

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Posyandu Lansia

##### 2.1.1 Pengertian

Posyandu Lansia atau Kelompok Usia Lanjut (POKSILA) adalah suatu wadah pelayanan bagi usia lanjut di masyarakat, dimana proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non-pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitikberatkan pelayanan pada upaya promotif dan preventif (Soekidjo Notoatmodjo, 2007 : 290)

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, yang secara fisik terlihat berbeda dengan kelompok umur lainnya (Depkes RI, 2003 : 100).

##### 2.1.2 Dasar Hukum

Pembinaan usia lanjut di Indonesia dilaksanakan berdasarkan beberapa undang-undang dan peraturan sebagai dasar dalam menentukan kebijaksanaan pembinaan. Dasar hukum/ketentuan perundangan dan peraturan dimaksud adalah: (1) UU No. 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan, (2) UU No. 36 tahun 2009 pasal 138 tentang kesehatan usia lanjut, (3) UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pasal 14, (4) UU No. 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah, (5) UU No.25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah, (6) peraturan pemerintah No. 25 tahun 2000

tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonomi (Depkes RI, 2003 : 110).

### 2.1.3 Tujuan Posyandu Lansia

Berikut tujuan pembentukan posyandu lansia adalah:

#### a. Tujuan Umum:

1. Meningkatkan derajat kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan usia lanjut di masyarakat, untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna bagi keluarga.
2. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

#### b. Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan kesadaran pada lansia
2. Membina kesehatan dirinya sendiri
3. Meningkatkan mutu kesehatan lansia
4. Meningkatkan pelayanan kesehatan lansia. (Depkes RI, 2003 ).

### 2.1.4. Sasaran posyandu Lansia

Adapun sasaran posyandu lansia di antara lain meliputi:

#### a. Sasaran Langsung

- 1). Kelompok pra lansia lanjut (45-59 tahun)
- 2). Kelompok usia lanjut (60 tahun ke atas)
- 3). Kelompok usia lanjut dengan risiko tinggi (70 tahun ke atas)

**b. Sasaran tidak langsung**

- 1). Keluarga dimana usia lanjut berada
- 2). Organisasi sosial yang bergerak dalam pembinaan usia lanjut
- 3). Masyarakat luas. (Depkes RI, 2003 : 113)

**2.1.5 Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia**

Kegiatan di posyandu lansia merupakan kegiatan nyata yang melibatkan partisipasi masyarakat dalam upaya kesehatan dari masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat yang dilakukan oleh kader kesehatan yang telah mendapat pendidikan dan latihan dari Puskesmas mengenai pelayanan kesehatan dasar. Kegiatan di posyandu lansia secara umum mencakup kegiatan pelayanan yang berbentuk: (Dinkes, 2003)

**a. Kegiatan *promotif***

Kegiatan ini bertujuan meningkatkan gairah hidup para lansia agar merasa tetap dihargai dan tetap berguna.

**b. Kegiatan *Preventif***

Merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penyakit dan komplikasi yang diakibatkan oleh proses degeneratif. Kegiatan yang dilakukan berupa deteksi dini kesehatan lansia baik dikelompok lansia maupun dikelompok Puskesmas.

**c. Kegiatan *Kuratif***

Kegiatan kuratif adalah upaya yang dilakukan dalam pengobatan dan perawatan bagi lansia yang sakit.

**d. Kegiatan *Rehabilitatif***

Kegiatan rehabilitatif adalah upaya yang dilakukan atau bersifat medik, psikososial, edukatif dan pengembangan keterampilan atau hobi untuk me-

mengembalikan semaksimal mungkin kemampuan fungsional dan kepercayaan diri pada lansia.

Kegiatan-kegiatan dalam posyandu lansia dicatat dan dipantau melalui Kartu Menuju Sehat (KMS) Lansia untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini) atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi dan mencatat perkembangannya dalam Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan (BPPK) Lansia atau catatan kondisi kesehatan yang lazim digunakan di Puskesmas.

Macam-macam pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada Lansia di Posyandu adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari (*activity of daily living*) meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil dan sebagainya.
- 2) Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional, dengan menggunakan pedoman metode 2 menit.
- 3) Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik Indeks Massa Tubuh (IMT).
- 4) Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
- 5) Pemeriksaan hemoglobin menggunakan Talquist, Sahli atau Cuprisulfat.
- 6) Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit diabetes mellitus.
- 7) Pemeriksaan adanya protein dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.

- 8) Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7.
- 9) Penyuluhan bisa dilakukan di dalam maupun di luar kelompok dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau POKSILA.
- 10) Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas bagi anggota POKSILA yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*Public Health Nursing*).

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat:

- 11) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) penyuluhan sebagai contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lansia, serta menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut
- 12) Kegiatan olah raga antara lain senam lansia, gerak jalan santai dan lain sebagainya untuk meningkatkan kebugaran.

Kecuali kegiatan pelayanan kesehatan seperti uraian di atas, kelompok dapat melakukan kegiatan non kesehatan di bawah bimbingan sektor lain, contohnya kegiatan kerohanian, arisan, kegiatan ekonomi produktif, forum diskusi, penyaluran hobi dan lain-lain (Depkes RI, 2003 : 124).

#### **2.1.6 Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan Posyandu Lansia**

Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima terhadap lansia, mekanisme pelaksanaan kegiatan yang sebaiknya digunakan adalah sistem 5 tahapan (5 meja) sebagai berikut:

- 1) Tahap pertama: pendaftaran lansia sebelum pelaksanaan pelayanan.
- 2) Tahap kedua: pencatatan kegiatan sehari-hari yang dilakukan lansia, serta penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.

