

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Stroke**2.1.1. Definisi**

Definisi stroke menurut *World Health Organization (WHO)* adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global), dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Israr, 2008).

2.1.2. Faktor Risiko

Secara garis besar faktor risiko stroke dibagi atas faktor risiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable*) dan yang tidak dapat dimodifikasi (*non modifiable*). Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi diantaranya adalah hipertensi, penyakit jantung (*fibrilasi atrium*), diabetes melitus, merokok, konsumsi alkohol, hiperlipidemia, kurang aktifitas, dan stenosis arteri karotis. Sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain usia, jenis kelamin, ras atau suku, dan faktor genetik (Israr, 2008)

2.1.2.1. Faktor risiko yang tidak dapat di modifikasi:

1. Usia adalah faktor risiko stroke paling penting. Insiden stroke 1.25 kali lebih besar pada laki-laki, tetapi karena wanita bertahan hidup lebih lama dari pada laki – laki, lebih banyak wanita dari pada laki-laki meninggal karena stroke setiap tahunnya.

2. Faktor genetik merupakan faktor risiko lain stroke dan kebiasaan keterpaparan lingkungan atau risiko gaya hidup.
3. Kejadian stroke dan angka mortalitas merubah secara luas di antara kelompok ras. Ras hitam dua kali lebih besar meninggal dari pada ras putih (Fisher, AHA, 2011)
4. Meskipun risiko terkena stroke lebih tinggi pada laki-laki, risiko kematian stroke lebih tinggi pada wanita, kemungkinan karena wanita berusia lebih tua dibanding laki-laki pada saat onset stroke (Nasution, 2007).

2.1.2.2. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1. Hipertensi adalah faktor risiko utama stroke yang paling kuat dan *modifiable*, baik untuk stroke iskemik maupun hemoragik, baik laki-laki maupun perempuan, pada semua usia. Risiko stroke meningkat secara proporsional dengan meningkatnya tekanan darah, baik sistol maupun diastol (Nasution, 2007).
2. Secara umum kenaikan kadar kolesterol diikuti dengan kenaikan risiko stroke, tetapi kaitan yang pasti masih dalam klarifikasi. Dianjurkan bagi pasien dengan penyakit jantung koroner dan hipertensi risiko tinggi, walaupun dengan LDL kolesterol normal untuk merubah gaya hidup dan mendapat statin.
3. Secara umum Konsumsi alkohol yang tinggi meningkatkan risiko penyakit vaskular dan stroke disamping dari efek berbahaya yang lain. Pencegahan informatif adalah cara efektif dalam menurunkan konsumsi alkohol.

4. Atrial fibrilasi adalah faktor risiko stroke terutama pada pasien lebih dari 75 tahun, hipertensi, insufisiensi jantung, diabetes, atau ada riwayat stroke atau serangan iskemik transien.
5. Merokok berhubungan dengan naiknya risiko penyakit vaskular, stroke, pathologi respirasi, dan beberapa tipe kanker. Naiknya risiko vaskular juga diamati pada perokok pasif (Castells, dkk, 2009).
6. Seseorang dengan mempunyai diabetes dapat menyebabkan naiknya terjadinya atherosclerosis dan naiknya prevalensi faktor resiko atherogenik notably hipertensi, obesitas, dan abnormalitas lipid darah (Fisher, AHA, 2011).

2.1.3. Gejala

Prinsip obyektif untuk menggambarkan tanda dan gejala stroke ditemukan pada pemeriksaan. Gejala spesifik dievaluasi meliputi sakit kepala berulang dan berat, vertigo, gangguan jalan, dan konvulsi. Tanda stroke yang dievaluasi meliputi penurunan visus (*hemianopia*), penglihatan ganda (*diplopia*), dan gangguan berbicara (*aphasia* dan atau *diysphasia*). Ditandai juga *Paresis* atau *Parasthesia* atau berkurangnya sensoris pada wajah, tangan, atau kaki. (Fisher, AHA, 2011). Untuk memudahkan digunakan istilah FAST (Facial movement, Arm movement, Speech, Test all three) atau dalam bahasa indonesia disebut tanda trias stroke yaitu perot, lumpuh separuh badan, bicara pelo. (PERDOSSI, 2011).

