

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Health Education*

2.1.1 Pengertian *Health Education*

Health Education. Health (inggris) : Kesehatan. *Education* (inggris) : Pendidikan. Pendidikan kesehatan sebagai sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesatuan individu, masyarakat, dan ras. (Wood dalam buku promosi kesehatan Wahit, 2007).

Pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terancang untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berpikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan renovilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat (Stuart dalam buku promosi kesehatan Wahit, 2007).

Suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tujuan kesehatan baik perorangan maupun pada masyarakat (Nyswander dalam buku promosi kesehatan Wahit, 2007).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, di mana perubahan tersebut bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Artinya perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam individu atau masyarakat sendiri. Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa

kombinasi dan kesempatan pembelajaran (Lawrence Green dalam buku promosi kesehatan Wahit, 2007).

Menurut Craven dan Hirnle (dalam buku promosi kesehatan Wahit, 2007) pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktek belajar atau intruksi dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), dan aktif memberikan informasi-informasi .

Menurut Committee President on Health Education, (dalam buku promosi kesehatan Wahit, 2007) yang dikutip Soekidjo Notoadmojo, 1997 pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan, yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan yang buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka (WHO).

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktek pendidikan, oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Notoadmojo, 2003).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri. (Wahit, 2007).

Menurut Notoatmojo (2007) yang menyebutkan dengan pemberian informasi yang baik itu mengenai cara hidup sehat, cara pemeliharaan dan cara menghindari penyakit dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat yang nantinya menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya menyebabkan seseorang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki tersebut.

2.1.2 Tujuan *Health Education*

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu :

1. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
2. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
3. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Ida Bagus, Tjitarsa, 1992) dalam Wahit (2007).

2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensia sasaran pendidikan, dimensia tempat pelaksanaan atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dilihat dari :

1. Dimensi sasaran, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu: Pertama, pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu.

Kedua, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok. Ketiga, pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

2. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:
 - a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di Puskesmas dan di Posyandu.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkatan pecahan (*five levels of prevention*) menurut Leavel dan Clark sebagai berikut:
 - a. *Health Promotion* atau peningkatan kesehatan, yaitu peningkatan status kesehatan masyarakat.
 - b. *General and specific protection* adalah perlindungan umum dan khusus, merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat.
 - c. *Early diagnosis and prompt treatment* adalah diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat. Usaha ini dilakukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat.
 - d. *Disability limitation* atau pembatasan kecacatan

- e. *Rehabilitation* atau rehabilitasi.

2.1.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran yaitu:

1. Sasaran Primer (*Primary Target*), sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan,
2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*), sasaran para tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya.
3. Sasaran tersier (*Tersiery Target*), sasaran pada pembuatan keputusan atau penentuan kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

a. Metode pendidikan Individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk :

1. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*).
2. Wawancara (*Interview*).

b. Metode Pendidikan Kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

1. Kelompok besar

- a. Ceramah: metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- b. Seminar: hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2. Kelompok kecil

- a. Diskusi kelompok: dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi atau penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta..
- b. Curah pendapat (*Brain Storming*): merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban atau tanggapan, tanggapan atau jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.
- c. Bola salju (*Snow Balling*): tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung

menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

- d. Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*): kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama atau tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.
- e. Memainkan peranan (*Role Play*): beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.
- f. Simulasi adalah aktifitas formal yang mempresentasikan situasi hidup yang nyata. Simulasi memberi kesempatan kepada peserta didik untuk menerapkan pembelajaran dan segera mendapat umpan balik di lingkungan yang aman.
- g. Permainan simulasi (*Simulation Game*): merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk

arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

2.1.6 Media pendidikan Kesehatan

1. Pengertian

Media atau alat peraga dalam pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu untuk pendidikan kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluaskan informasi. Media pendidikan kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (TV, radio, komputer, dll) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatannya.

2. Tujuan Media

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- c. Dapat memperjelas informasi.
- d. Media dapat mempermudah pengertian.
- e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
- f. Dapat menampilkan obyek yang tidak bisa ditangkap dengan mata.
- g. Memperlancar komunikasi.

3. Jenis Media

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (*audio visual aids/AVA*). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-

pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3: cetak, elektronik, media papan (*bill board*)

a. Media cetak

- 1) *Booklet* : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet* : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar atau tulisan atau keduanya.
- 3) *Flyer (selebaran)* ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) *Flip chart (lembar Balik)* ; pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) *Rubrik atau tulisan-tulisan* pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) *Poster* ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) *Foto*, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media elektronik

- 1).Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi atau tanya jawab, pidato atau ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat.
- 2).Radio: bisa dalam bentuk obrolan atau tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot.