- 3) Tahap ketiga: pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kesehatan, dan pemeriksaan status mental.
- 4) Tahap keempat: pemeriksaan air seni dan kadar darah (laboratorium sederhana).
- 5) Tahap kelima: pemberian penyuluhan dan konseling (Depkes RI, 2003 : 125)

## **2.2 Kader**

### **2.2.1 Pengertian**

Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat, mau dan mampu bekerja bersama dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan secara sukarela (Depkes, 2003 dalam Wahono 2010)

Berdasarkan batasan di atas L. A. Gunawan dalam Lubis (2010) menyimpulkan bahwa kader posyandu atau dinamakan juga promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dari masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

Jumlah kader Posyandu Lansia di setiap kelompok tergantung pada jumlah anggota kelompok, volume dan jenis kegiatan yaitu sedikitnya 3 orang. Kader sebaiknya berasal dari anggota kelompok sendiri atau bilamana sulit mencari kader dari anggota kelompok dapat saja diambil dari anggota masyarakat lainnya yang bersedia menjadi kader (Depkes RI, 2003 : 128).

### **2.2.2 Kriteria Kader**

Pembangunan dibidang kesehatan itu dapat dipengaruhi dari keaktifan masyarakat dan pemuka-pemukanya termasuk kader, maka pemilihan calon kader yang akan dilatih perlu mendapat perhatian. Memilih kader yang merupakan pilihan masyarakat dan mendapat dukungan dari kepala desa/lurah setem-

pat kadang-kadang tidak gampang. Namun bagaimana pun proses pemilihan kader ini hendaknya melalui musyawarah dengan masyarakat, sudah barang tentu para pamong desa harus juga mendukung (Lubis,2010)

Kader sabagai wakil dari masyarakat yang menjadi promotor bagi masyarakat sendiri sebaiknya memiliki bekal pengetahuan yang cukup dan sikap positif dalam upaya memelihara kesehatan untuk menjadi panutan bagi masyarakat di sekitarnya. Persyaratan untuk menjadi kader, antara lain:

- 1) Dipilih dari masyarakat dengan prosedur yang disesuaikan dengan kondisi setempat.
- 2) Mau dan mampu bekerja secara sukarela.
- 3) Bisa membaca dan menulis huruf latin.
- 4) Sabar dan memahami usia lanjut (Depkes RI, 2003 dalam Wahono 2010)

Menurut Zulkifli dalam Lubis (2010) persyaratan umum yang dapat dipertimbangkan untuk pemilihan calon kader, yaitu :

- a. Dapat membaca dan menulis dengan bahasa Indonesia.
- b. Secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader.
- c. Mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan.
- d. Aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya.
- e. Dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya dan berwibawa.
- f. Sanggup membina paling sedik 10 Kepala Keluarga (KK) untuk meningkatkan keadaan kesehatan lingkungan
- g. Diutamakan telah mempunyai keterampilan

### 2.2.3 Tugas Kader Posyandu Lansia

Kader adalah sukarelawan yang mau bekerja untuk upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat. Mengingat kader berasal dari berbagai latar belakang yang berbeda dan bukan merupakan tenaga profesional kesehatan, tugas yang dilimpahkan bersifat sederhana, diantaranya:

1. Pendekatan kepada aparat pemerintah dan tokoh masyarakat:
  - a) Anjangsana
  - b) Sarasehan
  - c) Menghadiri pertemuan rutin kemasyarakatan setempat.
2. Melakukan Survey Mawas Diri (SMD) bersama petugas untuk menelaah:
  - a) Pendataan sasaran
  - b) Pemetaan
  - c) Mengenal masalah dan potensi.
3. Melaksanakan musyawarah bersama masyarakat setempat untuk membahas hasil SMD, menyusun rencana kegiatan, pembagian tugas, dan jadwal kegiatan
4. Menggerakkan masyarakat:
  - a) Mengajak usia lanjut untuk hadir dan berpartisipasi dalam kegiatan dikelompok usia lanjut
  - b) Memberikan penyuluhan/penyebarluasan informasi kesehatan, antara lain: cara hidup bersih dan sehat, gizi usia lanjut, kesehatan usia lanjut.
  - c) Menggali dan menggalang sumber daya, termasuk pendanaan bersumber masyarakat.
5. Melaksanakan kegiatan dikelompok usia lanjut :
  - a) Menyiapkan tempat, alat-alat dan bahan



b) Memberikan pelayanan usia lanjut:

- Mengukur tinggi dan berat badan
- Mencatat hasil pelayanan dalam buku register dan KMS
- Memberikan penyuluhan perorangan sesuai hasil layanan
- Melakukan rujukan kepada petugas kesehatan / sarana kesehatan (bila petugas kesehatan tidak hadir).
- Mengunjungi sasaran yang tidak hadir dikelompok usia lanjut.

6. Melakukan pencatatan. (Depkes RI, 2003 dalam Wahono, 2010)

### 2.3 Pengetahuan

#### 2.3.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, peraba, pembau, perasa. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007 dalam Yuliasari, 2010).

Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003 : 168).

Pengetahuan pada hakekatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu objek tertentu dan setiap jenis pengetahuan mempunyai ciri-ciri spesifik mengenai apa (*ontology*), bagaimana (*epistemology*), dan untuk apa (*aksiology*) pengetahuan tersebut (Notoatmodjo, 2000 : 19). Pengetahuan pada hakekatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu objek

tertentu termasuk di dalamnya adalah ilmu. Ilmu adalah bagian dari pengetahuan yang diketahui oleh manusia di samping berbagai pengetahuan lainnya.

Pengetahuan merupakan domain terendah dalam perubahan sikap dan praktek. Menurut Roger (1974) dalam Yuliasari (2010) sikap dan praktek yang tidak didasari oleh pengetahuan yang adekuat tidak akan bertahan lama pada kehidupan seseorang, sedangkan pengetahuan yang adekuat jika tidak diimbangi oleh sikap dan praktek yang berkesinambungan tidak akan mempunyai makna yang berarti bagi kehidupan (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan teori adaptasi bila pengetahuan baik setidaknya dapat mendorong untuk mempunyai sikap dan perilaku yang baik pula (Widodo, dkk.,2005)

### 2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut taksonomi Bloom dalam Yuliasari (2010) tingkat pengetahuan mencakup enam tingkat domain kognitif, yaitu:

#### a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

#### b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan

materi tersebut secara benar. Orang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### 2.3.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan dibagi menjadi dua, yaitu cara tradisional (ilmiah) dan cara modern (non ilmiah). Cara tradisional (ilmiah) meliputi:

- (a) Cara coba dan salah (*trial and error*), cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, apabila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya pemecahan dilakukan dengan coba-coba.
- (b) Cara kekerasan atau otoriter, pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoriter atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama maupun ahli pengetahuan. Pengetahuan tersebut diperoleh tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris atau penalaran sendiri.
- (c) Berdasarkan pengalaman pribadi, hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu
- (d) Melalui jalan pikiran, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya melalui induksi maupun deduksi.