2.1.4. Pencegahan

Pencegahan stroke fokus pada manajemen faktor resiko kardiovaskular terutama kontrol tekanan darah dan penghentian merokok.mengontrol diabet dan lemak dalam pencegahan stroke secara berlanjut. (Ingall, 2004).

Untuk penanganan hipertensi *The National Stroke Association* di USA merekomendasikan 3 strategi untuk mengurangi risiko stroke pada orang-orang dengan hipertensi:

- (1) Tekanan darah harus dikontrol pada penderita hipertensi yang kemungkinan besar mendapat stroke
- (2) Dokter harus memeriksa TD semua pasiennya pada setiap kunjungan
- (3) Pasien dengan hipertensi harus diperiksa TD-nya di rumah (Nasution, 2007).

Modifikasi gaya hidup pada pasien hipertensi dapat membuktikan penurunan nilai tekanan darah seperti pemberhentian merokok, mengurangi berat badan pada pasien obesitas, moderasi konsumsi alkohol, moderate latihan fisik, mengurangi mengonsumsi garam dan menaikkan konsumsi buah dan sayur. Ukuran juga berguna dalam manajemen faktor resiko vaskular lain. Efikasi intervensi edukasi (dengan atau tanpa berhubungan farmakoterapi) dalam manajemen faktor resikovaskular dan mortalitas. Tidak adanya penurunan signifikan mortalitas meski penanganan secara umum faktor resiko seperti besar tekanan darah, kolesterol atau mengurangi merokok yang telah dicapai (Castells, 2009).

2.1.5. Golden Period

Unit stroke yang terbaik adalah yang memberikan perawatan sejak pasien masuk kemudian didiagnosa dan dikategorikan berapa jam setelah onset ia masuk rumah sakit (dari akut yaitu < 3 jam dengan kemungkinan terapi r-tPA sampai waktu tidak terbatas). Penangan yang tepat pada jam – jam pertama paling tidak akan mengurangi angka kecacatan sebesar 30% terhadap penderita stroke. Oleh karena itu perlu penangan stroke pra rumah sakit. Penanganan stroke pra rumah sakit meliputi: deteksi, pengiriman pasien, transportasi, dan

meiapkan jaringan. Tenaga medis atau dokter yang berkecimpung di unit gawat darurat dan dilapangan harus mengerti tentang gejala stroke akut dan peranan penanganan pra rumah sakit yang benar. Perlu juga dilakukan oendidikan berkesinambungan terhadap masyarakat tentang deteksi dini gejala – gejala stroke (Misbach, 2011).

2.2. Posyandu lansia

2.2.1. Definisi Posyandu Lansia

Posyandu merupakan wadah untuk mendapatkan pelayanan dasar terutama dalam bidang kesehatan dan keluarga berencana yang dikelola oleh masyarakat, penyelenggaraanya dilaksanakan oleh kader yang telah dilatih dibidang kesehatan dan KB, dimana anggotanya berasal dari PKK, tokoh masyarakat dan pemudi (Zulkifli, 2003).

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan (Khadijah, 2010).

Program pelayanan posyandu lanjut usia adalah sebuah program yang ditetapkan oleh pemerintah untuk meningkatkan kesehatan lansia di masyarakat yang dijalankan oleh puskesmas (Hasibuan, Ismayadi, 2006).

2.2.2. Tujuan Posyandu Lansia

Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar menurut Depkes (2006) antara lain :

- a. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia
- b. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut (Wahono, 2010).

2.2.3. Manfaat Posyandu Lansia

Manfaat dari posyandu lansia adalah pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi mereka untuk selalu mengikuti kegiatan posyandu lansia sehingga lebih percaya diri dihari tuanya (Khadijah, 2010).

2.2.4. Kegiatan Posyandu Lansia

Pelayanan Kesehatan di Posyandu lanjut usia meliputi pemeriksaan Kesehatan fisik dan mental emosional yang dicatat dan dipantau dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini) atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi. Jenis Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada usia lanjut di Posyandu Lansia seperti tercantum dalam situs Pemerintah Kota Jogjakarta adalah:

1. Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari 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 (dua) menit.
3. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks masa tubuh (IMT).

4. Pengukuran tekanan darah menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
5. Pemeriksaan hemoglobin menggunakan talquist, sahli atau cuprisulfat
6. Adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (Diabetes Mellitus).
7. Pemeriksaan adanya zat putih telur (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 kesehatan.

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia dan kegiatan olah raga seperti senam lanjut usia, gerak jalan santai untuk meningkatkan kebugaran.

Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan di Posyandu Lansia, dibutuhkan, sarana dan prasarana penunjang, yaitu: tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka), meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensi meter, peralatan laboratorium sederhana, thermometer, Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia (Samara, 2011)

2.2.5. Kader

Kader Pemberdaya Masyarakat adalah anggota masyarakat desa dan kelurahan yang memiliki pengetahuan, kemauan, dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif . Salah satu fungsi kader pemberdayaan masyarakat

adalah pengkoordinasian pelaksanaan kegiatan kader teknis dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif (Darmawan, 2009).

2.2.5.1. Kriteria kader Posyandu :

1. Dapat membaca dan menulis.
2. Berjiwa sosial dan mau bekerja secara relawan.
3. Mengetahui adat istiadat serta kebiasaan masyarakat.
4. Mempunyai waktu yang cukup.
5. Bertempat tinggal di wilayah Posyandu.
6. Berpenampilan ramah dan simpatik.
7. Diterima masyarakat setempat (Sembiring, 2004).

2.2.5.2. Peran Kader

Kader Posyandu mempunyai peran yang penting karena merupakan pelayan kesehatan (*health provider*) yang berada di dekat kegiatan sasaran Posyandu dan memiliki frekuensi tatap muka kader lebih sering daripada petugas kesehatan lainnya (Widagdo, 2009)

Adapun peran kader dalam pelaksanaan kesehatan diposyandu lansia (Depkes,2003) adalah

1. Pendekatan kepada aparat pemerintah dan tokoh masyarakat:
 - a. Anjingsana
 - b. Sarasehan
 - c. Menghadiri pertemuan rutin ke masyarakat setempat
2. Melakukan Survey Mawas Diri (SMD) bersama petugas untuk menelaah:
 - a. Pendataan sasaran
 - b. Pemetaan
 - c. Mengetahui masalah dan potensi

3. Melakukan 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/penyebab luasan informasi kesehatan, antara lain: car hidup bersih dan sehat, gizi usia lanjut, kesehatan usia lanjut
 - c. Menggali dan menggalang sumberdaya termasuk pendanaan bersumber masyarakat
5. Melaksanakan kegiatan dikelompok usia lanjut:
 - a. Menyiapkan tempat, alat-alat dan bahan
 - b. Memberikan pelayanan usia lanjut
 - c. Mengukur tinggi dan berat badan
 - d. Mencatat hasil pelayanan dalam buku register dan KMS
 - e. Memberikan penyuluhan perorangan sesuai hasil layanan
 - f. Melakukan rujukan kepada petugas kesehatan/ sarana kesehatan (bila petugas kesehatan tidak hadir)
 - g. Mengunjungi sasaran yang tidak hadir di kelompok usia lanjut
6. Melakukan pencatatan (Wahono, 2010)

2.2.6. Lansia

2.2.6.1 Definisi Lansia

Proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap

infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Maka untuk menangani masalah kesehatan lansia, pemerintah mengeluarkan beberapa kebijakan / program yang diterapkan oleh puskesmas. Program pelayanan lansia disebut juga posyandu lansia (Hasibuan dan Ismayadi, 2006).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merumuskan batasan lanjut usia sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu antara usia 45-59 tahun.
2. Lanjut usia (*elderly*) yaitu anantara usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) yaitu antarausia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) yaitu diatas usia 90 tahun (Wahono, 2010)

2.2.6.2. Kendala Lansia Menghadiri Posyandu

Beberapa kendala yang dihadapi lansia dalam mengikuti kegiatan posyandu antara lain :

1. Pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu. Pengetahuan lansia akan manfaat posyandu ini dapat diperoleh dari pengalaman pribadi dalam kehidupan sehari-harinya. Dengan menghadiri kegiatan posyandu, lansia akan mendapatkan penyuluhan tentang bagaimana cara hidup sehat dengan segala keterbatasan atau masalah kesehatan yang melekat pada mereka. Dengan pengalaman ini, pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi mereka untuk selalu mengikuti kegiatan posyandu lansia.
2. Jarak rumah dengan lokasi posyandu yang jauh atau sulit dijangkau. Jarak posyandu yang dekat akan membuat lansia mudah menjangkau posyandu tanpa harus mengalami kelelahan atau kecelakaan fisik karena

penurunan daya tahan atau kekuatan fisik tubuh. Kemudahan dalam menjangkau lokasi posyandu ini berhubungan dengan faktor keamanan atau keselamatan bagi lansia. Jika lansia merasa aman atau merasa mudah untuk menjangkau lokasi posyandu tanpa harus menimbulkan kelelahan atau masalah yang lebih serius, maka hal ini dapat mendorong minat atau motivasi lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan demikian, keamanan ini merupakan faktor eksternal dari terbentuknya motivasi untuk menghadiri posyandu lansia.

3. Kurangnya dukungan keluarga untuk mengantar maupun mengingatkan lansia untuk datang ke posyandu. Dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia. Keluarga bisa menjadi motivator kuat bagi lansia apabila selalu menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar lansia ke posyandu, mengingatkan lansia jika lupa jadwal posyandu, dan berusaha membantu mengatasi segala permasalahan bersama lansia.
4. Sikap yang kurang baik terhadap petugas posyandu. Penilaian pribadi atau sikap yang baik terhadap petugas merupakan dasar atas kesiapan atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan sikap yang baik tersebut, lansia cenderung untuk selalu hadir atau mengikuti kegiatan yang diadakan di posyandu lansia. Hal ini dapat dipahami karena sikap seseorang adalah suatu cermin kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek. Kesiapan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara-cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya suatu respons (Erfandi, 2008).

2.3. Perilaku

2.3.1. Definisi Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003) dalam (Syakira,2009).

2.3.2. Proses Adopsi Perilaku

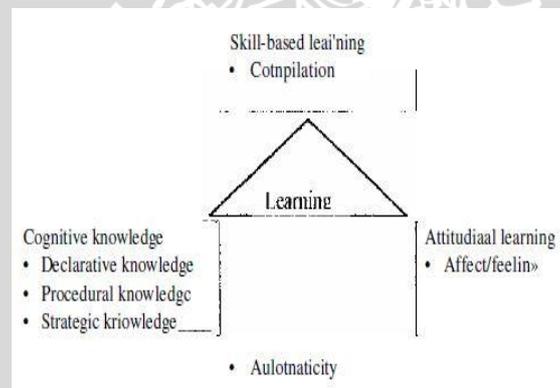
Dari pengalaman penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng dari perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang yang mulai tertarik kepada stimulus
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru
5. *Adaption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Andrayani, 2008).

2.4 Teori yang Mendasari

1. Teori KSAs (*knowledge, skill, and attitudes*)

Menurut laporan Martiningsih (2007) Gambar di bawah, menunjukkan keluaran (*ouicome*) yang diharapkan dari pembelajaran dalam program pelatihan dan pengembangan pegawai, yaitu pengetahuan, keterampilan, dan sikap atau sering disingkat dengan KSAs (*knowledge, skill, and attitudes*). Ketiga keluaran tersebut, menurut Blanchard dan Thacker (2004), meskipun saling terkait, akan tetapi ketiganya adalah berbeda. Pengetahuan mencerminkan tingkat pemahaman individu terhadap suatu realitas, oleh karena itu pengetahuan bersifat kognitif.



Gambar 2.1 Classification of Learning Outeomes

Menurut Badran (1995:8), "*knowledge is the capacity to acquire retain and use information; a mixture of comprehension, experience, discernment and skill*. Artinya pengetahuan adalah kemampuan memperoleh, menguasai dan memanfaatkan informasi, perpaduan dari pemahaman, pengalaman, kecerdasan dan kecakapan.

Blanchard dan Thacker (2003) membagi pengetahuan menjadi tiga kategori dan bersifat hierarkis, yaitu:

- a. Pengetahuan deklaratif (*declarative knowledge*), yaitu kumpulan informasi faktual yang tersimpan pada memori seseorang mengenai materi pembelajaran tertentu (*subject matter*). Pembuktian dari pengetahuan deklaratif yang dimiliki seseorang adalah sejauh mana seseorang mampu menyebutkan kembali (*recall memory*) secara tepat kumpulan informasi faktual. Indikator dari pengetahuan deklaratif adalah tingkat pemahaman atas substansi dari materi yang dipelajari.
- b. Pengetahuan prosedural (*procedural knowledge*), yaitu pengetahuan yang berkaitan dengan cara kerja atau aplikasi dari pengetahuan yang dimiliki. Pengetahuan ini setingkat lebih tinggi dari pengetahuan deklaratif. Seseorang akan memiliki pengetahuan prosedural yaitu baik, jika didasari pengetahuan deklaratif yang baik pula.
- c. Pengetahuan strategis (*strategic knowledge*), merupakan tingkat pengetahuan tertinggi, karena membutuhkan akuisisi terhadap dua level pengetahuan sebelumnya (pengetahuan deklaratif dan pengetahuan prosedural). Pengetahuan ini digunakan dalam perencanaan, monitoring dan perbaikan aktivitas yang ditujukan untuk mencapai tujuan (*Goal Directed Activity*). Pengetahuan strategis meliputi kesadaran individu mengenai apa yang diketahui dan proses internal dalam menentukan fakta dan prosedur relevan yang dapat diterapkan dalam pencapaian tujuan.

Keluaran kedua dan proses pembelajaran melalui pelatihan dan pengembangan pegawai adalah keterampilan (*skill*). Keterampilan adalah kapasitas yang diperlukan untuk menjalankan serangkaian tugas-tugas kecil yang dibentuk melalui pelatihan dan pengalaman (Blanchard dan Thacker, 2003). Tugas kecil semacam ini dapat menjadi kompleks dan akan tersimpan di

bawah sadar (*subconsciously*) dan khas. Blanchard dan Thacker (2003) membagi keterampilan menjadi dua level yaitu, kompilasi (level rendah) dan otomatis (level tinggi). Umumnya tingkat keterampilan seseorang, dinilai dari level rendah (kompilasi) dulu, baru level tinggi (otomatis). Keterampilan level kompilasi terbentuk pada tahap awal pembelajaran, dan meningkat ke level otomatis, ketika keterampilan tersebut diaplikasikan secara rutin dan terus menerus. Pada level kompilasi, seseorang masih berfikir dulu, dalam menggerakkan organ tubuhnya ketika akan melaksanakan suatu tugas. Namun ketika keterampilan berada pada level otomatis, seseorang secara naluri mampu mengintegrasikan antara pikiran dan gerakan organ tubuhnya secara cepat atau dalam waktu bersamaan. Keluaran ketiga dari pelatihan adalah sikap, yaitu keyakinan atau pendapat yang mendukung atau menolak suatu perilaku.

2. Teori HBM (*Health Behaviour Model*)

Teori *Health Behaviour Model* terdiri dari beberapa konsep primer yang memprediksi tujuan seseorang mengambil tindakan untuk mencegah, mendeteksi awal, atau mengontrol kondisi penyakit: ini meliputi kerentanan, yang dapat memperberat, keuntungan, dan kendala yang menjadikan perilaku, penggerak, dan yang paling akhir adalah kekuatan diri sendiri. Konsep konsep diatas dapat dijalskan sebagai berikut:

1. Anggapan kerentanan. Anggapan kerentanan menunjukkan percaya bahwa kemungkinan seseorang mengalami penyakit tersebut atau suatu kondisi. Misalnya, seorang harus percaya bahwa ada suatu kemungkinan mengalami kanker payudara sebelum dia mengetahui benar benar tidak ada pada pemeriksaan pada mamografi.

2. Anggapan yang dapat memperberat suatu kondisi. Anggapan ini menimbulkan suatu perasaan mengenai komplikasi dari penyakit yang diderita atau konsekuensi dari mengabaikan perawatan yang meliputi dari medis dan klinis (misalnya kematian, kecacatan, dan nyeri) dan dimungkinkan keadaan sosial (seperti kondisi pekerjaan, hidup keluarga, dan hubungan sosial). Kombinasi antara kerentanan dan pemberatan ini membuat anggapan untuk mencari pengobatan.
3. Anggapan manfaat. Bahkan jika seseorang sendiri menanggapi kerentanan untuk menjadi berat (anggapan untuk mengobati), apakah persepsi ini dapat menimbulkan tindakan dalam menurunkan penyakit. Masalah yang tidak berhubungan dengan kesehatan dapat menghubungkan suatu persepsi, seperti menyimpan uang yang berpengaruh dengan berhentinya merokok, kegembiraan anggota keluarga keluarga saat menjalani mamografi, dapat juga terpengaruh dalam sikap mengambil keputusan. Dengan demikian individu perlu menunjukkan secara optimal percaya dalam kerentanan dan pemberatan tidak mengharapkan persetujuan beberapa perlakuan yang ditawarkan kecuali mereka juga menganggap bahwa tindakan itu bermanfaat dengan mengurangi perawatan.
4. Anggapan halangan. Aspek potensial negatif pada tindakan kesehatan adalah anggapan halangan yang dapat memungkinkan halangan perilaku yang sudah disarankan. Semacam ketidaksadaran, analisis harga yang terjadi dimana berat tindakan seseorang yang berguna dengan anggapan suatu kendala. " Itu dapat menolong saya tapi itu mahal, memiliki efek samping, tidak disenangi, tidak nyaman, atau memakan waktu". Dengan

demikian kombinasi kerentanan dan pemberatan menyediakan energi atau sumber mengambil tindakan dan persepsi keuntungan menyediakan lintasan tindakan yang lebih baik” (Rosenstock,1974).

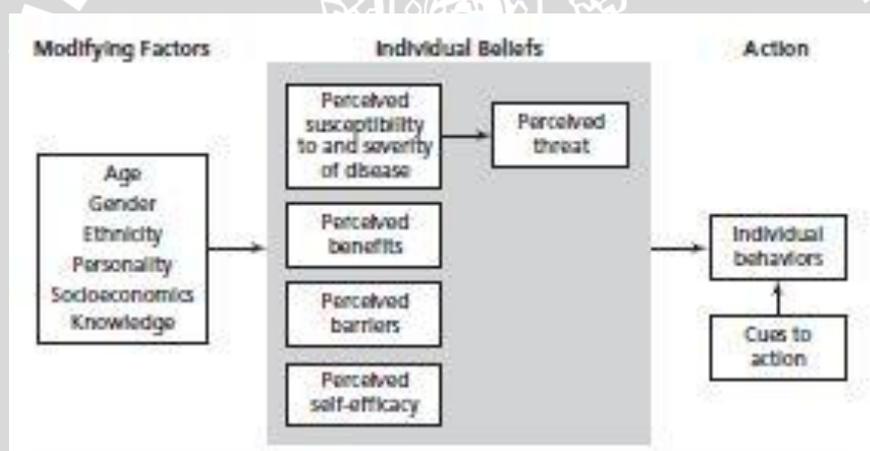
5. Isyarat untuk bertindak. Berbagai macam formulasi konsep awal yang meliputi teori HBM yang memicu suatu tindakan. Hochbaum (1958) misalnya, meskipun sudah siap dilakukan tindakan dengan anggapan kerentanan dan manfaat dapat menjadi potensial beberapa faktor, secara fakta dipengaruhi oleh hasutan, seperti kejadian yang dialami atau kejadian disekitar seperti media publik.