3). *Video Compact Disc (VCD)* .

4). Slide: slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi kesehatan.

5). Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (*bill board*)

Papan atau *bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus atau taksi) (Notoatmodjo, 2003).

2.2 Konsep Dasar Perilaku

2.2.1 Pengertian Perilaku

Perilaku menurut Skinner (1938) dikutip dari Wahit (2007) merupakan hubungan antara rangsangan (*stimulus*) dan tanggapan (*respons*). Disebut teori “SOR” *Stimulus Organisme Respon*.

Respondent respons (respondent behavior), yaitu respon yang ditimbulkan karena rangsangan atau *eliciting stimuli* tertentu. *Eliciting stimuli* menimbulkan respon yang bersifat relatif tetap. Contoh makanan lezat dan beraroma akan merangsang keluarnya air liur.

Operant respons, timbul dan berkembang diikuti oleh rangsangan tertentu, perangsangan itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku tertentu yang telah dilakukan manusia dan merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia, serta kemungkinannya untuk dimodifikasi sangat besar dan tak terbatas.

Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari (Robert Kwik, 1974) dikutip dari Wahit (2007).

2.2.2 Teori Perilaku

Beberapa teori yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinasi perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, salah satunya adalah teori dari Lawrence Green (1980). Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior cause*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

1. Faktor prediposisi (*prediposisi factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedinya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan lain sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dan perilaku masyarakat. Model ini digambarkan sebagai berikut:

$$B : f (PF, EF, RF)$$

Dimana:

B : *Behavior*

F : *Predisposing factors*

EF : *Enabling factors*

RF : *Reinforcing factors*

Dari teori Green tersebut dapat disimpulkan bahwa:

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga didukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Contoh seseorang tidak mau mengimunitasikan anaknya ke posyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factor*). Tetapi barangkali juga karena rumahnya jauh dengan posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (*enabling factors*). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factor*). Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan menjadi 3 macam domain, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan nyata atau perbuatan. Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang luas. Benyamin Bloom (1908) dikutip dari Wahit (2007) membagi perilaku ke dalam 3 domain atau ranah atau kawasan yang terdiri dari *domain kognitif, domain affective, psicomotor domain*. Dalam perkembangan selanjutnya para ahli pendidikan, untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari:

1. *Knowledge* (Pengetahuan)

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indera. Yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), tahayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) Soekanto (2003) dikutip dari Wahit (2007). Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan hal ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Wahit, 2006). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab perilaku ini terjadi akibat adanya paksaan atau aturan yang mengharuskan untuk berbuat.

WHO dalam Notoadmojo (2007), salah satu bentuk subjek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang didapat dari pengalaman sendiri

Teori Rogers mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni:

- a. Kesadaran (*awarenes*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu stimulus.
- b. Merasa tertarik (*interest*), terhadap stimulus atau objek tersebut.
- c. Evaluasi (*Evaluation*), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. Mencoba (*Trial*), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

- e. Adopsi (*Adoption*), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Tingkat pengetahuan, pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

- a. Tahu (*Know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, mengingat kembali termasuk (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan atau rangsangan yang telah diterima.
- b. Memahami (*Comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang telah diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara luas.
- c. Aplikasi (*Application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.
- d. Analisis (*Analysis*), adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (*synthesis*), menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi (*Evaluation*), ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek peneliti atau responden. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah:

- a. Pendidikan, pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.
- b. Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
- c. Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan pertama, perubahan ukuran, kedua, perubahan proporsi, ketiga, hilangnya ciri-ciri lama, keempat, timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.
- d. Minat, sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
- e. Pengalaman, adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka akan secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam

emosi kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupan.

- f. Lingkungan sekitar, lingkungan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap atau sikap seseorang (Saifuddin A.,2002) dikutip dari Wahid(2006).
- g. Informasi, kemungkinan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2. Attitude (Sikap)

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Alport (1954) dikutip dalam Wahit (2007) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen utama yaitu:

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu obyek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu obyek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

3. *Practice* (Tindakan)

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sebagai gambaran sikap seseorang yang sudah positif terhadap manfaat imunisasi harus mendapat konfirmasi dari orang lain dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar orang tersebut mengimunitasikan anggota keluarganya. Di samping itu perlu dukungan atau suport dari berbagai pihak, misalnya: petugas, suami, istri, orang tua, teman, dan lain. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni: dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.3 Konsep Dasar Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluaraga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duval dan Logan, 1986 dalam buku ajar keperawatan keluarga Gusti Salvari, 2013).