Cara modern atau non ilmiah, yaitu dengan cara mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan, kemudian hasil pengamatan tersebut dikumpulkan dan diklasifikasi kemudian akhirnya diambil kesimpulan umum (Notoatmodjo, 2000 : 22).

#### **2.3.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Nasution yaitu:

##### **a. Tingkat pendidikan**

Semakin tinggi tingkat pendidikan maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan menyesuaikan dengan hal-hal yang baru tersebut. Dengan pendidikan maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk

semakin banyak pula informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan (Djannah dkk, 2012).

Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Oktarina (2009) tentang "Hubungan Antara Karakteristik Responden, Keadaan Wilayah Dengan Pengetahuan, Sikap Terhadap HIV/AIDS Pada Masyarakat Indonesia". Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dan tingkat pengetahuan mengenai penyakit AIDS. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula pengetahuannya (Oktarina, 2009). Keadaan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Shinta, dkk (2005) yang mendapatkan pendidikan masyarakat yang rendah berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang rendah pula.

#### **b. Informasi**

Semakin banyak sumber informasi yang dimiliki seseorang, akan memberikan pengetahuan yang lebih jelas.

#### **c. Budaya**

Budaya berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi-informasi yang baru akan diseleksi sesuai atau tidaknya dengan budaya dan agama yang dianut.

#### **d. Pengalaman**

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan (Wulandari, 2010). Pengalaman berkaitan dengan umur dan pendidikan individu, maksudnya pendidikan yang tinggi dan usia yang semakin matang akan memiliki pengalaman yang lebih luas. Pengalaman turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami suatu pengetahuan. Dan pengalaman merupakan sumber pengetahuan.

### **e. Sosial ekonomi**

Tingkat seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup disesuaikan dengan penghasilan yang ada. Sehingga menuntut pengetahuan yang dimiliki harus dipergunakan semaksimal mungkin begitupun dalam mencari bantuan ke sarana kesehatan yang ada, mereka sesuaikan dengan pendapatan keluarga.

Faktor lain yang disebut dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah pekerjaan, Menurut penelitian Oktarina, dkk (2009) terdapat hubungan antara pekerja dan tingkat pengetahuan. Seseorang yang memiliki pekerjaan khususnya di luar rumah cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang tidak bekerja.

#### **2.3.5 Pengukuran Tingkat Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket untuk menyatakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian dari responden. Kedalaman pengetahuan responden yang ingin kita ketahui atau kita ukur, dapat kita sesuaikan dengan tingkat pengetahuan.

Hasil pengukuran tingkat pengetahuan dengan menggunakan angket atau kuesioner pada umumnya berupa persentase yang menggambarkan tingkat pengetahuan baik, cukup atau pengetahuan kurang. Menurut Waridjan (1999), pengetahuan seseorang tentang sesuatu hal dikatakan baik bila nilai jawaban benar berkisar pada rentang 80-100%, dikatakan cukup bila menjawab benar sebesar 65-79%, dan pengetahuan dikatakan kurang bila persentase nilai benar kurang dari 65%.

Menurut Arikunto pengukuran tingkat pengetahuan seseorang dapat dikategorikan dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu:

Baik, jika hasil presentase benar 76% - 100% , cukup jika hasil presentase benar 56% - 75% dan kurang jika hasil presentase benar > 56%

Notoatmodjo (2002), mengemukakan bahwa penilaian pengetahuan dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu sebagai berikut:

- a. Tinggi apabila > 75% responden memberikan jawaban yang benar terhadap pertanyaan yang diajukan, atau dengan kata lain bahwa apabila jumlah jawaban responden yang benar diatas 75% maka dikategorikan memiliki pengetahuan tinggi.
- b. Sedang apabila 40% - 75% responden memberikan jawaban yang benar atas pertanyaan yang diajukan, atau dengan kata lain bahwa apabila jumlah jawaban responden yang benar antara 40% - 75% maka dikategorikan memiliki pengetahuan sedang.
- c. Rendah apabila 40% responden memberikan jawaban yang benar terhadap pertanyaan yang diajukan, atau dengan kata lain bahwa apabila jumlah jawaban responden yang benar dibawah 40% maka dikategorikan memiliki pengetahuan rendah.

Seperti halnya yang dikemukakan Arikunto, Nursalam (2003) menyatakan bahwa pengetahuan baik jika presentase benar 76% - 100%, pengetahuan sedang jika presentase benar 56% - 75% dan pengetahuan rendah jika presentase benar kurang dari 55%.

## 2.4 Sikap (*Attitude*)

### 2.4.1 Pengertian

Secara teori, sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara

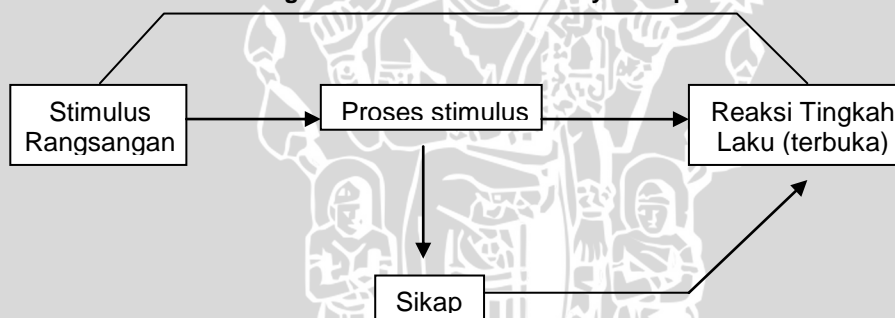
sederhana, sikap adalah respon terhadap situasi sosial yang telah terkendali (Azwar, 2000 dalam Nugroho 2010). Sikap adalah penilaian seseorang tentang stimulus-stimulus atau objek. Setelah seseorang mengetahui stimulus dan objek, proses lanjutnya akan menilai dan bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan (Notoatmojo 2003, dalam Riza 2009).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan, tetapi sikap merupakan suatu faktor pendorong individu untuk melakukan tindakan (Notoatmojo 2007).

