

ANTISIPASI, RUJUKAN DAN FOKUS PENGATURAN SEBAGAI PREDIKTOR PERILAKU SEHAT

Dharmayati Utoyo Lubis^{*)}, Bagus Takwin, dan Sahat Krisfianus Panggabean

Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

^{*)}E-mail: yatibu@ui.ac.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara prinsip-prinsip pengaturan-diri dan perilaku sehat (*health behavior*) dan bagaimana peran prinsip-prinsip pengaturan-diri dalam peningkatan perilaku sehat. Ada tiga prinsip pengaturan-diri yang diteliti pengaruhnya terhadap perilaku sehat, yaitu antisipasi pengaturan (*regulatory anticipation*), rujukan pengaturan (*regulatory reference*) dan fokus pengaturan (*regulatory focus*). Perilaku sehat dibagi menjadi perilaku promosi kesehatan dan perilaku preventif penyakit. Analisis terhadap data yang diperoleh dari 385 orang warga DKI Jakarta (200 orang laki-laki dan 185 orang perempuan dengan rata-rata usia 32 tahun) dengan menggunakan analisis regresi berganda menunjukkan bahwa ada hubungan antara prinsip-prinsip pengaturan-diri dan perilaku sehat.

Regulatory Anticipation, Regulatory Reference, and Regulatory Focus as Predictors of Health Promotion Behavior

Abstract

The aim of this study was to understand the relation between principles of self-regulation and health behaviors, including which self-regulation principles used. Using three principles of self-regulation which are regulatory anticipation, regulatory reference, and regulatory focus (Higgins, Grant, & Shah, 1999) this study examined the role of those principles on health behavior among people in DKI Jakarta. The health behavior was divided into health promotive behavior and health preventive behavior. This study was conducted to 385 citizens of DKI Jakarta (200 males and 185 females with average age is 32 years old). Data analysis using multiple regressions indicated the role of self-regulation principles on health behaviour.

Keywords: health behavior, regulatory anticipation, regulatory focus, regulatory reference, self-regulation

1. Pendahuluan

Perilaku sehat (*health behavior*), khususnya perilaku promosi kesehatan, belum banyak dilakukan individu di banyak negara termasuk di Indonesia. Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 disebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan salah satu misi pembangunan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Di Indonesia, kecenderungan untuk menangani masalah-masalah kesehatan setelah penyakit muncul dan mengganggu aktivitas hidup sehari-hari masih sangat tinggi. Hal ini mengakibatkan pengeluaran pembiayaan yang tidak efektif dan efisien, sehingga berpotensi menimbulkan masalah biaya kesehatan yang sangat tinggi pula (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Berkaitan dengan perilaku pencegahan munculnya

penyakit, meskipun sudah cukup banyak dilakukan orang, masih tergolong rendah dibandingkan kecenderungan untuk hanya mengobati penyakit. Terlebih lagi, perilaku sehat tergolong jarang ditampilkan orang. Pada akhirnya, kesehatan sebagai kehadiran *well-being* masih belum menjadi bagian dari gaya hidup.

Kesehatan, sebenarnya bukan hanya sekedar ketidakhadiran penyakit. Lebih dari itu, kesehatan berkaitan dengan kehadiran *well-being*. Keadaan yang disertai dengan adanya *well-being* bukan sekedar keadaan normal, melainkan melampaui yang normal, keadaan yang disertai dengan kualitas-kualitas hidup yang baik dan aktivitas-aktivitas produktif (Lalonde, 1981).

Promosi kesehatan merupakan implikasi logis dari definisi kesehatan yang menekankan ciri kehadiran *well-being*. Pengertian *well-being* di sini adalah “keadaan menjadi atau melakukan secara baik dalam hidup” (*the state of being or doing well in life*) (Sousa & Lyubomirsky, 2001). *Well-being* seseorang adalah apa yang baik untuk dirinya, sekaligus merupakan kondisi yang baik, memuaskan dan sejahtera yang dicapainya. Pengobatan atau pencegahan penyakit saja tidak dapat membawa orang untuk mencapai *well-being*. Dengan pengobatan atau pencegahan penyakit, orang dapat terbebas atau terhindar dari penyakit tetapi tidak serta-merta mencapai *well-being*. Orang dapat saja tidak sakit dan sekaligus tidak sejahtera atau tidak bahagia. *Well-being* yang dialami seseorang sekaligus mencakup keadaan tidak sakit dan memiliki kualitas hidup yang baik.

