

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Perilaku Pencegahan

##### 1. Perilaku Pencegahan

###### a. Tingkat Pencegahan

Berdasarkan Levell dan Clark bahwa tingkat pencegahan dalam keperawatan komunitas dapat dilakukan pada tahap sebelum terjadinya penyakit (*Prepathogenesis Phase*) dan pada tahap *Pathogenesis Phase*.

###### (1) *Prepathogenesis Phase*

Pada tahap ini dapat dilakukan melalui kegiatan *primary prevention* atau pencegahan primer. Pencegahan primer ini dapat dilaksanakan selama fase *pre pathogenesis* suatu kejadian penyakit atau masalah kesehatan. Pencegahan dalam arti sebenarnya, terjadi sebelum sakit atau ketidakfungsian dan di aplikasikan ke populasi sehat pada umumnya. Pencegahan primer merupakan usaha agar masyarakat yang berada dalam *stage of optimum health* tidak jatuh kedalam *stage* yang lain yang lebih buruk. Pencegahan primer 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 individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. perlindungan kesehatan ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan spesifik. Misalnya, imunisasi adalah ukuran pelindung untuk penyakit menular tertentu. Aspek perlindungan kesehatan dari pencegahan primer 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

Yaitu peningkatan status kesehatan masyarakat, dengan melalui beberapa kegiatan

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 sehat
5. Pengendalian lingkungan
6. Program P2M (pemberantasan penyakit tidak menular)
7. Simulasi dini atau awal dalam kesehatan keluarga dan asuhan pada anak atau balita penyuluhan tentang pencegahan

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

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

1. Imunisasi
2. Hygine perseorangan
3. Perlindungan diri dari kecelakaan
4. Perlindungan diri dari lingkungan kesehatan kerja
5. Perlindungan diri dari *carsinogen, toxic* dan alergen

(2) *Pathogenesis phase*

Pada tahap pathogenesis dapat dilakukan dua kegiatan pencegahan yaitu :

(a) *Sekodary prevention* (pencegahan sekunder)

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

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

Penyempurnaan dan intensifikasi 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 dan pengobatan tepat atau “*early diagnosis and prompt treatment*”. Pencegahan sekunder 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 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 masyarakat
- (e) Lembaga rehabilitasi dan partisipasi masyarakat

Upaya pencegahan tertier dimulai pada saat cacat atau ketidakmampuan terjadi sampai stabil/ menetap atau tidak dapat diperbaiki (*irreversible*). Dalam pencegahan ini dapat

dilaksanakan melalui program rehabilitas untuk mengurangi ketidakmampuan dan meningkatkan efisiensi hidup penderita. Kegiatan rehabilitasi meliputi aspek medis dan sosial. Pencegahan tertier dilaksanakan pada fase lanjut proses patogenesis suatu penyakit atau gangguan kesehatan. Penerapannya pada upaya pelayanan kesehatan masyarakat melalui program PHN (*Public Health Nursing*) yaitu merawat penderita penyakit kronis di luar pusat-pusat pelayanan kesehatan (di rumahnya sendiri).

Perawatan penderita pada stadium terminal (pasien yang tidak mampu diatasi penyakitnya) jarang dikategorikan sebagai pencegahan tertier 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. Rehabilitas sebagai tujuan pencegahan tersier lebih dari upaya 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

Perilaku adalah merupakan faktor terbesar kedua setelah lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Oleh sebab itu dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, maka intervensi atau upaya yang ditujukan kepada faktor perilaku ini sangat strategis. 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*)

Adalah 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 dampaknya 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 dilaksanakan.

b. Edukasi (*education*)

Adalah upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, himbuan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Memang dengan cara ini dampaknya terhadap perubahan perilaku masyarakat akan berlangsung lama (*long lasting*), dibandingkan dengan cara koersi. Namun demikian bila 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 luar subjek tersebut. Menurut Notoatmodjo (2012) respon ini berbentuk dua macam yaitu :

- a. Bentuk pasif adalah respon internal yang terjadi di dalam diri manusia 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 jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan 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. Adapun perilaku kesehatan mencakup :

- a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit. Perilaku ini sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yaitu :

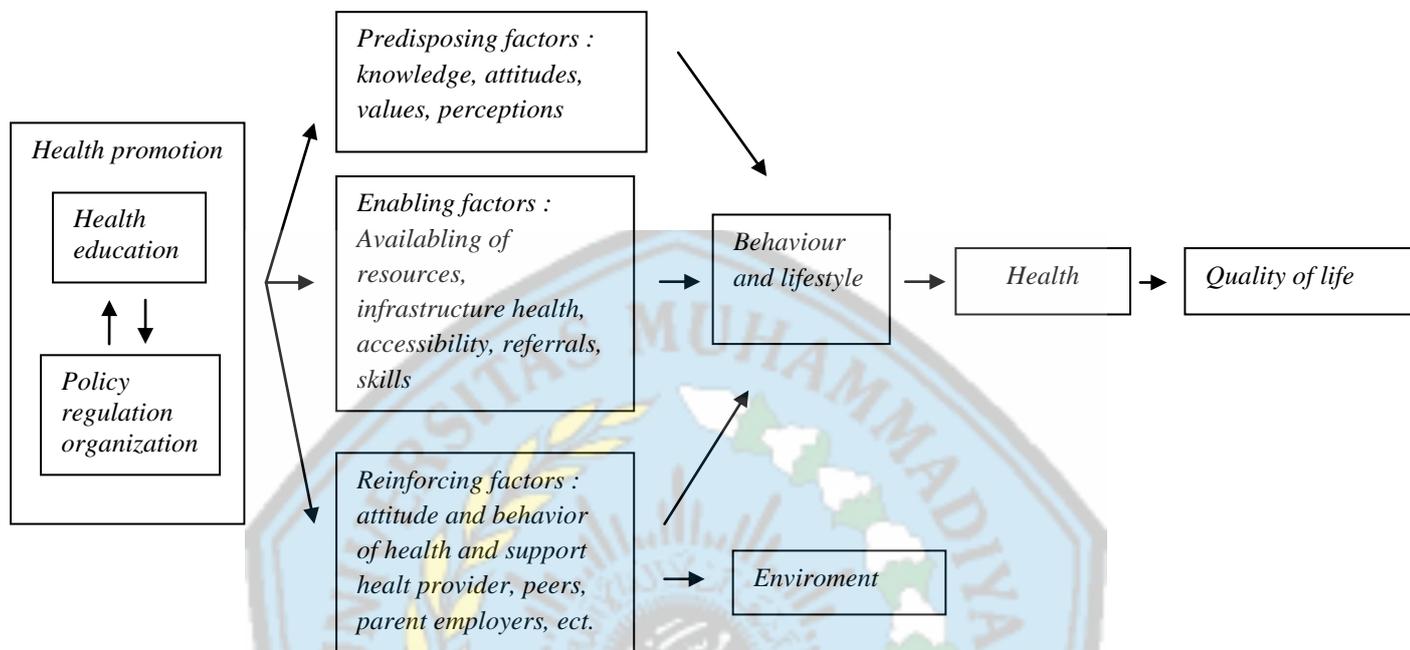
- 1) Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga dan sebagainya.
- 2) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk melakukan pencegah penyakit. Misalnya : tidak minum kopi, tidak minum beralkohol, tidak makan berlemak, menghentikan kebiasaan merokok dan sebagainya.
- 3) Perilaku sehubungan dengan pencarian bantuan pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau 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, sinshe, dan sebagainya).
- 4) Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit. Misalnya

melakukan diet (rendah lemak, rendah garam), mematuhi anjuran-anjuran dokter dalam rangka pemulihan kesehatannya.

- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap 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 sebagai determinan kesehatan manusia.
5. Perubahan perilaku

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

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



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 komuniti 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 *changebility* 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, familiarity.*

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, faktor pemungkin, faktor penguat.

Faktor predisposing adalah faktor perilaku yang memberikan alasan atau motivasi bagi perilaku. Sertakan adalah pengetahuan, sikap, keyakinan, dan nilai-nilai. faktor yang memungkinkan adalah faktor yang ke perilaku yang memungkinkan motivasi atau aspirasi untuk direalisasikan. Termasuk keterampilan pribadi dan sumber daya serta sumber daya masyarakat. Faktor penguat adalah 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 membayangkan atau perwakilan imbalan.

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

Perhatikan bahwa konstelasi predisposing, memperkuat, dan memungkinkan faktor tidak berpikir untuk membentuk model kasual semua termasuk perubahan perilaku kesehatan. Utilitas utama dari

model ini adalah bahwa hal itu memungkinkan untuk memilah faktor-faktor penentu perubahan perilaku yang paling responsif terhadap pendidikan kesehatan dalam kategori nyaman untuk perencanaan.

Untuk mengatakan bahwa perilaku adalah fenomena yang rumit adalah meremehkan. 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 situatoins 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 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 necessery untuk melakukan perilaku kesehatan. sumber tersebut meliputi 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

Hipertensi dicirikan dengan peningkatan tekanan darah diastolik dan sistolik yang intermiten atau menetap. Pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg atau lebih tinggi pada orang yang berusia diatas 50 tahun memastikan hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia (Stockslager , 2008).

Hipertensi lanjut usia dibedakan menjadi dua hipertensi dengan peningkatan sistolik dan diastolik dijumpai pada usia pertengahan hipertensi sistolik pada usia diatas 65 tahun. Tekanan diastolik meningkat usia sebelum 60 tahun dan menurun sesudah usia 60 tahun tekanan sistolik meningkat dengan bertambahnya usia (Stockslager, 2008).

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.

Hipertensi sistolik terisolasi tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg (Nugroho,2008). Dari uraian diatas 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 ( $\pm 1$  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 antrioventrikular lebih luas dari katup semilunar. Dengan bertambahnya usia terdapat penambahan circumference 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 jeroan 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 Tenaga Kesehatan

Hal ini juga diketahui bahwa tingkat dan sifat hubungan sosial seseorang mempengaruhi kesehatan seseorang. Dukungan sosial dapat didefinisikan sebagai jaringan hubungan interpersonal yang memberikan pendampingan, asisten, dan emosional. Dukungan sosial adalah transaksi antarpribadi melibatkan perhatian emosional (ekspresi kepedulian, dorongan, empati), bantuan (layanan, uang, atau informasi), dan penghargaan (konstruktif, umpan balik, pengakuan). Jenis dukungan yang menguntungkan pada waktu tertentu mungkin berbeda, dependen pada sifat dan tahap situasi konfrontatif. dukungan emosional dapat membantu dalam keadaan krisis,

sedangkan dukungan informasi mungkin lebih berguna dalam membantu individu untuk memahami bagaimana berhubungan secara efektif dengan rekan-rekan mereka. Bantuan, juga disebut bantuan instrumental atau nyata, memberikan bantuan dengan tugas-tugas tertentu, seperti persiapan makanan bergizi atau pengangkutan anak-anak untuk kegiatan rekreasi. Penghargaan membantu individu untuk menyadari kekuatan dan potensi mereka sendiri. Beberapa sistem dukungan sosial yang relevan dengan kesehatan telah diidentifikasi dan dijelaskan dalam literatur: sistem pendukung alami, sistem dukungan sebaya, diselenggarakan sistem pendukung agama, dukungan profesional kesehatan (Pender, 2000).

#### 1. Pengertian

Dukungan adalah informasi 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

Ratna (2010) menyatakan bahwa sumber dukungan sebagai berikut :

- a. Keluarga dan lingkungan, termasuk tenaga kesehatan / perawatan ketika dia sedang mendapat perawatan baik dirumah sakit maupun komunitas
- b. Teman sebaya, atau sekelompok adalah tempat anggota kelompok berinteraksi secara inten setiap saat. Solidaritas diantara mereka juga tumbuh dengan kuat.

#### 3. Bentuk Dukungan

Bentuk dukungan yaitu emosi, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penilaian dan dukungan penghargaan, (Ratna, 2010) :

##### a. Dukungan emosi

Diekspresikan melalui kasih sayang, cinta atau empati yang bersifat memberikan dukungan. Kadang dengan hanya menunjukkan ekspresi saja sudah dapat memberikan rasa tenang. Pemberian dukungan melalui pemberian rasa nyaman, keyakinan,

kepedulian dan kecintaan yang dapat mempermudah dalam mengatasi masalah.

b. Dukungan Instrumental

Barang-barang atau jasa yang diperlukan ketika mengalami masa-masa stress. Pemberian dukungan melalui materi. Dukungan ini dapat membantu memecahkan masalah yang berhubungan dengan materi. Misalnya peminjaman uang atau barang.

c. Dukungan Informasi

Informasi sekecil apapun merupakan hal sangat bermanfaat bagi pasien. Pemberian dukungan melalui pemberian informasi ataupun saran. Dukungan ini dapat membantu untuk mengenali dan memecahkan lebih mudah.

d. Dukungan Penilaian

Dukungan berupa saran dari teman, keluarga terhadap keputusan yang diambil sudah tepat/ sesuai atau belum. Dukungan ini dapat terbentuk penilaian yang positif, penguatan (pembenaran) untuk melakukan sesuatu, umpan balik ataupun menunjukkan perbandingan sosial yang membuka wawasan seseorang yang sedang dalam keadaan tertekan .

e. 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.

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 sesuai dengan 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, sesuai dengan permasalahan yang dihadapi
- d. Waktu pemberian dukungan, situasi yang tepat hampir sama dengan jenis dukungan, pemberian dukungan harus mempelajari waktu yang tepat
- e. Lamanya pemberian dukungan, tergantung dari masalah yang dihadapi, kadang bila kasusnya kronis, maka diperlukan kesabaran dari pemberi dukungan, karena membutuhkan waktu yang cukup lama, membutuhkan waktu yang lama untuk menyelesaikan masalah atau keluar dari masalah

#### 5. Pengaruh Dukungan Sosial dengan Kesehatan

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

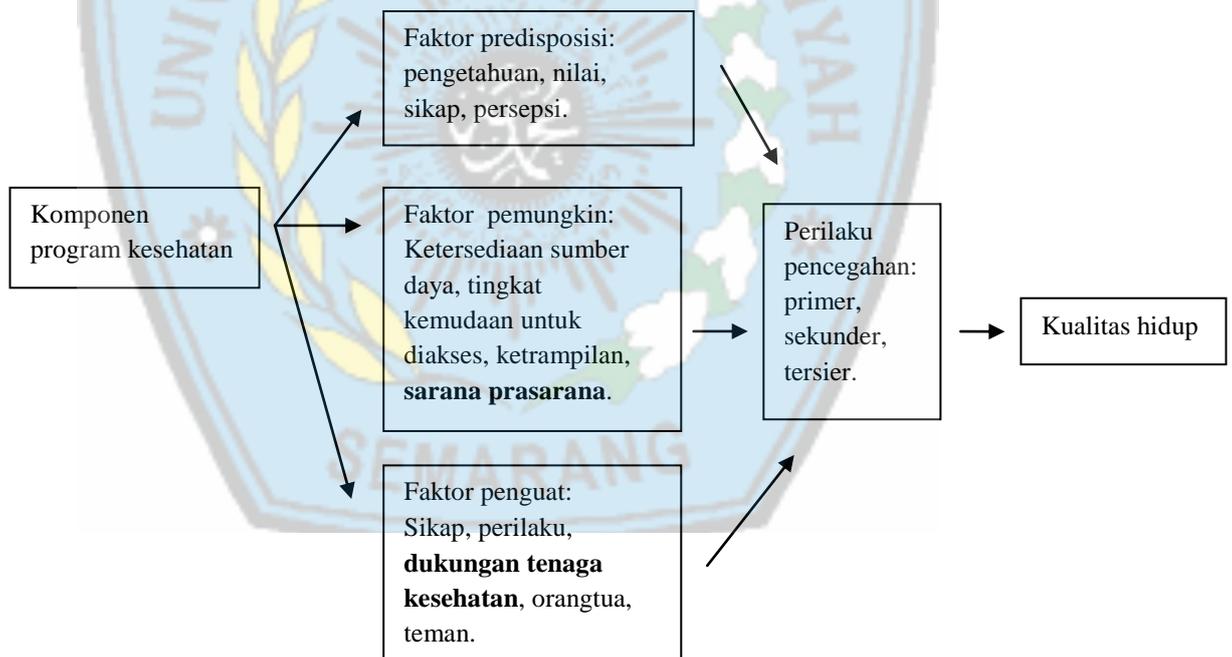
- a. Jaringan terkecil adalah keluarga, sehingga dukungan dari keluarga adalah yang penting, bahkan dapat membantu mempercepat proses penyembuhan, tetapi sebaliknya klien dengan keadaan keluarga yang kurang mendukung akan mempersulit proses penyembuhan
- b. Pada dasarnya secara alami setiap manusia mempunyai 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

## 6. Dukungan Perawat

Dukungan perawat merupakan ketersediaan sumberdaya perawat yang memberikan pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh perawat berkaitan dengan tindakan asuhan yang diberikan (Ratna, 2010).

### D. Kerangka Teori

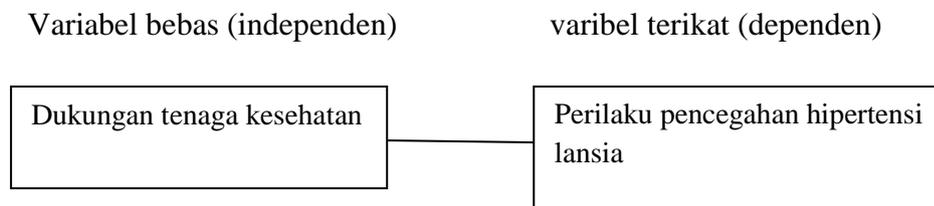
**Bagan 2.2 Kerangka Teori**



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 (variabel independen) merupakan variabel risiko atau sebab (Sastroasmoro, 2011). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan tenaga kesehatan.

### 2. Variabel terikat (Variabel dependen)

Variabel terikat (variabel dependen) merupakan variabel akibat atau efek (Sastroasmoro, 2011). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku upaya pencegahan hipertensi lansia.

## G. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang suatu yang diduga atau hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris (Notoatmojo, 2010).

Berdasarkan penjelasan fenomena penelitian dan diuraikan secara teori maka peneliti memiliki dugaan sementara (hipotesis) terhadap hasil penelitian ini ada hubungan dukungan tenaga kesehatan dengan perilaku upaya pencegahan hipertensi lansia di Posyandu Nurus-Asyfa RW 01 Kelurahan Tlogomulyo.