#### 2.4.2 Pembentuk Sikap

Proses terbentuknya sikap dapat dijelaskan pada bagan ini:

Bagan 2.1 Proses Terbentuknya Sikap



Sumber: Notoatmodjo (2007)

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan saling mempengaruhi diantara individu yang satu dengan yang lain, terjadi hubungan timbal balik yang mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu. Individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap obyek psikologis yang dihadapi (Hayati, 2007). Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap diantaranya adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media



masa, institusi pendidikan atau agama dan faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 1995, dalam Hayati 2007).

Menurut Sunaryo dalam Riza (2009) apabila individu memiliki sikap yang positif terhadap suatu stimulus atau objek kesehatan maka ia akan mempunyai sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan, menerima, mengakui menyetujui serta melaksanakan norma-norma yang berlaku dimana individu tersebut berada. Sebaliknya jika ia memiliki sikap negatif terhadap suatu objek, maka ia akan memiliki sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma dimana individu tersebut berada.

Apa yang telah dan sedang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif. Di samping itu, orang-orang di sekitar kita juga mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, akan mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Penyampaian pesan melalui media pun telah memberi dasar afektif pada seseorang dalam menilai sesuatu sehingga terbentuklah sikap tertentu. Institusi pendidikan memberikan dasar pengertian dan konsep moral sehingga mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap seseorang (Hayati, 2007).

### 2.4.3 Komponen Sikap

Menurut Robbins struktur sikap terdiri dari tiga komponen penting dan saling menunjang yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*) dan komponen konatif (*conative*). Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu. Komponen ini berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap

dan hal ini sudah terpolakan dalam pikirannya. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional atau evaluasi. Pada umumnya reaksi emosional sebagai komponen afektif banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai sesuatu yang benar dan berlaku bagi objek temaksud. Komponen konatif adalah aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapi. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individu. Konsistensi antara kepercayaan sebagai komponen kognitif, perasaan sebagai komponen afektif, dengan tendensi perilaku sebagai komponen konatif menjadi landasan dalam upaya menyimpulkan sikap yang dicerminkan oleh jawaban terhadap skala sikap.

Menurut Allport (1954, dalam Yuliasari 2010) sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak

Ketiga komponen diatas secara bersama-sama membentuk suatu sikap yang utuh (*total attitude*). Sikap terdiri dari 4 tingkatan yaitu:

1. Menerima (*receiving*), pada tingkat ini individu mau memperhatikan stimulus yang diberikan berupa objek atau informasi tertentu.
2. Merespon (*responding*), pada tingkat ini individu akan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Usaha individu untuk menjawab dan menyelesaikan tugas yang diberikan

merupakan indikator bahwa individu tersebut telah menerima ide tersebut terlepas dari benar atau salah usaha yang dilakukan oleh individu tersebut.

3. Menghargai (*valuing*), pada tingkat ini individu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah. Hal tersebut merupakan indikator bahwa individu telah mempunyai sikap positif terhadap objek tertentu.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), pada tingkat ini individu bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko. Tingkat ini merupakan sikap tertinggi dalam tingkatan sikap seseorang untuk menerima suatu objek atau ide baru.

Ciri-ciri sikap yaitu :

1. Sikap bukan bawaan lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan objeknya.
2. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek.
4. Objek sikap dapat merupakan suatu hal tertentu, tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tertentu.

Fungsi sikap yaitu sikap berfungsi sebagai alat untuk menyesuaikan diri, alat pengatur tingkah laku, alat pengatur pengalaman-pengalaman, pernyataan kepribadian.

## 2.5 Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit, yang berupa perbuatan (*action*) terhadap situasi dengan rangsangan dari luar. Untuk menim-

bulkan tindakan, harus tertanam pengertian terlebih dahulu untuk membentuk dan mengubah sikap. Beberapa tingkatan tindakan atau praktik antara lain :

1. Persepsi (*perception*), pada tingkat ini individu mengenal dan memilih berbagai objek yang berhubungan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon terpimpin (*guide response*), pada tingkat ini individu dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh
3. Mekanisme (*mechanism*), apabila individu telah dapat melakukan sesuatu dengan benar sehingga menjadi kebiasaan.
4. Adopsi (*adoption*), adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut

Berdasarkan kutipan Notoatmodjo (1997) dalam Hayati (2007), Kartono berpendapat bahwa tindakan atau praktik individu dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan obyek, kerentanan, faktor sosiopsikologi, faktor sosiodemografi, pengaruh media massa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dari tindakannya tersebut.

Menurut Notoatmojo (2005), tindakan atau perilaku seseorang dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan, yaitu :

- a. Tindakan terpimpin

Artinya seseorang melakukan tindakan masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

- b. Tindakan secara mekanisme

Artinya seseorang melakukan tindakan atau mempraktikkan sesuatu hal sudah secara otomatis.

c. Adopsi

Artinya tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Seseorang melakukan tindakan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan yang berkualitas.

Skiner dalam Soekidjo Notoatmojo 5 menyampaikan bahwa perilaku terbentuk dari dua faktor utama yakni : stimulus yang merupakan faktor dari luar diri individu (faktor eksternal) dan respon yang merupakan faktor dari dalam individu bersangkutan (faktor internal). Faktor eksternal atau stimulus adalah faktor lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya, sedangkan faktor internal meliputi perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti dan sebagainya. Namun, sebenarnya perilaku merupakan keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmojo, 2005).

Menurut Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo, domain perilaku dibedakan menjadi 3 area, yakni : kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Selanjutnya pembagian domain ini dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan.

## 2.6. Pendidikan Kesehatan

### 2.6.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan, yang bertujuan untuk mengubah individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan tersebut mencakup antara lain pengetahuan, sikap dan ketrampilan melalui proses pendidikan kesehatan. Pada

hakikatnya dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, kelompok dan masyarakat (Machfoed, 2005 : 129).