Isyarat untuk bertindak (*cues to action*) merupakan faktor pencetus untuk memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut. Isyarat ini dapat bersifat internal dan eksternal. Isyarat internal yaitu berasal dari dalam diri individu, misalnya gejala penyakit yang dirasakan. Isyarat eksternal yaitu berasal dari interaksi interpersonal, misalnya media massa, pesan, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan (Suhadi, 2011).

6. Kekuatan diri sendiri didefinisikan niat yang dapat mengelola dengan berhasil perilaku, diperlukan untuk menghasilkan suatu hasilhasil dari persangkaan sama setaranya dengan anggapan keuntungan menurut konsep HBM. Untuk berhasil mengubah perilaku, seseorang harus merasakan pengobatan dengan arus pola perilaku dan percaya perubahan yang spesifik akan menghasilkan hasil yang memuaskan. Mereka juga harus mersakan pada diri sendiri secara cakap untuk menanggulangi anggapan kendala untuk mengambil tindakan.

7. Variabel lain seperti demografi, sosiopsikologi, dan struktur variabel dapat mempengaruhi persepsi dan bahkan secara langsung perilaku kesehatan. Contohnya faktor sosiodemografi, pencapaian pendidikan dipercaya secara tidak langsung dengan mempengaruhi persepsi kerentanan, memperberat, manfaat, dan kendala.

Hubungan konsep –konsep yang ada pada *Health Belief Model* adalah sebagai berikut



Gambar 2.2 Komponen Health Belief Model

Faktor modifikasi yang meliputi pengetahuan dan faktor sosiodemografi yang dapat mempengaruhi persepsi kesehatan. Keyakinan sehat meliputi konsep utama dari HBM: kerentanan, keparahan, keuntungan, kendala, dan kekuatan diri sendiri. modifikasi faktor – faktor tersebut berefek pada persepsi dan isyarat untuk tindakan. Dalam kotak health belief anggapan kerentanan dan keparahan adalah kombinasi untuk mengidentifikasi perawatan. Meskipun identifikasi konsep HBM menuntun untuk hasil perilaku, hubungan antara konsep tidak

terdefiniskan. Kebimbangan ini dapat membuat variasi aplikasi HBM. Contohnya dimana banyak pelajar yang mencoba mengasaskan dimensi utamanya sendiri, yang lain mencoba untuk pendekatan multiplikatif. Analisis pendekatan untuk mengidentifikasi hubungan yang dibutuhkan untuk manfaat selanjutnya dari memprediksi perilaku HBM. Jika individu menganggap diri mereka sebagai rentan terhadap kondisi, percaya kondisi bahwa akan memiliki konsekuensi yang serius, percaya bahwa tindakan tersedia bagi mereka akan bermanfaat dalam mengurangi kerentanan mereka baik atau keparahan kondisi, dan percaya manfaat yang diharapkan dari mengambil tindakan lebih besar dari pada hambatan (atau biaya) tindakan, mereka cenderung untuk mengambil tindakan yang mereka percaya akan mengurangi risiko mereka. Dalam kasus penyakit medis didirikan (bukan hanya pengurangan risiko), dimensi telah dirumuskan untuk memasukkan penerimaan diagnosis, personal perkiraan kerentanan terhadap konsekuensi dari penyakit, dan kerentanan terhadap penyakit secara umum (Glanz, 2008) .