Keluarga adalah dua atau lebih dari individu yang tergabung karena adanya hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-

masing menciptakanserta mempertahankan kebudayaan (Bailon dan Maglaya, 1989 dalam buku ajar keperawatan keluarga Gusti Salvari, 2013).

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (UU No. 10 tahun 1992 dalam buku ajar keperawatan keluarga Gusti Salvari, 2013).

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998 dalam buku ajar keperawatan keluarga Gusti Salvari, 2013)

2.3.2 Karakteristik Keluarga

1. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak dan adik.
4. Mempunyai tujuan yaitu: menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

2.3.3 Struktur Keluarga

1. *Patrienal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2. *Marilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak sadara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu di susun melalui jalur garis ibu.
3. *Matrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
4. *Patrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
5. Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

2.3.4 Ciri-ciri Struktur Keluarga

1. Terorganisir adalah saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
2. Ada keterbatasan adalah setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
3. Ada perbedaan dan kekhususan adalah setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

2.3.5 Tipe Keluarga

1. Tipe Keluarg Tradisional
 - a. Keluarga inti (*Nuclear*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah , ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

- b. Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga ini ditambah anggota keluarga lain yang mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, pama, bibi, saudara sepupu)
 - c. Keluarga bentukan kembali (*Dyadic Family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.
 - d. Orang tua tunggal (*Singel Parent Family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
 - e. *The Singel Adult Living Alone* adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.
 - f. *The Unmarried Teenage Mother* adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.
 - g. Keluarga usila (*Niddle Age atau Aging Couple*) adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena karena sekolah atau perkawinan atau meniti karir.
2. Tipe Keluarga Non Tradisional
- a. *Commune Family* adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - b. Orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - c. Homoseksual adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.

2.4 Konsep Dasar Pencegahan Lansia Jatuh

2.4.1 Pengertian pencegahan

Pencegahan adalah suatu tindakan yang didasari dan lebih ditekankan pada pemeliharaan kesehatan daripada pengobatan penyakit.

Upaya pencegahan dapat dibagi dalam tiga tahap :

- a. Pertama : Pencegahan **primer** utama berusaha untuk mencegah agar penyakit sama sekali tidak terjadi dengan cara pemeliharaan kesehatan.
- b. Kedua : pencegahan **sekunder** tindakan yang dilakukan untuk mencegah melanjutnya penyakit. Tindakan yang dilakukan adalah menegakkan diagnosa yang dini serta melakukan perawatan yang tepat terhadap penyakit yang telah terjadi.
- c. Ketiga : Pencegahan **tertier** tindakan yang dilakukan jika penyakit sudah berlanjut dan sudah menimbulkan cacat.

2.4.2 Pengertian lansia

Menurut Undang-undang No.13 tahun 1998 dalam Maryam (2008) mengenai kesejateraan lansia menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai 60 tahun ke atas. Secara biologis, penduduk lansia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus-menerus yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentan terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian.

WHO mengklasifikasikan batasan usia menjadi empat tahapan yaitu usia pertengahan (*middle age*) 45 -59 tahun, lanjut usia (*elderly*) antara 60 - 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) antara 75 - 90 tahun, usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun. Menurut Depkes RI, usia pertengahan (*virtilitas*) antara 45-54 tahun, usia lanjut dini (*prasenium*)

antara 55-64 tahun, usia lanjut (*senium*) yaitu usia 65 tahun ke atas dan usia lanjut dengan resiko tinggi yaitu usia lebih dari 70 tahun.

2.4.3 Pengertian Jatuh

Jatuh adalah suatu kejadian yang di laporkan penderita atau saksi mata yang melihat kejadian mengakibatkan seseorang mendadak terbaring, terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Reuben, 1996 dalam Darmojo, 2006).