Pendidikan kesehatan berorientasi pada pemberian informasi. Akan tetapi, jika dihubungkan dengan tujuan demi mencapai kesehatan yang lebih baik pendekatan ini terlalu sempit. Pendidikan kesehatan memusatkan pada gaya hidup perorangan (Maulana, 2009)

Pendidikan kesehatan yang paling umum dijumpai adalah penyuluhan atau promosi kesehatan. Upaya promotif merupakan tindakan secara langsung dan tidak langsung untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah penyakit. Upaya promotif juga merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga profesional dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial. Upaya promotif dilakukan untuk membantu organ-organ mengubah gaya hidup mereka dan bergerak ke arah keadaan kesehatan yang optimal serta mendukung pemberdayaan seseorang untuk membuat pilihan yang sehat tentang perilaku hidup mereka.

Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan secara optimal.

### **2.6.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Menurut WHO (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Secara umum tujuan

dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut antara lain, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan menggunakan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada (Herawati, 2001 : 47)

### **2.6.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan**

Sasaran pendidikan kesehatan adalah masyarakat atau individu baik yang sehat maupun yang sakit. Sasaran pendidikan kesehatan tergantung tingkat, dan tujuan penyuluhan yang diberikan. Lingkungan pendidikan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi masyarakat (Notoatmodjo, 2003 : 50).

### **2.6.4 Metode Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2003), metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan tenaga pengajar, kemampuan individu, kelompok, masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan ketersediaan fasilitas pendukung. Metode pendidikan kesehatan dapat bersifat pendidikan individual, pendidikan kelompok dan pendidikan massa. Metode yang sering digunakan dalam pendidikan kesehatan yaitu bimbingan dan penyuluhan, wawancara, ceramah, seminar, simposium, diskusi kelompok, curah gagasan, forum panel, demonstrasi, simulasi, dan permainan peran

### 2.6.5 Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Perubahan Perilaku

Menurut WHO (1954), sebagaimana dikutip oleh Notoatmodjo (2003), bahwa pemberian pendidikan kesehatan adalah suatu upaya untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat mengetahui atau menyadari bagaimana memelihara kesehatan mereka. Lebih dari itu pendidikan kesehatan pada akhirnya bukan hanya meningkatkan pengetahuan pada masyarakat, namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*healthy behaviour*). Berarti tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktekkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat dapat berperilaku hidup sehat.

Menurut Sudibyo Supardi (2003), bahwa penyuluhan kesehatan dapat meningkatkan pengalaman seseorang dibandingkan dengan yang tidak diberi penyuluhan. Pendidikan kesehatan dan peningkatan pengetahuan dapat meningkatkan perilaku kesehatan. Berdasarkan hasil analisa yang dilakukan oleh Winarsih dan Retno (2006), menunjukkan bahwa pengetahuan dan perilaku meningkat setelah diberi pendidikan kesehatan. Teori Green menyatakan bahwa perilaku manusia terbentuk dari faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*) dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Di dalam teori yang diutarakan oleh Green sendiri, pengetahuan salah satu faktor predisposisi, sehingga pengetahuan ikut berperan dalam pembentukan perilaku manusia. Sejalan dengan teori Benyamin Bloom (1908) yang menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.



Menurut Notoatmodjo (2003) dalam Wulandari (2010), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri orang tersebut terjadi proses pengetahuan yang berurutan. Dimana proses tersebut diawali dengan *awareness* /kesadaran, dimana orang tersebut menyadari / mengetahui adanya stimulus atau obyek. Kemudian *interest*/merasa tertarik terhadap stimulus. Tahap berikutnya adalah *evaluation* / menimbang-nimbang terhadap apa yang baik dan tidaknya stimulus tersebut, Selanjutnya adalah *trial* /mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan yang dikehendaki oleh stimulus sampai akhirnya pada tahap terakhir yaitu *adaption*/subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan dan kesadaran serta sikapnya terhadap stimulus. Sehingga diperlukan suatu Teori Penguatan, yaitu suatu teori dimana seseorang akan termotivasi apabila dia memberikan respon pada rangsangan pola tingkah laku yang konsisten sepanjang waktu (Notoatmodjo, 2005).

WHO juga mengungkapkan bahwa seseorang berperilaku tertentu disebabkan oleh pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (Supriyanto, 2011)

Berdasarkan kutipan Notoatmodjo 1997 dalam Hayati (2007) Gibson mengemukakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, tingkat sosial ekonomi, pengalaman, umur dan jenis kelamin. Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Persepsi sebagai variabel psikologis merupakan proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya. Persepsi mencakup kognisi (pengetahuan), maka persepsi terjadi kapan

saja stimulus menggerakkan indera. Variabel organisasi/lingkungan terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan. Variabel ini merupakan faktor eksternal yang turut menentukan perilaku individu.

## **2.7 Karakteristik Individu**

### **2.7.1 Pengertian Karakteristik Individu**

Menurut Sutrisna (1994) bahwa karakteristik individu merupakan suatu proses psikologis yang mempengaruhi individu dalam memperoleh, mengkonsumsi serta menerima barang dan jasa serta pengalaman. Karakteristik individu merupakan faktor internal (interpersonal) yang menggerakkan dan mempengaruhi perilaku. Menurut Mathis (2001), bahwa ciri-ciri pribadi meliputi jenis kelamin, status perkawinan, usia pendidikan, pendapatan keluarga, tanggung jawab dan masa jabatan.

### **2.7.2 Unsur-Unsur Karakteristik Individu**

#### **a. Umur**

Umur adalah lamanya hidup dihitung sejak dilahirkan hingga saat ini. Umur merupakan periode penyesuaian terhadap pola-pola kehidupan baru dan harapan baru. Masa remaja merupakan usia produktif, masa bermasalah, masa ketegangan emosi, masa keterasingan sosial, masa komitmen, masa ketergantungan, masa perubahan nilai, masa penyesuaian dengan cara hidup baru dan masa kreatif. Pada masa dewasa ditandai oleh adanya perubahan jasmani dan mental, kemahiran dan ketrampilan profesional yang dapat menerapkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi dan kesenian (Soekanto, 1990).

