

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perilaku Pencegahan

1. Perilaku Pencegahan

a. Tingkat Pencegahan

Berdasarkan Levell dan Clark tingkatan pencegahan dalam keperawatan komunitas dapat digunakan pada tahap sebelum terjadinya suatu penyakit (*Prepathogenesis Phase*) dan pada tahap *Pathogenesis Phase*.

(1) *Prepathogenesis Phase*

Pada tahapan ini yang dapat digunakan melalui kegiatan *primary prevention* atau pencegahan primer. Pencegahan primer ini dapat dilakukan selama fase *pre pathogenesis* terjadinya penyakit atau masalah kesehatan. Pencegahan dalam arti sebenarnya yaitu, terjadinya sebelum sakit atau ketidakfungsian dan di aplikasikan ke dalam populasi sehat pada umumnya. Pencegahan primer merupakan suatu usaha agar masyarakat yang berada dalam *stage of optimum health* tidak jatuh kedalam *stage* yang lain dan yang lebih buruk. Pencegahan primer ini melibatkan tindakan yang diambil sebelum terjadinya masalah kesehatan dan mencakup aspek promosi kesehatan dan perlindungan. Dalam aspek promosi kesehatan, pencegahan primer berfokus pada peningkatan kesehatan secara keseluruhan dari mulai individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. perlindungan kesehatan ini ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan yang spesifik. Misalnya, imunisasi adalah ukuran pelindung untuk penyakit menular tertentu. Aspek perlindungan kesehatan dari pencegahan primer ini juga dapat melibatkan, mengurangi atau menghilangkan faktor risiko sebagai cara untuk mencegah

penyakit. *Primary prevention* dilakukan dengan dua kelompok kegiatan yaitu :

(a) *Health Promotion* atau peningkatan kesehatan

Peningkatan status kesehatan masyarakat, dengan melalui beberapa kegiatan, sebagai berikut:

1. Pendidikan kesehatan atau *health education*
2. Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti:
penyuluhan tentang masalah gizi
3. Pengamatan tumbuh kembang anak atau *growth and development monitoring*
4. Pengadaan rumah yang sehat
5. Pengendalian lingkungan masyarakat
6. Program P2M (pemberantasan penyakit tidak menular)
7. Simulasi dini dalam kesehatan keluarga dan asuhan pada anak atau balita penyuluhan tentang pencegahan penyakit

(b) *General and spesific protection* (perlindungan umum dan khusus)

Merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus dan umum terhadap seseorang atau masyarakat, antara lain :

1. Imunisasi untuk balita
2. Hygiene perseorangan
3. Perlindungan diri dari terjadinya kecelakaan
4. Perlindungan diri dari lingkungan kesehatan dalam kerja
5. Perlindungan diri dari *carcinogen*, *toxic* dan alergen

(2) *Pathogenesis phase*

Pada tahap pathogenesis ini dapat dilakukan dengan dua kegiatan pencegahan yaitu :

(a) *Sekodary prevention* (pencegahan sekunder)

Yaitu pencegahan terhadap masyarakat yang masih atau sedang sakit, dengan dua kelompok kegiatan:

1. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis awal dan pengobatan segera atau adekuat), antara lain melalui: pemeriksaan kasus dini (*early case finding*), pemeriksaan umum lengkap (*general check up*), pemeriksaan missal (*mass screening*), survey terhadap kontak, sekolah dan rumah (*contacts survey, school survey, household survey*), kasus (*case holding*), pengobatan adekuat (*adekuat tretment*)

2. *Disability limitation* (pambatasan kecacatan)

Penyempurnaan dan intensifikasi terhadap terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain.

Pada pencegahan level ini menekankan pada upaya penemuan kasus secara dini atau awal dan pengobatan tepat atau “*early diagnosis and prompt treatment*”. Pencegahan sekunder ini dilakukan mulai saat fase patogenesis (masa inkubasi) yang dimulai saat bibit penyakit masuk kedalam tubuh manusia sampai saat timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan. Diagnosis dini dan intervensi yang tepat untuk menghambat prosespatologik (proses perjalanan penyakit) sehingga akan dapat memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan atau keseriusan penyakit.

(b) *Tertiary prevention* (pencegahan tersier)

Yaitu usaha pencegahan terhadap masyarakat yang setelah sembuh dari sakit serta mengalami kecacatan antara lain :

- (a) Pendidikan kesehatan lanjutan
- (b) Terapi kerja (*work therapy*)
- (c) Perkampungan rehabilitasi sosial
- (d) Penyadaran terhadap masyarakat
- (e) Lembaga rehabilitasi dan partisipasi masyarakat

Upaya pencegahan tersier dimulai pada saat cacat atau ketidakmampuan terjadi penyembuhan sampai stabil/ menetap atau tidak dapat diperbaiki (*irreversible*). Dalam pencegahan ini dapat dilaksanakan melalui program rehabilitasi untuk mengurangi ketidakmampuan dan meningkatkan efisiensi hidup penderita. Kegiatan rehabilitasi ini meliputi aspek medis dan sosial. Pencegahan tersier dilaksanakan pada fase lanjut proses patogenesis suatu penyakit atau gangguan pada kesehatan. Penerapannya pada upaya pelayanan kesehatan masyarakat melalui program PHN (*Public Health Nursing*) yaitu merawat penderita penyakit kronis di luar pusat-pusat pelayanan kesehatan yaitu di rumahnya sendiri.

Perawatan penderita pada stadium terminal (pasien yang tidak mampu diatasi penyakitnya) jarang dikategorikan sebagai pencegahan tersier tetapi bersifat paliatif, prinsip upaya pencegahan adalah mencegah agar individu atau kelompok masyarakat tidak jatuh sakit, diringankan gejala penyakitnya atau akibat komplikasi sakitnya, dan ditingkatkan fungsi tubuh penderita setelah perawatan dilakukan. Rehabilitasi sebagai tujuan pencegahan tersier lebih dari upaya untuk menghambat proses penyakitnya sendiri yaitu mengembalikan individu kepada tingkat yang optimal dari ketidakmampuannya. Jadi pencegahan pada tahap pathogenesis ini

dimaksudkan untuk memperbaiki keadaan masyarakat yang sudah jatuh pada tahap sakit ringan, sakit, dan sakit berat agar dapat mungkin kembali ke tahap sehat optimum.

2. Pengertian perilaku

Berdasarkan *Ensiklopedia Amerika*, perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya, hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Dengan demikian, maka suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu (Notoatmodjo S. , 2010)

Perilaku dilihat dari sudut pandang biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Pandangan behavioristik mengatakan bahwa perilaku sebagai respon terhadap stimulus, akan sangat ditentukan oleh keadaan stimulusnya, dan individu atau organisme seakan-akan tidak mempunyai kemampuan untuk menentukan perilakunya. Pandangan kognitif mengenai perilaku, yaitu bahwa perilaku individu merupakan respon dari stimulus, namun dalam diri individu itu ada kemampuan untuk menentukan perilaku yang diambilnya (Suryani, E dan Widayasih, H, 2008).

Intervensi terhadap faktor perilaku ini secara garis besar dapat dilakukan melalui dua upaya, yang saling bertentangan, dan masing-masing upaya tersebut ada kelebihan dan kekurangannya. Kedua upaya tersebut melalui :

a. Tekanan (*enforcement*)

Tekanan yaitu upaya agar masyarakat merubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Upaya *enforcemen* ini bisa dalam bentuk undang-undang atau peraturan-peraturan, instruksi, tekanan, sanksi dan sebagainya. Pendekatan atau cara inibiasanya akan berdampak

terhadap perubahan perilaku lebih cepat. Tetapi pada umumnya perubahan atau perilaku baru ini tidak lama (*sustainable*) karena perubahan perilaku yang dihasilkandengan cara ini tidak didasari oleh pengertian dan kesadaran yang tinggi terhadap tujuan atau untuk apa perilaku tersebut akan dilaksanakan.

b. Edukasi (*education*)

Edukasi yaitu upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Memang dengan cara ini akan berdampak terhadap perubahan perilaku masyarakat akan berlangsung lama (*long lasting*), dibandingkan dengan cara koersi. Namun demikian apabila perilaku tersebut berhasil diadopsi masyarakat, maka akan langgeng bahkan selama hidup dapat dilakukan. (Notoatmodjo, 2012)

3. Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap perangsangan (stimulus) dari luarsubjek tersebut. Menurut Notoatmodjo (2012) respon ini berbentuk dua macam yaitu:

- a. Bentuk pasif, yaitu respon internal yang dapat terjadi di dalam diri manusia sendiri dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Dalam hal ini perilaku masih terselubung atau *covert behavior*.
- b. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu sendiri jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan yang nyata atau *overt behavior*.

4. Cakupan Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2012) perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus

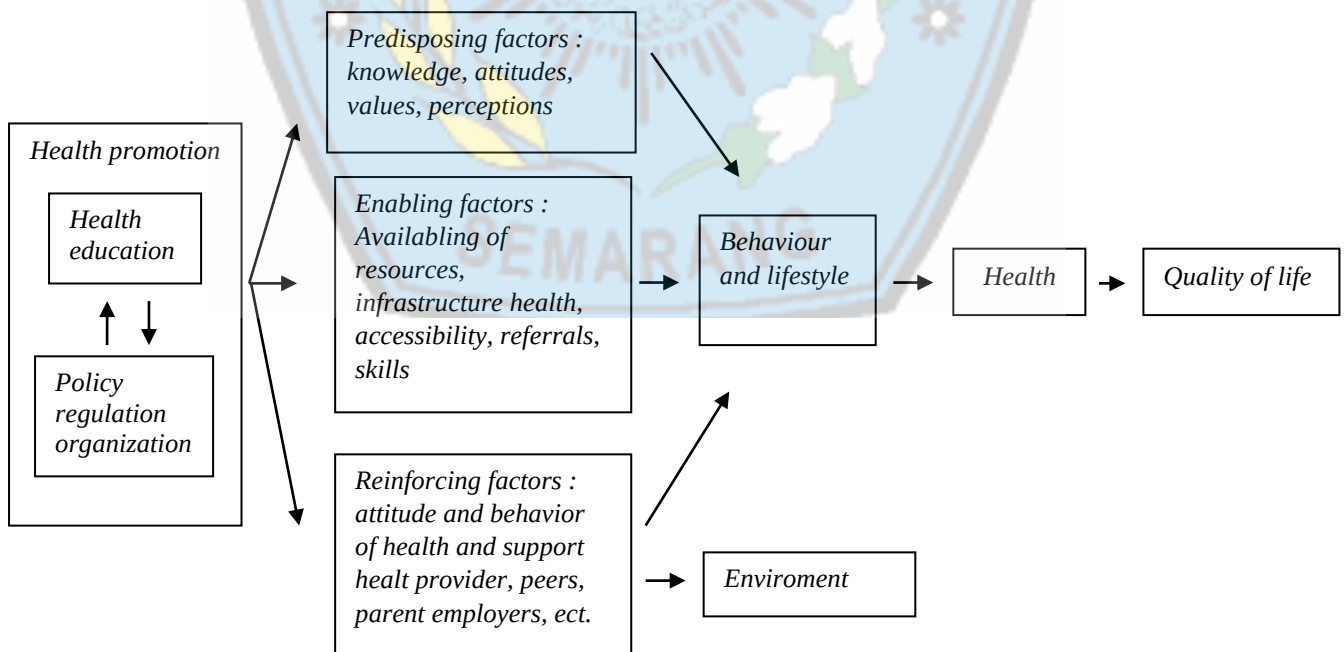
yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan sekitar. Adapun perilaku kesehatan yang mencakup :

- a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit. Perilaku ini sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yaitu:
 - 1) Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga teratur dan sebagainya.
 - 2) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon seseorang untuk melakukan pencegahan penyakit. Misalnya: tidak minum kopi, tidak minum minuman yang beralkohol, tidak makan berlemak, menghentikan kebiasaan untuk merokok dan sebagainya.
 - 3) Perilaku sehubungan dengan pencarian bantuan pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku yang dilakukan untuk mencari pengobatan. Misalnya: usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantri, dokter praktek dan sebagainya), maupun ke fasilitas kesehatan tradisional (dukun, sinthe, dan sebagainya).
 - 4) Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha untuk pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit. Misalnya melakukan diet (rendah lemak, rendah garam), mematuhi anjuran-anjuran dokter dalam rangka untuk pemulihan kesehatannya.
- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang kepada sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern ataupun tradisional.

- c. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), yaitu respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan.
 - d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respon seseorang terhadap lingkungan sekitar sebagai determinan kesehatan manusia.
5. Perubahan perilaku

Teori L.Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan suatu kegiatan untuk merencanakan kesehatannya, atau mengembangkan suatu model pendekatan yang dapat digunakan untuk membuat perencanaan kesehatan.

Bagan 2.1 The Precede-Proceed For Model Promotion Planning and Evaluating



Sumber: Health Education Planning A Diagnostic Approach Lawrence W. Green

(2000)

Adapun penjelasan dari tiap fase dalam kerangka *precede procede theory* adalah sebagai berikut :

a. Fase 1 (diagnosa sosial)

Adalah penentuan persepsi masyarakat terhadap kualitas hidupnya melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Bisa juga diartikan sebagai penilaian baik objektif maupun subjektif tentang masalah dengan prioritas tinggi yang untuk suatu populasi dilihat dari sudut ekonomi, pekerjaan, pengangguran, pelanggaran hukum, kebahagiaan, gangguan terhadap warga (kenyamanan) dan sebagainya dilihat dari sudut kualitas hidup. Hubungan sehat dengan kualitas hidup merupakan hubungan sebab akibat. Input (pendidikan kesehatan, kebijakan, regulasi dan organisasi) menyebabkan perubahan *outcome* (kualitas hidup). Fase ini, membantu komunitas menilai kualitas hidupnya tidak hanya pada kesehatan. Adapun untuk melakukan diagnosa sosial dilaksanakan dengan mengidentifikasi masalah kesehatan melalui : *review literature* (hasil-hasil penelitian), maupun dari data (misal BPS, mass media).

b. Fase 2 (diagnosa epidemiologi)

Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, baik langsung maupun tidak langsung. Yaitu penelusuran masalah-masalah kesehatan yang dapat penyebab dari diagnosa sosial yang telah diprioritaskan. Ini perlu dilihat data kesehatan yang ada dimasyarakat berdasarkan indikator kesehatan yang bersifat negatif (misal : angka kematian, kesakitan, dan sebagainya) dan yang bersifat positif (misal angka harapan hidup, cakupan air bersih, cakupan rumah sehat).

Untuk menentukan prioritas masalah kesehatan, dilakukan dengan beberapa tahap, diantaranya :

- 1) Masalah yang mempunyai dampak terbesar pada kematian, kesakitan, lama hari kehilangan kerja, biaya rehabilitasi, dan lain-lain.
- 2) Apakah kelompok ibu dan anak-anak yang mempunyai resiko.
- 3) Masalah kesehatan yang paling rentan untuk intervensi.
- 4) Masalah yang merupakan daya ungkit tinggi dalam meningkatkan status kesehatan, *economic savings*.
- 5) Masalah yang belum pernah diintervensi.
- 6) Apakah merupakan prioritas daerah/ nasional.

Sedangkan untuk mengembangkan tujuan kesehatan dengan memperhatikan : *who*, siapa yang akan menerima program (kepada siapa program difokuskan); *what*, apa manfaat kesehatan yang akan diterima; *by when*, kapan diterima atau berapa lama program akan berjalan.

c. Fase 3 (diagnosa perilaku dan lingkungan)

Pada fase ini terdiri dari 5 tahap antara lain :

- 1) Memisahkan penyebab perilaku dan non perilaku dari masalah kesehatan.
- 2) Pengembangan daftar perilaku

Setelah disusun faktor-faktor perilaku dan non perilaku, daftar faktor perilaku harus disaring, prosedurnya ada dua macam:

- a) *Preventive behaviours (primary, secondary, tertiary)/* perilaku pencegahan.
- b) *Treatment behaviours/* perilaku pengobatan.

3) Penyusunan peringkat perilaku menurut tingkat pentingnya

- a. Frekuensi terjadinya perilaku.
- b. Terlibat hubungan yang nyata dengan masalah kesehatan .
Perilaku juga dapat dianggap penting jika suatu kasus teoritis yang kuat dapat dibuat hubungan kausalnya dengan masalah kesehatan.

4) Melihat *changeability*/ daya perubahan perilaku

Perilaku mempunyai daya berubah yang tinggi bila :

- a. Masih dalam tahap perkembangan
- b. Hanya terikat secara dangkal terhadap gaya hidup
- c. Berhasil dirubah dalam program lain

Perilaku mempunyai daya berubah yang rendah bila :

- a. Telah ada sejak lama
- b. Berakar kuat pada pola budaya atau gaya hidup
- c. Belum berubah pada usaha terdahulu

5) Memilih target perilaku

Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan digunakan indikator perilaku seperti : pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilisasi*), upaya pencegahan (*preventoive action*), pola konsumsi makanan (*consumtion pattern*), kepatuhan (*compliance*), upaya pemeliharaan sendiri (*self-care*).

Untuk mendiagnosa lingkungan diperlukan lima tahap yaitu : membedakan penyebab perilaku dan non perilaku, menghilangkan penyebab non perilaku yang tidak bisa diubah, melihat *importance* faktor lingkungan, melihat *changeability* faktor lingkungan, memilih target lingkungan.

d. Fase 4 (diagnosa pendidikan dan organisasi)

Mengidentifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan yang status kesehatan/ kualitas hidup dengan memperhatikan faktor-

faktor penyebabnya. Mengidentifikasi faktor-faktor yang harus dirubah untuk kelangsungan perubahan perilaku dan lingkungan. Merupakan target antara atau tujuan dari program. Ada 3 kelompok masalah yang berpengaruh terhadap perilaku yaitu :

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) : pengetahuan, pendidikan, pekerjaan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai dan lain-lain.
 - 2) Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) : lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan dan lain-lain.
 - 3) Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) : dukungan suami dan dukungan keluarga, perilaku/ dukungan petugas kesehatan.
- e. Fase 5 (diagnosa administrasi dan kebijakan)

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan kejadian-kejadian dalam organisasi yang mendukung atau menghambat perkembangan promosi kesehatan.

Administrative diagnosis dilakukan untuk memperkirakan atau menilai *resource/* sumber daya yang dibutuhkan program, menilai *resources* yang ada di dalam organisasi atau masyarakat, mengidentifikasi faktor penghambat dalam mengimplementasi program.

Ada beberapa tahapan dalam *administrative diagnose* sebagai berikut :

- 1) Step 1, menilai kebutuhan sumber daya (*time, personnel, budget*)
- 2) Step 2, menilai ketersediaan sumber daya (*personnel, budgetary constraints* (keterbatasan budget))
- 3) Step 3, menilai penghambat implementasi
Staff commitment and attitude, goal conflict, rate of change, family.

Untuk tahapan evaluasi adalah kegiatan membandingkan tujuan standart object of interest, yakni dengan memperhatikan :

- 1) Mengukur *quality of life*
- 2) Indikator status kesehatan
- 3) Faktor perilaku dan lingkungan
- 4) Faktor *predisposing, enabling* dan *reinforcing*
- 5) Aktivitas intervensi
- 6) Perubahan kebijakan, regulasi atau organisasi
- 7) Tingkat keahlian staff
- 8) Kualitas penampilan dan pendidikan

Adapun tingkat evaluasi meliputi 3 hal yaitu :

- 1) Evaluasi proses
Evaluasi dari program promosi kesehatan yang dilaksanakan.
- 2) Evaluasi *impact*
Menilai efek langsung dari program pada target perilaku (*predisposing, enabling, reinforcing factors*) dan lingkungan.
- 3) Evaluasi outcome
Evaluasi terhadap masalah pokok yang pada proses awal perencanaan yang akan diperbaiki status kesehatan dan *quality of life*.

6. Faktor yang mempengaruhi kesehatan

Menurut Lawrence W. Green terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), faktor penguat (*reinforcing factors*).

Faktor *predisposing* adalah faktor perilaku yang dapat memberikan alasan atau motivasi bagi perilaku. Sertakan adalah pengetahuan, sikap, keyakinan, dan nilai-nilai. faktor pemungkinan adalah faktor perilaku yang memungkinkan untuk memotivasi atau aspirasi agar dapat direalisasikan. Termasuk keterampilan pribadi dan sumber daya

serta sumber daya masyarakat. Faktor penguat yaitu faktor berikutnya untuk perilaku yang memberikan *reward* terus, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berkontribusi secara lama atau hanya sementara. Termasuk manfaat sosial serta fisik dan nyata serta perwakilan imbalan.

Perilaku kesehatan yang diberikan dapat dilihat sebagai fungsi dari pengaruh kolektif dari tiga faktor ini. Gagasan dari sebab dan akibat kolektif khususnya penting karena perilaku merupakan fenomena multifase. Rencana untuk mengubah harus dapat memperhitungkan bukan hanya satu tapi beberapa faktor yang mempengaruhi. Kata lain, program dimana informasi kesehatan diseminasi tanpa pengakuan bersamaan pengaruh memungkinkan dan memperkuat faktor kemungkinan besar akan gagal untuk mempengaruhi perubahan perilaku.

Teori Caountless telah dikembangkan mencoba untuk menjelaskan menjelaskan perilaku manusia, belum ada model teoritis singel telah accepeted universal. Model yang terus-menerus dimodifikasi respose untuk situatoin baru. Croog dan peters dicatat tepat bahwa keadaan dalam penelitian ada faktor yang berhubungan dengan merokok.

a. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi, yang meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, dan persepsi, berhubungan dengan motivasi seorang individu atau kelompok untuk bertindak. Dalam pengertian umum, kita bisa memikirkan faktor predisposisi "pribadi" preferensi itu dan individu atau kelompok dan membawa pengalaman dengan pendidikan. preferensi ini mungkin baik mendukung atau menghambat perilaku kesehatan dalam hal apapun, mereka berpengaruh. Meskipun berbagai faktor demografi seperti status sosial ekonomi, usia, jenis kelamin, dan sekarang keluarga juga penting sebagai faktor predisposisi, mereka berada di luar pengaruh langsung dari program pendidikan kesehatan.

b. Faktor pendukung (*enabling factors*)

Adalah keterampilan dan sumber daya necessary untuk melakukan perilaku kesehatan. sumber tersebut meliputi sarana prasarana, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga, sekolah, klinik outreach atau sumber daya yang sama. faktor pendukung juga berkaitan dengan aksesibilitas berbagai sumber. Biaya, jarak, transportasi yang tersedia, jam terbuka untuk digunakan, dan sebagainya, yang memungkinkan faktor semacam ini. Akhirnya, kesehatan pribadi "skill" seperti yang dibahas dalam literatur tentang perawatan diri dan pendidikan kesehatan sekolah sebagai faktor memungkinkan.

Ketika kita menggunakan keterampilan jangka sini, kita mengacu kemampuan seseorang untuk melakukan tugas yang merupakan perilaku yang diinginkan. Keterampilan dapat berkisar dari penggunaan yang tepat dari teknik relaksasi dan latihan fisik dengan penggunaan berbagai instruments medis dan prosedur diagnostik sering diperlukan dalam program perawatan diri.

c. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat adalah mereka yang menentukan apakah tindakan kesehatan yang didukung. Sumber reinforment akan, tentu saja, berbeda-beda tergantung pada tujuan dan jenis program. Dalam program pendidikan kesehatan misalnya, penguatan dapat diberikan oleh rekan kerja, supervisor, pimpinan serikat buruh, dan keluarga. Dalam pengaturan pendidikan pasien, penguatan dapat berasal dari perawat, dokter, rekan pasien, dan lagi keluarga. Apakah penguatan positif atau negatif akan tergantung pada sikap dan perilaku orang-orang penting, beberapa di antaranya akan lebih berpengaruh daripada yang lain dalam mempengaruhi perilaku. Misalnya, di sebuah sekolah tinggi administrator sekolah kesehatan, dan orang tua, yang kelompok cenderung pada memiliki

perilaku yang paling inlescent mengindikasikan bahwa perilaku remaja yang paling dipengaruhi oleh persetujuan dari teman-teman, terutama teman terbaik. Lanjut, sikap orangtua, kepercayaan, dan praktek, terutama yang dari ibu, sangat mempengaruhi status kesehatan mereka. Orang-orang yang signifikan dapat bervariasi tidak hanya sesuai dengan pengaturan tapi mungkin dengan pertumbuhan dan perkembangan tahap juga. perencana program harus hati-hati menilai memperkuat faktor memastikan bahwa peserta program memiliki kesempatan maksimum untuk umpan balik mendukung selama proses perubahan perilaku.

B. Pencegahan Hipertensi Pada Lansia

1. Hipertensi Lansia

Darmojo dan Martono (2006) menyebutkan bahwa hipertensi pada lanjut usia adalah pada tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg atau tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Peningkatan darah atau disebut hipertensi akan memberi gejala yang akan berlanjut kesuatu organ target seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah) dan hipertrofi ventrikel kanan/ *left ventricle hypertrophy* (untuk otot jantung). Dengan target organ di otak yang berupa stroke yang membawa kematian yang tinggi. (Bustam, 2007).

Pada tahap awal, gangguan dari dinding pembuluh darah yang menyebabkan elastisitasnya bekurang akan memacu jantung bekerja lebih keras, karena terjadi hipertensi. Selanjutnya, bila terjadi sumbatan maka jaringan akan dialiri zat asam oleh pembuluh darah ini akan rusak dan mati, hal inilah yang disebut infark. Bila terjadi jantung, dapat saja menyebabkan infark jantung, atau infark miokard, atau bila masih lebih ringan dapat terjadi angina pictoris dan gangguan koroner lainnya. (Stanley 2006). Pada lanjut usia ini, tekanan darah akan naik secara bertahap. Elastisitas Jantung pada orang berusia 70

tahun menurun sekitar 50% dibanding orang berusia 20 tahun, maka dari itu tekanan darah wanita dan pria tua itu relative sangat tinggi. Hipertensi menjadi masalah pada usia lanjut karena sering ditemukan menjadi faktor utama payah jantung dan penyakit koroner. Lebih dari separuh kematian diatas usia 60 tahun disebabkan oleh penyakit jantung dan serebrovaskuler. Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas:

- a. Hipertensi pada tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan sistolik sama atau lebih 90 mmHg.
- b. Hipertensi sistolik terisolasi tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg (Nugroho,2008). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi lanjut usia dipengaruhi oleh faktor usia

2. Proses aging pada sistem kardiovaskuler

1) Perubahan Anatomi Kardiovaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun dengan bertambahnya usia. Disertai dengan bertambahnya kaliber aorta. Perubahan ini terjadi akibat adanya perubahan pada dinding media aorta dan bukan merupakan akibat dari perubahan intima karena aterosklerosis. Perubahan aorta ini menjadi sebab apa yang disebut isolated aortic incompetence dan terdengarnya bising pada apex cordis.

Penambahan usia tidak menyebabkan jantung mengecil (atrofi) seperti organ tubuh lain, tetapi malahan terjadi hipertropi. Pada umur 30-90 tahun massa jantung bertambah (± 1 gram/tahun pada laki-laki dan $\pm 1,5$ gram/tahun pada wanita).

Pada daun dan cincin katup aorta perubahan utama terdiri dari berkurangnya jumlah inti sel dari jaringan fibrosa stroma katup, penumpukan lipid, degenerasi kolagen dan kalsifikasi jaringan fibrosa katup tersebut. Daun katup menjadi kaku, perubahan ini menyebabkan terdengarnya bising sistolik ejeksi pada usia lanjut. Ukuran katup jantung tampak bertambah. Pada orang muda katup

atrioventrikular lebih luas dari katup semilunar. Dengan bertambahnya usia terdapat penambahan circumferensi katup, katup aorta paling cepat sehingga pada usia lanjut menyamai katup mitral, juga menyebabkan penebalan katup mitral dan aorta. Perubahan ini disebabkan degenerasi jaringan kalogen, pengecilan ukuran, penimbunan lemak dan kalsifikasi. Kalsifikasi sering terjadi pada anulus katup mitral yang sering ditemukan pada wanita. Perubahan pada katup aorta terjadi pada daun atau cincin katup. Katup menjadi kaku dan terdengar bising sistolik ejeksi.

2) Perubahan Fisiologis Kardiovaskuler

Perubahan-perubahan yang terjadi pada jantung :

- a) Pada miokardium terjadi *brown atrophy* disertai akumulasi lipofusin (*aging pigment*) pada serat-serat miokardium.
- b) Terdapat fibrosis dan kalsifikasi dari jaringan fibrosa yang menjadi rangka dari jantung. Selain itu pada katup juga terjadi kalsifikasi dan perubahan sirkumferens menjadi lebih besar sehingga katup menebal. Bising jantung (murmur) yang disebabkan dari kekakuan katup sering ditemukan pada lansia.
- c) Terdapat penurunan daya kerja dari nodus sino-atrial yang merupakan pengatur irama jantung. Sel-sel dari nodus SA juga akan berkurang sebanyak 50%-75% sejak manusia berusia 50 tahun. Jumlah sel dari nodus AV tidak berkurang, tapi akan terjadi fibrosis. Sedangkan pada berkas His juga akan ditemukan kehilangan pada tingkat selular. Perubahan ini akan mengakibatkan penurunan denyut jantung.
- d) Terjadi penebalan dari dinding jantung, terutama pada ventrikel kiri. Ini menyebabkan jumlah darah yang dapat ditampung menjadi lebih sedikit walaupun terdapat

pembesaran jantung secara keseluruhan. Pengisian darah ke jantung juga melambat.

- e) Terjadi iskemia subendokardial dan fibrosis jaringan interstisial. Hal ini disebabkan karena menurunnya perfusi jaringan akibat tekanan diastolik menurun.

3. Upaya pencegahan hipertensi

Penyakit hipertensi sulit untuk disembuhkan, tetapi dapat dikendalikan hingga sampai batas normal, yaitu dengan :

a) Pencegahan primer

Penyuluhan kesehatan tentang penyakit hipertensi dan pencegahannya, Melakukan olahraga secara teratur sesuai dengan kemampuan tubuh, meningkatkan aktifitas fisik, Mengendalikan stress, emosi dan ketegangan saraf dalam berfikir dan bertindak,

b) Pencegahan sekunder

Beristirahat dengan cukup, mengkonsumsi obat antihipertensi, melakukan diet rendah garam, periksa tekanan darah secara rutin di tempat pelayanan kesehatan

c) Pencegahan tersier

Ciptakan suasana damai, santai rileks didalam hati, pikiran dalam setiap keadaan dan tindakan, menurunkan berat badan bila kegemukan, menjaga pola makan untuk menurunkan hipertensi seperti sayur, buah, ikan dan mengkonsumsi teh dapat menurunkan tekanan darah, bila terkena komplikasi sebaiknya kontrol secara rutin agar mendapat penanganan. (Soenanto, 2014)

Sedangkan Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Mintarsih (2012) bahwa berdasarkan wawancara singkat dengan 4 orang lansia penderita hipertensi, dalam budaya masyarakat setempat upaya pencegahan hipertensi yang dilakukan adalah berusaha untuk mengurangi konsumsi garam, mencoba untuk berolahraga seperti senam ringan, mencegah atau menurunkan hipertensi dengan mengkonsumsi buah mentimun, menghindari makanan yang banyak

mengandung kolesterol seperti jerohan kambing, berusaha untuk tidak minum kopi, berusaha untuk tidur cukup, berusaha untuk tidak lagi merokok untuk mencegah terjadinya hipertensi. Selain itu juga ada yang melakukan upaya pencegahan hipertensi dengan cara tradisional yaitu dengan minum jus pace, minum rebusan daun seledri dan minum rebusan mahkota dewa. Dari 4 orang lansia yang diwawancara 3 orang dari mereka beranggapan bahwa penyakit hipertensi itu dapat dicegah.

C. Dukungan Sosial

Pierce (dalam Kail and Cavanaugh, 2010) mendefinisikan dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Diamtteo (2011) mendefinisikan dukungan sosial sebagai dukungan atau bantuan yang berasal dari orang lain seperti teman, tetangga, teman kerja dan orang-orang lainnya.

Gottlieb (dalam Smet, 2012) menyatakan dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal maupun non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang didapatkan karena kehadiran orang lain dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima. Sarafino (2011) menyatakan bahwa dukungan sosial mengacu pada memberikan kenyamanan pada orang lain, merawatnya atau menghargainya. Pendapat senada juga diungkapkan oleh

Sarason (dalam Smet, 2012) yang menyatakan bahwa dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah dukungan atau bantuan yang berasal dari orang yang memiliki hubungan sosial akrab dengan individu yang menerima bantuan. Bentuk dukungan ini dapat berupa informasi, tingkah laku tertentu, ataupun materi yang dapat menjadikan individu yang menerima bantuan merasa disayangi, diperhatikan dan bernilai.

1. Pengertian

Dukungan yaitu suatu informasi yang didapat dari orang lain bahwa dirinya dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama (Ratna, 2010)

2. Sumber Dukungan

Menurut Rook dan Dootey (2009) yang dikutip oleh Kuntjoro (2012), ada 2 sumber dukungan sosial yaitu sumber artifisial dan sumber natural.

a. Dukungan sosial artifisial

Dukungan sosial artifisial adalah dukungan sosial yang dirancang ke dalam kebutuhan primer seseorang, misalnya dukungan sosial akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial.

b. Dukungan sosial natural

Dukungan sosial yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, isteri, suami dan kerabat), teman dekat atau relasi. Dukungan sosial ini bersifat non-formal. Sumber dukungan sosial yang bersifat natural berbeda dengan sumber dukungan sosial yang bersifat artifisial dalam sejumlah hal.

3. Bentuk Dukungan

House dan Kahn (1985, dalam Friedman, Bowden & Joner, 2003); House (1982, dalam Kaakinen et al. (2010), membagi dukungan keluarga dalam empat tipe yaitu emosional, instrumental, informasi,

penghargaan. Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) juga menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi pendukung yaitu dukungan sosial (keluarga berfungsi sebagaipencari dan penyebar informasi), dukungan penilaian (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah), dukungan tambahan (keluarga adalah sumber bantuan praktis dan konkret), dan dukungan emosional (keluarga berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional. Berdasarkan beberapa uraian tentan dukungan keluarga tersebut, maka dapat diambil beberapa bentuk dukungan keluarga yang dibutuhkan oleh lansia dala upaya untuk meningkatkan status kesehatannya, diantaranya adalah:

a. Dukungan emosional

Bentuk dukungan ini melibatkan rasa empati, ada yang selalu mendampingi, adanya suasana kehangatan, dan rasa diperhatikan akan membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol. Seiring dengan proses penuan, lasia mengalami berbagai perubahan. Perubahan yang normal tetapi menimbulkan berbagai dampak pada lansia. Masa ini biasanya lansia dihadapkan pada penurunan fungsi tubuh dan meningkatnya sensitivitas emosional, seperti: harga diri rendah, sedih, kecewa, putus asa, cemas, dan sebagainya yang dapat mempengaruhi perilaku lansia dalam upaya untuk meningkatkan status kesehatannya (Nugroho, 2000)

Adanya dukungan emosional yang diberikan anggota keluarga kepada lansia diharapkan dapat membantu dan meningkatkan motivasi dan rasa percaya diri lansia untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Lansia akan termotivsi untuk menggunakan gaya

hidup yang sehat dan mengontrol tekanan darah secara rutin sehingga diharapkan lansia hipertensi tidak mengalami kondisi kesehatan yang lebih berat atau terjadinya stroke.

b. Dukungan Instrumental

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi kecemasan karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol. Bentuk dukungan instrumental yang dapat diberikan pada lansia hipertensi dapat berupa mengantar lansia untuk memberikan kesehatan, meluangkan waktu untuk mendengarkan cerita ataupun keluhan-keluhan yang ingin disampaikan oleh lansia, mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat dan pemeriksaan kesehatan, menemani lansia untuk melakukan aktifitas olahraga (Zulfitri,2006).

c. Dukungan Informasi

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, pengetahuan, petunjuk, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah. Bentuk dukungan yang diberikan keluarga terhadap lansia hipertensi dapat berupa menjelaskan pada lansia tentang pentingnya menjaga dan mengontrol kesehatan, menjelaskan bahaya dari merokok, minum alkohol dan kafein, menjelaskan bahaya makanan yang tinggi garam, berminyak dan bersantan kental, menjelaskan manfaat dari sayur dan buah, menasehati lansia untuk berolahraga teratur, pentingnya mengkonsumsi obat secara teratur.

d. Dukungan Penghargaan

Dukungan yang mengacu pada rasa memiliki. Hal ini biasanya melibatkan sebuah sistem kewajiban bersama timbal balik informasi dukungan sosial emosional dan instrumental. Dalam hal ini keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan dan menghargai pemecahan misal diantaranya memberikan *support*, penghargaan, dan perhatian terhadap anggota keluarga. Bentuk dukungan penghargaan yang dapat diberikan keluarga terhadap lansia hipertensi dapat berupa meminta pendapat lansia untuk menentukan tempat memeriksakan kesehatannya, melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga, mempertimbangkan saran dari kansi, mengikutsertakan lansia dalam setiap acraa keluarga, menerima lansia apa adanya dalam segala keterbatasannya.

4. Faktor yang Mempengaruhi Efektifitas Dukungan

Ratna (2010) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi efektifitas dukungan sosial sebagai berikut :

- a. Jenis dukungan sosial, akan memiliki arti bila dukungan itu bermanfaat dan sesuaidengan situasi yang ada
- b. Penerima dukungan sosial, perlu diperhatikan juga karakteristik orang yang menerima bantuan, kepribadian dan peran sosial penerima dukungan
- c. Jenis dukungan yang diberikan yang sesuai dengan permasalahan yang dihadapi
- d. Waktu pemberian dukungan, situasi yang tepat hampir sama dengan jenis dukungan, pemberian dukungan harus mempelajari waktu yang tepat untuk memberikan dukungan
- e. Lamanya pemberian dukungan, tergantung dari masalah yang dihadapi seseorang,terkadang bila kasusnya kronis, maka diperlukan kesabaran dari pemberi dukungan, karena membutuhkan waktu yang cukup lama untuk menyelesaikan masalah atau keluar dari masalah tersebut

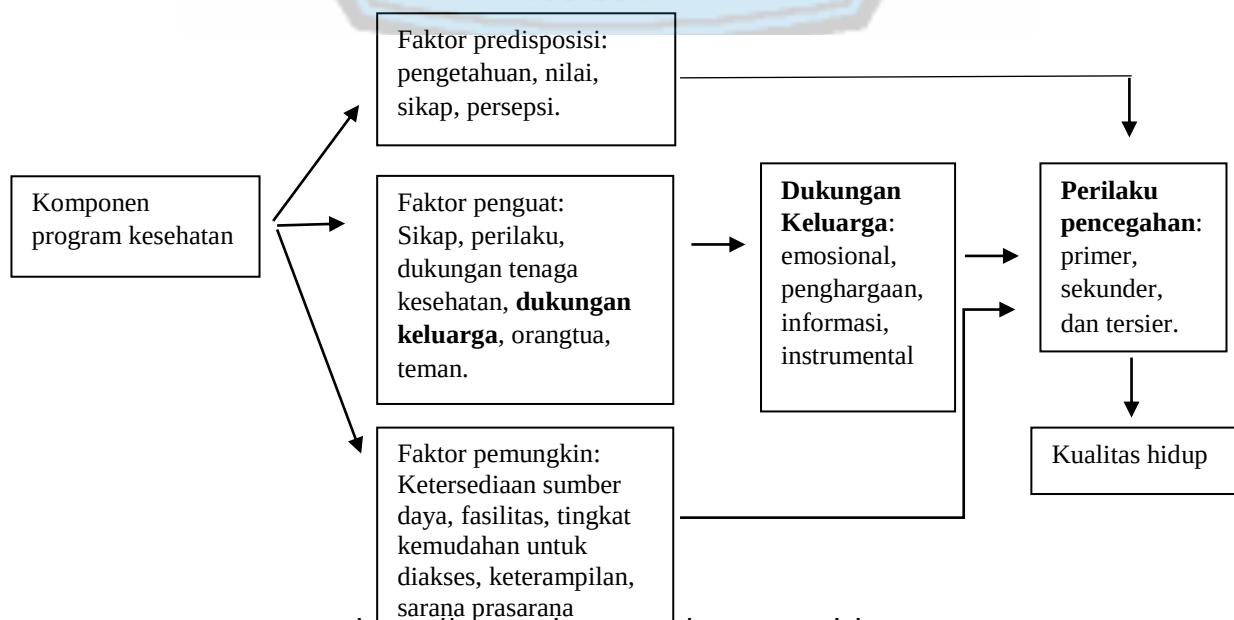
5. Pengaruh Dukungan Sosial dengan Kesehatan

Menurut Ratna (2010) pengaruh dukungan sosial dengan kesehatan antara lain :

- a. Jaringan terkecil adalah keluarga, sehingga dukungan dari keluarga adalah yang penting, bahkan dapat membantu mempercepat proses penyembuhan, tetapi sebaliknya klien dengan keadaan keluarga yang kurang mendukung akan mempersulit proses penyembuhan
- b. Pada dasarnya secara alami setiap manusia mempunyai kemampuan beradaptasi dan mengelola maupun menyelesaikan masalahnya
- c. Dukungan yang diberikan tidak membuat seseorang menjadi tergantung terhadap bantuan, tetapi harusnya menjadikan seseorang menjadi lebih cepat mandiri akan kemampuannya, dan mengerti akan keberadaannya
- d. Teman asosiasi kerja, tetangga, jaringan kerja komunitas (kelompok komunitas, pengajian), jaringan kerja profesional, saudara, kelompok sosial tertentu, merupakan pemberi dukungan sesuai dengan kemampuannya
- e. Semakin banyak teman, semakin sehat
- f. Silaturahmi, dapat memperpanjang umur

D. Kerangka Teori

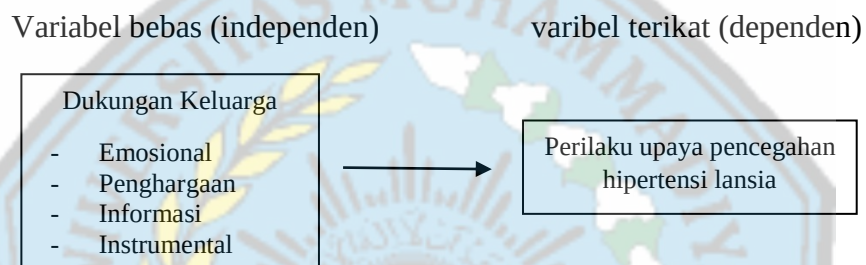
Bagan 2.2 Kerangka Teori



Sumber : Lawrance W. Green (2000) di modifikasi.

E. Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep



F. Variabel penelitian

1. Variabel bebas (Variabel independen)
Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga
2. Variabel terikat (Variabel dependen)
Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan hipertensi lansia.

G. Hipotesis Penelitian

Ha : Ada hubungan dukungan keluarga dengan perilaku upaya pencegahan hipertensi lansia di Puskesmas Tlogosari Wetan