan pemberian informasi bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada responden tentang bahaya hipertensi dan komplikasinya serta pentingnya perilaku sehat hipertensi dilakukan.

Beberapa penderita hipertensi menyampaikan bahwa mereka berkunjung ke puskesmas hanya jika merasakan keluhan saja atau untuk mendapatkan obat. Responden merasa tidak perlu datang ke puskesmas hanya untuk mengetahui tekanan darah karena terdapat beberapa kendala. Sebagian besar mengatakan alasan tidak memeriksakan tekanan darah rutin adalah karena bekerja dan beberapa diantaranya mengatakan karena tidak ada yang mengantar. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rerata usia responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok pembandingan adalah 48 tahun yang merupakan usia produktif untuk bekerja. Responden yang mengatakan bahwa tidak ada yang mengantar sebagian besar adalah responden lansia karena anak yang tinggal serumah dengannya bekerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok bekerja. Pada kelompok intervensi sebagian besar responden bekerja sebagai petani (45,5 %) dan yang tidak bekerja sebesar 40,9%. Sedangkan pada kelompok pembandingan sebagian besar responden bekerja sebagai petani dan swasta (31,8%) dan responden yang tidak bekerja 22,7 %. Dari hasil wawancara,

responden bekerja sebagai buruh tani sehingga responden harus bekerja tiap hari mulai jam 07.00 – 15.00 untuk mendapatkan upah.

Tahap kedua adalah pendampingan dalam penyusunan rencana dan tujuan yang kemudian menyepakati serta membuat suatu keputusan untuk mencoba melakukan rencana tersebut. Masing-masing responden pada dasarnya memiliki kebebasan untuk menentukan tujuan serta rencananya masing-masing. Namun, dalam pelaksanaan penelitian masih banyak responden yang belum mampu membuat tujuan dan rencana sehingga peneliti memberikan beberapa alternatif pilihan tujuan melakukan *monitoring* tekanan darah. Kemudian dipilih oleh responden mana yang paling sesuai. Beberapa alternatif rencana perilaku seperti jumlah kunjungan, waktu kunjungan ataupun adanya kemungkinan tempat lain selain puskesmas sebagai tempat memeriksakan tekanan darah, juga diberikan peneliti untuk membantu responden dalam menyusun rencananya. Kemudian responden membuat suatu komitmen untuk melakukan kegiatan sesuai dengan perencanaannya.

Berdasarkan alternatif tujuan yang diberikan oleh peneliti diantaranya adalah untuk mengetahui tekanan darah, sekedar ingin tahu saja, mendapatkan obat, terpaksa, agar sembuh serta satu pilihan bebas bagi responden yang memiliki tujuan lain. Responden lebih banyak memilih salah satu dan atau keduanya dari tujuan untuk mengetahui tekanan darah dan mendapatkan obat. Namun beberapa diantaranya juga menyebutkan bahwa tujuan akan memeriksakan tekanan darah adalah untuk persiapan bulan Ramadhan agar hipertensi tidak kambuh. Kemudian responden menyusun rencana pada lembar kerjanya yang sebagian besar responden memilih untuk kontrol sekali dan dua

kali sebulan. Namun ada pula beberapa responden yang merencanakan kunjungan tiga dan empat kali sebulan.

Tahap ketiga pelaksanaan *goal-directed behavior* adalah kegiatan mencoba mengaplikasikan perencanaan yang disusun. Serta tahap yang keempat adalah evaluasi kembali efektivitas perencanaan dan tujuan yang telah disusun tersebut.

Responden menyampaikan bahwa petugas puskesmas selalu menyarankan untuk tetap rutin kontrol meskipun tidak merasakan gejala. Puskesmas juga mengadakan penyuluhan tentang hipertensi secara periodik tiap 6 minggu sekali. Hal tersebut mendukung hasil penelitian yang menunjukkan bahwa regulasi diri responden pada kelompok pembanding sebelum dan sesudah intervensi adalah sedang. Diketahui bahwa terdapat 11 responden mengalami peningkatan nilai regulasi diri, serta 11 responden lainnya tetap. Pada hasil uji statistik *Wilcoxon* diperoleh nilai $p = 0,003$ yang artinya terdapat perubahan regulasi diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok pembanding.

Puskesmas Blooto Kota Mojokerto memiliki program rutin berupa penyuluhan mengenai penyakit-penyakit terbanyak yang salah satunya hipertensi. Pemberian informasi dan anjuran untuk pemeriksaan rutin juga sering dilakukan oleh petugas puskesmas di balai pengobatan Puskesmas Blooto. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Baghianimoghadam (2011) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi regulasi diri penderita hipertensi bahwa jenis kelamin, pendidikan serta pekerjaan dapat mempengaruhi regulasi diri penderita hipertensi. Laki-laki memiliki tujuan yang lebih kuat untuk menurunkan tekanan darahnya dari pada perempuan. Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin responden pada

kedua kelompok berimbang antara laki-laki dan perempuan. Dari hasil tabulasi silang antara regulasi diri dan jenis kelamin diketahui bahwa responden yang memiliki regulasi diri tinggi sebagian besar perempuan. Hal tersebut kemungkinan disebabkan adanya faktor lain yang mempengaruhi regulasi diri responden.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi regulasi diri penderita hipertensi adalah pendidikan. Semakin tinggi pendidikan maka regulasi dirinya juga semakin tinggi. Usaha mencoba untuk menurunkan dan memonitor tekanan darah lebih kuat pada orang-orang dengan pendidikan level sekolah menengah atas ataupun pendidikan tinggi. Berdasar hasil uji homogenitas pada kriteria pendidikan nilai $p = 0,045$ ($p < 0,05$) yang bermakna bahwa pendidikan responden antara kelompok pembanding dan kelompok intervensi tidak homogen. Dari data distribusi frekuensi pendidikan responden diketahui bahwa sebagian besar responden pada kelompok pembanding berpendidikan SMP dan SMA sedangkan pendidikan responden pada kelompok intervensi sebagian besar SD. Hal tersebut yang mungkin menyebabkan hasil regulasi diri yang sama-sama meningkat pada kedua kelompok intervensi dan kelompok pembanding.

6.2 Perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi sebelum dan sesudah *goal-directed behavior*

Hasil uji statistik pada perilaku *monitoring* tekanan darah kelompok pembanding sebelum dan sesudah intervensi dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai $p = 1,000$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada perbedaan perilaku pada kelompok yang tidak diberikan *goal-directed behavior*. Didapatkan data bahwa terdapat 5 responden pada kelompok pembanding yang mengalami penurunan jumlah

kunjungan *monitoring* tekanan darahnya, 5 orang meningkat serta 12 orang lainnya tetap. Hasil uji *Wilcoxon* pada kelompok intervensi memiliki nilai p 0,317 ($p < 0,039$) yang berarti tidak ada perubahan perilaku *monitoring* tekanan darah pada responden yang diberikan *goal-directed behavior*. Perilaku responden yang menurun tidak ada, namun yang tetap pada perilaku awalnya 21 orang sedangkan sisanya yaitu 1 orang meningkat.

Kemauan dapat diartikan dengan kebebasan untuk memilih apa yang akan dilakukan (Huitt, 1999). Kemauan untuk berperilaku merupakan suatu tindakan yang dilakukan berdasar kemampuan dan niat untuk melakukannya. Proses konatif regulasi diri membentuk kemauan berperilaku dan mendorong pencapaian tujuan dari perilaku. Berdasar perspektif psikologi individu, konasi diartikan sebagai personal, intensional, perencanaan, kesengajaan, orientasi tujuan, komponen motivasi yang merupakan aspek proaktif dari perilaku (Bagozzi, 2002).

Responden yang menyampaikan kebiasaan ke puskesmas untuk kontrol rata-rata sekali atau dua kali sebulan, namun dalam pelaksanaannya tidak rutin bahkan kadang-kadang tidak sama sekali. Data hasil penelitian menunjukkan 77,3% responden pada kelompok intervensi tidak teratur dalam melakukan kunjungan puskesmas, sedangkan pada kelompok pembanding 63,6% juga mengatakan tidak teratur. Responden yang tidak teratur melakukan kunjungan menyampaikan alasannya, beberapa diantaranya karena kerja, malas serta tidak ada yang mengantar. Pada kemungkinan solusi, responden menyampaikan sebenarnya tanpa pengantar bisa karena banyak angkutan umum dan becak. Namun responden yang kerja tidak mempunyai solusi kongkret karena menurut responden tidak memungkinkan jika sering ijin untuk periksa.

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan di Puskesmas Blooto Mojokerto oleh mahasiswa D3 keperawatan Nela Kartikasari (2012) dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan kontrol menyebutkan bahwa faktor utama penyebab ketidakpatuhan kontrol pada penderita hipertensi adalah faktor pekerjaan.

Dalam teori *Lawrence Green* (1980) dalam Notoatmojo (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku meliputi faktor predisposisi (*predisposing*), faktor pemungkin (*enabling*) dan faktor penguat (*reinforcing*). Salah satu bentuk faktor penguat tersebut adalah tenaga kesehatan yang berperan sebagai acuan dan motivasi perilaku masyarakat. Tenaga kesehatan yang memberikan pendekatan yang baik kepada masyarakat akan membangun persepsi yang baik pula bagi masyarakat, serta menghasilkan pengalaman masa lalu yang baik sehingga menimbulkan hasrat, niat, serta keputusan untuk berperilaku sehat. *Goal-direction behavior* lebih sebagai faktor penguat motivasi dan perilaku.

Hasil lembar kerja yang diisi oleh responden menunjukkan bahwa beberapa responden pada kelompok intervensi memiliki tujuan untuk mempertahankan dan menjaga agar tidak terjadi peningkatan tekanan darah selama bulan puasa. Hal tersebut menjadi motivasi tersendiri bagi responden agar memeriksakan tekanan darahnya secara teratur.

6.3 Pengaruh *goal-directed behavior* terhadap regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi

Hasil uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai $p = 0,034 < 0,05$ yang bermakna ada perbedaan yang signifikan antara regulasi diri penderita hipertensi kelompok yang diberi intervensi *goal-directed behavior* dengan kelompok pembanding.

Salah satu tujuan pemberian *goal-directed behavior* untuk meningkatkan regulasi diri yang muncul dari individu itu sendiri. Menurut Bandura, faktor yang mempengaruhi regulasi diri meliputi faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal meliputi 1) Observasi diri (*self observation*) yang dilakukan berdasarkan faktor kualitas penampilan, kuantitas penampilan, orisinalitas tingkah laku diri, dan seterusnya, 2) Proses penilaian (*judgmental process*) yang bergantung pada 4 hal yaitu standar pribadi, performa-performa acuan, nilai aktivitas, dan penyempurnaan performa, 3) Reaksi diri (*self response*) positif atau negatif perilaku tergantung kepada bagaimana perilaku ini diukur dan apa standar pribadinya. Bandura meyakini bahwa manusia menggunakan strategi reaktif dan proaktif untuk mengatur dirinya.

Proses kognitif pada pencapaian tujuan dikendalikan oleh otak. Bagian otak yang berperan penting dalam proses kognitif adalah *korteks serebral*. *Korteks serebral* adalah bagian otak yang berupa lapisan tipis yang tersusun padat yang merupakan selimut dari serebrum. Badan-badan sel dari korteks menghasilkan jaringan keabu-abuan sebagaimana bagian otak yang lain di otak, yang disebut substansi abu-abu (*grey matter*). Pada masing-masing hemisfer serebral, terdapat celah yang membagi korteks ke dalam empat daerah atau lobus. *Goal-directed behavior* terjadi karena mekanisme yang terjadi pada bagian *prefrontal cortex* otak (PFC). PFC memiliki fungsi sebagai konvergen informasi dalam otak. Informasi yang diterima oleh PFC akan diolah pada masing-masing bagian PFC. Pada area *ventrolateral* informasi akan dipersepsikan dengan mempertimbangkan stimulus lingkungan. Sedangkan pada area *dorsal*, akan memproses informasi berdasar persepsi dari *auditory*, *visuospatial*, dan informasi motorik. Dan pada

area *anterolateral* akan menghubungkan secara langsung informasi yang didapat dengan sistem limbik yang akan memproses informasi internal yang meliputi emosi, memori, dan penghargaan. Bersama-sama proses dalam PFC ini akan membangun *goal-directed behavior* (Barbey & Grafman, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan perubahan perilaku *monitoring* tekanan darah pada kelompok pembanding dan kelompok intervensi setelah dilakukan *goal-directed behavior* pada kelompok intervensi dibuktikan dengan uji statistik *Mann-Whitney* dengan nilai p 0,792. Penelitian Rogers, 1974 (dalam Notoatmodjo, 2012) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni 1) *Awarenes* (kesadaran), 2) *Interest* (merasa tertarik), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus, 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya), 4) *Trial* (mencoba perilaku baru), serta 5) *Adoption*. Meskipun seseorang telah memiliki kesadaran, ketertarikan serta kemampuan mengevaluasi perilakunya, namun diperlukan usaha untuk mencoba perilaku baru tersebut sebelum mengadopsi perilaku menjadi suatu kebiasaan.

Perilaku terjadi atas dorongan dari *prefrontal korteks* dengan membuat perencanaan berupa suatu tujuan. Rencana yang disusun dalam *prefrontal korteks* tersebut akan diseleksi dalam *nucleus accumbens* dengan bantuan dari *hippocampus* dan *amygdala*. *Hippocampus* dan *amygdala afferen* meneruskan respon *neuron accumbens* ke input *prefrontal kortikal* tertentu yang dipilih. Dalam kondisi normal, *hippocampus* memilih keluaran perilaku berdasarkan konteks saat situasi atau pengalaman masa lalu dengan stimulus. Rencana perilaku

yang dipilih berdasar interaksi *hippocampus* dan *amygdala* ini kemudian dilewatkan melalui *pallidum ventral thalamus mediodorsal* kembali ke *prefrontal korteks*, rencana motor yang dipilih dapat diberlakukan dan kemudian perilaku tersebut akan dilaksanakan.

Elemen penting dalam regulasi diri adalah bahwa pembelajaran memiliki sejumlah pilihan yang tersedia dalam minimal satu area tersebut diatas karena ketika semua aspek dari tugas dikontrol, maka perilaku yang muncul adalah hasil pengaturan dari luar (*externally regulated*). Artinya bahwa ketika regulasi diri telah terbangun dengan baik, selalu ada faktor lain yang mungkin dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Menurut Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan (*healthy behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku adalah pekerjaan. Dari hasil tabulasi silang dan uji *chi-square* diperoleh nilai $p = 0,793$ yang memiliki arti bahwa kedua kelompok responden homogen dan dari data penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok bekerja (PNS, swasta, wiraswasta, tani).

Goal-directed behavior terjadi melalui mekanisme yang terjadi pada bagian *prefrontal cortex* otak (PFC). *Prefrontal cortex* menerima informasi yang kemudian bersama *anterior cingulate cortex* yang merupakan bagian dari *central autonomic network* informasi tersebut dikonvergenkan (disebarkan) pada ketiga bagian *prefrontal cortex* untuk diolah pada masing-masing bagian tersebut. Pada bagian *anterolateral* terjadi *fight, flight, freeze system* (FFFS), yang bekerja

bersama-sama *anterior cingulate cortex*, *amigdala*, *medial hypothalamus* serta *posterior cingulate cortex* akan memproses informasi internal. Area *dorsal prefrontal cortex* akan bekerja bersama-sama *posterior cingulate cortex*, *septohippocampal system*, *amygala*, *medial hypothalamus*, serta *periaqueductal grey* membentuk *behavioral inhibition system*. Sedangkan pada area *ventrolateral* terjadi proses pada *behavioral approach system* yang melibatkan *ventral striatum*, *ventral pallidum* dan *ventral tegmental area*. Ketiga area *prefrontal cortex* ini bersama-sama membentuk perilaku (Barbey & Grafman, 2010).

Pada proses evaluasi responden menyampaikan bahwa responden merasa bahwa dengan membuat tujuan dan menyusun rencana bisa menjadi motivasi. Responden juga menyampaikan bahwa tujuan yang disusun saat penelitian masih kurang kuat karena responden masih merasa asing dengan intervensi yang disampaikan peneliti. Namun responden merasa agak sulit untuk menerapkan rencana tersebut karena hambatan pekerjaan.

Teori Imogene King yang dikenal dengan ” *interacting systems framework and Theory of Goal Attainment* ”, yaitu pada pelaksanaan asuhan keperawatan terdapat adanya interaksi antara perawat dan pasien. Hubungan interaksi antara perawat dan pasien membawa pada pencapaian tujuan. Empat konsep utama asumsi King meliputi 1) keperawatan (*nursing*), yang meliputi tindakan atau aksi, reaksi, interaksi dan transaksi; 2) manusia (*person*); 3) kesehatan (*health*); serta 4) lingkungan (*enviromtent*). Peran keperawatan antara lain promosi, pemeliharaan dan mengawasi pasien yang sakit, terluka dan sekarat. Fungsi perawat dalam hal ini adalah menginterpretasikan informasi yang diperoleh ketika merawat dan

merupakan proses merencanakan, menerapkan dan melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Tommeey, A.M and M.R. Alligood. 2006).

Teori interaksi menggambarkan adanya suatu intervensi yang terus menerus dan berlangsung selama beberapa waktu untuk dapat menghasilkan umpan balik berupa suatu perilaku yang diharapkan. Merubah perilaku tidak semudah membalik telapak tangan, perlu adanya suatu latihan dan kebiasaan untuk dapat menjadikan hal tersebut menjadi perilaku primer. Peningkatan regulasi diri tidak serta merta disertai perubahan perilaku karena regulasi diri itu sendiri merupakan proses untuk menjadikan perilaku yang diharapkan tersebut menjadi kebiasaan terlebih dahulu melalui *goal-directed behavior*. Jika kebiasaan itu sudah membentuk pola dalam kehidupan sehari-hari maka sedikit demi sedikit diharapkan akan terjadi perubahan terhadap perilaku yang diharapkan tersebut, khususnya dalam perilaku *monitoring* tekanan darah.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah kurang pemahaman responden mengenai cara menentukan tujuan dan menyusun rencana menyebabkan peneliti memberikan alternatif pilihan tujuan dan rencana yang kemudian dipilih responden sehingga hasil tujuan dan rencana tidak murni berasal dari responden.

Keterbatasan lain penelitian ini adalah keterbatasan waktu yang mendekati bulan puasa Ramadhan sehingga responden menginginkan penyingkatan waktu yang sedianya 7 minggu menjadi 5 minggu tanpa mempengaruhi pelaksanaan tahap-tahap *goal-directed behavior*, namun hal tersebut mungkin dapat

menyebabkan perbedaan pada hasil regulasi diri dan perilaku karena waktu yang digunakan untuk pemberian informasi berkurang.

Pemberian perlakuan pada penelitian ini dilakukan kepada kelompok intervensi terlebih dahulu sehingga dimungkinkan adanya kebocoran informasi dari kelompok intervensi kepada kelompok pembanding yang menyebabkan hasil penelitian menjadi bias.

B A B 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diambil kesimpulan bahwa regulasi diri penderita hipertensi sebelum dan sesudah pemberian intervensi *goal-directed behavior* pada penderita hipertensi poliklinik umum Puskesmas Blooto Kota Mojokerto meningkat baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok pembandingan, namun peningkatan regulasi diri pada kelompok intervensi memiliki nilai signifikansi yang lebih besar.

Perbedaan perilaku *monitoring* tekanan darah sebelum dan sesudah pemberian *goal-directed behavior* menunjukkan hasil yang tidak signifikan pada kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok pembandingan.

Hasil uji statistik *Mann Whitney* menunjukkan bahwa pemberian *goal-directed behavior* pada penderita hipertensi poliklinik umum Puskesmas Blooto Kota Mojokerto dapat meningkatkan regulasi diri untuk melakukan *monitoring* tekanan darah, namun tidak terbukti dapat meningkatkan perilaku *monitoring* tekanan darah penderita hipertensi.

7.2 Saran

1. Puskesmas senantiasa meningkatkan layanan konseling bagi penderita hipertensi untuk meningkatkan kesadaran penderita hipertensi dalam berperilaku sehat.
2. Perawat dalam memberikan konseling dan penyuluhan lebih menekankan pada upaya peningkatan motivasi internal melalui pengisian *worksheet* pada *booklet* serta proses konseling individu yang dilakukan berulang-ulang sehingga dapat menjamin keberhasilan penatalaksanaan hipertensi khususnya untuk peningkatan perilaku sehat.
3. Penderita hipertensi meningkatkan kemampuan regulasi diri dengan melatih diri untuk membuat rencana dan tujuan serta menepatinya sehingga akan meningkatkan motivasi dari dalam diri
4. Penelitian dapat dilanjutkan dengan variabel lain dalam perilaku sehat hipertensi yang lain sehingga pelaksanaan perilaku sehat hipertensi akan lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen. (1991). The Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Azwar, A. (2010). Sikap manusia, teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Barati, Darabi, Moghimbeigi, Afsar (2011). Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. *Journal of human hypertension*, vol. 19, hal. 21-31.
- Barbey, A. K. & Grafman, J. (2010). The Prefrontal Cortex and Goal-Directed Social Behavior. *Journal of Psychology*, vol. 48, hal. 277-283.
- Baumeister, R. & Vohn, K. (2011). *Handbook of self regulation second edition: research, theory and application*. New York: The Guilford Press.
- Brown, J., Baumann, B., Smith, C., & Etheridge, S. (1997). Self regulation, extroversion, and substance abuse among college student. *The Research Society of Alcoholisme*. San Francisco, California.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*. Jakarta: EGC.
- Davis, C. (2011). *Ascertaining the relationship between the trajectories of specific catagories of alcohol related negative concequences and subsequent drinking behavior*. New Jersey: Dissertation, The State University of New Jersey.
- deRidder, D., & deWit, J. (2006). Self-regulation in health behavior: concepts, theories, and central issue. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Depkes RI. (2007). *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Peneliti dan Pengembangan Kesehatan.
- Depkes RI (2008). *Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007 Provinsi Jawa Timur*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dharma, Kelana Kusuma. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.

- Dinkes Kota Mojokerto. (2012). *Profil Kesehatan Kota Mojokerto tahun 2011*. Mojokerto: Dinas Kesehatan Kota Mojokerto.
- Dinkes Kota Mojokerto. (2011). *Data Statistik Kota Mojokerto 2010*. Mojokerto: Badan Pusat Statistik Kota Mojokerto.
- Ekarini, D. (2012). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Klien Hipertensi dalam Menjalani Pengobatan di Puskesmas Gondangrejo Karanganyar. *Jurnal KESMADASKA*, vol. 13, hal. 33-37.
- Feist & Feist, (2010). *Teori Kepribadian: Theory og personality Ed. 7*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Grace, A. A. (2000). Gating of information flow within the limbic system and the pathophysiology of schizophrenia. *Elsevier Science* .
- Guyton, & Hall. (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Kanfer, F. (1970). *Self-regulation: research, issue, and speculation*. New York: Appleton.
- Kemenkes, RI. (2012). *Masalah Hipertensi di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes, RI. (2013). *Hari Kesehatan Sedunia, Waspada Hipertensi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- King, Laura A. (2010). *Psikologi Umum: Sebuah Pandangan Apresiatif*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-Regulation, Health, and Behavior : A Perceptual-Cognitive Approach. *Psychology and Health*, vol. 13, hal. 717-733.
- Levine, D., Cohen, J., Dustan, H., Falkner, B., Flora, J., Lefebvre, R., et al. (1993). Behavior changes and the prevention of high blood pressure. Workshop II. AHA Prevention Conference III. Behavior change and compliance: keys to improving cardiovascular health. *Journal of the American Heart Association*, vol. 88, hal. 1387-1390.
- Lloyd-Jones, D. M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L. J., Horn, L. V., et al. (2010). Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction : The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Journal of the American Heart Association*, vol. 121, hal. 586-613.

- Miller, W., & Brown, J. (1991). *Self-regulation a conceptualbasis for the prevention and treatment of addictive behavior*. Sydney: Maxwell Macmillan.
- Muttaqin, Arif. (2009). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hemtologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmojo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, & Ali, A. (2011). *Perilaku kesehatan dan proses perubahannya*. Jakarta: Salemba.
- Ormrod, J. E. (2009). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Price, S., & Wilson, L. (2006). *Pathophysiology : clinical concepts of disease precesses*. St Louis, Missouri: Mosby.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictor of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, vol. 22, hal. 453-474.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Spiegler, M., & Guevremont, D. (2009). *Contemporary Behavior Therapy*. New York: Cengage Learning.
- Sudoyo, A. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi IV*. Jakarta: FKUI.
- Taylor, S. D., Bagozzi, R. P., & Gaither, C. A. (2005). Decision making and effort in the self-regulation of hypertension : Testing two competing theories. *British Journal of Health Psychology*, vol. 10, hal. 505-530.
- Taylor, S. D., Bagozzi, R. P., Gaither, C. A., & Jamerson, K. A. (2006). The Bases of Goal Setting in the Self regulation of Hipertension. *Journal of Health Psychology*, vol. 11, hal. 141-162.
- Thayer, F. J., Hansen, L. A., Saus-Rose, E., & Helge, J. B. (2009). Heart Rate Varibility, Prefrontal Neural Function, and Cognitive Performance: The Neurivisceral Integration Perspective on Self-regulation, Adaptasion, and Health. *The Society of Behavioral Medicine*, vol. 37, hal. 407-419.
- Udjianti, W. (2010). *Keperawatan kardiovaskular*. Jakarta: Salemba medika.
- Wade, C., & Tavris, C. (2007). *psikologi, 9th edition*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Wardener, D. (2001). *The Hypothalamus and Hypertension*. London: *Physiol Rev* 81.

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN RESPONDEN

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Salam Sejahtera.

Bapak/Ibu/Saudara yang terhormat, saya Dwiharini Puspitaningsih mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini saya sedang melakukan penelitian yang berjudul **“Pengaruh *Goal-directed Behavior* terhadap Regulasi Diri dan Perilaku *Monitoring* Tekanan Darah Penderita Hipertensi”**.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian *goal directed behavior* terhadap pengambilan keputusan dan aplikasinya mengenai kunjungan rutin ke puskesmas untuk memeriksakan tekanan darah pada pasien hipertensi, sehingga dapat memberikan masukan untuk program puskesmas dalam meningkatkan pencegahan komplikasi hipertensi. Selain itu, penelitian ini bermanfaat untuk Bapak/Ibu/Saudara karena dapat menentukan sendiri kapan harus memeriksakan diri sebelum terjadi komplikasi. Untuk maksud tersebut, maka saya membutuhkan kesediaan ibu untuk menjadi responden.

Ada beberapa hal nanti yang akan saya lakukan terhadap Bapak/Ibu/Saudara.

1. Saya akan menanyakan atau meminta Bapak/Ibu/Saudara mengisi langsung pada lembar pertanyaan mengenai data-data Bapak/Ibu/Saudara.
2. Saya juga akan mengundang Bapak/Ibu/Saudara ke Puskesmas pada 2 tahap pertama untuk melakukan diskusi mengenai penyakit saudara dan mencoba tindakan yang harus dilakukan agar tidak menyebabkan komplikasi. Kita akan berdiskusi dan mencoba memutuskan tindakan yang tepat dilakukan. Pada tahap ke 3 selama 4 minggu selanjutnya Bapak/Ibu/Saudara diharapkan melaksanakan tindakan yang telah diputuskan dan direncanakan secara rutin dan tuntas. Pada pertemuan terakhir kita akan melakukan evaluasi terhadap keberhasilan serta perasaan bapak/Ibu/Saudara terhadap tindakan yang sudah dicoba dilakukan.

3. Identitas Bapak/Ibu/Saudara akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang Bapak/Ibu/Saudara tulis saja yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.
4. Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela.
5. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun.
6. Bapak/Ibu/Saudara berhak mengundurkan diri setiap saat dari keikutsertaan dalam penelitian ini.
7. Hal-hal yang masih kurang jelas dapat ditanyakan langsung kepada peneliti.

Kesediaan bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi sangat berarti dalam penelitian ini. Atas kerja sama yang baik dan perhatian Bapak/Ibu/Saudara, saya mengucapkan terimakasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Salam Sejahtera

Mojokerto,.....2013

Yang mendapat penjelasan
Responden penelitian

Yang memberi penjelasan
Peneliti

(.....)
Nama Terang

(Dwiharini Puspitaningsih)

Saksi,

(.....)
Nama Terang

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONCENT)

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap:

Alamat :

Umur :

menyatakan bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian dengan judul **“Pengaruh *Goal-directed Behavior* terhadap Regulasi Diri dan Perilaku *Monitoring* Tekanan Darah Penderita Hipertensi“** yang dilakukan oleh DwiHarini Puspitaningsih, mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tanda tangan di bawah ini sebagai bukti bahwa saya bersedia menjadi responden dengan sadar dan tanpa ada keterpaksaan.

Saksi,

Mojokerto,2013

Responden Penelitian,

(.....)

Nama Terang

(.....)

Nama Terang

Lampiran 3

LEMBAR KUISIONER DATA RESPONDEN

Judul Penelitian : Pengaruh *Goal-directed Behavior* Terhadap regulasi Diri dan Perilaku Sehat Penderita Hipertensi

Petunjuk : Isilah data dibawah ini sesuai dengan keadaan yang sebenarnya

Kode Responden (diisi peneliti)

1. Jenis Kelamin :
2. Umur :
3. Pendidikan terakhir :
4. Pekerjaan :
5. Jarak rumah dengan puskesmas : km
6. Riwayat hipertensi
 - a. Tekanan Darah terakhir : mmHg
 - b. Lama penyakit :
7. Persepsi terhadap hipertensi : biasa mengganggu
 tidak tahu

Alasan :

8. Kebiasaan Kontrol : teratur tidak teratur
 Seminggux kontrol

Lampiran 4

LEMBAR KUISIONER REGULASI DIRI
SHORT VERSION SELF-REGULATION QUESTIONNAIRE

Kode Responden

Pilihlah jawaban yang sesuai dengan cara memberi tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang telah tersedia. Jawaban pada pernyataan tersebut tidak ada benar ataupun salah.

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat setuju

PERNYATAAN	STS	TS	S	SS
1. Saya biasa rutin dalam melakukan pemeriksaan tekanan darah				
2. Saya tidak tahu akibatnya jika tidak rutin memeriksakan tekanan darah				
3. Saya bisa melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin				
4. Saya tidak bisa merencanakan waktu saya memeriksakan tekanan darah				
5. Saya tidak peduli dengan tekanan darah saya				
6. Saya tidak bisa rutin dalam melakukan pemeriksaan darah				
7. Saya tidak perlu belajar dari kesalahan saya dalam mengatur waktu memeriksakan tekanan darah				
8. Saya satu kali melakukan kesalahan dalam merencanakan pemeriksaan tekanan darah dan saya akan belajar dari kesalahan tersebut				

<p>9. Saya memiliki jadwal rutin pemeriksaan tekanan darah saya sendiri dan cara untuk melakukannya</p> <p>10. Saya akan segera mengatur kembali waktu pemeriksaan tekanan darah saya jika saya berhalangan</p> <p>11. Saya berusaha keras untuk menentukan waktu yang tepat agar bisa rutin dalam melakukan pemeriksaan darah</p> <p>12. Saya tetap menyusun rencana pemeriksaan tekanan darah secara rutin meskipun sering tidak berhasil</p> <p>13. Saya kesulitan dalam merencanakan waktu yang tepat dalam memeriksakan tekanan darah</p> <p>14. Saya telah menentukan waktu memeriksakan tekanan darah dan akan mematuhi</p> <p>15. Saya akan membuat beberapa alternatif dalam membuat jadwal pemeriksaan tekanan darah</p> <p>16. Jika saya memutuskan rutin dalam memeriksakan tekanan darah saya, maka saya akan berusaha dengan sungguh-sungguh</p> <p>17. Saya sering tidak peduli dengan kondisi tekanan darah saya sampai seseorang mengingatkan saya</p> <p>18. Saya memikirkan terlebih dahulu sebelum membuat keputusan dan bertindak</p> <p>19. Saya belajar dari kesalahan cara saya memeriksakan tekanan darah</p> <p>20. Saya tahu waktu terbaik untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah</p> <p>21. Saya cepat menyerah dalam usaha saya untuk memeriksakan tekanan darah secara rutin</p>				
---	--	--	--	--

Lampiran 5

LEMBAR KUNJUNGAN KONTROL

Kode responden :

Hari/tanggal	Jam	Kondisi Pasien		Keterangan lain	Tanda tangan petugas
		Keluhan	Tekanan Darah		

Lampiran 6

PANDUAN GOAL-DIRECTED BEHAVIOR

TAHAP	TUJUAN	KEGIATAN
1	Mengidentifikasi masalah, eksplorasi perasaan dan pemberian informasi	<ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah individu yang telah dilakukan dimasa lalu dan eksplorasi perasaan - Mendiskusikan tentang hipertensi, gejala hipertensi, perilaku sehat penderita hipertensi yang dianjurkan
2	Menyusun tujuan dan rencana perubahan perilaku	<ul style="list-style-type: none"> - Membuat tujuan - perencanaan jadwal dan waktu dalam melakukan <i>monitoring</i> tekanan darah - Membuat komitmen untuk mencoba melakukan perencanaan perilaku <i>monitoring</i> tekanan darah
3	Melaksanakan rencana perilaku	<ul style="list-style-type: none"> - Melaksanakan kunjungan rutin untuk memeriksakan tekanan darah minimal seminggu sekali selama satu bulan - Mengisikan lembar kunjungan pemeriksaan tekanan darah kepada petugas kesehatan
4	Mengevaluasi hasil perilaku	<ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan dengan kelompok hasil perilaku yang telah dilaksanakan selama 4 minggu sebelumnya - Mengevaluasi keefektifan tujuan berdasarkan hasil perilaku

Lampiran 7

WORKSHEET GOAL-DIRECTED BEHAVIOR

I. Perilaku *monitoring* tekanan darah sebelumnya

a. Hambatan dalam melakukan *monitoring* tekanan darah

Jaraknya jauh	
Tidak punya waktu	
Tidak ada yang mengantar	
Tidak punya biaya	
Tidak boleh keluarga	
Malas	
Punya alat sendiri dirumah	
Ketempat lain selain puskesmas	
Alasan lain :	
.....	
.....	

b. Kemungkinan solusi

Jaraknya jauh	
Tidak punya waktu	
Tidak ada yang mengantar	
Tidak punya biaya	
Tidak boleh keluarga	
Malas	
Punya alat sendiri dirumah	
Ketempat lain selain puskesmas	
Solusi lain :	
.....	
.....	

c. Kemungkinan penyulit solusi

.....

.....

.....

II. Penetapan Tujuan

Kontrol tekanan darah perlu saya lakukan untuk :

Mengetahui tekanan darah saya	
Mencegah komplikasi jantung	
Membeli obat	
Menyembuhkan penyakit/menurunkan tekanan darah	
Melakukan perintah dokter	
Tujuan lain :	
.....	
.....	

III. Membuat Rencana

Saya akan melakukan pemeriksaan darah :

Secara rutin seminggu sekali	
Secara rutin 2 minggu sekali	
Secara rutin sebulan sekali	
Secara rutin kalau sempat	
Kalau sempat saja	
Lainnya :	
.....	
.....	
.....	

IV. Evaluasi hasil

Manfaat :

Merasa lebih tenang	
Tekanan darah normal	
Tidak telat obat	
Kontrol lebih rutin	
Tidak ada manfaat	
Manfaat lain :	
.....	
.....	

Hambatan :

Sulit menepati jadwal	
Tidak ada yang mengantar	
Sering lupa jadwal	
Banyak pekerjaan	
Tidak ada hambatan	
Manfaat lain :	
.....	
.....	

Lampiran 8

PRE PLANNING
TAHAP 1 dan 2 *GOAL-DIRECTED BEHAVIOR*

Tempat : Puskesmas Blootho

Alokasi Waktu : 2 x 45 menit

Topik Diskusi

I. Analisis Situasi

A. Peserta

1. Jumlah peserta 24 orang penderita hipertensi yang terbagi menjadi 3 kelompok.
2. Masing-masing kelompok melakukan kegiatan pada waktu yang berbeda sesuai waktu yang ditentukan.
3. Peserta merupakan pasien hipertensi di puskesmas Blootho.

B. Ruangan

1. Ruang yang digunakan merupakan ruang penyuluhan puskesmas dengan kapasitas maksimal 15 orang.
2. Terdapat sarana kursi panjang berderet dan papan tulis.

C. Fasilitator

Tenaga penyuluh puskesmas yang membantu pelaksanaan kegiatan sejumlah 2 orang.

II. Tujuan

A. Tujuan umum

Setelah melakukan diskusi peserta diharapkan menunjukkan adanya perubahan regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah.

B. Tujuan khusus

Setelah menyelesaikan kegiatan peserta akan mampu :

1. Mengidentifikasi perilaku *monitoring* tekanan darah sebelumnya
2. Menyusun tujuan *monitoring* tekanan darah
3. Menyusun rencana *monitoring* tekanan darah

III. Plan of action

1. Sasaran : pasien hipertensi puskesmas Blootho yang memenuhi kriteria
2. Media : *Booklet* dan *whorksheet*
3. Metode : Diskusi
4. Kegiatan
 - a. Kegiatan fasilitator :
 - 1) Fasilitator menjelaskan tujuan pertemuan dan memberikan kesempatan kepada peserta jika ada pertanyaan.
 - 2) Fasilitator menjelaskan isi dan penggunaan *booklet*
 - 3) Fasilitator memberikan contoh cara pengisian *booklet* dan *whorksheet*
 - 4) Fasilitator memandu diskusi
 - 5) Fasilitator membantu peserta dalam pengisian *whorksheet*
 - b. Kegiatan peserta :
 - 1) Peserta hadir ditempat penelitian
 - 2) Peserta mempelajari isi dan penggunaan *booklet*
 - 3) Peserta mengisi *booklet* dan *whorksheet* sesuai dengan tahap yang dilaksanakan
 - 4) Peserta terlibat secara aktif jalannya diskusi
 - 5) Peserta berkomitmen akan mengikuti semua tahap sampai selesai

IV. Evaluasi

1. Struktur

- a. Semua peserta hadir tepat waktu dan mengikuti kegiatan sampai selesai
- b. Fasilitator yang terlibat hadir tepat waktu dan mengikuti kegiatan sampai selesai

2. Proses

- a. Kegiatan berjalan sesuai waktu yang direncanakan
- b. Semua peserta terlibat aktif dalam diskusi
- c. Fasilitator membantu peserta dengan baik

3. Hasil

- a. *Booklet* terisi dengan baik dan benar
- b. *Whorksheet* terisi dengan baik dan benar

.....,2013

Peneliti,

Dwiharini Puspitaningsih

sudahkah anda mengukur Tekanan Darah anda ???



Ukur Tekanan darah Rutin
dan
Ubah gaya Hidup

GOAL-DIRECTED BEHAVIOR BAGI HIPERTENSI

HKS 2013
WASPADAI HIPERTENSI
KENDALIKAN TEKanan
DARAH

HIPERTENSI & GEJALANYA

DEFINISI

Tekanan darah merupakan tekanan yang terjadi saat jantung memompakan darah ke pembuluh arteri.

Suatu peningkatan tekanan darah sistolik dan / atau diastolik yang tidak normal, yaitu jika Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

TANDA & GEJALA

- ❖ Pusing
- ❖ Rasa berat ditengkuk
- ❖ Sukar tidur
- ❖ Rasa mudah lelah
- ❖ Cepat marah
- ❖ Telinga berdenging

- ❖ Mata berkunang-kunang
- ❖ Sesak napas
- ❖ Gangguan penglihatan
- ❖ Mimisan
- ❖ Tanpa gejala

FAKTOR RESIKO

- Usia
- Keturunan
- Kolesterol
- Rokok
- Garam
- Kafein
- Alkohol
- Kegemukan
- Stress
- Kurang olah raga



Berobat dan kontrol secara teratur ke fasilitas kesehatan (puskesmas, Rumah Sakit, Dokter Praktek)

- Pada orang dengan tekanan darah normal : melakukan pemeriksaan berkala 6 bulan sekali sebagai upaya pencegahan
- Pada orang yang memiliki riwayat hipertensi :
 Pemeliharaan : memeriksakan tekanan darah berkala minimal 1 bulan sekali
 Pengobatan : memeriksakan tekanan darah minimal seminggu sekali dilanjutkan 2 minggu sekali sampai tekanan darah stabil

KLASIFIKASI HIPERTENSI

- Prehipertensi
 Tekanan darah sistole 120 – 139 mmHg
 Tekanan darah diastole 80 – 89 mmHg
- Hipertensi derajat 1
 Tekanan darah sistole 140 – 159 mmHg
 Tekanan darah diastole 90 – 99 mmHg
- Hipertensi derajat 2
 Tekanan darah sistole \geq 160 mmHg
 Tekanan darah diastole \geq 100 mmHg

KOMPLIKASI

Gangguan Jantung, Gangguan Otak, Gangguan Penglihatan, Gangguan Ginjal, Stroke

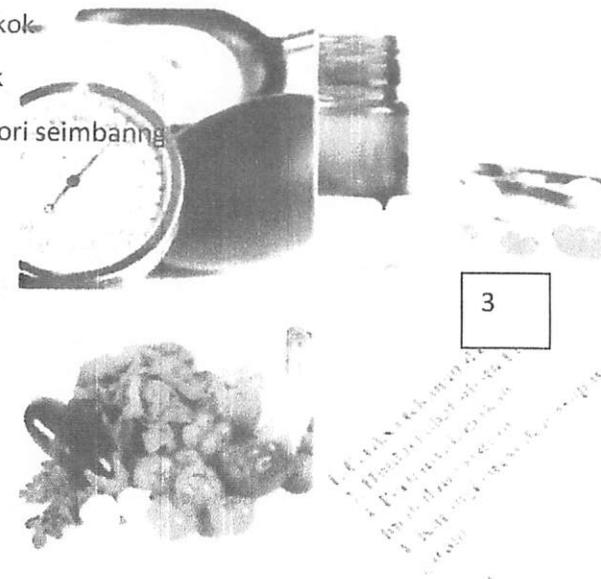
2

TUJUAN

Mengurangi / mencegah komplikasi dan kerusakan organ

PENGATURAN GAYA HIDUP (CERDIK)

- Cek tekanan darah rutin dan berkala
- Enyahkan asap rokok
- Rajin aktivitas fisik
- Diet sehat dan kalori seimbang
- Istirahat cukup
- Kelola stres



3

PENGERTIAN

Pemberian motivasi untuk melakukan tindakan berdasar pada keinginan/tujuan

Tujuan : melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin

TAHAPAN

Tahap 1 :

- pemberian informasi tentang hipertensi
- identifikasi masalah pelaksanaan pemeriksaan darah rutin oleh pasien

Tahap 2 :

- Penyusunan tujuan tindakan
- Penyusunan rencana dalam melakukan pemeriksaan

tekanan darah rutin

Tahap 3 :

- Uji coba perencanaan selama satu bulan

4

Tahap 4 :

- Evaluasi

RENCANA PELAKSANAAN

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
Tahap 1 dan 2

Alokasi Waktu : 45 menit

5

I. Tujuan

A. Tujuan umum

Setelah melakukan diskusi peserta diharapkan menunjukkan adanya perubahan regulasi diri dan perilaku *monitoring* tekanan darah.

B. Tujuan khusus

Setelah menyelesaikan kegiatan peserta akan mampu :

1. Mengidentifikasi perilaku *monitoring* tekanan darah sebelumnya
2. Menyusun tujuan *monitoring* tekanan darah
3. Menyusun rencana *monitoring* tekanan darah

II. Plan of action

1. Sasaran : pasien hipertensi puskesmas Blootho yang memenuhi kriteria

2. Media : *Booklet* dan *whorksheets*

3. Metode : Diskusi

4. Kegiatan

a. Kegiatan fasilitator :

- 1) Fasilitator menjelaskan tujuan pertemuan dan memberikan kesempatan kepada peserta jika ada pertanyaan.
- 2) Fasilitator menjelaskan isi dan penggunaan *booklet*
- 3) Fasilitator memberikan contoh cara pengisian *booklet* dan *whorksheets*
- 4) Fasilitator membantu peserta dalam pengisian *whorksheets*

b. Kegiatan peserta :

- 1) Peserta mempelajari isi dan penggunaan *booklet*
- 2) Peserta mengisi *booklet* dan *whorksheets* sesuai dengan tahap yang dilaksanakan
- 3) Peserta terlibat secara aktif jalannya diskusi
- 4) Peserta berkomitmen akan mengikuti semua tahap sampai selesai

II. Evaluasi

1. Struktur

- a. Semua peserta hadir tepat waktu dan mengikuti kegiatan sampai selesai
- b. Fasilitator yang terlibat hadir tepat waktu dan mengikuti kegiatan sampai selesai

2. Proses

- a. Kegiatan berjalan sesuai waktu yang direncanakan
- b. Semua peserta terlibat aktif dalam diskusi
- c. Fasilitator membantu peserta dengan baik

3. Hasil

- a. *Booklet* terisi dengan baik dan benar
- b. *Whorksheet* terisi dengan baik dan benar

TAHAP 3

Pasien hipertensi akan melakukan pemeriksaan tekanan darah minimal sekali seminggu selama sebulan. Tiap kali pemeriksaan, petugas mengisi lembar kunjungan yang dibawa oleh pasien

6

Tahap 4

Evaluasi dilakukan dengan eksplorasi perasaan pasien secara lisan maupun tertulis dengan mengisi lembar kerja bagian akhir yang meliputi :

- Manfaat yang didapat selama uji coba
- Hambatan selama uji coba
- Rencana selanjutnya

7

I. Perilaku *monitoring* tekanan darah sebelumnya

a. Hambatan dalam melakukan *monitoring* tekanan darah

Jaraknya jauh	
Tidak punya waktu	
Tidak ada yang mengantar	
Tidak punya biaya	
Tidak boleh keluarga	
Malas	
Punya alat sendiri dirumah	
Ketempat lain selain puskesmas	
Alasan lain :	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

II. Penetapan Tujuan

Kontrol tekanan darah perlu saya lakukan untuk :

Mengetahui tekanan darah saya	
Mencegah komplikasi jantung	
Membeli obat	
Menyembuhkan penyakit/menurunkan tekanan darah	
Melakukan perintah dokter	
Tujuan lain :	
.....	
.....	
.....	
.....	

III. Membuat Rencana

Saya akan melakukan pemeriksaan darah :

Secara rutin seminggu sekali	
Secara rutin 2 minggu sekali	
Secara rutin sebulan sekali	
Secara rutin kalau sempat	
Kalau sempat saja	
Lainnya :	
.....	
.....	
.....	
.....	

Manfaat :

Merasa lebih tenang	
Tekanan darah normal	
Tidak telat obat	
Kontrol lebih rutin	
Tidak ada manfaat	
Manfaat lain :	
.....	
.....	

Hambatan :

Sulit menepati jadual	
Tidak ada yang mengantar	
Sering lupa jadual	
Banyak pekerjaan	
Tidak ada hambatan	
Manfaat lain :	
.....	
.....	

Hari/tgl	Jam	Kondisi Pasien		Keterangan lain	Tanda tangan petugas
		Keluhan	Tekanan Darah		

32	57	1	2	5	2	3	1	2	2	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	4	1	2	3	3	3	4	53	regulasi diri sedang	2	1
33	48	2	2	5	2	3	4	1	3	1	3	3	2	4	1	4	4	3	3	3	4	4	1	1	2	3	57	regulasi diri sedang	2	1
34	41	2	1	5	2	3	1	2	1	3	4	2	2	1	2	3	2	1	2	1	3	1	2	3	2	3	44	regulasi diri rendah	3	1
35	53	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	3	3	3	43	regulasi diri rendah	2	1
36	46	1	1	5	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	2	3	4	1	3	3	2	57	regulasi diri sedang	2	1
37	57	1	1	1	1	3	2	3	1	1	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	1	3	3	2	51	regulasi diri sedang	2	1
38	53	2	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	57	regulasi diri sedang	2	1
39	50	1	1	5	2	3	2	2	2	3	4	3	3	2	3	1	2	3	2	2	3	4	1	3	3	4	55	regulasi diri sedang	2	1
40	59	2	1	1	2	2	4	1	2	4	1	2	2	3	2	1	3	1	3	2	3	1	3	2	2	2	46	regulasi diri rendah	3	1
41	64	2	1	5	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	48	regulasi diri sedang	2	1
42	58	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	53	regulasi diri sedang	2	1
43	48	1	1	5	1	3	2	2	2	2	3	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	52	regulasi diri sedang	2	2
44	49	1	2	5	1	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	4	3	3	2	2	2	3	1	2	52	regulasi diri sedang	2	3
48,05																										52,41	1,50			
10,13																										5,671	1,06			

Keterangan

Jenis Kelamin

1. Laki-laki
2. Perempuan

Pendidikan

- 1 SD
- 2 SMP
- 3 SMA
- 4 Perguruan Tinggi

Pekerjaan

1. Tidak bekerja
2. PNS
3. Swasta
4. Wirausaha
5. Tani

Kebiasaan Kontrol

1. Teratur
2. Tidak teratur

Regulasi Diri

1. Regulasi diri tinggi
2. Regulasi diri sedang
3. Regulasi diri rendah

TABULASI HASIL PENGUMPULAN DATA RESPONDEN SESUDAH INTERVENSI

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

no	Umur	JK	Indidik	pekerjaan	kontrol	kuesioner																					skor	kriteria	Kategori	Perilaku Monitoring
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21				
Kelompok Pembanding																														
1	50	1	2	3	2	2	2	1	3	1	4	2	1	1	2	2	2	3	3	1	1	3	4	2	2	3	45	regulasi diri rendah	3	0
2	59	2	2	1	2	2	3	1	4	4	2	2	2	2	2	4	2	3	3	4	1	4	2	2	2	3	54	regulasi diri sedang	2	1
3	47	1	1	5	1	3	4	2	2	3	2	2	3	2	4	2	1	3	2	3	4	1	2	2	1	2	50	regulasi diri sedang	2	3
4	37	1	3	3	1	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	4	2	3	2	3	4	50	regulasi diri sedang	2	4
5	46	2	3	5	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	48	regulasi diri sedang	2	0
6	57	1	1	5	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4	53	regulasi diri sedang	2	2
7	22	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	3	2	2	2	47	regulasi diri sedang	3	1
8	62	2	2	5	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	2	1	3	4	4	3	3	4	51	regulasi diri sedang	2	2
9	41	1	2	4	2	2	3	2	2	2	2	4	3	1	3	2	3	1	1	1	3	3	3	3	3	1	48	regulasi diri sedang	2	1
10	52	1	1	4	1	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59	regulasi diri sedang	2	2
11	35	2	4	3	1	3	2	3	3	2	2	4	3	3	4	3	2	4	4	3	4	3	3	3	3	4	65	regulasi diri tinggi	1	1
12	29	2	4	2	1	2	1	1	3	1	3	1	3	3	3	2	2	1	2	2	3	4	4	3	3	3	50	regulasi diri sedang	2	1
13	64	2	2	1	2	3	1	2	2	1	1	3	3	2	3	1	3	1	1	1	2	3	2	3	3	2	43	regulasi diri rendah	3	0
14	52	2	2	1	1	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	62	regulasi diri sedang	2	4
15	61	1	3	5	2	2	3	2	3	3	3	4	2	2	1	2	2	4	2	2	3	2	2	3	2	3	52	regulasi diri sedang	2	2
16	46	2	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	4	3	4	65	regulasi diri tinggi	1	3
17	63	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	4	3	2	2	3	1	2	3	3	1	1	2	2	3	2	51	regulasi diri sedang	3	1
18	60	2	2	1	1	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	4	3	3	2	2	58	regulasi diri sedang	2	1
19	48	1	3	5	2	1	4	1	3	3	3	2	3	3	4	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	3	45	regulasi diri rendah	3	0
20	37	2	4	3	2	2	3	3	3	2	1	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	4	2	54	regulasi diri sedang	2	1
21	55	1	3	3	2	2	3	1	2	4	1	3	3	1	2	3	2	2	2	1	2	3	2	3	1	3	46	regulasi diri rendah	3	1
22	47	1	3	5	1	3	3	2	1	2	4	3	3	2	2	4	2	2	2	1	2	4	3	3	2	3	53	regulasi diri sedang	2	2
	48,64																										52,2	regulasi diri sedang		1,50
	11,5																										6,24	regulasi diri rendah		1,19
Kelompok Intervensi																														
23	33	2	4	2	1	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	65	regulasi diri tinggi	1	4
24	27	1	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	56	regulasi diri sedang	1	0
25	57	1	3	5	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	3	2	3	4	3	2	2	2	53	regulasi diri sedang	2	1
26	52	2	3	5	2	3	2	3	3	2	3	1	3	1	3	2	2	3	2	3	3	3	2	4	3	4	55	regulasi diri sedang	2	1
27	38	2	3	1	2	4	3	3	3	4	2	3	3	3	1	2	2	3	3	4	4	4	3	3	4	4	65	regulasi diri tinggi	1	3
28	27	2	3	1	2	3	3	1	2	2	3	2	3	3	1	2	1	3	3	2	2	3	2	3	2	2	48	regulasi diri sedang	2	1
29	40	1	1	1	2	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	51	regulasi diri sedang	2	1
30	54	2	3	1	2	1	1	2	1	3	3	2	2	4	3	1	2	3	3	3	4	2	3	3	3	3	52	regulasi diri sedang	2	2
31	46	1	1	4	1	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	2	3	3	2	4	3	2	2	3	3	4	64	regulasi diri tinggi	1	4

32	57	1	2	5	2	3	1	2	2	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	4	1	2	3	3	3	4	53	regulasi diri sedang	2	1	
33	48	2	2	5	2	3	4	1	3	1	3	3	4	4	1	4	4	3	3	3	4	4	2	1	2	3	60	regulasi diri sedang	2	1	
34	41	2	1	5	2	3	1	4	1	3	4	2	2	2	2	3	2	1	2	1	3	1	2	3	4	4	50	regulasi diri sedang	2	1	
35	53	2	2	1	1	4	2	3	2	2	3	2	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	3	3	3	48	regulasi diri sedang	2	1	
36	46	1	1	5	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	2	3	4	1	3	3	2	57	regulasi diri sedang	2	1
37	57	1	1	1	1	3	2	3	1	1	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	2	51	regulasi diri sedang	2	1
38	53	2	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	59	regulasi diri sedang	2	1
39	50	1	1	5	2	3	2	4	2	3	4	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	4	2	3	3	4	59	regulasi diri sedang	2	1	
40	59	2	1	1	2	2	4	1	2	4	1	2	2	3	2	1	3	1	3	2	3	1	3	2	4	4	50	regulasi diri sedang	2	1	
41	64	2	1	5	2	3	4	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	50	regulasi diri sedang	2	1	
42	58	1	1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	54	regulasi diri sedang	2	2	
43	48	1	1	5	1	3	3	2	2	2	3	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	53	regulasi diri sedang	1	2	
44	49	1	2	5	1	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	4	3	3	2	2	2	3	1	2	52	regulasi diri sedang	2	3	
	48,05																										54,8			1,55	
	10,13																											5,25			1,06

Keterangan

Jenis Kelamin

1. Laki-laki
2. Perempuan

Pendidikan

- SD
- SMP
- SMA
- Perguruan Tinggi

Pekerjaan

1. Tidak bekerja
2. PNS
3. Swasta
4. Wirausaha
5. Tani

Kebiasaan Kontrol

1. Teratur
2. Tidak teratur

Regulasi Diri

1. Regulasi diri tinggi
2. Regulasi diri sedang
3. Regulasi diri rendah

Summarize

Case Processing Summary(a)

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

a Limited to first 100 cases.

Case Summaries(a)

			usia
kelompok	kelompok	1	50
	kontrol	2	59
		3	47
		4	37
		5	46
		6	57
		7	22
		8	62
		9	41
		10	52
		11	35
		12	29
		13	64
		14	52
		15	61
		16	46
		17	63
		18	60
		19	48
		20	37
		21	55
		22	47
		Total	
		N	22
		Mean	48,64
		Median	49,00
		Minimum	22
		Maximum	64
		Std. Deviation	11,496

kelompok intervensi	1		33
	2		27
	3		57
	4		52
	5		38
	6		27
	7		40
	8		54
	9		46
	10		57
	11		48
	12		41
	13		53
	14		46
	15		57
	16		53
	17		50
	18		59
	19		64
	20		58
	21		48
	22		49
	Total	N	22
		Mean	48,05
		Median	49,50
		Minimum	27
		Maximum	64
		Std. Deviation	10,130
Total	N		44
	Mean		48,34
	Median		49,50
	Minimum		22
	Maximum		64
	Std. Deviation		10,712

a Limited to first 100 cases.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
usia	44	48,34	10,712	22	64

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		usia
N		44
Normal Parameters(a,b)	Mean	48,34
	Std. Deviation	10,712
	Most Extreme Differences	
	Absolute	,141
	Positive	,072
	Negative	-,141
Kolmogorov-Smirnov Z		,934
Asymp. Sig. (2-tailed)		,348

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

T-Test

Group Statistics

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
usia kelompok intervensi	22	48,05	10,130	2,160
kelompok kontrol	22	48,64	11,496	2,451

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								lower	Upper
Equal variances assumed	,400	,531	,181	42	,857	,591	3,267	-6,001	7,183
Equal variances not assumed			,181	41,346	,857	,591	3,267	-6,005	7,186

Frequencies

Statistics

	jenis kelamin klp intervensi	jenis kelamin klp pembandingan	pendidikan klp intervensi	pendidikan klp pembandingan	pekerjaan klp intervensi	pekerjaan klp pembandingan	kebiasaan kontrol klp intervensi	kebiasaan kontrol klp pembandingan
N Valid	22	22	22	22	22	22	22	22
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

jenis kelamin klp intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	11	50,0	50,0	50,0
	perempuan	11	50,0	50,0	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

jenis kelamin klp pembandingan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	10	45,5	45,5	45,5
	perempuan	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

pendidikan klp intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	10	45,5	45,5	45,5
	SMP	5	22,7	22,7	68,2
	SMA	6	27,3	27,3	95,5
	Perguruan tinggi	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

pendidikan klp pembandingan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	13,6	13,6	13,6
	SMP	8	36,4	36,4	50,0
	SMA	8	36,4	36,4	86,4
	Perguruan tinggi	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

pekerjaan klp intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja	9	40,9	40,9	40,9
PNS	1	4,5	4,5	45,5
swasta	1	4,5	4,5	50,0
wiraswasta	1	4,5	4,5	54,5
tani	10	45,5	45,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

pekerjaan klp pembandingan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja	5	22,7	22,7	22,7
PNS	1	4,5	4,5	27,3
swasta	7	31,8	31,8	59,1
wiraswasta	2	9,1	9,1	68,2
tani	7	31,8	31,8	100,0
Total	22	100,0	100,0	

kebiasaan kontrol klp intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid teratur	7	31,8	31,8	31,8
tidak teratur	15	68,2	68,2	100,0
Total	22	100,0	100,0	

kebiasaan kontrol klp pembandingan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid teratur	10	45,5	45,5	45,5
tidak teratur	12	54,5	54,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis kelamin * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

jenis kelamin * kelompok Crosstabulation

Count

		kelompok		Total
		kelompok perbandingan	kelompok intervensi	kelompok perbandingan
jenis kelamin	laki-laki	10	11	21
	Perempuan	12	11	23
Total		22	22	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,091(b)	1	,763		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,091	1	,763		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,089	1	,765		
N of Valid Cases	44				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,50.

CROSSTABS

```

/TABLES=pekerjaan BY kelompok
/FORMAT= AVALUE TABLES
/STATISTIC=CHISQ
/CELLS= COUNT
/COUNT ROUND CELL .

```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pekerjaan * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pekerjaan	kelompok pembanding	22	22,75	500,50
	kelompok intervensi	22	22,25	489,50
	Total	44		
pendidikan	kelompok pembanding	22	26,20	576,50
	kelompok intervensi	22	18,80	413,50
	Total	44		

Test Statistics(a)

	pekerjaan	pendidikan
Mann-Whitney U	236,500	160,500
Wilcoxon W	489,500	413,500
Z	-,136	-1,999
Asymp. Sig. (2-tailed)	,892	,046

a. Grouping Variable: kelompok

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kebiasaan kontrol * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

kebiasaan kontrol * kelompok Crosstabulation

Count

	kelompok		Total
	kelompok pembeding	kelompok intervensi	kelompok pembeding
kebiasaan teratur	10	7	17
kontrol tidak teratur	12	15	27
Total	22	22	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,863(b)	1	,353		
Continuity Correction(a)	,383	1	,536		
Likelihood Ratio	,866	1	,352		
Fisher's Exact Test				,537	,268
Linear-by-Linear Association	,843	1	,359		
N of Valid Cases	44				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,50.

SUMMARIZE

```

/TABLES=RGsebelum RGsesudah BY kelompok
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Case Summaries'
/MISSING=VARIABLE
/CELLS=MEAN MEDIAN MIN MAX STDDEV .

```

Summarize

Case Processing Summary(a)

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
regulasi diri sebelum * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%
regulasi diri sesudah * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

a Limited to first 100 cases.