Berdasarkan penelitian Wulandari (2010), pada usia 25 – 40 tahun atau memasuki tahap usia dewasa, seseorang akan memiliki tingkat kemampuan, kematangan dan kekuatan yang lebih dalam berfikir dan bekerja. Hal ini dikaitkan dengan pengalaman dan kematangan jiwanya. Karena pengalaman merupakan sumber pengetahuan. Sehingga pada tahap dewasa ini seseorang akan semakin mudah dalam menyerap pengetahuan yang didapatkannya. Sedangkan pada usia 40 – 65 tahun tingkat kemampuan, kematangan dan kekuatan mulai mengalami penurunan. Sehingga kemampuan untuk menyerap pengetahuan juga mengalami penurunan.

#### **b. Jenis Kelamin**

Diasumsikan bahwa bukan perbedaan jenis kelamin itu sendiri yang menyebabkan perbedaan kinerja tetapi berbagai faktor berkaitan dengan jenis kelamin misalnya perbedaan mendapatkan formasi, besarnya gaji dan lain-lain. Siagian (2006) mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan produktivitas kerja antara wanita dan pria. Sementara hasil penelitian lain tentang “Hubungan Antara Karakteristik Responden, Keadaan Wilayah Dengan Pengetahuan, Sikap Terhadap HIV/AIDS Pada Masyarakat Indonesia” menunjukkan wanita kurang mendapat informasi tentang HIV/AIDS dibanding laki-laki. Hal ini dimungkinkan karena laki-laki lebih banyak di luar rumah sehingga mudah mendapatkan segala sumber informasi kesehatan (Oktarina, 2009).

#### **d. Pendidikan**

Pendidikan dalam arti formal adalah suatu proses penyampaian materi guna mencapai perubahan dan tingkah laku (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi

orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni :

- a. *Input* adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidikan (pelaku pendidikan).
- b. Proses adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
- c. *Output* adalah melakukan apa yang diharapkan atau perilaku (Notoatmodjo, 2003).

Konsep dasar dari pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, perubahan kearah yang lebih baik, lebih dewasa dan lebih matang sehingga dapat menghasilkan perubahan perilaku pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Hal serupa dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa melalui pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektual sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin tinggi produktivitas kerjanya.

#### **d. Pekerjaan**

Pekerjaan akan terkait dengan kinerja kader di posyandu, jika pekerjaan tersebut terikat oleh waktu tertentu, keadaan ini akan mempengaruhi keaktifan kader dalam kegiatan posyandu. Namun jika jenis pekerjaannya tidak terlalu terikat dengan waktu, tidak akan mempengaruhi kinerjanya sebagai kader mengingat kegiatan posyandu juga dilaksanakan 1 bulan sekali (Puspasari, 2002). Dengan bekerja akan memudahkan seseorang untuk menjangkau berbagai informasi.

#### **e. Masa Kerja**

Masa kerja adalah lamanya seseorang bekerja pada suatu organisasi/intansi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama tidaknya seseorang menjadi kader sangat dipengaruhi oleh proses pemilihannya sebagai kader. Pemilihan kader dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain ditunjuk oleh aparat desa, tokoh masyarakat, dipilih oleh petugas kesehatan dan atas keinginannya sendiri. Pada umumnya kader yang bertugas atas kemauannya sendiri akan bertahan lebih lama dibandingkan karena dorongan dari orang lain (Puspasari, 2002)

#### **f. Status perkawinan**

Status perkawinan termasuk dalam data demografi, dalam hal ini dimasukkan sebagai karakteristik kader. Karena merupakan faktor internal yang dapat menentukan sikap kader dalam kondisi tertentu.

#### **g. Pembinaan Kader**

Pembinaan kader dilakukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan serta untuk menyampaikan informasi-informasi baru kepada kader yang berkaitan dengan program-program kesehatan di Posyandu. Selain itu pelatihan secara rutin minimal sekali dalam setahun juga penting untuk penyegaran bagi kader agar tidak jenuh dengan kegiatan bulanan di Posyandu. Kader yang mendapat pembinaan dari petugas cenderung memiliki kinerja yang lebih baik dibandingkan dengan kader yang tidak mendapat pembinaan. (Puspasari, 2002)

## 2.8 Stroke

### 2.8.1 Pengertian

Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Stroke dapat terjadi akibat pembentukan trombus disuatu arteri serebrum, akibat embolus yang mengalir ke otak dari tempat lain di tubuh, atau akibat perdarahan di otak. Pada stroke, terjadi hipoksia serebrum yang menyebabkan cedera dan kematian sel-sel neuron. Kerusakan otak karena stroke terjadi sebagai akibat pembengkakan dan edema yang timbul dalam 24-72 jam pertama setelah kematian sel neuron (Corwin, 2001).

Stroke didefinisikan sebagai suatu manifestasi klinik gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologik (WHO 1971, dalam Hadi 2006). Secara patologik, penyebab kelainan pembuluh darah ini bisa didapat di pembuluh darah lain di tubuh. Namun di otak, hal ini akan menyebabkan gangguan fungsi bahkan kematian sel saraf otak yang reversibel.

Menurut Martono dan Kuswardani (2006), stroke merupakan suatu manifestasi klinis gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak akibat penyumbatan atau perdarahan pada sirkulasi saraf otak.

### 2.8.2 Epidemiologi

Di seluruh bagian dunia, stroke merupakan penyakit yang terutama mengenai populasi lanjut. Insidens pada usia 75-84 tahun sekitar 10 kali lebih besar daripada populasi 55-64 tahun (Bogousslavsky 1996, dalam Hadi 2006). Stroke merupakan penyebab kematian kedua terbanyak di negara maju dan ketiga terbanyak di negara berkembang. Berdasarkan data WHO tahun 2002,

lebih dari 5,47 juta orang meninggal karena stroke di dunia (Wirawan, 2009). Dari data yang dikumpulkan oleh *American Heart Association* tahun 2004 setiap 3 menit satu orang meninggal akibat stroke (De Freitas *et al.*, 2005 dalam Wirawan 2009).

### 2.8.3 Faktor Risiko

Menurut Lumbantitobing (2001), hipertensi merupakan faktor risiko yang kuat baik sistolik maupun diastolik. Faktor risiko lainnya adalah penyakit jantung (yang menyebabkan timbulnya emboli atau berkurangnya curah jantung, diabetes melitus, dislipidemia, hiperurisemia, obesitas, merokok, inaktivitas fisik, hiperkolesterolemia, hematokrit tinggi, dan hipertiroidi. Jika faktor risiko dikendalikan dengan baik maka kemungkinan mengalami stroke akan berkurang. Begitu pula sebaliknya, jika makin banyak faktor risiko yang dimiliki, besar kemungkinan akan berkembang menjadi stroke. Pada tabel berikut dikemukakan beberapa faktor risiko stroke.

**Tabel 2.1 Faktor Risiko Stroke**

Faktor Risiko stroke	Eratnya (strength)	Estimasi risiko relatif	Estimasi prevalensi
Hipertensi	++	3,0 – 5,0	25 – 40%
Penyakit jantung	++	2,0 – 4,0	10 – 20%
Fibrilasi atrium	++	5,0 – 8,0	1 – 2%
Diabetes melitus	+	1,5 – 3	4 – 8%
Merokok sigaret	+	1,5 – 2,5	20 – 40%
Peminum alkohol berat	+/-	1,0 – 3,0	5 – 30%
Dislipidemia	+/-	1,0 – 2,0	6 – 40 %

Kode: ++ = asosiasi yang kuat telah dibuktikan, + = asosiasi yang moderat, +/- = ekuivokal (belum pasti)

**Tabel 2.2 Faktor Risiko Stroke**

Tidak dapat dimodifikasi	Dapat dimodifikasi	Potensial dimodifikasi
Usia	Hipertensi	Obesitas
Jenis kelamin	Diabetes melitus	Inaktivitas fisik
Ras	Hiperkolesterolemia	Hiperhomosisteinemia
Hereditas	Atrial fibrilasi	Kondisi hiperkoagulitas
	Merokok	Kontrasepsi oral
	Stenosis karotis (asimptomatik)	Terapi hormonal pengganti
	Thalasemia	Proses inflamasi
		Alkohol berlebihan
		Penyalahgunaan obat-obatan

(Brammer and Hering, 2002; Wirawan, 2009)

Faktor risiko lain terjadinya stroke adalah (Hadi dan Martono, 2006)

- Kelainan jantung seperti atrial fibrilasi, infark miokard akut/kronis yang mengakibatkan hipoperfusi (dekompensasi jantung), infeksi yang disertai vegetasi (endokarditis bakterialis sub-akut) dan tumor atrium.
- Koagulopati karena gangguan berbagai komponen darah, antara lain hiperfibrinogenemia, dan lain-lain.
- Faktor keturunan juga memegang peranan penting dalam epidemiologi stroke.

#### **2.8.4 Patologi**

Patologi stroke dapat dibagi dalam 2 kategori yaitu hemoragik dan iskemik. Gejala klinis stroke bervariasi tergantung pada bagian otak yang sirkulasi-nya terganggu. Secara umum stroke memberikan gambaran klinis dengan pola yang khas, dengan variasi secara individual tergantung pada ukuran pembuluh darah, pola aliran atau luasnya disrupsi aliran darah ke otak (Wirawan, 2009).

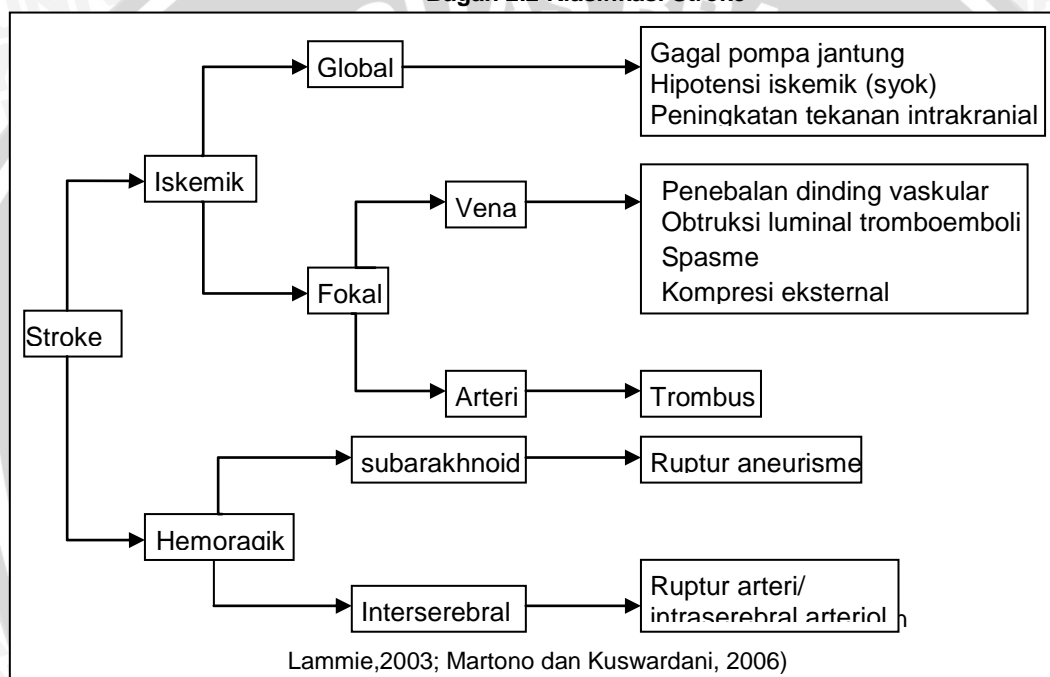


Tabel 2.3 Patomekanisme Stroke Akut

Patomekanisme	Persentase
<b>Iskemik</b>	85%
Trombotik	60%
Embolitik	20%
Lain lain	5%
<b>Hemoragik</b>	15%
Intraserebral	10%
Subarakhnoid	5%

(Brammer and Hering, 2002; Wirawan,2009)

Bagan 2.2 Klasifikasi Stroke

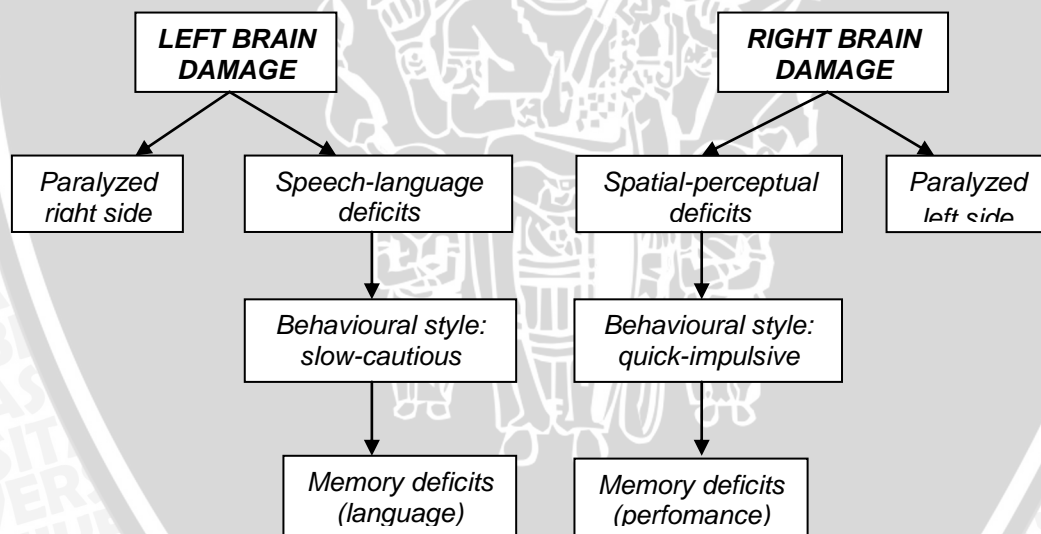


### 2.8.5 Tanda dan Gejala

Keterlambatan pengobatan sering kali lantaran ketidaktahuan masyarakat akan gejala-gejala stroke. Di sini peran keluarga dan kerabat untuk belajar mengenali gejala dengan tepat dan segera membawa penderita untuk mendapat pertolongan dengan memanfaatkan masa *golden period* sebaik-baiknya (Rizaldy, 2010, dalam Putra, 2011).

Gejala khas yang mudah dikenali pada stroke atau trias stroke adalah lumpuh separuh badan, mulut perot, dan bicara pelo. Gejala stroke bisa dibeda-

kan atas gejala/tanda akibat lesi dan gejala/tanda yang diakibatkan oleh komplikasinya. Penderita bisa datang dengan keluhan lemas separuh badan pada saat bangun tidur atau sedang bekerja, akan tetapi tidak jarang yang datang dalam keadaan koma dalam, sehingga memerlukan penyingkiran diagnosis banding sebelum mengarah ke stroke. Secara umum gejala tergantung dari besar dan letak lesi di otak, yang menyebabkan gejala dan tanda dari organ yang dipersyarafi oleh bagian tersebut. Jenis patologi (hemoragik atau non-hemoragik) secara umum tidak menyebabkan perbedaan dari tampilan gejala, kecuali bahwa pada hemoragik seringkali ditandai dengan nyeri kepala hebat sebelumnya (Martono dan Kuswardani, 2006). Beberapa perbedaan yang terdapat akibat stroke hemisfer kiri dan kanan dapat dilihat pada gambar berikut.



Bagan 2.3 Perbedaan antara Stroke Hemisfer Kanan dan Kiri (Harrel 1988, dalam Martono Kuswardani 2006)

**2.8.6 Penatalaksanaan**

Waktu yang dimiliki oleh seseorang ketika terjadi serangan stroke adalah 3 sampai 6 jam untuk segera mendapat pertolongan yang tepat di rumah sakit. Lebih dari jam tersebut di atas pasien yang terkena stroke dapat mengalami

kecacatan yang berat, karena berat ringannya kecacatan yang ditimbulkan akibat stroke ditentukan oleh penanganan awal yang tepat dengan memanfaatkan *golden period* tersebut dan jenis stroke yang dialami oleh pasien (Rizaldy, 2010 dalam Putra, 2011).

Penatalaksanaan stroke berdasarkan waktunya meliputi fase prehospital, fase akut, fase perawatan dan fase pemulihan atau rehabilitasi. Pada fase prehospital diperlukan pendekatan diagnosis secara klinis serta mengatasi kegawatmuan (*primary survey*), selain itu diperlukan sistem transportasi dan rujukan yang baik untuk mengantarkan penderita ke pusat kesehatan secepatnya (Arofah, 2011)

### 2.8.7 Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan pada lingkup posyandu adalah pencegahan primer, tujuannya adalah untuk mencegah orang yang masih sehat agar tidak jatuh pada kondisi stroke. Menurut Bustan (2007) pencegahan melalui pendekatan 4 faktor utama yang mempengaruhi penyakit, yaitu:

- 1) Gaya hidup : kurangi stress, makan rendah garam dan lemak, olahraga, dan tidak merokok.
- 2) Lingkungan : kesadaran atas stress kerja.
- 3) Biologi : perhatian terhadap faktor risiko biologis (jenis kelamin, riwayat keluarga), efek aspirin.
- 4) Pelayanan kesehatan : *health education* dan pemeriksaan tensi.

Perubahan gaya hidup lain yang dapat menurunkan risiko stroke adalah mengatur diet dengan mengurangi konsumsi makanan berlemak, memperbanyak konsumsi buah dan sayur, serta mengonsumsi ikan minimal sekali seminggu.

Pada orang yang obesitas disarankan mengurangi berat badan dan meningkatkan aktivitas fisik. Pada orang dengan hipertensi disarankan mengurangi konsumsi garam hingga kurang dari 6g/hari serta mengonsumsi obat antihipertensi seperti diuretik, *beta blocker*, *calcium antagonist* dan *ACE inhibitor*. Orang hipertensi tanpa diabetes melitus harus menjaga tekanan darah kurang dari 140/90mmHg. Sedangkan pada hipertensi disertai diabetes melitus, tekanan darah harus terkontrol di bawah 130/80mmHg (Castells et al., 2009).