Kebanyakan riset yang menghubungkan psikologi dan kesehatan memandang hubungan psikologi dan kesehatan dalam kerangka ekonomis yaitu intervensi psikologis dalam program-program kesehatan dapat menghemat biaya kesehatan (Ray & Ksir, 2004). Dengan intervensi psikologis, pencegahan terjadinya penyakit dapat dilakukan. Biaya pencegahan lebih murah daripada biaya pengobatan dan dengan demikian biaya kesehatan menjadi lebih rendah. Sebagai contoh Chiles, Lambert, dan Hatch (1999) serta Cumming (1999) menunjukkan pengaruh signifikan dari intervensi psikologis terhadap penurunan biaya kesehatan sampai 20%. Riset terhadap perilaku menyimpang juga menunjukkan bahwa psikologi memberi kontribusi dalam pencegahan penyalahgunaan zat-zat adiktif dan perilaku sosial menyimpang lainnya seperti *child abuse* (Carpenter, 2001; Ray & Ksir, 2004).

Seiring dengan penerapan definisi kesehatan sebagai kehadiran *well-being*, dipahami bahwa pencegahan penyakit saja tidak memadai untuk meningkatkan *well-being*. Pencapaian *well-being* membutuhkan promosi kesehatan yang mencakup di dalamnya program-program fasilitasi pencapaian kondisi yang sejahtera baik secara fisiologis, psikologis, maupun sosial. Dengan dasar itu, promosi kesehatan semestinya menjadi usaha utama dalam pencapaian kesehatan seperti yang didefinisikan WHO. Promosi kesehatan sangat penting, selain untuk menghemat biaya kesehatan, dalam upaya pembiasaan dan pengembangan perilaku sehat (Lalonde, 1981; WHO, 1986). Kesehatan dalam arti kehadiran *well-being* bukan lagi hanya urusan dokter atau pekerja kesehatan, melainkan menjadi urusan setiap orang. Lebih jauh lagi, kesehatan dalam arti itu hanya dapat tercapai jika dan hanya jika setiap orang menjadi pelaku dari perilaku-perilaku yang menghasilkan *well-being* masing-masing. (Harris & Thoresen, 2005; Schwingel, dkk, 2009).

Di tataran individual, perilaku sehat diwakili oleh *well-behavior* (perilaku yang ditampilkan secara baik dan

memberikan hasil yang baik) yang didefinisikan sebagai perilaku yang meningkatkan *well-being*. Sarafino (2007) menyatakan bahwa dalam *well-behavior* tercakup (1) tingkahlaku yang bertujuan mempromosikan dan meningkatkan kesehatan, dan dengan demikian meningkatkan *well-being*; dan (2) tingkahlaku yang bertujuan mencegah terjadinya penyakit.

Jenis pertama dari perilaku sehat disebut perilaku promosi kesehatan. Berolah raga agar kondisi tubuh bugar, makan makanan bergizi agar tubuh kuat, mengerjakan hal-hal yang menyenangkan agar merasa bahagia, dan mencari situasi yang menyenangkan adalah contoh dari perilaku promosi kesehatan.

Jenis kedua dari perilaku sehat disebut perilaku prevensi penyakit. Contoh perilaku ini di antaranya menjaga tubuh agar tidak lelah, menghindari makanan yang dapat menyebabkan penyakit, menghindari hal-hal yang menyakitkan, dan menghindari situasi yang tidak nyaman.

Sebagai bagian dari perilaku sehat, perilaku promosi kesehatan dipahami sebagai serangkaian tindakan yang ditampilkan dalam rangka mencapai *well-being* secara fisik, psikologis, dan sosial. Secara lebih operasional, perilaku sehat adalah tingkahlaku-tingkahlaku yang bertujuan meningkatkan kesehatan individu (Sarafino, 2007).

Perilaku promosi kesehatan dibedakan dari perilaku prevensi penyakit yang didefinisikan sebagai serangkaian tindakan yang ditampilkan untuk mencegah munculnya penyakit (Giummarra, Black, Haralambous & Nankervis, 2004; Sarafino, 2007). Jika perilaku promosi kesehatan digerakkan oleh kecenderungan untuk memperoleh kesehatan yang mengandung juga *well-being*, maka perilaku pencegahan penyakit digerakkan oleh kecenderungan untuk menghindari kesakitan. Keduanya merupakan perilaku sehat tetapi berbeda dalam motif dan fokusnya (Sarafino, 200).