1. Penyebab

Penyebab jatuh pada lansia biasanya merupakan gabungan beberapa faktor, antara lain : (Darmojo, 2006)

- a. Kecelakaan : merupakan penyebab jatuh yang utama (30-50% kasus jatuh lansia) murni kecelakaan misalnya terpeleset, tersandung dan gabungan antara lingkungan yang jelek dengan kelainan-kelainan akibat proses menua misalnya karena mata kurang awas, benda-benda yang ada di rumah tertabrak, lalu jatuh.
- b. Nyeri kepala dan vertigo.
- c. Hipotensi orthostatic: Hipovolemia atau curah jantung yang rendah, disfungsi otonom, penurunan kembalinya darah vena ke jantung,terlalu lama berbaring, pengaruh obat-obat hipotensi, hipotensi sesudah makan.
- d. Obat- obatan: diuretic atau antihipertensi, anti deprezent trisiklik, sedative, antipsikotik, obat-obat hipoglikemik, alkohol.
- e. Proses penyakit yang spesifik akut seperti; kardiovaskular; aritmia, stenosis aorta, sinkope sinus carotis dan Neurologi; TIA, stroke, serangan kejang, Parkinson, kompresi saraf spinal karena spondilosis, penyakit cerebellum.

f. Idiopatik.

g. Sinkope; kehilangan kesadaran secara tiba-tiba: *Droup attack* (serangan roboh), penurunan darah ke otak secara tiba-tiba, terbakar matahari.

2. Faktor-Faktor yang berpengaruh

Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kecelakaan pada lansia dikategorikan menjadi dua bagian (Darmojo, 2006)

a. Karakteristik lingkungan

Faktor-faktor lingkungan yang sering di hubungkan dengan kejadian kecelakaan pada lansia antara lain: Alat-alat atau perlengkapan rumah tangga yang sudah tua, tidak stabil, atau tergeletak di bawah dapat mengganggu aktivitas lansia. Tempat tidur atau WC yang rendah atau jongkok, tempat berpegangan yang tidak kuat atau tidak mudah di pegang: lantai yang tidak datar baik ada trapnya atau menurun, karpet yang tidak dilem dengan baik, keset yang tebal atau menekuk pinggirnya, dan benda-benda alas yang licin atau mudah tergeser. Lantai yang licin atau basah, penerangan yang tidak baik (kurang atau meylaukan) dan alat bantu jalan yang tidak tepat ukuran, berat, maupun cara penggunaannya.

b. Karakteristik situasional

1). Aktivitas

Sebagian besar jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktivitas biasa seperti berjalan, naik atau turun tangga dan mengganti posisi. Jatuh sering terjadi pada lansia dengan banyak kegiatan dan olahraga, karena disebabkan oleh kelelahan atau terpapar bahayahnya 5% jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktifitas yang berbahaya seperti mendaki gunung atau olah raga

berat. Jatuh juga sering terjadi pada lansia yang imobil (jarang bergerak) ketika tiba-tiba dia ingin berpindah tempat atau mengambil sesuatu tanpa pertolongan.

2).Lingkungan

Sekitar 70% jatuh pada lansia terjadi di rumah, 10% terjadi ditangga, dengan kejadian jatuh saat turun tangga lebih banyak dibanding saat naik, yang lainnya terjadi karena tersandung atau menabrak benda-benda perlengkapan rumah tangga, lantai licin atau tidak rata dan penerangan ruang yang kurang.

3).Penyakit akut

Dizzines dan *syncope*, sering menyebabkan jatuh. Eksaserbasi akut dari penyakit kronik yang diderita lansia juga sering menyebabkan jatuh, misalnya sesak nafas akut pada penderita penyakit paru obstruksi menahun, nyeri dada pada penderita penyakit jantung.

2.4.4 Pencegahan lansia Jatuh

Usaha pencegahan merupakan langkah awal yang harus di lakukan karena bila sudah terjadi jatuh pasti terjadi komplikasi, meskipun ringan tetap memberatkan (Darmojo, 2006).

Ada 3 usaha pokok untuk pencegahan ini, antara lain : (Darmojo,2006)

1. Identifikasi faktor resiko

Pada setiap lansia perlu di lakukan pemeriksaan untuk mencari adanya faktor intrinsik resiko jatuh, perlu dilakukan *assesment* keadaan sensorik, neurologik, musculoskeletal dan penyakit sistemik yang sering mendasari atau menyebabkan jatuh. Keadaan lingkungan rumah yang berbahaya dan

dapat menyebabkan jatuh harus di hilangkan. Penerangan rumah harus cukup tetapi tidak menyilaukan. Lantai rumah datar, tidak licin, bersih dari benda-benda kecil yang susah di lihat. Peralatan rumah tangga yang sudah tidak aman (lapuk, dapat bergeser sendiri) sebaiknya diganti, peralatan rumah ini sebaiknya di letakan sedemikian rupa sehingga tidak mengganggu jalan atau tempat aktifitas lansia. Kamar mandi dibuat tidak licin, sebaiknya diberi pegangan pada dindingnya, pintu yang mudah dibuka. WC sebaiknya dengan kloset duduk dan diberi pegangan di dinding.