Case Summaries(a)

			regulasi diri sebelum	regulasi diri sesudah	
kelompok	kelompok	1	41	45	
	pembanding	2	54	54	
		3	48	50	
		4	50	50	
		5	45	48	
		6	53	53	
		7	46	47	
		8	51	51	
		9	46	48	
		10	59	59	
		11	65	65	
		12	50	50	
		13	42	43	
		14	62	62	
		15	50	52	
		16	65	65	
		17	51	51	
		18	56	58	
		19	44	45	
		20	53	54	
		21	46	46	
		22	52	53	
		Total			
			Mean	51,32	52,23
			Median	50,50	51,00
			Minimum	41	43
			Maximum	65	65
			Std. Deviation	6,799	6,241

kelompok intervensi	1		64	65
	2		54	56
	3		49	53
	4		52	55
	5		65	65
	6		44	48
	7		51	51
	8		52	52
	9		54	64
	10		53	53
	11		57	60
	12		44	50
	13		43	48
	14		57	57
	15		51	51
	16		57	59
	17		55	59
	18		46	50
	19		48	50
	20		53	54
	21		52	53
	22		52	52
	Total	Mean	52,41	54,77
		Median	52,00	53,00
		Minimum	43	48
		Maximum	65	65
		Std. Deviation	5,671	5,246
Total	Mean		51,86	53,50
	Median		52,00	52,50
	Minimum		41	43
	Maximum		65	65
	Std. Deviation		6,212	5,841

a Limited to first 100 cases.

NPar Tests
Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
regulasi diri klp intervensi sesudah - regulasi diri klp intervensi sebelum	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	15(b)	8,00	120,00
	Ties	7(c)		
	Total	22		

- a regulasi diri klp intervensi sesudah < regulasi diri klp intervensi sebelum
- b regulasi diri klp intervensi sesudah > regulasi diri klp intervensi sebelum
- c regulasi diri klp intervensi sesudah = regulasi diri klp intervensi sebelum

Test Statistics(b)

	regulasi diri klp intervensi sesudah - regulasi diri klp intervensi sebelum
Z	-3,421(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

- a Based on negative ranks.
- b Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests
Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
regulasi diri klp kontrol sesudah - regulasi diri klp kontrol sebelum	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	11(b)	6,00	66,00
	Ties	11(c)		
	Total	22		

- a regulasi diri klp kontrol sesudah < regulasi diri klp kontrol sebelum
- b regulasi diri klp kontrol sesudah > regulasi diri klp kontrol sebelum
- c regulasi diri klp kontrol sesudah = regulasi diri klp kontrol sebelum

Test Statistics(b)

	regulasi diri klp kontrol sesudah - regulasi diri klp kontrol sebelum
Z	-2,979(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

- a Based on negative ranks.
- b Wilcoxon Signed Ranks Test

Summarize

Case Processing Summary(a)

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
perilaku monitoring tekanan darah sebelum * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%
perilaku monitoring tekanan darah sesudah * kelompok	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

a Limited to first 100 cases.

Case Summaries(a)

			perilaku monitoring tekanan darah sebelum	perilaku monitoring tekanan darah sesudah
kelompok	kelompok	1	1	0
	pembanding	2	2	1
		3	3	3
		4	4	4
		5	1	0
		6	2	2
		7	0	1
		8	1	2
		9	1	1
		10	1	2
		11	1	1
		12	1	1
		13	1	0
		14	4	4
		15	1	2
		16	3	3
		17	1	1
		18	1	1
		19	1	0
		20	1	1
		21	1	1
		22	1	2
		Total		
		Mean	1,50	1,50
		Median	1,00	1,00
		Minimum	0	0
		Maximum	4	4
		Std. Deviation	1,058	1,185

kelompok intervensi	1		4	4
	2		0	0
	3		1	1
	4		1	1
	5		3	3
	6		1	1
	7		1	1
	8		2	2
	9		4	4
	10		1	1
	11		1	1
	12		1	1
	13		1	1
	14		1	1
	15		1	1
	16		1	1
	17		1	1
	18		1	1
	19		1	1
	20		1	2
	21		2	2
	22		3	3
	Total	Mean	1,50	1,55
		Median	1,00	1,00
		Minimum	0	0
		Maximum	4	4
		Std. Deviation	1,058	1,057
Total	Mean		1,50	1,52
	Median		1,00	1,00
	Minimum		0	0
	Maximum		4	4
	Std. Deviation		1,045	1,110

a Limited to first 100 cases.

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
perilaku klp intervensi sesudah - perilaku klp intervensi sebelum	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	1(b)	1,00	1,00
	Ties	21(c)		
	Total	22		
perilaku klp kontrol sesudah - perilaku klp kontrol sebelum	Negative Ranks	5(d)	5,50	27,50
	Positive Ranks	5(e)	5,50	27,50
	Ties	12(f)		
	Total	22		

- a perilaku klp intervensi sesudah < perilaku klp intervensi sebelum
 b perilaku klp intervensi sesudah > perilaku klp intervensi sebelum
 c perilaku klp intervensi sesudah = perilaku klp intervensi sebelum
 d perilaku klp kontrol sesudah < perilaku klp kontrol sebelum
 e perilaku klp kontrol sesudah > perilaku klp kontrol sebelum
 f perilaku klp kontrol sesudah = perilaku klp kontrol sebelum

Test Statistics(c)

	perilaku klp intervensi sesudah - perilaku klp intervensi sebelum	perilaku klp kontrol sesudah - perilaku klp kontrol sebelum
Z	-1,000(a)	,000(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	1,000

- a Based on negative ranks.
 b The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
 c Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
delta regulasi diri sesudah-sebelum	kelompok pembanding	22	18,57	408,50
	kelompok intervensi	22	26,43	581,50
	Total	44		

Test Statistics(a)

	delta regulasi diri sesudah- sebelum
Mann-Whitney U	155,500
Wilcoxon W	408,500
Z	-2,115
Asymp. Sig. (2-tailed)	,034

a. Grouping Variable: kelompok

Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
delta perilaku sesudah-sebelum	kelompok pembanding	22	22,11	486,50
	kelompok intervensi	22	22,89	503,50
	Total	44		

Test Statistics(a)

	delta perilaku sesudah- sebelum
Mann-Whitney U	233,500
Wilcoxon W	486,500
Z	-,263
Asymp. Sig. (2-tailed)	,792

a. Grouping Variable: kelompok



PEMERINTAH KOTA MOJOKERTO
DINAS KESEHATAN
IP. PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UPT PUSKESMAS BLOOTO
KECAMATAN PRAJURITKULON
Jalan Raya Cinde No. 3 Telp. (0321) 392624
MOJOKERTO

Mojokerto, 25 Juni 2013

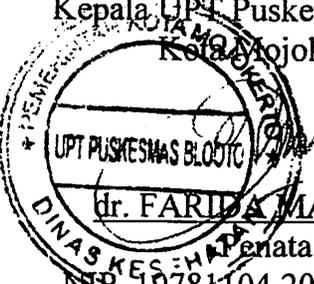
Nomor : 801.2/ 172/417.302.4/2013
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Melakukan
Kegiatan Penelitian**

Kepada :
Yth. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan
Prodi Magister Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Di
SURABAYA

Menindaklanjuti Surat Kepala Dinas Kesehatan Kota Mojokerto Nomor : 801.2/1545/417.302/2013 tanggal 19 Juni 2013 yang merujuk pada Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Mojokerto Nomor : 072/596/417.402/2013 tanggal 13 Juni 2013 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, bersama ini Kepala UPT Puskesmas Blooto memberikan rekomendasi kepada Sdr. DWIHARINI PUSPITANINGSIH, S.Kep.Ns NIM : 131141059 Dari Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan Penelitian "Pengaruh Goal-directed behavior terhadap regulasi diri dan Perilaku monitoring tekanan darah penderita Hipertensi" di Puskesmas Blooto Kota Mojokerto.

Adapun penelitian dilaksanakan selama 1 (satu) bulan terhitung mulai Penghadapan sampai dengan selesai dan yang bersangkutan diharapkan mentaati segala ketentuan yang berlaku

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Kepala UPT Puskesmas Blooto
Kota Mojokerto

dr. FARIDA MARIANA
Penata
NIP. 19781104 200501 2 014

**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 22-839/UN3.14/PPd/2013

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**“Pengaruh *Goal-Directed Behavior* (GDB) Terhadap
Regulasi Diri dan Perilaku *Monitoring* Tekanan Darah Penderita Hipertensi”**

Peneliti : DwiHarini Puspitaningsih, S.Kep.Ns.
N I M : 131141059
Program Studi / Fakultas : Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian : UPT Puskesmas Blooto - Mojokerto

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 2 Juli 2013

Komisi Etik Penelitian LPPM Universitas Airlangga



a.n. Ketua
Sekretaris,

Protoning Iswati, SE., M.Si.Ak.
NIP. 19631121 199103 2 001