Untuk dapat membiasakan perilaku sehat diperlukan program-program yang memfasilitasi tampilnya perilaku itu (Lalonde, 1981; WHO, 1986). Dalam masyarakat yang warganya cenderung terbiasa melakukan pengobatan atau pencegahan penyakit diperlukan pula program-program yang mengintervensi kebiasaan-kebiasaan perilaku sehat (Lalonde, 1981). Mengingat bahwa kesehatan sebagai hadirnya *well-being* hanya dapat diwujudkan melalui keterlibatan aktif setiap orang dalam mempromosikan kesehatannya, maka peningkatan perilaku sehat sangat diperlukan. Lebih jauh lagi diperlukan kemampuan pengaturan- diri (*self-regulation*) dan pembiasaan praktis pada mereka masing-masing agar dapat menjadikan perilaku sehat sebagai bagian dari gaya hidupnya yang rutin (Kuhl, Kazen & Koole, 2006).

Karoly (1993) mendefinisikan pengaturan-diri) sebagai proses internal atau transaksional yang membuat individu mampu memandu aktivitasnya mengarah pada tujuan mengatasi waktu dan keadaan yang berubah-ubah. Lebih jauh lagi, pengaturan-diri mensyaratkan modulasi pikiran, perasaan, dan perilaku atau perhatian melalui penggunaan mekanisme khusus yang otomatis secara sengaja serta meta-keterampilan yang mendukung. Proses pengaturan-diri diinisiasi ketika seseorang memulai kegiatan rutin dalam usaha mencapai suatu tujuan. Secara operasional, pengaturan-diri adalah proses mengenali, mempertimbangkan, memilih dan menampilkan tingkahlaku dalam rangka mencapai tujuan. Pengaturan diri mencakup prinsip, strategi dan teknik, serta meliputi aspek emosional dan non-emosional dari pengalaman hidup. Pengaturan diri juga mencakup aktivitas *self-monitoring*, *goal setting*, *self-evaluation* (Behncke, 2002), dan *self-efficacy* (Kane, Marks, Zaccaro & Blair, 1996). Individu membangun strategi pengaturan-diri dengan melibatkan aktivitas-aktivitas tersebut.

Tampilnya aktivitas-aktivitas pengaturan-diri itu, termasuk dalam usaha mempromosikan kesehatan didasari oleh tiga prinsip pengaturan-diri, yaitu: antisipasi pengaturan (*regulatory anticipation*), rujukan pengaturan (*regulatory reference*) dan fokus pengaturan (*regulatory focus*) (Higgins, 1997). Ketiga predisposisi itu berperan dalam pengaturan tingkahlaku apa yang dianggap baik untuk ditampilkan dan tingkahlaku apa yang sebaiknya dihindari (Higgins, Grant, dan Shah, 1999; Friedman & Förster 2001).

Antisipasi pengaturan mempengaruhi persepsi tentang masa depan dan bagaimana menyikapi situasi yang akan datang. Antisipasi pengaturan didasari oleh kemampuan orang mengantisipasi apa yang mungkin terjadi di masa depan berdasarkan pengalaman-pengalaman di masa lalunya. Secara umum ada dua jenis antisipasi yaitu (1) antisipasi untuk menghindari kesakitan dan (2) antisipasi memperoleh kenikmatan. Pengaturan-diri yang dilakukan orang secara umum mengandung dua antisipasi ini, yaitu menghindari kesakitan yang diantisipasi dan mendekati kenikmatan yang diantisipasi. Ada orang yang antisipasi pengaturannya didasari oleh antisipasi terhadap kesakitan sehingga ia cenderung melakukan tingkahlaku menghindari dari kesakitan. Di pihak lain, ada orang yang pengaturan antipasinya didasari oleh antisipasi terhadap kenikmatan yang mungkin diperoleh sehingga ia cenderung menampilkan tingkahlaku mendekati hal-hal yang diantisipasi menghasilkan kenikmatan (Higgins, 1997).

Rujukan pengaturan adalah gambaran-gambaran emosional yang dirujuk oleh seseorang dalam kegiatan-kegiatan mengatur dirinya. Variasi gambaran emosional itu terdiri dari muatan emosi yang menyenangkan dan muatan emosi yang menyakitkan. Gambaran-gambaran

itu diperoleh dari pengalaman-pengalaman masa lalu. Jika di masa lalu seseorang lebih banyak mengalami kejadian-kejadian yang menyakitkan, maka besar kemungkinan bahwa ia selalu merujuk kepada situasi yang menyakitkan. Sebaliknya, jika di masa lalu ia banyak mengalami kesenangan, maka besar kemungkinannya ia selalu merujuk kepada situasi yang menyenangkan. Ada dua jenis rujukan pengaturan. Pertama, pengaturan penghindaran hal-hal yang menghambat pencapaian tujuan dengan rujukan keadaan-akhir yang tak diinginkan, disingkat dengan istilah "rujukan pengaturan-diri kepada keadaan akhir yang tak diinginkan". Kedua, pengaturan pendekatan terhadap hal-hal yang mempermudah pencapaian tujuan dengan rujukan keadaan-akhir yang diinginkan atau hal-hal yang menyenangkan yang ingin dicapai. Jenis kedua ini disingkat dengan istilah "rujukan pengaturan-diri kepada hal-hal menyenangkan yang ingin dicapai".

Fokus pengaturan adalah kecenderungan tingkahlaku yang ditampilkan seseorang dalam mengatur dirinya; bisa disebut sebagai strategi penentuan tingkahlaku dalam rangka pencapaian tujuan (Higgins, 1997). Ada dua fokus pengaturan, (1) fokus pengaturan preventif (pencegahan) dan (2) fokus pengaturan promosi.

Fokus pengaturan preventif memiliki ciri-ciri: (i) secara strategis menghindari kesalahan pencapaian keadaan yang ingin dicapai (dan menghindari tingkahlaku yang mendekatkan pada keadaan yang tak diinginkan); (ii) memastikan penolakan yang tepat; (iii) memastikan diri menentang kehendak yang menjauhkan dari pencapaian tujuan dan menghindari kesalahan tindakan.

Fokus pengaturan promosi memiliki ciri-ciri: (i) secara strategis mendekati hal-hal yang mendukung pencapaian keadaan yang diinginkan (dan mendekati tingkahlaku yang tidak sesuai dengan keadaan yang tak diinginkan); (ii) memastikan pencapaian sasaran; dan (iii) memastikan tidak ada kelalaian dan langkah yang terlewat.

Ketiga prinsip itu, meski merupakan predisposisi kepribadian, secara teoritis isinya dapat diubah melalui serangkaian proses perubahan keyakinan, sebaliknya juga ketiga prinsip itu, terutama fokus pengaturan, mempengaruhi kecenderungan perubahan tingkahlaku (Liberian, Idson, Camacho & Higgins 1999). Dengan demikian, pembiasaan perilaku promosi kesehatan dapat dilakukan pula melalui serangkaian program yang memfasilitasi proses-proses perubahan itu. Namun, sejauh ini belum ada studi khusus yang meneliti hubungan antara prinsip-prinsip pengaturan-diri dan kesehatan secara empirik. Oleh karena ini, sebelum memikirkan dan meneliti program apa yang dapat dijalankan untuk mengubah prinsip-prinsip pengaturan-diri dalam rangka pembiasaan perilaku promosi,

diperlukan pemahaman yang didasari oleh pembuktian empiris tentang hubungan antara prinsip-prinsip pengaturan itu dan perilaku promosi kesehatan.

Tingkah laku yang ditampilkan individu terkait erat baik dengan antisipasi terhadap hasil akhir dari perilaku, rujukan terhadap pengalaman masa lalu, dan fokus dari strategi penentuan tingkah laku (Higgins, 1997). Perilaku yang didasari antisipasi terhadap kesakitan akan berbeda dengan perilaku yang diantisipasi kenikmatan. Perilaku yang didasari oleh rujukan pengalaman menyakitkan dan fokus kepada prevensi rasa sakit akan berbeda dengan perilaku yang didasari oleh rujukan pengalaman menyenangkan dan fokus kepada prevensi rasa senang. Dengan premis ini, diturunkan dugaan bahwa ada hubungan antara antisipasi, rujukan dan fokus strategi pengaturan-diri.

Secara konseptual dapat disimpulkan bahwa perilaku promosi kesehatan lebih dipengaruhi oleh antisipasi terhadap kenikmatan, rujukan terhadap pengalaman menyenangkan, dan fokus promosi. Perilaku prevensi penyakit terkait dipengaruhi oleh antisipasi terhadap kesakitan, rujukan kepada pengalaman tak menyenangkan, dan fokus prevensi. Namun, secara empirik kesimpulan ini perlu diuji. Penelitian ini hendak menguji kesimpulan ini.

Pendekatan teoritis dalam riset ini adalah psikologi positif yang berorientasi untuk menghasilkan sebanyak mungkin pemahaman tentang kebahagiaan dengan misinya menghasilkan sebanyak mungkin *well-being* (Seligman, 1998, 2002, 2003). Dengan kerangka orientasi psikologi positif, riset ini diarahkan untuk memahami bagaimana perilaku promosi kesehatan yang menghasilkan *well-being* dapat menjadi bagian dari pola hidup keseharian orang-orang DKI Jakarta.

Riset ini menggunakan asumsi dasar psikologi positif yang menyatakan bahwa setiap orang memiliki potensi-potensi baik yang dapat dikembangkan sendiri. Aktualisasi potensi-potensi itu dapat dilakukan oleh individu dalam rangka pengembangan kualitas hidupnya. Aktualisasi potensi-potensi itu menghasilkan *well-being* yang dalam pemahaman Sokrates, Plato, dan Aristoteles merupakan tujuan hidup manusia. Dalam kaitannya dengan kesehatan yang diartikan sebagai kehadiran *well-being*, asumsi dasar ini menjadi sangat relevan dan memberikan dasar yang kuat bagi riset-riset tentang perilaku sehat. Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah: 1) Antisipasi pengaturan-diri, rujukan pengaturan-diri dan fokus pengaturan-diri secara bersama-sama berperan sebagai prediktor perilaku promosi kesehatan. 2) Antisipasi pengaturan-diri terhadap adanya kenikmatan, rujukan pengaturan-diri kepada pengalaman menyenangkan dan fokus pengaturan-diri promosi masing-masing memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perilaku promosi

kesehatan. 3) Antisipasi pengaturan-diri terhadap adanya kesakitan, rujukan pengaturan-diri kepada pengalaman menyakitkan dan fokus pengaturan-diri prevensi masing-masing memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perilaku prevensi penyakit.

Populasi penelitian ini adalah masyarakat DKI Jakarta dengan pertimbangan bahwa masyarakat DKI Jakarta merupakan masyarakat yang kompleks, multi-etnis, dan wilayah yang ditempatinya merupakan wilayah yang sangat padat sehingga masalah-masalah kesehatan sangat sering muncul di sana. Berdasarkan hasil penelitian Panggabean (2007) serta Takwin *et al.* (2008) ditemukan bahwa warga DKI Jakarta tergolong agak puas dengan kehidupannya. Namun jika dibandingkan dengan rata-rata kepuasan hidup orang sedunia yang tergolong puas, kepuasan hidup orang DKI Jakarta tergolong rendah. Dengan demikian, persoalan kesehatan merupakan hal yang sangat relevan dikaji dalam masyarakat DKI Jakarta.

Fokus riset ini adalah perilaku sehat pada warga DKI Jakarta. Di sini perilaku promosi kesehatan dipahami sebagai sekumpulan tindakan yang ditampilkan seseorang dalam rangka meningkatkan *well-being*-nya. Pengaruh prinsip-prinsip pengaturan yang terdiri dari antisipasi pengaturan, rujukan pengaturan, dan fokus pengaturan dipahami sebagai predisposisi dari perilaku promosi sehat.

2. Metode Penelitian

Riset ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian survei menggunakan kuesioner. Jika dilihat dari tujuannya, penelitian ini termasuk pada penelitian uji hipotesis.

Partisipan. Partisipan penelitian ini adalah individu dewasa dengan usia minimal 17 tahun dan maksimal 60 tahun, dengan rata-rata usia 32 tahun, yang berdomisili di wilayah DKI Jakarta dan ditandai dengan kepemilikan KTP. Usia dewasa diambil karena kemampuan pengaturan-diri dianggap baru dapat dilakukan oleh orang dewasa.

Jumlah partisipan yang pada penelitian ini berjumlah 385 orang yang tersebar di lima wilayah DKI Jakarta (Jakarta Pusat, Jakarta Timur, Jakarta Barat, Jakarta Utara dan Jakarta Selatan). Jumlah partisipan dari setiap wilayah tersebut disesuaikan dengan karakteristik demografis setiap wilayah. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *nonprobability sampling*, khususnya *quota sampling*.

Instrumen Penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam riset ini adalah wawancara terstruktur berdasarkan kuesioner untuk memperoleh data kuantitatif tentang gejala yang digali. Alat ukur yang

digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner *self-report*.

Alat ukur yang digunakan terdiri dari alat ukur antisipasi, rujukan, dan fokus pengaturan-diri yang diadaptasi dari *Regulatory Focus Scale* (Higgins, 1997; Higgins, Grant, & Shah, 1999) serta Kuesioner perilaku sehat yang terdiri dari perilaku promosi kesehatan dan perilaku pencegahan penyakit yang dikonstruksi berdasarkan jenis-jenis perilaku sehat.

Alat ukur antisipasi, rujukan, dan fokus pengaturan-diri yang digunakan terdiri dari 11 item menggunakan skala 1 sampai 5. Alat ini memiliki indeks reliabilitas alpha Cronbach sebesar 0,298 untuk dimensi perilaku promosi kesehatan dan 0,531 untuk dimensi perilaku pencegahan penyakit. Berikut ini contoh item pada alat ukur antisipasi, rujukan, dan fokus pengaturan-diri: (1) Dibandingkan dengan kebanyakan orang, apakah Anda termasuk orang yang tidak bisa mendapatkan apa yang Anda inginkan dalam hidup? (2) Seberapa sering Anda mematuhi aturan-aturan yang dibuat oleh orang tua Anda? (3) Ketika mencoba mengerjakan hal-hal yang berbeda, apakah Anda sering berhasil?

Responden diminta menjawab pertanyaan-pertanyaan ini dengan memilih salah satu angka dalam skala yang berkisar dari 1 ("Tidak Pernah") hingga 5 ("Sangat Sering").

Kuesioner perilaku promosi kesehatan-pencegahan penyakit terdiri dari 10 item dengan skala 1 sampai 6, dan memiliki indeks reliabilitas alpha Cronbach 0,531. Contoh itemnya adalah: (1) Saya tidak merokok, (2) Saya tidak minum alkohol atau sangat membatasi diri mengkonsumsinya, (3) Saya tidak pernah menggunakan telepon sambil mengemudi kendaraan.

3. Hasil dan Pembahasan

Analisis data dari pengaruh variabel antisipasi, rujukan, dan fokus pengaturan-diri terhadap perilaku promosi kesehatan maupun pencegahan penyakit dilakukan dengan perhitungan analisis regresi berganda.

Hasil perhitungan menunjukkan adanya hubungan antisipasi, rujukan dan fokus pengaturan dengan perilaku promosi kesehatan ($R^2 = 0,166$, $F = 6,17$ p. 0,000). Dari hasil perhitungan ini dapat disimpulkan bahwa antisipasi, rujukan dan fokus pengaturan-diri secara bersama-sama merupakan prediktor dari perilaku promosi kesehatan. Hasil ini mendukung hipotesis 1 penelitian ini.

Dari persamaan regresi yang diperoleh diketahui bahwa perilaku promosi kesehatan mendapat pengaruh dari antisipasi pengaturan-diri ($\beta = 0,498$), rujukan pengaturan-diri ($\beta = 0,128$), dan fokus pengaturan

promosi ($\beta = 0,2416$). Dengan demikian hipotesis 2 penelitian ini pun didukung oleh hasil penelitian.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa perilaku pencegahan penyakit hanya dipengaruhi oleh antisipasi pengaturan ($\beta = 0,370$). Dengan demikian, hasil ini tidak mendukung hipotesis 3. Rujukan pengaturan-diri kepada pengalaman menyakitkan dan fokus pengaturan-diri pencegahan tidak meningkatkan perilaku pencegahan penyakit. Tetapi ditemukan fokus pengaturan-diri pencegahan berhubungan negatif dengan perilaku promosi kesehatan.

Berdasarkan hasil di atas, dapat dipahami bahwa pada orang-orang yang menjadi responden riset ini ditemukan adanya hubungan antara antisipasi pengaturan-diri terhadap adanya kenikmatan dan perilaku yang mempromosikan kesehatan. Mereka yang pengaturan dirinya diarahkan oleh antisipasi terhadap adanya kenikmatan atau keberhasilan di masa depan akan lebih terdorong untuk menampilkan perilaku yang mempromosikan kesehatan, artinya mereka lebih cenderung menampilkan perilaku yang semakin meningkatkan kesehatan.

Berdasarkan analisis regresi diketahui ada hubungan antara rujukan pengaturan-diri kepada pengalaman menyenangkan yang ingin dicapai (pencapaian tujuan) dan perilaku promosi kesehatan. Responden yang pengaturan dirinya merujuk kepada pengalaman menyenangkan atau berhasil akan cenderung menampilkan perilaku yang mempromosikan kesehatan, artinya mereka lebih cenderung menampilkan perilaku yang semakin meningkatkan kesehatan.

Dalam penelitian ini ditemukan juga adanya hubungan antara fokus pengaturan-diri promosi dan perilaku promosi kesehatan. Pengaturan-diri yang strateginya berfokus pada promosi aktivitas pencapaian kenikmatan cenderung mengarahkan responden untuk menampilkan perilaku yang meningkatkan kesehatan. Dengan kata lain, pengaturan-diri dengan fokus promosi kesehatan sejalan dengan perilaku yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan.

Hasil penelitian ini mendukung Higgins (1997) bahwa dalam mengatur dirinya orang menggunakan prinsip antisipasi, rujukan kepada pengalaman masa lalu, dan fokus strategi pengaturan diri dan tingkah laku yang ditampilkan dapat diramalkan oleh prinsip-prinsip ini. Hasil analisis regresi terhadap data penelitian ini menunjukkan bahwa antisipasi, rujukan dan fokus pengaturan merupakan prediktor dari perilaku promosi kesehatan. Namun menurut hasil penelitian ini hanya prinsip antisipasi pengaturan-diri yang dapat meramalkan perilaku pencegahan penyakit.

Penelitian ini menunjukkan bahwa rujukan pengaturan dan fokus strategi pengaturan bukan merupakan prediktor dari perilaku prevensi penyakit. Hal ini sejalan dengan penelitian Higgins, Shah dan Friedman (1997) yang menemukan bahwa jenis perilaku tertentu lebih dipengaruhi oleh rujukan dan fokus strategi pengaturan tertentu daripada jenis perilaku lain. Mereka menemukan bahwa orang dengan fokus strategi promosi lebih rentan terhadap emosi terkait patah hati dan kehilangan harapan, seperti kesedihan dan kegembiraan. Mereka lebih tergugah untuk menampilkan perilaku yang membawa kepada peroleh kenikmatan sehingga cenderung mengabaikan kemungkinan gagal. Akibatnya orang-orang dengan fokus strategi pengaturan ini lebih sering mengalami kegagalan, patah hati dan kehilangan harapan. Mereka lebih banyak digerakkan oleh harapan dan keinginan untuk memperoleh kesenangan sehingga lebih terdorong untuk mencoba perilaku baru.

Di sisi lain, orang dengan strategi prevensi lebih sensitif terhadap emosi terkait agitasi, seperti ketakutan dan ketenangan. Mereka cenderung memilih tidak melakukan apa-apa dari menampilkan perilaku yang berisiko membawa mereka kepada situasi menyakitkan atau tidak menyenangkan. Dari temuan mereka dapat diturunkan implikasi logis bahwa orang dengan rujukan dan fokus strategi promosi lebih tergugah untuk menampilkan perilaku promosi kesehatan. Individu dengan rujukan dan fokus strategi prevensi lebih cenderung berhati-hati untuk menampilkan perilaku prevensi penyakit, bahkan cenderung lebih memilih untuk tidak menampilkan perilaku untuk menghindari risiko salah bertindak. Dalam keadaan yang tidak secara langsung membahayakan dirinya, orang seperti ini lebih memilih beradaan dalam *status quo* agar memperoleh ketenangan. Mereka akan tergugah oleh stimulus emosional atau ancaman langsung yang membuat mereka mempersepsi bahwa bahaya sudah dekat.

Dalam kaitannya dengan kampanye untuk promosi kesehatan, hasil penelitian ini sejalan dengan Adams, Faseur, dan Geuens (2009) yang mengkaji hubungan antara strategi fokus pengaturan dan pesan yang dimuat dalam kampanye kesehatan. Orang dengan fokus promosi cenderung lebih terdorong oleh iklan promosi kesehatan untuk menampilkan perilaku yang mempromosikan kesehatan seperti minum vitamin, makan makanan sehat dan meningkatkan kebugaran agar dapat memperoleh perasaan yang menyenangkan. Sedangkan orang dengan fokus prevensi cenderung lebih tidak terpengaruh iklan, baik yang mengandung pesan promosi kesehatan maupun prevensi penyakit. Mereka lebih hati-hati dalam bertindak dan tidak mau ambil risiko mengikuti petunjuk atau bujukan untuk menampilkan perilaku tertentu, termasuk perilaku prevensi penyakit.

4. Simpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku promosi kesehatan dapat diprediksi oleh antisipasi, rujukan dan fokus pengaturan-diri. Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara prinsip-prinsip pengaturan-diri terhadap perilaku promosi kesehatan. Prinsip-prinsip pengaturan-diri merupakan prediktor dari perilaku promosi kesehatan tetapi tidak dapat memprediksi perilaku prevensi penyakit.

Hasil penelitian ini memperkuat temuan Higgins, Shah dan Friedman (1997) mengenai jenis perilaku tertentu lebih dipengaruhi oleh rujukan dan fokus strategi pengaturan tertentu daripada jenis perilaku lain. Orang-orang dengan rujukan dan fokus strategi pengaturan promosi lebih digerakkan oleh harapan dan dorongan untuk memperoleh kenikmatan. Akibatnya mereka lebih sering mengalami kegagalan, patah hati dan kehilangan harapan. Adapun orang dengan strategi prevensi lebih digerakkan oleh dorongan menghindari ketakutan dan memperoleh ketenangan. Mereka cenderung memilih tidak melakukan apa-apa dari menampilkan perilaku yang berisiko membawa mereka kepada situasi menyakitkan atau tidak menyenangkan. Mereka cenderung berhati-hati untuk menampilkan perilaku prevensi penyakit, bahkan cenderung lebih memilih untuk tidak menampilkan perilaku untuk menghindari risiko salah bertindak. Mereka akan tergugah oleh stimulus emosional atau ancaman langsung yang membuat mereka mempersepsi bahwa bahaya sudah dekat.

Studi lebih lanjut yang perlu dilakukan adalah melihat pengaruh prinsip-prinsip pengaturan terhadap beragam jenis perilaku kesehatan dengan valensi emosi yang bervariasi untuk membuktikan secara lebih rinci seberapa besar harapan, stimulus emosional dan ancaman mempengaruhi perilaku sehat. Riset lanjutan itu akan dapat membuktikan apakah penjelasan Higgins, Shah dan Friedman (1997) secara empirik berlaku dalam menjelaskan pengaruh prinsip-prinsip pengaturan-diri terhadap perilaku promosi kesehatan dan perilaku pencegahan penyakit.

Daftar Acuan

- Adams, L., Faseur, T., dan Geuens, M. (2009). The Influence of Self-Regulatory Focus in the Effectiveness of Emotional Health Campaigns: It Is a Matter of Context Too. *Advances in Consumer Research*, 36, 662-663.
- Behncke, L. (2002). Self-Regulation: A Brief Review. *The Online Journal of Sport Psychology*, 4(1).
- Carpenter, S. (2001). Curriculum overhaul gives behavioral medicine a higher profile. *Monitor on Psychology*, 32, 78-79.

- Chiles, J.A., Lambert, M.J., & Hatch, A.L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 204-220.
- Cummings, S.M. (1999). Adequacy of discharge plans and rehospitalization among hospitalized dementia patients. *Health and Social Work*, 24(4), 249-259.
- Friedman, R.S., & Förster J. (2001). The Effects of Promotion and Prevention Cues on Creativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, December, 81(6), 1001-1013.
- Giummarra, M., Black, K., Haralambous, B., & Nankervis, J. (2004). *Literature Review: Achieving health promoting behaviour change among older people*. Report to the Department of Human Services (Victoria). Melbourne.
- Harris, A.H.S., & Thoresen, C.E. (2005). Forgiveness, unforgiveness, health, and disease. In E.L. Worthington, Jr. (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 321-333). New York: Brunner-Routledge.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond Pleasure and Pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280-1300.
- Higgins, E.T., Shah, J., & Friedman, R. (1997). Emotional responses to goal attainment: Strength of regulatory focus as moderator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(3), 515-25.
- Higgins, E.T., Grant, H., & Shah, J. (1999). Self-regulation and quality of life: Emotional and non-emotional life experiences. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 244-266). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Kane, T.D., Marks, M.A., Zaccaro, S.J., & Blair, V. (1996). Self-efficacy, personal goals, and wrestlers' self-regulation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 36-48.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Kementrian Kesehatan RI. (2010). *Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kuhl, J., Kazén, M., & Koole, S.L. (2006). Putting self-regulation theory into practice: A user's manual. *Applied Psychology*, 55, 408-418.
- Lalonde M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Liberman, N., Idson, L.C., Camacho, C.J., & Higgins, E.T. (1999). Promotion and Prevention Choices Between Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1135-1145.
- Panggabean, S.K. (2007). *Gambaran Subjective Well-Being Warga DKI Jakarta*. Skripsi Sarjana, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Depok.
- Ray, O. & Ksir, C. (2004). *Drugs, society, and human behavior* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sarafino, E.P. (2007). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (6th ed.). New Jersey: John & Wiley Sons.
- Schwingel A, et al. (2009). Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age and Ageing* 38(5), 531-537.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (2nd Ed.). New York: Pocket Books.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. (2003). Foreword: The Past and Future of Positive Psychology. In C. L. M. Keyes and J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived* (pp. xi-xx). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sousa, L., & Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (Vol. 2, pp. 667-676). San Diego, CA: Academic Press.
- Takwin, B. et al. (2008). *Peranan self-management dalam peningkatan subjective well-being warga DKI Jakarta*. Laporan Penelitian, Riset Unggulan Universitas Indonesia (RUUI). Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Universitas Indonesia. Depok: Universitas Indonesia.
- Thorn, B., & Saab, P. (2001). Notes from the APA council of representatives (CoR) meeting. *Health Psychologist*, 23, 5-8.

World Health Organisation (1948) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/>.

World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Paper was presented on International Conference of Health Promotion, Ottawa, Canada.