Obat-obatan yang menyebabkan hipotensi postural, hipoglikemik atau penurunan kewaspadaan harus diberikan sangat selektif dan dengan penjelasan yang komprehensif pada lansia dan keluarganya tentang resiko terjadinya jatuh akibat minum obat tersebut. Alat Bantu berjalan yang di pakai lansia baik berupa tongkat, tripod, kruk atau walker harus dibuat dari bahan yang kuat tetapi ringan, aman tidak mudah bergeser serta sesuai dengan ukuran tinggi badan lansia.

2. Penilaian keseimbangan dan gaya berjalan (*gait*)

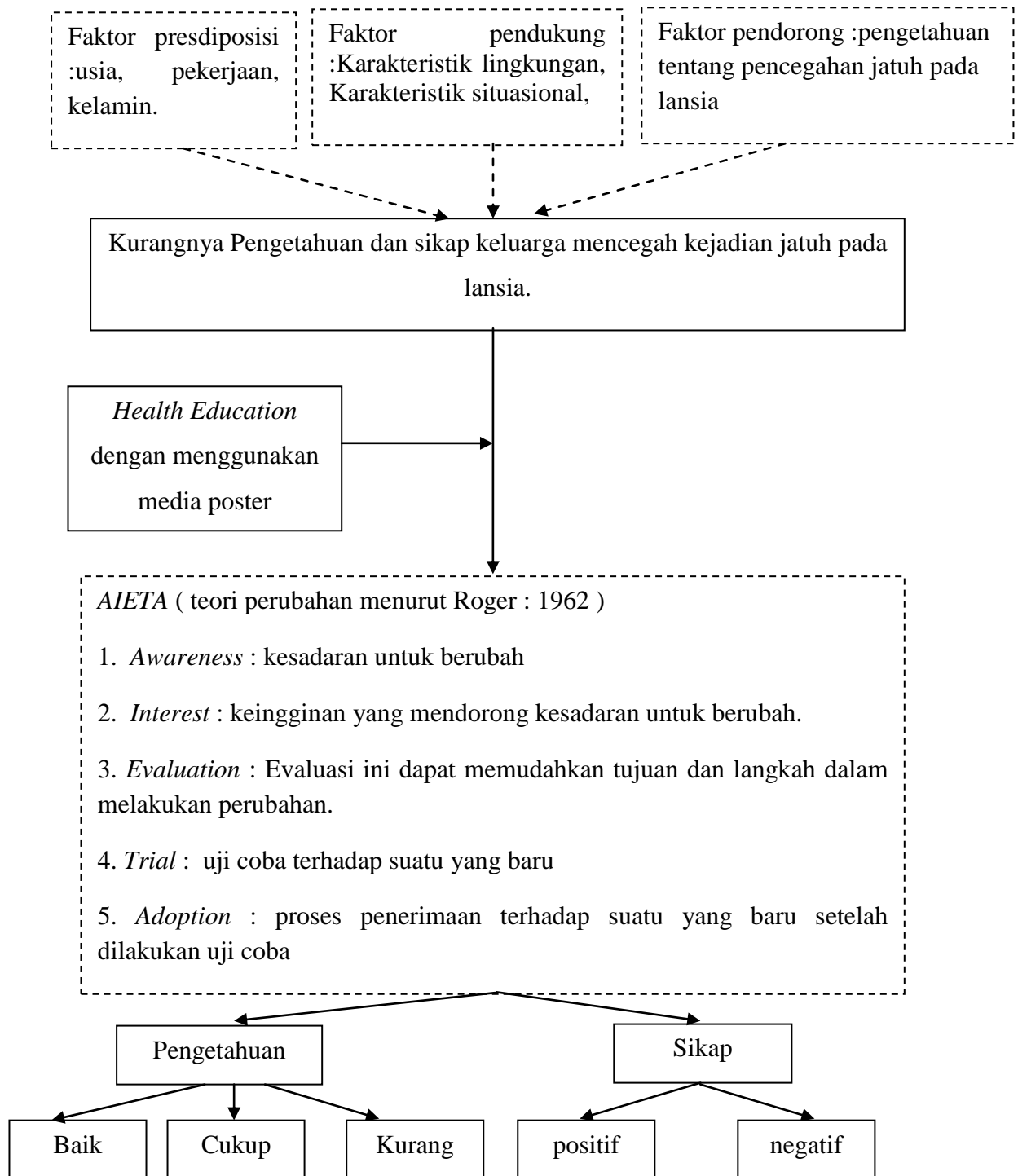
Setiap lansia harus dievaluasi bagaimana keseimbangan badannya dalam melakukan gerakan pindah tempat, pindah posisi. Penilaian *posturalsway* sangat di perlukan untuk mencegah terjadinya jatuh pada lansia. Bila goyangan badan pada saat berjalan sangat beresiko jatuh, maka di perlukan bantuan latihan oleh rehabilitasi medik. Penilaian gaya berjalan (*gait*) juga harus dilakukan dengan cermat, apakah penderita menapakkan kakinya dengan baik, tidak mudah goyah, apakah penderita mengangkat kaki dengan benar pada saat berjalan, apakah kekuatan otot ekstremitas bawah penderita

cukup untuk berjalan tanpa bantuan. Kesemuanya itu harus di koreksi bila terdapat kelainan atau penurunan.

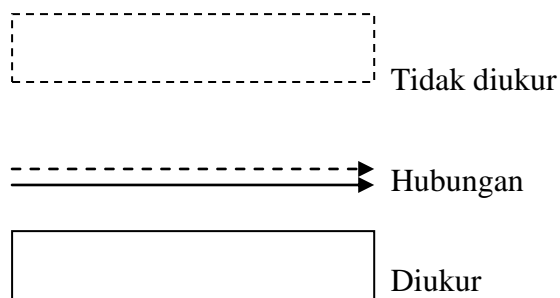
3. Mengatur atau mengatasi faktor situasional

Faktor situasional yang bersifat serangan akut atau eksaserbasi akut penyakit yang diderita lansia dapat dicegah dengan pemeriksaan rutin kesehatan yang diderita secara periodik. Faktor situasional bahaya lingkungan dapat dicegah dengan mengusahakan perbaikan lingkungan seperti tersebut di atas. Faktor situasional yang berupa aktifitas fisik dapat dibatasi dengan kondisi kesehatan penderita. Perlu diberitahukan pada penderita aktifitas fisik seberapa jauh yang aman bagi penderita, aktifitas tersebut tidak boleh melampaui batasan yang diperbolehkan baginya sesuai hasil pemeriksaan kondisi fisik. Bila lansia sehat dan tidak ada batasan aktifitas fisik, maka dianjurkan lansia tidak melakukan aktifitas fisik yang sangat melelahkan atau beresiko tinggi untuk terjadinya jatuh.

2.5. Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 kerangka konseptual pengaruh *Health Education* dengan media poster terhadap pengetahuan dan sikap keluarga mencegah kejadian jatuh pada lansia.



Kerangka konseptual penelitian ini menerangkan sesuai dengan teori Lawrence bahwa ketidaksiapan keluarga mencegah kejadian jatuh lansia dipengaruhi oleh faktor prediposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Hal ini dapat diatasi dengan pemberian *Health Education* dengan media poster karena menurut teori Roger perubahan perilaku dapat dilakukan dengan tahap *AIETA*

- a. Kesadaran (*awarenes*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu penyuluhan *Health Education* dengan menggunakan media poster tentang pengetahuan dan sikap keluarga dalam pencegahan kejadian jatuh pada lansia.
- b. Merasa tertarik (*interest*), terhadap *Health Education* dengan menggunakan media poster tentang pengetahuan dan sikap keluarga dalam pencegahan kejadian jatuh pada lansia..
- c. Evaluasi (*Evaluation*), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya *Health Education* dengan menggunakan media poster tentang pengetahuan dan sikap keluarga dalam pencegahan kejadian jatuh pada lansia tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. Mencoba (*Trial*), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh *Health Education* dengan

menggunakan media poster tentang pengetahuan dan sikap keluarga dalam pencegahan kejadian jatuh pada lansia.

- e. Adopsi (*Adoption*), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan dan sikap terhadap *Health Education* dengan menggunakan media poster tentang pengetahuan dan sikap keluarga dalam pencegahan kejadian jatuh pada lansia.

2.6.Hipotesis Penelitian

Hipotesis peneliti adalah adanya pengaruh *Health Education* dengan media poster terhadap pengetahuan dan sikap keluarga mencegah kejadian jatuh pada lansia di RW 03 Kelurahan Tambakasri Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya.