

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Perubahan Sosial

Hakikat pemberdayaan masyarakat adalah melaksanakan perubahan sosial yaitu bagaimana suatu masyarakat berubah serta dinamika dan proses di sekitar perubahan tersebut. Kecenderungan terjadinya perubahan sosial merupakan gejala yang wajar yang timbul dari pergaulan hidup manusia di dalam masyarakat. Perubahan-perubahan sosial terus berlangsung sepanjang masih terjadi ada interaksi antar manusia dan antar masyarakat. Perubahan sosial terjadi karena adanya perubahan dalam komponen-komponen yang mempertahankan keseimbangan masyarakat, seperti perubahan dalam unsur geografis, biologis, ekonomis dan kebudayaan (Sulaeman, 2012).

Perubahan sosial disebabkan oleh berbagai macam agen, tetapi di era modern yang sangat menonjol adalah gerakan sosial sebagai kekuatan perubah paling berhasil dalam masyarakat. Pengertian gerakan sosial menurut Sztompka (2004) harus terdiri dari komponen-komponen: (1) kolektivitas orang yang bertindak bersama, (2) tujuan bersama tindakannya adalah perubahan tertentu dalam masyarakat yang ditetapkan partisipan menurut cara yang sama, (3) kolektivitas relatif tersebar namun lebih rendah derajat daripada organisasi formal, (4) tindakannya mempunyai derajat spontanitas relatif lebih tinggi namun tidak terlembaga dan bentuknya konvensional. Jadi gerakan sosial adalah tindakan kolektif yang diorganisir secara longgar, tanpa cara terlembaga untuk menghasilkan perubahan dalam masyarakat.

B. Teori Pembangunan

Perubahan sosial ada yang direncanakan (diharapkan dan dikehendaki) dan ada yang tidak direncanakan. Perubahan sosial yang direncanakan dilakukan melalui pembangunan (*development*; Sulaeman, 2012) memandang bahwa pembangunan pada intinya tidaklah berbeda dengan perubahan. Pembangunan idealnya merupakan suatu proses perubahan yang mengarah

pada kondisi yang lebih baik atau kearah positif dengan meminimalkan perubahan negatif. Sulaeman (2012) menegaskan lebih lanjut bahwa proses pembangunan/pertumbuhan merupakan usaha negara dan bangsanya untuk meningkatkan sarana dan prasarana serta infrastruktur ekonomi, sosial dan politiknya dalam mencapai suatu tingkat kehidupan bangsa yang lebih baik.

Teori pembangunan pada akhir 1950-an, diwarnai oleh teori modernisasi sebagai paradigma utama. Pada akhir 1960-an aliran ini mendapat tantangan dari paradigma yang lebih radikal, yaitu teori ketergantungan dan keterbelakangan (teori dependensi). Pada 1970-an, paradigma baru teori sistem ekonomi dunia muncul ke permukaan untuk menguji isu-isu pembangunan dan pada tahun 1980-an ketiga aliran utama ini bergerak untuk saling melakukan sintesa (Sulaeman, 2012).

1. Teori Modernisasi

Pada dasarnya modernisasi mencakup transformasi total kehidupan bersama yang tradisional atau pra-modern dalam teknologi serta organisasi sosial ke arah pola ekonomis dan politis yang menjadi ciri negara-negara barat yang stabil (Sulaeman, 2012). Teori Modernisasi lahir pada tahun 1950-an di Amerika Serikat sebagai respon kaum intelektual terhadap Perang Dunia. Teori ini lahir dalam suasana ketika dunia memasuki “perang dingin” antara negara-negara komunis dengan negara-negara “barat” di bawah pimpinan AS. Teori Modernisasi dapat dilihat dalam 3 bentuk, yakni sebagai sebuah gagasan tentang perubahan sosial, modernisasi sebagai aliran pemikiran akademis serta sebagai sebuah bentuk ideologi. Modernisasi sebagai gerakan sosial sesungguhnya bersifat revolusioner dari tradisional menuju modern. Selain itu modernisasi juga memiliki watak yang kompleks, sistematis menjadi gerakan global yang akan memengaruhi semua manusia melalui proses bertahap untuk menuju suatu homogenisasi dan bersifat progresif (Fakih, 2001).

Penganut paham modernisasi banyak sekali, beberapa di antaranya seperti Rostow, McClelland, Mahbub ul Haq. Rostow adalah ekonom Amerika Serikat yang dianggap sebagai bapak teori pembangunan dan

pertumbuhan. Teorinya mengenai pertumbuhan ekonomi sangat memengaruhi model pembangunan di hampir semua negara dunia ketiga.

Pemikirannya sesungguhnya ditujukan untuk membendung pengaruh sosialisme di seluruh dunia melalui modernisasi. Tulisannya yang terkenal berjudul *The Stages of Economic Growth: A Non-Communist Manifesto* menjelaskan modernisasi yang dilihatnya dari aspek pertumbuhan ekonomi. Menurut Rostow, faktor manusia merupakan faktor utama dari pertumbuhan ekonomi. Teori pertumbuhan ekonomi mengandaikan pertumbuhan suatu organisme. Teori pertumbuhan Rostow dijelaskan secara rinci dalam “skema lima tahap” (*five-stage scheme*) dari tradisional menuju modern. Sikap manusia tradisional dianggap sebagai masalah yang menghambat kemajuan dan harus dilakukan perubahan.

Melalui skema lima tahap, Rostow menjelaskan perubahan sosial yang terjadi. Pada tahap pertama disebut dengan tahap tradisional, kemudian berubah ke tahap kedua yakni pra-kondisi tinggal landas. Kemudian berkembang lagi pada tahap ketiga, yaitu masyarakat tinggal landas, selanjutnya menjadi masyarakat pematangan pertumbuhan dan akhirnya mencapai masyarakat modern yang dibayangkan dan menjadi cita-cita, yakni sebuah masyarakat industri yang disebutnya dengan *high mass consumption* atau masyarakat konsumsi tinggi. Untuk mencapai masyarakat yang dicita-citakan tersebut ada syarat utama yang harus ada, yaitu modal. Modal dapat diperoleh melalui berbagai cara: 1) melalui penggalan investasi dengan cara pemindahan sumber dana dan atau kebijakan pajak, 2) melalui lembaga-lembaga keuangan atau obligasi pemerintah untuk tujuan produktif, 3) melalui devisa dari perdagangan internasional, 4) melalui penarikan investasi modal asing. (Rostow, 2000)

2. Teori Ketergantungan (*Dependency*)

Teori dependensi lahir dari suasana sejarah pada tahun 1960an sebagai teori untuk memberikan jawaban atas kegagalan program Komisi Ekonomi Perserikatan Bangsa Bangsa untuk Amerika Latin dan teori neo Marxist. Para teoritis ketergantungan berpendapat bahwa pembangunan

pada hakekatnya merupakan sebuah proses yang menciptakan ketidakseimbangan, sementara bangsa-bangsa kaya semakin kaya dan makmur, sementara bangsa-bangsa lainnya secara tak terelakkan bertambah miskin. Negara-negara utara yang kaya dianggap sebagai pusat atau inti kapitalisme dan negara-negara selatan yang miskin merupakan Pinggiran dalam model pusat dan pinggiran (*Center and Periphery*). Melalui penaklukan imperial, berbagai tatanan perekonomian pinggiran disedot ke dalam kapitalisme, akan tetapi di atas pijakan yang tidak adil (Sulaeman, 2012).

Teori ketergantungan memahami keterbelakangan sebagai hal yang tertanam secara kuat di dalam struktur-struktur politik tertentu. Berbagai kebijakan perbaikan yang dibela oleh modernisasi tidak pernah dapat berfungsi karena kebijakan-kebijakan tersebut tidak menangani berbagai hal penyebab yang menjadi akar masalah yang bersangkutan. Satu-satunya jalan keluar yang mungkin dilakukan menurut paham ketergantungan adalah perubahan struktural yang radikal dan bukan proyek-proyek pembangunan yang meringankan berbagai penderitaan jangka pendek dari keterbelakangan atau mendukung status quo (Sulaeman, 2012).

3. Teori Sistem Ekonomi Dunia

Teori sistem ekonomi dunia menyatakan bahwa pada akhir abad ke-20 tata ekonomi kapitalis dunia akan mencapai satu tahap transisi yang daripadanya satu pilihan sejarah harus dilakukan untuk merubah keseluruhan proses dan arah sejarah umat manusia. Peran negara sebagai badan pengatur dan koordinasi aktivitas ekonomi mulai merosot dan digantikan oleh pasar. Sistem kapitalis menunjukkan potensi ekspansi sangat besar. Sistem ini mengendalikan kekuasaan politik dan militer sehingga memungkinkan untuk meluaskan kekuasaannya (Sulaeman, 2012). Pertentangan antara modernisasi dan ketergantungan membuat sistem dunia muncul kembali kepermukaan dalam teori-teori pembangunan. Teori ini banyak dipengaruhi oleh teori dependensi. Teori sistem dunia mengambil beberapa konsep yang telah terlebih dahulu

diajukan oleh teori dependensi, yaitu konsep ketimpangan nilai tukar, eksploitasi negara pinggiran oleh negara senter dan konsep pasar dunia. Dari sejarahnya kapitalisme tidak bisa dilepaskan dari teori-teori pembangunan karena kapitalisme muncul tiga abad terdahulu dibanding dengan teori-teori pembangunan (Sulaeman, 2012).

Motivasi modernisasi dalam meningkatkan perkembangan produksi yang dilakukan oleh negara berkembang adalah suatu usaha yang dilakukan untuk menjadikan negara berkembang sebagai pra-kapitalis menjadi negara kapitalis. Sedangkan, dependensi berangkat dengan mengkritik melalui analisis maxisme terhadap kelas dan dijadikan analisis terhadap negara dengan faktor yang sama yaitu eksploitasi. Demikian halnya dengan teori sistem dunia dengan berasumsi bahwa dunia merupakan satu sistem yaitu sistem kapitalis. Pertentangan antara modernisasi dan ketergantungan membuat sistem dunia muncul kembali kepermukaan dalam teori-teori pembangunan. Teori ini banyak dipengaruhi oleh teori dependensi. Teori sistem dunia mengambil beberapa konsep yang telah terlebih dahulu diajukan oleh teori dependensi, yaitu konsep ketimpangan nilai tukar, eksploitasi negara pinggiran oleh negara senter dan konsep pasar dunia.(Sulaeman, 2012).

C. Kebijakan Publik Sehat

1. Pengertian

Gagasan kebijakan publik yang sehat yang sehat berlandaskan pada prinsip pelayanan kesehatan dasar dalam mencapai tujuan sehat dan kebijakan promosi kesehatan. Prinsip kebijakan promosi kesehatan mencakup kebijakan multisektoral, ekologi, tanggung jawab dalam meningkatkan pilihan promosi kesehatan, melibatkan berbagai bidang, berhubungan dengan pelayanan kesehatan dan partisipasi masyarakat.

Kebijakan publik yang sehat yang sehat berdasarkan pendekatan multisektor, partisipasi masyarakat dan teknologi yang memadai. Ketiga komponen tersebut merupakan komponen pendekatan pelayanan

kesehatan dasar dari WHO. Hancock (1985) menjelaskan bahwa kebijakan publik yang sehat yang sehat bertujuan untuk menciptakan komunitas sehat dengan menggunakan pendekatan teknologi kesehatan yang cukup, bersifat menyeluruh dan berorientasi pada masa depan.

Pederson *et al.*, (1988), mengatakan bahwa kebijakan publik yang sehat yang sehat mempunyai target pada isu pemerataan kesehatan. Kunci dasar kebijakan publik yang sehat yang sehat pada determinan kesehatan pembentuk kesehatan, investasi untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan, menetapkan strategi untuk meningkatkan pemerataan dan memperkecil jarak dalam status kesehatan dalam mengalokasikan sumber yang ada pada masyarakat. Kebijakan publik yang sehat sehat sebagai kebijakan publik yang sehat untuk sehat dengan memandang kesehatan dalam konteks ekologi yang luas (Pederson *et al.*, 1988). Menurut Kickbucsh (2008), kebijakan publik yang sehat sehat di bangun dari konsep proaktif kesehatan yang mengubah “prioritas kebijakan untuk melakukan upaya yang menunjang kesehatan yang benar– benar diperlukan”. Proses kebijakan dan pengukuran kesehatan yang dibutuhkan untuk memberi pengarahan pada pengembangan kebijakan publik yang sehat sehat sehingga diperlukan pengetahuan mengenai dampak kebijakan terhadap kesehatan dari segi positif maupun negatifnya.

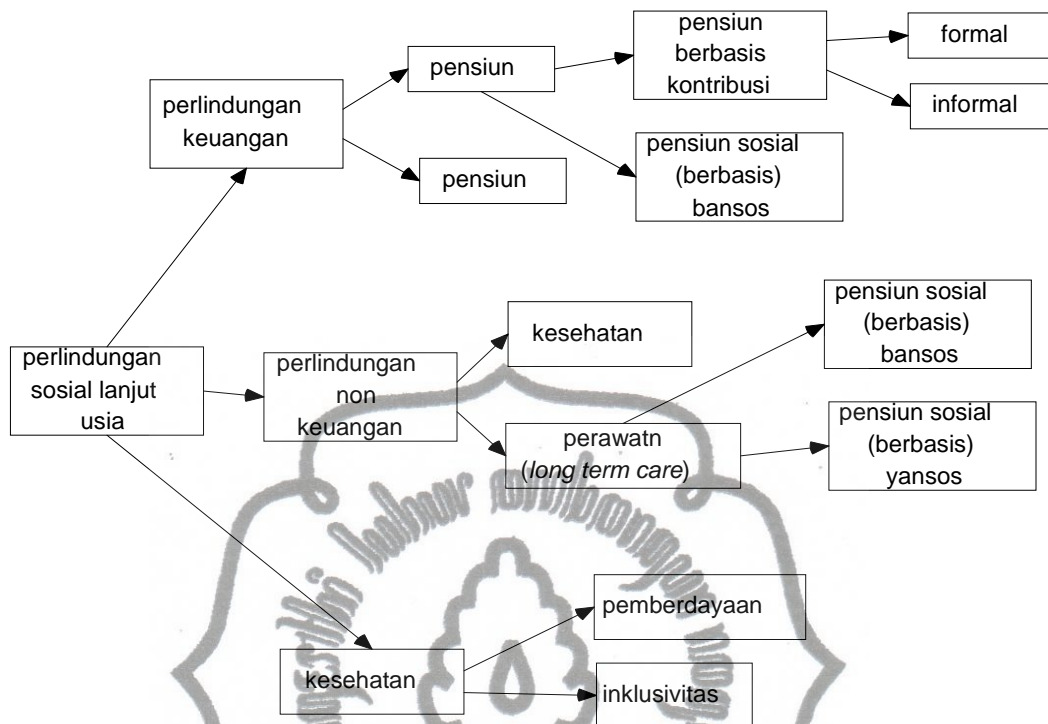
Kebijakan publik yang sehat sehat adalah penilaian yang berhubungan dengan pencegahan primer. Perubahan komunitas di tingkat lokal terdapat tantangan dimana tidak semua elemen masyarakat siap dengan adanya perubahan. Adanya dorongan kuat dari kesehatan masyarakat untuk masuk pada kebijakan sehingga para tenaga profesional kesehatan masyarakat diharapkan dapat bekerja sama dengan kebijakan politis dalam kesehatan masyarakat. Gerakan kota dan komunitas sehat memperjuangkan terwujudnya kebijakan kesehatan baru yang berfokus pada promosi kesehatan dan konsisten dengan harapan meningkatkan kesehatan masyarakat

2. Kebijakan publik yang sehat Lansia

Undang-undang yang menjadi dasar hukum pada kebijakan lansia terdapat lima, yaitu UU No 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, UU No 12 tentang Kemasyarakatan, UU No 10 tahun 1992 tentang Perkembangan kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, UU No 11 tahun 1992 tentang Dana Pensiun, UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jika sistem jaminan sosial yang matang belum berjalan, pelaksanaan kesejahteraan sosial lebih terangkat. Prioritas jaminan sosial diberikan untuk lanjut usia yang terlantar yaitu lansia yang mempunyai faktor-faktor tertentu sehingga tidak dapat mencukupi kebutuhan primer secara jasmani, rohani serta sosial.

Kebijakan pada lanjut usia memprioritaskan kegiatan perlindungan dan rehabilitasi termasuk panti reguler, perawatan sehari-hari (*day care*), perawatan di rumah (*home care*) dan pertolongan sosial pada lansia yang terlantar.

Undang-undang yang berhubungan dengan lansia diantaranya terdapat pada UU No. 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Dasar pertimbangan dalam undang-undang ini adalah “bahwa pelaksanaan pembangunan yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah”. Ketentuan umum pada kebijakan publik yang sehat lansia memuat ketentuan mengenai pengertian lanjut usia, yaitu seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.



Gambar 2.1 Kebijakan publik yang sehat Lansia Sumber: Kementerian Sosial (2015)

Hakikat peningkatan kesejahteraan pada lanjut usia antara lain iman dan takwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, kekeluargaan, keselarasan, keserasian dan keseimbangan dalam hidup. Maksud dari peningkatan kesejahteraan lansia agar mereka dapat diberdayakan sehingga mampu berperan dalam kegiatan pembangunan dengan memperhatikan fungsi kearifan, pengetahuan, keahlian, keterampilan, pengalaman, usia, kondisi fisiknya, dan memelihara taraf kesejahteraan. Peningkatan kesejahteraan lansia bertujuan untuk memperpanjang masa produktif, meningkatkan usia harapan hidup, mewujudkan kemandirian dan kesejahteraan, memelihara nilai budaya dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Pada kelompok umur lansia tetap memiliki hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Negara memberikan penghormatan dan penghargaan pada lansia dengan memberikan hak untuk meningkatkan kesejahteraan meliputi:

pelayanan kesehatan, keagamaan, kesempatan bekerja, pelayanan pendidikan dan pelatihan, kemudahan untuk menggunakan sarana dan prasarana umum, kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum, perlindungan dan bantuan sosial (Bappenas, 2015).

Lanjut usia mempunyai kewajiban sebagaimana tertulis dalam undang-undang, yaitu :

- a. Membimbing dan memberi nasihat secara arif dan bijaksana berdasarkan pengetahuan dan pengalamannya, terutama di lingkungan keluarga untuk menjaga martabat dan meningkatkan kesejahteraannya.
- b. Melaksanakan dan memberikan ilmu pengetahuan, pengalaman keahlian dan keterampilan yang dimiliki kepada generasi penerus.
- c. Menjadi teladan pada segala aspek kehidupan kepada generasi penerus.

Pemerintah bertugas mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung kelangsungan peningkatan kesejahteraan sosial pada lansia. Keluarga, masyarakat dan pemerintah berpartisipasi dan bertanggungjawab untuk mewujudkan upaya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lansia.

Arah kebijakan sementara pada lansia dalam rencana pembangunan jangka panjang menengah (RPJMN) periode 2015-2019 menurut Bappenas (2015), antara lain:

- a. Peningkatan pemenuhan hak dasar dan inklusivitas penyandang disabilitas, lansia, serta kelompok masyarakat marjinal pada setiap aspek kehidupan dengan cara meningkatkan advokasi regulasi dan kebijakan di tingkat pusat dan daerah untuk pemenuhan hak dasar penduduk penyandang disabilitas, lanjut usia, masyarakat adat dan masyarakat marjinal lain, meningkatkan penyuluhan sosial untuk pendidikan dan kesadaran masyarakat mengenai lingkungan inklusif bagi penyandang disabilitas, lanjut usia dan kelompok marjinal lainnya.

b. Memperkuat skema perlindungan sosial bagi lansia diantaranya adalah penguatan bantuan dan jaminan sosial bagi lansia, perluasan jangkauan dan meningkatkan inklusivitas layanan publik bagi lansia, termasuk jaminan kesehatan dan skema jaminan sosial, penguatan layanan sosial berbasis komunitas bagi lansia, peningkatan ketersediaan, kualitas dan kompetensi SDM kesejahteraan sosial lansia, Peningkatan kualitas hidup lansia ditingkat masyarakat melalui perluasan pemanfaatan teknologi informasi digital untuk mengurangi eksklusi sosial.

3. Kebijakan publik yang sehat Kemenkes dalam Pembinaan Lansia

Pembinaan lansia dari kebijakan kementerian kesehatan adalah bagian dari pembinaan keluarga. Tujuan dari pembinaan kesehatan keluarga untuk mewujudkan sikap dan perilaku yang dapat menumbuhkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dengan didukung dan dibimbing oleh tenaga kesehatan agar terwujud kehidupan keluarga yang sehat. Kesehatan keluarga dilaksanakan untuk menciptakan keluarga kecil yang sehat, bahagia dan sejahtera. Pemerintah membuat kebijakan ini dengan maksud untuk mendukung keluarga supaya melakukan fungsi keluarga secara maksimal yang dapat dilakukan dengan meningkatkan kualitas hidup lansia agar tetap mampu berperan dalam keluarga, tetap produktif dan berguna bagi keluarga dan masyarakat.

Pengembangan program pembinaan kesehatan pada kelompok umur usia lanjut berdasarkan pada UU No. 9 Tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan No.134 tahun 1990 tentang pembentukan tim kerja Geatric dan Surat keputusan dari Kemenkes No. 134 tahun 1990 tentang pembentukan tim kerja pada lansia.

4. Program Kemenkes (2015) dalam Kebijakan publik yang sehat Pembinaan Lansia

a. Upaya promotif yaitu merangsang semangat hidup untuk lansia

supaya mereka tetap dihargai dan berguna bagi keluarga dan masyarakat. Bentuk nyata dari upaya promotif ini berupa penyuluhan sebagai pendukung program pembinaan kesehatan lansia antara lain:

- 1) Pemeliharaan kebersihan diri dan identifikasi dini terjadinya penurunan kondisi kesehatan secara teratur dan berkelanjutan memeriksakan kesehatan ke puskesmas maupun instansi pelayanan kesehatan yang lain.
 - 2) Melakukan latihan fisik secara teratur dan disesuaikan dengan kemampuan usia lanjut agar tetap sehat dan bugar.
 - 3) Mengonsumsi makanan yang mencakup gizi seimbang.
 - 4) Pembinaan mental untuk meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
 - 5) Membina keterampilan untuk mengembangkan hobi sesuai dengan kemampuannya dan secara teratur.
 - 6) Meningkatkan kegiatan sosial di masyarakat atau mengadakan kelompok sosial.
 - 7) Menghindari kebiasaan yang tidak baik untuk kesehatan seperti merokok, kelelahan fisik dan mental, mengonsumsi alkohol dan kopi.
 - 8) Menangani masalah kesehatannya sendiri dengan tepat.
- b. Upaya preventif merupakan upaya untuk mencegah kemungkinan terjadinya penyakit dan komplikasinya yang disebabkan oleh proses penuaan. Upaya preventif berupa:
- 1) Melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur untuk mengidentifikasi secara dini penyakit pada lansia.
 - 2) Melakukan olahraga untuk menjaga kesegaran jasmani secara teratur dan sesuai dengan kemampuan lansia.
 - 3) Memberikan penyuluhan mengenai penggunaan alat bantu agar lansia tetap mampu berkarya dan merasa berguna. Misalnya alat bantu pendengaran, penggunaan kacamata dan alat bantu

jalan.

- 4) Memberikan penyuluhan pada pencegahan tentang kecelakaan yang mungkin terjadi pada lansia.
 - 5) Memberikan pembinaan mental untuk meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa sesuai dengan kepercayaannya.
- c. Upaya kuratif adalah pengobatan pada lansia berupa kegiatan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan spesifikasi melalui sistem rujukan.
- d. Upaya rehabilitatif adalah upaya mengembalikan fungsi organ yang mengalami penurunan seperti:
- 1) Memberikan pengetahuan, pelayanan dan informasi mengenai penggunaan alat bantu agar lansia tetap mampu berkarya dan merasa berguna. Misalnya alat bantu pendengaran, penggunaan kacamata dan alat bantu jalan
 - 2) Memperkuat mental dan mengembalikan kepercayaan diri pada lansia.
 - 3) Memberikan pembinaan untuk memenuhi kebutuhan pribadi dan aktifitas didalam maupun diluar rumah.
 - 4) Memberikan nasehat mengenai cara hidup sehat sesuai dengan penyakit yang dideritanya.
 - 5) Memberikan perawatan fisioterapi.

D. Lanjut Usia (Lansia)

1. Pengertian Lansia

WHO (2016) dan Undang-Undang No.13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia bab 1 pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Usia lanjut adalah seseorang yang memasuki usia lebih dari 60 tahun. Lansia merupakan kelompok umur yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Pada kelompok umur kategori lansia ini akan terjadi proses yang disebut *aging process* atau proses penuaan. Lanjut usia atau lansia diartikan sebagai

peningkatan kelemahan, meningkatnya kerentanan tubuh terhadap berbagai macam penyakit, lingkungan yang berubah-ubah, hilangnya ketangkasan dan berkurangnya mobilitas serta perubahan secara fisiologis yang berkaitan bertambahnya usia (Aru, 2009).

Lansia adalah proses secara alamiah yang sudah diatur oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses penuaan dan masa tua merupakan fase kehidupan manusia yang terakhir. Pada fase ini seseorang akan mengalami penurunan fungsi fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

2. Klasifikasi lansia

- a. Menurut Kemenkes RI (2012), lansia diklasifikasikan menjadi:
 - 1) Masa *virilitas*, pada kelompok menjelang usia lanjut mulai usia 45 tahun hingga usia 54 tahun.
 - 2) Masa *presenium*, pada kelompok usia lanjut mulai usia 55 tahun hingga usia 64 tahun.
 - 3) Masa *senium*, pada kelompok usia lanjut mulai usia kurang dari 65 tahun.
- b. Menurut WHO, lanjut usia dibedakan menjadi empat kriteria, yaitu:
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*) kelompok usia 45 sampai 59 tahun
 - 2) Usia lanjut (*elderly*) kelompok usia antara 60 tahun sampai 74 tahun
 - 3) Usia tua (*old*) kelompok usia antara 75 tahun sampai 90 tahun
 - 4) Usia sangat tua (*very old*) kelompok usia lebih dari 90 tahun
- c. Menurut UU No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia dikelompokkan menjadi:
 - 1) lanjut usia potensial merupakan lanjut usia yang mampu melakukan pekerjaan yang dapat menghasilkan barang dan jasa.
 - 2) lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak mampu mencari nafkah sehingga kehidupannya bergantung pada bantuan orang lain (WHO, 2016).

3. Proses Penuaan

a. Proses Menua

WHO dan UU No.13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan usia lanjut pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Memasuki usia tua akan mengalami banyak kemunduran fungsi tubuh terutama kemunduran fungsi fisik yang ditandai dengan berkurangnya pigmen rambut sehingga rambut menjadi putih berkurangnya elastisitas kulit sehingga kulit menjadi keriput, berkurangnya pendengaran, penurunan tingkat ketajaman penglihatan, penurunan ketahanan tubuh dan melambatnya aktivitas yang dilakukan (Badrushshalih, 2010).

Penuaan bukan bagian dari penyakit namun merupakan proses yang berangsur-angsur sehingga mengakibatkan perubahan secara kumulatif. Disisi lain, penuaan merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Padila, 2013). Faktor internal dan eksternal memengaruhi proses penuaan. Proses penuaan primer adalah proses yang berlangsung secara alami tanpa ada pengaruh dari faktor eksternal sedangkan proses penuaan sekunder adalah proses penuaan akibat stres, kondisi psikis, sosial dan kondisi lingkungan. Kronologis penuaan dipengaruhi oleh faktor endogen dan proses ini sejalan dengan bertambahnya usia. Penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis, perubahan ini dimulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh. (Sunaryo *et al.*, 2016).

b. Teori Proses Menua

Teori mengenai proses penuaan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok teori biologis dan teori psikososial.

1) Teori biologis

a) Teori jam genetik

Menurut Padila (2013), mengatakan bahwa telah

terprogram secara genetik bahwa material yang terdapat didalam inti sel dikatakan seperti mempunyai jam genetik yang berkaitan dengan frekuensi mitosis. Teori ini berdasarkan fakta bahwa bahwa pada spesies tertentu memiliki harapan hidup yang berbeda. Sel manusia diperkirakan dapat membelah kurang lebih lima puluh kali dalam rentang kehidupan manusia sekitar 100 tahun.

b) Teori radikal bebas

Radikal bebas yang meliputi polusi udara, air tanah dan racun yang terdapat pada makanan yang dikonsumsi oleh manusia dapat merusak membran sel yang menyebabkan kemunduran secara fisik.

c) Teori imunologi

Pada proses metabolisme dalam tubuh memproduksi zat tertentu dimana terdapat jaringan tubuh yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga mengakibatkan jaringan tubuh melemah. Sistem imunitas tubuh menjadi tidak efektif dalam mempertahankan, regulasi dan responsibilitas diri.

d) Teori stres adaptasi

Penuaan terjadi akibat hilangnya fungsi sel-sel didalam tubuh yang yang rutin digunakan. Regenerasi jaringan tidak mampu menjaga kestabilan kondisi internal akibat stress dan sel yang bekerja keras (Padila, 2013).

e) Teori pemakaian dan kerusakan (*wear and tear*)

Pemakaian sel secara terus menerus menyebabkan kinerja sel menjadi kurang efisien dan efisien serta mengalami berbagai gangguan yang berakibat kerusakan. Organisme mempunyai persediaan energi yang akan habis berdasarkan jadwalnya. Jika sel-sel sudah rusak maka tubuh tidak dapat berfungsi dengan maksimal. Kerusakan

sel dalam tubuh dipengaruhi oleh kebiasaan makan yang tidak sehat, konsumsi alkohol, kebiasaan merokok, cedera otot, kurangnya olahraga dan istirahat.

4. Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

a. Perubahan kondisi fisik

Perubahan kondisi fisik pada lansia terjadi dari tingkat sel sampai semua sistem organ tubuh, diantaranya sistem visual, respirasi, kardiovaskuler, pendengaran, muskuloskeletal, urogenital, gastrointestinal, endokrin, integumen dan sistem pengaturan tubuh. Permasalahan fisik yang dapat ditemukan pada lansia dalam kehidupan sehari-hari adalah sulit menahan kencing, lansia mudah terjatuh, kekacuan mental, rasa berdebar-debar, nyeri dada, sesak nafas saat melakukan aktifitas fisik, mudah lelah, nyeri pinggang dan punggung, nyeri sendi pinggul, pembengkakan pada kaki bagian bawah, sering pusing, susah tidur, penurunan berat badan, gangguan ketajaman penglihatan dan penurunan ketajaman pendengaran.

b. Perubahan kondisi mental

Secara umum, lansia akan mengalami gangguan fungsi kognitif dan psikomotorik. Perubahan ini berkaitan dengan perubahan kesehatan, keadaan fisik, tingkat pengetahuan dan pendidikan serta kondisi lingkungan. Dari segi mental dan emosional sering timbul rasa pesimis, merasa cemas dan tidak aman. Perasaan terancam akan menimbulkan suatu penyakit akibat merasa takut ditelantarkan karena tidak berguna, perasaan ini akan menyebabkan lansia mengalami depresi.

c. Perubahan psikososial

Permasalahan psikososial dan reaksi individu terhadap perubahan sangat beragam, tergantung pada pengetahuan dan kepribadian individu tersebut.

Perubahan pada fungsi kognitif adalah terjadinya kemunduran pada aktifitas yang membutuhkan kecepatan dan melibatkan memori jangka pendek. Kemampuan verbal akan tetap dan intelektual tidak mengalami kemunduran bila tidak disertai penyakit.

e. Perubahan spiritual

Agama dan kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan lansia (Padila, 2013).

5. Masalah-Masalah Umum Lanjut Usia

Menurut Padila (2013), masalah-masalah yang umum pada lanjut usia diantaranya adalah:

a. Mudah jatuh

Masalah yang paling sering terjadi pada lansia adalah terjatuh yang disebabkan oleh berbagai faktor, baik secara intrinsik maupun ekstrinsik. Faktor intrinsik atau dari dalam diri lansia misalnya, melemahnya otot ekstremitas bawah, sendi kaki yang kaku, gangguan gaya berjalan dan pusing. Faktor ekstrinsik atau faktor dari luar tubuh lansia misalnya lantai yang tidak rata dan licin, ketajaman penglihatan yang berkurang akibat minimnya cahaya, tersandung benda dan lain-lain. Tidak dapat dipungkiri bahwa seseorang yang bertambah usia maka kemampuan fisik dan mentalnya secara perlahan mengalami penurunan. Hal ini memengaruhi aktifitas kehidupan lansia yang akhirnya dapat mengurangi kesigapan dan ketegapan lansia.

Gangguan ini dapat disebabkan oleh faktor psikis (depresi perasaan bosan dan kelelahan), gangguan organ (terjadinya anemia, berkurangnya kepadatan tulang, gangguan metabolisme, penyakit ginjal dengan uremia, penyakit jantung, gangguan fungsi hati, gangguan sistem peredaran darah, kekurangan vitamin dan penggunaan obat-obatan meliputi

penggunaan obat penenang, obat jantung dan obat yang mengakibatkan kelelahan pada otot.

c. Gangguan kardiovaskuler

Penyakit jantung coroner dapat menyebabkan nyeri hebat di bagian dada dan terjadinya iskemia jantung (menurunnya jumlah aliran darah menuju jantung), radang selaput jantung (*pericarditis*), gangguan pada sistem pernafasan (emboli paru). Terjadinya sesak nafas saat melakukan aktifitas fisik dapat disebabkan oleh lemahnya otot jantung, gangguan pernafasan, anemia dan kelebihan berat badan.

d. Nyeri atau ketidaknyamanan

Nyeri punggung dan pinggang disebabkan adanya gangguan pada sendi dan susunan tulang belakang, kelainan ginjal, gangguan pankreas, gangguan kelenjar prostat, gangguan rahim, gangguan kinerja otot tubuh dan sebagainya.

Nyeri pinggul dapat disebabkan adanya gangguan pada sendi pinggul contohnya *athritis* atau radang sendi, tulang keropos (*osteoporosis*), kelainan tulang sendi akibat patah tulang, dislokasi dan lainnya. Keluhan pusing disebabkan adanya gangguan lokal misalnya sakit gigi dan migrain. Dari segi psikologi dapat timbul perasaan cemas yang menyebabkan susah tidur dan kekacauan pikiran, depresi, kurang tidur dan lain sebagainya. Terjadinya kesemutan pada anggota tubuh disebabkan kurangnya sirkulasi darah lokal, gangguan syaraf secara umum, gangguan sayaraf lokal pada bagian-bagian anggota gerak lansia. Kondisi ini disebabkan oleh melemahnya otot dasar panggul untuk menyangga kandung kemih dan memperkuat sfingter uretra, adanya kontraksi yang tidak normal pada kandung kemih, peradangan pada kandung dan saluran kemih, kelaianan persarafan pada kandung kemih, obat diuretik yang mengakibatkan seringnya buang air kecil, kelainan

kontrol pada kandung kemih, konsumsi obat penenang diluar batas normal, prostat dan faktor psikologis.

Buang air besar (BAB) tanpa disadari dikenal dengan istilah *inkontinensia avi* merupakan masalah kesehatan yang serius pada pasien geriatrik. Definisi *inkontinensia avi* adalah seorang yang tidak mampu menahan dan mengeluarkan feses pada waktu dan tempat yang sesuai. Kondisi ini disebabkan penggunaan obat pencakar perut, diare, gangguan saraf, kelainan pada usus besar, kelainan pada pangkal usus besar (rektal).

g. Gangguan ketajaman penglihatan

Menurunnya ketajaman penglihatan disebabkan adanya kelainan lensa mata dimana refleksi lensa mata berkurang, kekeruhan pada lensa mata akibat katarak, peradangan saraf mata, kontraksi pupil dan lainnya.

h. Gangguan pendengaran

Gangguan pendengaran atau presbikusis adalah hilangnya kemampuan mendengar pada nada murni dengan frekuensi tinggi. Kondisi ini merupakan fenomena yang berkaitan dengan lansia, bersifat simetris dengan perjalanan yang progresif lambat. Terdapat dua tipe presbikusis yaitu *presbikusis sensorik*, *presbikusis neural* dan *presbikusis metabolic*. Patologi *presbikusis sensorik* dipengaruhi oleh hilangnya sel rambut pada membran *basalis koklea* sehingga mengakibatkan hilangnya kemampuan mendengar pada frekuensi nada yang tinggi. Penurunan fungsi pendengaran biasanya terjadi pada pertengahan usia lanjut dan berlangsung secara perlahan.

Patologi terjadinya *presbikusis neural* adalah hilangnya sel neuron pada ganglion spiral. Jumlah dan letak sel neuron yang hilang. *Presbiakusis metabolic* dapat terjadi akibat abnormalitas *vaskularis strial* berupa atrofi daerah apical dan

tengah dari koklea. *Presbiakusis metabolic* yang terjadi akibat perubahan mekanis pada membran basalis koklea karena proses penuaan.

i. Gangguan Tidur

Gangguan tidur merupakan keluhan 30% penderita yang datang ke pelayanan kesehatan, keluhan ini menunjukkan adanya indikasi kelainan jiwa. Terjadinya gangguan tidur disebabkan faktor intrinsik baik organik maupun psikologis. Faktor organik berupa sakit gigi nyeri, gatal, kram betis dan lainnya. Faktor psikogenik contohnya stres, depresi, kecemasan dan amarah yang tidak dapat disalurkan. Macam-macam gangguan tidur yang terjadi pada lansia antara lain:

1) Insomnia

Penyakit sulit tidur dikenal dengan insomnia, permasalahan yang sering terjadi adalah kesulitan untuk memulai dan mempertahankan waktu istirahat.

2) Apnea tidur

Tidur yang berkaitan dengan pernafasan disebut apnea tidur dapat ditandai dengan terjadinya okulasi saluran udara pada bagian atas selama tidur dan perasaan mengantuk yang berlebihan disiang hari.

3) Mudah gatal

Kondisi ini dapat disebabkan adanya kelainan kulit (penyakit degeneratif dan kulit yang kering), penyakit sistemik (diabetes militus, gagal ginjal, alergi dan penyakit hati).

4) Kekacauan mental akut

Kekacauan mental dapat disebabkan konsumsi alkohol, radang selaput otak (*meningitis*), adanya penyakit infeksi yang disertai demam tinggi, penyakit metabolisme, gangguan fungsi hati, dehidrasi atau kekurangan cairan (Sunayo *et al.*, 2016).

E. Program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

1. Pengertian Program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

Program perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) adalah bagian dalam program perawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat yang di dukung partisipasi secara aktif dari masyarakat dan mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu. Pelayanan ini ditujukan untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan secara optimal sehingga dapat mengupayakan kesehatan secara mandiri (Kemenkes, 2006).

2. Tujuan Program Perawatan Kesehatan Masyarakat

Tujuan perkesmas adalah untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi permasalahan program perawatan kesehatan dimasyarakat. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga dan kelompok dalam masyarakat.

3. Sasaran Program Perawatan Kesehatan Masyarakat

Seluruh komponen masyarakat meliputi kelompok, keluarga dan individu yang mempunyai risiko tinggi, termasuk penduduk di daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan, kumuh, berkonflik dan terisolasi.

4. Pelayanan program perawatan kesehatan masyarakat dapat diberikan secara langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. Unit pelayanan kesehatan yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap yaitu rumah sakit, puskesmas, klinik dan lainnya.
- b. Di rumah

Perawat *home care* memberikan pelayanan secara langsung pada

- keluarga di rumah yang menderita penyakit akut dan kronis. Peranan perawat *home care* meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko tinggi akan masalah kesehatan.
- c. Di sekolah
- Perawat sekolah melakukan perawatan *day care* diinstitusi pendidikan Taman Kanak-kanak (TK), Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), Sekolah Menengah Atas (SMA) dan perguruan tinggi. Perawat sekolah melakukan identifikasi kesehatan, mempertahankan kesehatan dan memberikan pendidikan kesehatan.
- d. Di tempat kerja/industri
- Perawat bertugas melakukan kegiatan perawatan secara langsung pada kasus kesakitan atau kecelakaan di tempat kerja, industri, pabrik dan tempat lainnya. Perawat memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan keamanan dan keselamatan kerja, penanganan pada perokok, penurunan stress, olah raga, melakukan pengawasan makanan dan nutrisi seimbang.
- e. Diberak pengungsian
- Perawat bertugas memberikan tindakan perawatan secara langsung kepada penderita penyakit akut dan kronis, penderita dengan kecacatan fisik ganda dan gangguan mental.
- f. Dalam kegiatan puskesmas keliling
- Sasaran pelayanan keperawatan pada puskesmas keliling adalah individu, kelompok masyarakat di pedesaan dan kelompok terlarut. Pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah pengobatan sederhana, *screening* kesehatan, perawatan kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.
- g. Di panti atau kelompok khusus lain, seperti panti asuhan anak, panti wredha dan panti sosial lain serta rumah tahanan (rutan).
- h. Pelayanan pada kelompok kelompok risiko tinggi
- 1) Pelayanan perawatan pada wanita, anak-anak dan lansia yang

mendapatkan perlakuan kekerasan.

- 2) Pelayanan perawatan di pusat pelayanan kesehatan jiwa.
- 3) Pelayanan perawatan dipusat pelayanan penyalahgunaan obat.
- 4) Pelayanan perawatan ditempat penampungan kelompok lansia, gelandangan, pemulung, pengemis, kelompok penderita HIV (ODHA/Orang Dengan HIV-AIDS) dan wanita tuna susila (Kemenkes, 2006)

F. Kualitas Hidup / *Health Related Quality Life (HRQOL)*

1. Pengertian

Health Related Quality Life (HRQOL) atau kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan adalah konsep multidimensi yang meliputi fungsi fisik, mental, sosial dan emosional. Menurut WHO (1948) sehat adalah kesejahteraan yang utuh secara fisik, sosial dan tidak selalu bebas penyakit sebagai contoh pada dua orang dengan status kesehatan yang sama bisa mempunyai kualitas hidup yang tidak sama (Mufaza, 2015). Definisi kualitas hidup bagi setiap orang akan berbeda termasuk bagi setiap ahli ilmu tertentu. Standar kualitas hidup yang berbeda disebabkan oleh dimensi pencapaian hidup setiap individu diantaranya kesehatan, pekerjaan, nilai-nilai spiritual dan hal lainnya. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (*health related quality of life*) diartikan sebagai penilaian diri yang berfokus pada kesehatan dan kemampuan untuk melangsungkan kehidupan secara maksimal.

Menurut Mufaza (2015), *health related quality of life (HRQoL)* merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat kesehatan fisik secara fisiologis maupun patologis serta kegiatan sosial yang dipengaruhi oleh persepsi, keyakinan, pengalaman dan harapan. Kesehatan fisik merupakan keadaan yang berkaitan dengan energi, aktifitas, kapasitas kerja, kesakitan dan ketergantungan pada perawatan medis. Uraian diatas menunjukkan bahwa setiap domain dapat diukur menurut dua dimensi, yang pertama penilaian secara objektif pada status

kesehatan, yang kedua persepsi subjektif mengenai kesehatan. Dimensi objektif digunakan untuk mengukur status kesehatan seseorang. Persepsi dan harapan subjektif seseorang dapat merubah penilaian objektif menjadi kualitas hidup secara holistik. Dapat diambil contoh pada dua individu dengan status kesehatan yang sama bisa mempunyai kualitas hidup yang lain.

Teori *HRQoL* merupakan teori mengenai kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan. Secara spesifik teori ini menjelaskan aspek- aspek yang berhubungan antara kualitas hidup berkaitan dengan kesehatan selain itu teori ini tepat sekali untuk menjelaskan masalah kesehatan yang dialami oleh seseorang terhadap kualitas hidup. Menurut Mufaza (2015), aspek yang berpengaruh pada kualitas hidup berdasarkan dimensi kuesioner SF-36v2 adalah transisi kesehatan, kesehatan fisik dan kesehatan jiwa.

2. Komponen Kualitas hidup (*HRQL*)

Istilah kualitas hidup sering dipakai dalam publikasi tetapi konsep kualitas hidup adalah konsep yang masih sulit untuk diartikan menurut pengertiannya maupun aspek-aspek yang berpengaruh. Aspek yang memengaruhi kualitas hidup sangat luas sehingga banyak penelitian yang tidak menjelaskan kualitas hidup secara pasti. Sebagian penelitian membatasi kualitas hidup pada domain tertentu (Mufaza, 2015). Aspek yang berpengaruh pada kualitas hidup berdasarkan dimensi kuesioner SF-36v2 antara lain:

a. Kesehatan fisik

Aspek ini berhubungan dengan kondisi kesehatan secara umum, kemampuan aktivitas sehari-hari, intensitas kesakitan dan keterbatasan akibat kecelakaan fisik. Status kesehatan dipengaruhi oleh pandangan kesehatan secara umum, fungsi fisik dan pembatasan oleh status kesehatan fisik. Aspek lain dapat memengaruhi skala kesehatan fisik tetapi mempunyai tingkat pengaruh yang rendah diantaranya kesehatan jiwa, pembatasan oleh

status kesehatan jiwa, vitalitas kehidupan dan kesehatan yang memengaruhi aktivitas sosial.

b. Kesehatan jiwa

Aspek kesehatan jiwa berhubungan dengan kondisi kejiwaan secara keseluruhan, semangat beraktivitas dan terjadinya gangguan emosional (anxietas, depresi, kehilangan kontrol emosi dan kesejahteraan psikologis). Skala kesehatan jiwa menilai keadaan kesehatan jiwa individu. Empat aspek yang memengaruhi skor kesehatan jiwa: vitalitas hidup (VT), efek kesehatan terhadap aktivitas sosial (SF), pembatasan oleh status kesehatan jiwa (RE) dan kesehatan jiwa secara umum (MH). Semua aspek memengaruhi skala kesehatan fisik dan memengaruhi skala kesehatan jiwa tetapi derajat pengaruhnya sedikit.

c. Transisi kesehatan

Transisi kesehatan menggambarkan perkembangan kesehatan setiap waktu apakah keadaan berkembang kearah yang lebih baik atau tidak (Mufaza, 2015).

3. Faktor yang Berpengaruh terhadap Kualitas hidup (*HRQL*)

Menurut Muragundi (2012), dilihat dari kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan, faktor yang berpengaruh pada kualitas hidup antara lain: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, gaya hidup, tingkat kemandirian, penyakit, status ekonomi, akses pelayanan kesehatan.

a. Usia

Kualitas hidup individu akan berbeda-beda tergantung dengan tingkatan usia. Kualitas hidup akan semakin menurun dengan semakin meningkatnya usia.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki memiliki skor yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

c. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan maka pengetahuannya semakin luas. Pengetahuan yang dimiliki individu mempengaruhi sikap dan perilaku sehari-hari.

d. Pekerjaan

Setiap pekerjaan memengaruhi kesehatan individu baik kesehatan fisik maupun jiwa sehingga dapat memengaruhi kualitas hidup individu tersebut.

e. Gaya hidup

Gaya hidup meliputi perilaku berisiko maupun perilaku yang dapat memperbaiki kualitas hidup.

f. Tingkat kemandirian

Semakin mandiri seseorang maka kualitas hidup semakin tinggi.

g. Penyakit

Penyakit kronis yang dialami individu dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup.

h. Status ekonomi

Individu dengan penghasilan yang lebih tinggi akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

i. Akses pelayanan kesehatan

Akses pelayanan kesehatan yang mudah dan terjangkau dapat meningkatkan kesehatan individu sehingga jika kesehatan terpelihara maka kualitas hidup akan baik.

4. Pengukuran Kualitas hidup

Ada beberapa macam instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup. Prinsip pengukuran kualitas hidup adalah merubah persepsi kualitas hidup yang ada pemikiran seseorang kemudian diubah menjadi nilai kuantitatif. Pengukuran dilaksanakan dengan menentukan domain yang berhubungan dengan kualitas hidup secara umum maupun spesifik pada kondisi tertentu. Setelah itu membuat pertanyaan yang berhubungan dengan domain (Muragundi, 2012).

Mufaza (2015) menjelaskan bahwa jenis instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan (*HRQoL*) ada dua macam. Instrumen yang pertama digunakan pada lingkup yang luas (*general instrumen*). *General instrumen* untuk mengukur kualitas hidup pada populasi yang luas. Syarat pada *general instrumen* harus dapat diaplikasikan pada populasi luas dimana dalam populasi tersebut terdapat bermacam-macam kondisi kesehatan, termasuk populasi dengan kondisi sehat dan populasi dengan kondisi sakit. *General instrumen* digunakan untuk membandingkan *HRQoL* secara umum antara populasi dengan atau tidak dengan kondisi tertentu. Salah satu contoh *general instrumen* ialah kuesioner *SF-36*.

Muragundi (2012), menjelaskan bahwa instrumen yang kedua digunakan untuk mengukur kualitas hidup secara spesifik pada domain tertentu. Domain yang ditanyakan pada instrumen spesifik berhubungan dengan penyakit yang memungkinkan memberi efek pada domain tersebut. Instrumen spesifik digunakan pada saat peneliti ingin membandingkan kualitas hidup pada pasien yang mendapatkan perawatan. Sebelum menggunakan instrumen ini harus diperhatikan apakah instrumen yang digunakan sesuai dengan kondisi pasien.

G. Perilaku Kesehatan

1. Pengertian Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Albarracín *et al.*, 2005). Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah setiap kegiatan yang

dilakukan oleh individu, terlepas dari status kesehatan yang nyata atau dirasakan, untuk tujuan mempromosikan, melindungi atau menjaga kesehatan, apakah ada atau tidak perilaku ini efektif objektif terhadap tujuan (WHO, 1986).

Perilaku kesehatan adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 2007).

a. Perilaku Kesehatan (*Health Behavior*) (Sulaeman, 2016)

Perilaku manusia adalah sekumpulan perilaku yang dimiliki oleh manusia. Ajzen (1991) mengatakan bahwa perilaku adalah respon individu yang diamati dalam situasi tertentu sehubungan dengan target perilaku yang diberikan. Selanjutnya Ajzen menegaskan bahwa perilaku merupakan fungsi dari sikap dan niat yang cocok. Green *et al.* (2005) menyatakan bahwa perilaku adalah kegiatan manusia yang dapat dilihat secara langsung pada waktu tertentu. Sementara itu, menurut Sarwono (2007) perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

Menurut Albarracin *et al.* (2005) perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup mencegah atau melindungi diri, penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Menurut WHO (1986) perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh individu, terlepas dari status kesehatan yang nyata atau dirasakan, untuk tujuan mempromosikan, melindungi atau menjaga kesehatan, apakah ada

atau tidak perilaku efektif objektif terhadap tujuan. Hampir setiap perilaku atau kegiatan seorang individu memiliki dampak pada status kesehatan. Dalam konteks ini sangat berguna untuk membedakan antara perilaku yang sengaja diadopsi untuk mempromosikan atau melindungi kesehatan, dan orang dapat mengadopsi tanpa konsekuensi terhadap kesehatan. Perilaku kesehatan dibedakan dan perilaku risiko sebagai perilaku yang terkait dengan peningkatan kerentanan terhadap penyebab spesifik dari sakit. Perilaku kesehatan dan perilaku risiko sering terkait dalam kelompok dengan pola yang lebih kompleks dan perilaku yang mengarah pada gaya hidup.

Sementara itu menurut Sarwono (2007) perilaku kesehatan merupakan segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan. Perilaku kesehatan sebagai perilaku untuk mencegah penyakit pada tahap belum menunjukkan gejala (*asymptomatic stage*). Skinner (2000) menyebutkan bahwa perilaku kesehatan sebagai respon seseorang terhadap stimulus atau objek berhubungan dengan sehat-sakit dan penyakit, serta faktor faktor yang memengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup mencegah atau melindungi diri dan penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Perilaku kesehatan adalah sifat pribadi seperti kepercayaan, motif, nilai, persepsi dan elemen kognitif lainnya yang mendasari

tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Lebih lanjut perilaku dapat diartikan sebagai suatu respons organisme atau seseorang terhadap stimulus dan luar subjek. Respon ini berbentuk dua macam, yakni: Bentuk pasif yaitu respon internal terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Misalnya berpikir, tanggapan atau sikap dan pengetahuan. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata (Ewles et al, 1994).

Perilaku dalam diri seseorang terbentuk dan dua faktor utama, yaitu stimulus yang merupakan faktor dan luar diri seseorang (faktor eksternal) dan respon yang merupakan faktor dan dalam diri orang yang bersangkutan (faktor internal). Faktor eksternal atau stimulus adalah faktor lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik, dalam bentuk sosial budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor eksternal yang paling besar perannya dalam membentuk perilaku manusia adalah faktor sosial dan budaya. Faktor internal yang menentukan seseorang merespon stimulus dan luar adalah perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti dan sebagainya. Ditinjau dari bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua: (1) Perilaku tertutup (*convert behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. (2) Perilaku terbuka (*overt behavior*) yaitu respon seseorang

terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Menurut ilmu sosiologi, perilaku dianggap sebagai sesuatu yang tidak ditunjukkan kepada orang lain dan oleh karenanya merupakan suatu tindakan sosial manusia yang sangat mendasar. Perilaku tidak boleh disalahartikan sebagai perilaku sosial, yang merupakan suatu tindakan dengan tingkat lebih tinggi, karena perilaku sosial adalah perilaku yang secara khusus ditujukan kepada orang lain. Penerimaan terhadap perilaku seseorang diukur terhadap norma sosial dan diatur oleh pelbagai kontrol sosial. Dalam promosi kesehatan, perilaku seseorang dan komunitas dipelajari untuk mengidentifikasi faktor penyebab, pencetus atau yang memperberat timbulnya masalah kesehatan. Intervensi terhadap perilaku seringkali dilakukan dalam rangka penatalaksanaan yang holistik dan komprehensif. Perilaku manusia dipelajari dalam ilmu psikologi, sosiologi, ekonomi, antropologi, kedokteran, dan kesehatan masyarakat khususnya bidang promosi kesehatan.

Menurut Becker *et al.* (1977) konsep perilaku sehat merupakan pengembangan dan konsep perilaku yang dikembangkan Bloom. Becker mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi tiga ranah, yakni pengetahuan kesehatan (*health knowledge*), sikap terhadap kesehatan (*health attitude*) dan praktik kesehatan (*health practice*). Hal ini berguna untuk mengukur seberapa besar tingkat perilaku kesehatan individu. Pertama, pengetahuan kesehatan (*health knowledge*) - Pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit menular, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait, dan akan memengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan

kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan atau wabah; Kedua, sikap terhadap kesehatan (*health attitude*). Sikap ini dimulai dan diri sendiri, dengan memerhatikan kebutuhan kesehatan dalam tubuh dibanding keinginan; Ketiga, praktik kesehatan (*health practice*). Praktik kesehatan untuk hidup sehat yaitu semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap faktor-faktor yang terkait dan/atau memengaruhi kesehatan, tindakan pencarian pertolongan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari kecelakaan atau penularan penyakit.

Becker *et al.* (1977) mengklasifikasikan perilaku kesehatan dalam tiga kelompok sebagai berikut: Pertama, perilaku hidup yaitu perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya, ini mencakup antara lain: (a) Makan dengan menu (*appropriate diet*): seimbang dalam arti kualitas mengandung zat-zat gizi yang diperlukan tubuh, dan kuantitas arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang tetapi juga tidak lebih); (b) Olah raga teratur: mencakup kualitas (gerakan) dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olah raga; (c) Tidak merokok: merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan pelbagai penyakit; (d) Tidak minum minuman keras dan NAPZA: kebiasaan minum miras dan mengonsumsi NAPZA (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya) cenderung meningkat, sehingga menjadi tantangan pendidikan kesehatan; (e) Istirahat cukup: dengan meningkatnya kebutuhan hidup akibat tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga kurang istirahat. Hal ini dapat membahayakan kesehatan; (f) Mengendalikan stres: kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang. Stres tidak dapat kita

hindari, maka agar stres tidak menyebabkan gangguan penyakit, kita harus dapat mengendalikan dan mengelola stres dengan kegiatan-kegiatan yang positif; dan (g) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, misalnya: tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri dengan lingkungan, dan sebagainya.

Kedua, perilaku sakit (*illness behavior*): yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit, mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit. Termasuk juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab dan gejala penyakit, pengobatan dan pencegahan penyakit, dan sebagainya. Ketiga, perilaku peran sakit (*the sick role behavior*): yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Orang sakit (pasien) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri dan orang lain (terutama keluarga) sebagai perilaku peran orang sakit. Perilaku ini meliputi: (a) tindakan untuk memperoleh kesembuhan, (b) mengenal/mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan yang layak, dan (c) mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan dan pelayanan kesehatan) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

Program promosi kesehatan, perilaku kesehatan diimplementasikan dalam program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yaitu semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong

dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan serta dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakatnya. Tujuan umum PHBS adalah meningkatnya rumah tangga sehat di desa di seluruh Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah: (a) meningkatnya pengetahuan, kemauan, dan kemampuan anggota rumah tangga untuk melaksanakan PHBS, dan (b) berperan aktif dalam gerakan PHBS di masyarakat. Setiap rumah tangga anjurkan untuk melaksanakan PHBS di rumah tangga yaitu upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga sehingga mengetahui, mau dan mampu melaksanakan PHBS serta berperan dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat (Departemen Kesehatan, 2011).

Bloom (1956 cit. Wikipedia, 2016) psikolog pendidikan, membagi perilaku ke dalam tiga ranah (domain), meskipun ranah sebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian ranah dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga ranah perilaku tersebut. Ranah perilaku terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*, kesadaran atau pengetahuan), ranah afektif (*affective domain*, emosi), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*, tindakan). Terbentuknya perilaku dimulai pada ranah kognitif yaitu dimulai tahu terlebih dahulu terhadap stimulus sehingga menimbulkan pengetahuan baru. Pengetahuan baru ini selanjutnya akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap baru yang pada akhirnya akan menimbulkan respon yang lebih tinggi lagi yaitu adanya tindakan sehubungan dengan stimulus atau objek tersebut perkembangannya, ranah perilaku yang diklasifikasikan Bloom dibagi menjadi tiga tingkat: pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), tindakan atau praktik (*practice*).

Pertama, pengetahuan (*knowlegde*): Pengetahuan yaitu hasil penginderaan manusia atau hasil pengetahuan seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Dengan demikian

pengetahuan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang adalah: (a) faktor internal yaitu faktor dan dalam diri sendiri, misalnya intelegensi, minat, kondisi fisik; (b) faktor eksternal yaitu faktor dan luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana; (c) faktor pendekatan pembelajaran yaitu faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode pembelajaran.

Ada enam tingkatan ranah pengetahuan yaitu: (a) Tahu (*know*) Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya; (b) Memahami (*comprehension*) Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar; (c) Aplikasi (*application*) yaitu suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya; (d) Analisis (*analysis*) yaitu suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain; (e) Sintesa yaitu suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru; dan (f) Evaluasi (*evaluation*) yaitu kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/ objek.

Kedua, sikap (*attitude*): Sikap yaitu reaksi atau respon yang masih tertutup dan seseorang terhadap suatu stimulus atau objek tertentu, sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Menurut Campbell (1950 cit. Wikipedia, 2016), sikap dapat didefinisikan sebagai: “*an individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard to object.*” (sikap adalah

kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek)". Dengan demikian sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain. Sementara itu, Newcomb (1956 cit. Wikipedia, 2016) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Allport (1954 cit. Wikipedia, 2016) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu: (a) kepercayaan (keyakinan, *trust*), ide, konsep terhadap suatu objek; (b) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek; dan (c) kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari pelbagai tingkatan, yaitu: (a) menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek); (b) merespon (*responding*) memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dan sikap; (c) menilai/menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah; (d) bertanggung jawab (*responsible*) bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Menurut Sarwono (2007) sikap tidaklah sama dengan perilaku, dan perilaku tidaklah selalu mencerminkan sikap seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dan kelompok sosial.

Ketiga, praktik atau tindakan (*practice*): Tindakan atau praktik yaitu perilaku yang diekspresikan dalam bentuk tindakan, sebagai bentuk nyata dan pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang

nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adanya fasilitas dan faktor dukungan (*support*). Tindakan atau praktik mempunyai beberapa tingkatan, yaitu: (a) persepsi (*perception*) mengenal dan memilih pelbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil, merupakan indikator praktik tingkat pertama; (b) respon terpimpin (*guide response*) dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh, merupakan indikator praktik tingkat kedua; (c) mekanisme (*mechanism*) seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau tindakan itu adalah merupakan kebiasaan, merupakan indikator praktik tingkat tiga. (c) adopsi (*adoption*) yaitu suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap pelaku kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan.

Faktor-faktor yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap kesehatan disebut sebagai determinan kesehatan (*health determinant*). Determinan (penentu) kesehatan meliputi pelbagai faktor (*multiple*) dan interaktifnya yang mempunyai pengaruh sangat signifikan pada kesehatan. Menurut WHO (1998) faktor-faktor penentu kesehatan meliputi pelbagai faktor pribadi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang menentukan status kesehatan individu atau masyarakat. Faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan ada beberapa macam dan interaktif. Promosi kesehatan pada dasarnya berkaitan dengan tindakan dan advokasi untuk mengatasi pelbagai macam faktor penentu yang berpotensi dimodifikasi dalam kesehatan tidak hanya yang berkaitan dengan tindakan individu, seperti perilaku kesehatan dan gaya hidup,

tetapi juga faktor-faktor seperti pendapatan dan status sosial, pendidikan, pekerjaan dan kondisi kerja, akses terhadap layanan kesehatan yang sesuai, dan lingkungan fisik. Dalam kombinasinya, menciptakan kondisi hidup yang berpengaruh pada kesehatan. Pencapaian perubahan dalam gaya hidup dan kondisi kehidupan, menentukan status kesehatan, dianggap sebagai hasil kesehatan menengah (*intermediate health outcomes*).

Faktor-faktor kesehatan menentukan dalam membuat cara terbaik merancang program promosi kesehatan. Agar efektif, program tidak hanya ditujukan pada perilaku, tetapi juga pada faktor-faktor yang mengelilinginya. Model dan teori perubahan perilaku dapat menyediakan kerangka kerja untuk perencanaan program dalam mengembangkan program promosi kesehatan. Perilaku merupakan faktor penentu (*determinan*) penting dan derajat kesehatan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Bukti menunjukkan bahwa saran medis tentang perubahan perilaku tidak dilakukan. Setidaknya, jutaan resep obat kurang efektif setiap tahun, karena ketiadaan perubahan perilaku kesehatan. Kepatuhan melalui perubahan perilaku dan shining atau program pencegahan sangat penting untuk efektivitas program promosi kesehatan.

Banyak faktor yang dapat memengaruhi individu atau kemampuan masyarakat untuk secara efektif mengubah perilaku, seperti berpenghasilan rendah, kurangnya akses ke tempat-tempat berolahraga, tidak dapat diaksesnya makanan sehat, dan perbedaan budaya dan etnis (Simpson, 2015). Derajat kesehatan yang dipengaruhi oleh multifaktorial ini mengharuskan kita menganalisis dan melakukan intervensi masalah kesehatan secara multifaktorial pula. Perilaku manusia didorong oleh adanya aktivitas internal dalam kejiwaan (*psyche*) baik yang disadari maupun yang tidak disadari dan yang nampak maupun yang tidak nampak dengan tujuan untuk mendapatkan kenyamanan. Perilaku juga dibentuk

melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dan lingkungan. Dengan demikian faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya perilaku manusia terdiri atas faktor internal dan eksternal. Faktor internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non-fisik seperti iklim, manusia, sosio-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya. Perubahan perilaku seseorang dapat diketahui melalui persepsi yaitu sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra. Motivasi sebagai suatu dorongan untuk bertindak untuk mencapai tujuan juga dapat terwujud dalam perilaku. Perilaku juga dapat timbul karena emosi, Aspek psikologi yang memengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani, yang pada akhirnya merupakan faktor keturunan.

Gaya hidup meliputi nutrisi/diet, aktivitas fisik, merokok dan alkohol diidentifikasi sebagai salah satu faktor penentu kesehatan yang paling berpengaruh. Diasumsikan bahwa banyak bentuk perilaku yang membentuk determinan di bawah pengaruh besar pilihan individu dan pengendalian, dan dapat ditanggulangi dengan intervensi promosi kesehatan. Pemikiran baru muncul bahwa baik gaya hidup, merokok ataupun alkoholisme bukan merupakan pilihan individu, tetapi hasil dan kegiatan gabungan dan beberapa faktor dalam lingkungan sosial seseorang.

b. Teori *World Health Organization* (WHO)

Seseorang berperilaku tertentu karena adanya 4 alasan pokok, yaitu :

- 1) Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.
- 2) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain.
- 3) Banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
- 4) Nilai

Pemikiran dan perasaan di bentuk oleh

a) Pengetahuan

Diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Contoh: seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas setelah memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas setelah memperoleh pengalaman, tangan atau kakinya terkena api.

b) Kepercayaan

Berdasarkan keyakinan tanpa pembuktian terlebih dahulu. Contoh wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

c) Sikap

Diperoleh dari diri sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan yang nyata.

2. Konsep Perilaku

- a. Skinner (1938) dalam Green (2005), mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang dan respon. Ia membedakan adanya 2 respon, yakni :

1) *Respondent Respon atau Reflexive Respon*

Adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan seperti ini disebut eliciting stimuli karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap. Misalnya makanan lezat menimbulkan air liur, cahaya kuat menimbulkan mata tertutup. Responden Respon mencakup :

a) *Emotional respons*

Timbul karena ada hal yang kurang mengenakan organisme bersangkutan. Misalnya, menangis karena sedih atau sakit, muka merah (takanan darah meningkat karena marah).

b) *Emosi respon*

Timbul karena hal yang menyenangkan. Misalnya, tertawa, bejingkat-jingkat karena senang.

2) *Operant Respons* atau *Instrumental Respons*

Instrumenal respon adalah respon yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang ini disebut reinforcing *stimuli* atau *reinforce* karena perangsang tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme. Misalnya, seorang anak telah melakukan sesuatu perbuatan kemudian memperoleh hadiah maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut.

a) Respon pertama (*respondent respon* atau *respondent behavior*)

Sangat terbatas keberadaannya karena hubungan yang pasti antar stimulus dan respon kemungkinan untuk memodifikasi adalah sangat kecil.

b) Respon kedua (*Operant respons*)

Bagian terbesar dari perilaku manusia dan kemungkinan untuk memodifikasi sangat besar bahkan dapat dikatakan tidak terbatas. Fokus teori Skinner adalah pada respon atau jenis perilaku yang kedua ini.

(1) Prosedur pembentukan perilaku.

Prosedur pembentukan perilaku menurut skinner adalah sebagai berikut :

- (a) Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforce berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang akan dibentuk.
- (b) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-

komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.

(c) Menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforce*.

(d) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Sebagai ilustrasi, misalnya dikehendaki agar anak mempunyai kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti ini maka anak tersebut harus:

((1)) Pergi ke kamar mandi sebelum tidur ((2))

Mengambil sikat dan odol

((3)) Mengambil air dan berkumur ((4))

Melaksanakan menggosok gigi ((5)) Menyimpan sikat gigi dan odol ((6)) Pergi ke kamar tidur

Kalau dapat diidentifikasi hadiah-hadiah(tidak berupa uang) bagi masing-masing komponen perilaku tersebut maka akan dapat dilakukan pembentukan kebiasaan tersebut. Konsep-konsep *behavior control*, *behavior teraphy* dan *behavior modification* yang dewasa ini berkembang adalah bersumber pada teori ini.

(2) Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini berbentuk dua macam, yakni:

(a) Bentuk pasif

Bentuk pasif adalah respon internal yaitu yang

terjadi didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Contoh lain seorang yang menganjurkan orang lain untuk mengikuti KB meskipun ia sendiri tidak ikut KB. Dari contoh tersebut dapat dikatakan bahwa perilaku itu masih terselubung.

(b) Bentuk aktif

Bentuk aktif pada perilaku apabila perilaku tersebut dapat diobservasi secara langsung dan jelas. Misalnya orang yang telah mengikuti KB dalam arti sudah menjadi akseptor KB. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung.

(3) Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan mencakup :

(a) Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit.

Perilaku terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni :

((1)) Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*). Misalnya, makan makanan yang bergizi, olah raga.

((2)) Pencegahan penyakit (*health prevention behavior*).

Misalnya tidur memakai kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk malaria, imunisasi. Termasuk perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.

((3)) Pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Misalnya usaha-usaha mengobati penyakitnya sendiri atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantra, dokter praktek).

((4)) Pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*). Misalnya melakukan diet, mematuhi anjuran-anjuran dokter.

(b) Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan.

Respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatannya, yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.

(c) Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*)

(d) Respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung didalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan sehubungan kebutuhan tubuh kita.

((1)) Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*).

((2)) Adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan itu sendiri. Perilaku ini antara lain mencakup :

((3)) Perilaku sehubungan air bersih termasuk didalamnya komponen, manfaat, dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.

((4)) Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor, yang menyangkut segi-segi hygiene, pemeliharaan teknik, dan penggunaannya.

((5)) Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair.

((6)) Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat, yang meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai.

((7)) Perilaku sehubungan dengan pembersihan sarang- sarang nyamuk (vector).

b. Robert Kwick (2009)

Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Perilaku dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi 2 :

1) Faktor intern

Mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.

2) Faktor ekstern

Mencakup lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan.

3. Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit

Green (2005) mendefinisikan perilaku sakit sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar

memperoleh kesembuhan. Perilaku sehat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat bersifat subjektif. Persepsi masyarakat tentang sehat sakit sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu disamping unsur sosial budaya. Berikut beberapa pengertian yang berkaitan dengan perilaku sehat dan perilaku sakit :

a. Perilaku kesehatan

Hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau dengan kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi.

b. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seorang individu yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk disini kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.

c. Perilaku Peran Sakit (*the sick role behavior*)

Segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan / kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain terutama kepada anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggungjawabnya terhadap kesehatannya.

Azwar (2005), menggambarkan individu dengan lingkungan sosial yang saling memengaruhi didalam suatu diagram. Keterangan:

- a. Perilaku kesehatan individu, sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- b. Lingkungan keluarga, kebiasaan-kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- c. Lingkungan terbatas, tradisi adat istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan.
- d. Lingkungan umum, kebijakan-kebijakan pemerintah dibidang kesehatan, undang-undang kesehatan, program-program kesehatan.

H. Kemandirian

Menurut Mu'tadin (2002), kemandirian mengandung pengertian yaitu suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebaikan dirinya, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, memiliki kepercayaan diri dalam mengerjakan tugas-tugasnya, bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan.

Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu (Maryam, 2008).

1. Konsep Dasar Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Activity Daily Living* pada Lansia

a. Definisi Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Activity Daily Living* pada Lansia

Arti kata kemandirian menurut kamus psikologi berasal dari kata "*independen*" yang berarti adanya sikap percaya diri pada seseorang untuk menentukan keputusan tanpa bergantung pada orang lain (Husain, 2013). Ediawati (2012) mendukung pernyataan tersebut dengan mengartikan mandiri sebagai suatu kebebasan untuk bertindak dan mengatur diri sendiri tanpa ada pengaruh dan ketergantungan dengan orang lain, secara individu maupun kelompok dari berbagai masalah kesehatan.

Kemandirian adalah sikap yang dimiliki oleh individu yang diperoleh secara kumulatif selama proses perkembangannya. Individu terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai keadaan dilingkungan sehingga mampu berfikir dan bertindak sendiri.

Adanya kemandirian pada individu dapat mendukung dan memilih jalan hidup untuk berkembang menjadi lebih baik (Husain, 2013). Kemandirian merupakan kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk menyelesaikan kepentingannya sendiri tanpa ada ketergantungan terhadap orang lain dan seorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun mampu (Maryam, 2008).

Tingkat kemandirian lansia dapat dilihat dari kualitas hidup yang dimilikinya. Kualitas hidup lansia dapat dinilai dari kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari atau *activity of daily living*. Aktifitas sehari-hari atau *activity of daily living* merupakan pengukuran aktivitas yang rutin dilakukan oleh manusia setiap harinya. Aktivitas tersebut antara lain mengurus rumah, belanja, memasak, mencuci, minum obat, mengatur keuangan dan menggunakan sarana transportasi (Ediawati, 2012).

Menurut Primadayanti (2011) bahwa *activity of daily living* (ADL) dibedakan menjadi dua yaitu, ADL standar dan ADL instrumenal. Standar ADL mencakup kemampuan lansia untuk merawat diri seperti mandi, makan, buang air besar dan kecil serta menggunakan pakaian. ADL instrumenal adalah aktivitas yang kompleks seperti mencuci, memasak, membersihkan rumah, menggunakan uang dan menggunakan telepon.

Menurut Wallace & Shelkey (2008), terdapat tiga skala penilaian *activity of daily living* (ADL) yang tersusun atas *Basic Activity of Daily Living* (BADLs) atau skala dasar, *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living* (IADLs), dan *Advanced Activity*

of Daily Living (AADLs). Skala dasar *ADL* mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*) dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*).

Basic activity of daily living (BADLs) atau skala dasar *ADL* berguna untuk memberikan gambaran mengenai dasar status fungsional dan menentukan target yang akan dicapai untuk pasien dengan gangguan fungsional derajat tinggi terutama dipusat rehabilitasi. Indeks Katz merupakan salah satu instrumen atau alat ukur yang sudah diuji validitasnya untuk mengukur *basic activity of daily living (BADLs)*. Tujuan indeks Katz untuk mengidentifikasi kurangnya status fungsional dasar dan mencari cara untuk mengatasi sekaligus memperbaiki status fungsional dasar. Skor *basic activity of daily living (BADLs)* dari masing-masing pasien wajib dipantau dan diikuti secara periodik untuk menggambarkan perkembangan yang terjadi (Kobayashi, 2009).

Tingkat kemandirian lansia untuk melakukan aktifitas sehari-hari (*ADLs*) dapat diartikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan kegiatan dan fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan secara universal dan rutin (Ediawati, 2013). Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas harus tetap dipertahankan. Aktivitas yang dipertahankan pada lansia akan membentuk konsep diri positif (Ediawati, 2012).

b. Teori Tingkat Kemandirian

Pada tahun 1959 Dorothea Orem berhasil mengembangkan sebuah teori untuk memberikan arahan pada mahasiswa keperawatan. Proses teori ini berlangsung dari tahun 1868-1979. Dari berbagai teori keperawatan, teori Orem adalah teori yang tepat untuk menjadi dasar dan menilai kemampuan pasien dalam mencukupi aktivitas sehari-harinya. Potter & Perry (2005) juga mengembangkan teori di bidang keperawatan, teori ini menekankan kebutuhan pasien mengenai perawatan diri. Tujuan dari teori ini

untuk meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam mencukupi kebutuhan sehari-hari. Teori ini dikenal dengan *capable of self care* yaitu kemampuan dalam merawat diri.

Menurut Ediawati (2012), Orem menyampaikan tiga bentuk teori kemandirian dalam *capable of self care* yaitu (1) teori perawatan mandiri (*self care*) mengatakan hubungan antara tindakan untuk merawat diri dengan perkembangan fungsi individu (2) teori perawatan butuh bantuan (*self care deficit*) mengatakan tentang ketidakmampuan individu atau lansia dalam merawat diri (3) teori sistem keperawatan (*nursing system*) mengatakan perawatan dengan terapi yang dapat dilakukan sendiri oleh lansia namun perlu melibatkan tenaga kesehatan untuk membimbingnya (Orem, 2011). Berikut penjelasan dari teori Orem:

1) Teori perawatan mandiri (*self care*)

Teori *self care* berisikan tentang tuntutan upaya pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan lansia. Perawatan diri merupakan langkah awal yang dilakukan oleh lansia secara kontinyu sesuai dengan keadaan kesehatannya. Perawatan diri sendiri adalah aktifitas praktis pada seseorang untuk menjaga kesehatan mempertahankan kehidupan.

Secara umum, teori *self care* menekankan pada pemeliharaan konsumsi air, makanan dan udara, mempertahankan keseimbangan antara eksresi dengan eliminasi, pemeliharaan keseimbangan antara istirahat dengan aktivitas, pemeliharaan keseimbangan antara interaksi sosial dengan pemecahan masalah, pencegahan risiko kehidupan yang berkaitan dengan kesehatan, meningkatkan fungsi fisik dengan keseimbangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi yang dimiliki.

2) Teori perawatan butuh bantuan (*self care deficit*)

Teori ini menjadi teori inti dari perawatan general menurut Orem yang menjelaskan mengenai waktu yang tepat untuk mendapatkan bantuan keperawatan sehingga membutuhkan rencana keperawatan yang sesuai dengan status kesehatan. Beberapa kasus pada orang dewasa terdapat keterbatasan dalam melakukan *self care* yang efektif karena adanya ketergantungan antara lansia dengan orang lain atau pengasuhnya. Teori *self care deficit* bisa diterapkan jika anak belum dewasa, kebutuhan individu melebihi kemampuan perawatan, individu membutuhkan bantuan dari orang lain atau pengasuh.

3) Teori sistem keperawatan(*nursing system*)

Teori ini membahas mengenai cara memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien yang dapat dipenuhi oleh pasien, perawat dan keduanya. Sistem keperawatan dapat direncanakan berdasar kebutuhan perawatan diri dan kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas perawatan diri. Orem membedakan *nursing system* menjadi (a) *The wholly compensatory system*, merupakan tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan sepenuhnya pada pasien karena keterbatasan pasien dalam mencukupi tindakan keperawatan secara mandiri yang membutuhkan bantuan untuk mobilisasi, pengontrolan dan ambulasi, serta adanya manipulasi gerakan. (b) *The partly compensantory system*, merupakan sistem dalam memberikan sebagian perawatan diri untuk pasien yang memerlukan bantuan secara minimal. Contohnya pada pasien pasca operasi *abdomen*, pasien ini mampu mencuci tangan dan mengosok gigi namun pasien ini membutuhkan pertolongan dari perawat untuk melakukan perawatan luka dan ambulasi. (c) *The supportive- educative system*, merupakan dukungan

bidang pendidikan yang dibutuhkan untuk belajar agar mampu melakukan perawatan mandiri.

Prosedur bantuan yang diberikan oleh perawat untuk membantu pasien dengan menggunakan sistem melalui lima metode bantuan yang mencakup: *acting* atau melakukan sesuatu untuk pasien, mengajarkan pasien, mengarahkan pasien, memberikan semangat untuk pasien, memberikan lingkungan untuk tumbuh dan berkembang bagi pasien.

Fokus ketiga dari teori ini adalah mempertahankan kesejahteraan, kesehatan dan kehidupan. Sasaran pada teori ini adalah unit yang mempunyai fungsi secara biologis, simbolis dan sosial yang membutuhkan aktivitas merawat secara mandiri untuk menjaga kesehatan, kesejahteraan dan kehidupan. Lansia sebagai individu yang sama dengan kategori usia yang lain dalam menurut Orem (2011), merupakan unit yang membutuhkan kemandirian untuk mempertahankan kesehatan, kesejahteraan dan kehidupannya. Kemandirian pada lansia tergantung pada kemampuan status fungsional fisik dalam melakukan aktifitas sehari-hari dalam hal ini tidak dapat disamakan dengan golongan usia yang lain karena pada lansia terjadi penurunan fungsi fisik secara fisiologis.

c. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Activity Daily Living* pada Lansia

Faktor yang memengaruhi kemandirian lansia diantaranya adalah usia, risiko jatuh dan mobilitas. Lansia yang tidak lagi mampu mencari nafkah, hidupnya akan memiliki ketergantungan pada bantuan orang lain. Lansia yang sudah berusia lebih dari 70 tahun memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami keterbatasan dalam berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Maryam, 2008).

Hardywinoto & Setiabudhi (2007) mengemukakan bahwa terdapat faktor-faktor yang dapat memengaruhi kemampuan dan kemauan untuk melakukan *activity of daily living*:

1) Usia dan status perkembangan

Menurut Hardywinoto & Setiabudhi (2007), faktor ini menunjukkan reaksi terhadap keterbatasan untuk melakukan *activity of daily living*. Proses perkembangan manusia dimulai dari bayi hingga dewasa, secara perlahan kemampuan yang dimiliki bergeser dari tergantung menjadi mandiri untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari.

2) Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis memengaruhi kemampuan dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari. Dapat diambil contoh pada sistem nervous yang mengumpulkan, mengantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan sekitar kemudian sistem muskuloskeletal berkoordinasi dengan sistem nervous sehingga mendapat respon dari sistem sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini dapat terjadi karena suatu penyakit dan trauma injuri yang dapat mengganggu kerja sistem sehingga dapat memengaruhi pemenuhan aktifitas kehidupan sehari-hari atau *activity of daily living* (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

3) Fungsi kognitif

Fungsi kognitif menggambarkan suatu proses menerima, berkoordinasi dan menginterpretasikan pada sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah sehingga fungsi ini dapat memengaruhi *activity of daily living*. Kondisi mental berkontribusi pada fungsi kognitif, jika mental terganggu maka akan sulit untuk berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

4) Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi akan menunjukkan kemampuan yang dimiliki seseorang untuk mengingat sesuatu yang telah berlalu dan menampilkan kembali informasi tersebut dengan cara yang nyata. Proses ini mencakup interaksi yang lengkap antara aspek interpersonal dengan intrapersonal. Gangguan intrapersonal dapat terjadi akibat ketidakstabilan emosi dan konsep diri sehingga memengaruhi rasa tanggung jawab yang melekat pada dirinya. Gangguan interpersonal terjadi pada disfungsi peran, masalah komunikasi dan gangguan interaksi sosial sehingga dapat memengaruhi pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

5) Tingkat stres

Stres adalah respon fisik terhadap berbagai tekanan untuk memenuhi kebutuhan. Faktor yang menyebabkan stress/stressor muncul dari dalam tubuh maupun lingkungan yang berpotensi mengganggu keseimbangan tubuh. *Stressor* dapat berupa respon psikologis seperti kehilangan yang menimbulkan kesedihan yang mendalam (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

6) Ritme biologi

Ritme biologi mengatur lingkungan fisik disekitar dan membantu terjadinya *homeostasis* secara internal pada keseimbangan dari dalam tubuh dengan lingkungan. Terdapat banyak irama biologi dalam tubuh, salah satunya adalah irama sirkadian yang berjalan dengan siklus 24 jam. Perbedaan irama *sirkadian* mengatur beberapa aktivitas, diantaranya menjaga suhu tubuh, menjaga keseimbangan hormon dan lain-lain. Faktor yang berperan dalam irama *sirkadian* diantaranya adalah faktor lingkungan seperti seperti cuaca, siang dan malam (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

7) Status mental

Status mental dapat menggambarkan tingkat intelektual yang dimiliki. Status mental memberikan implikasi untuk memenuhi kebutuhan dasar seseorang. Hal ini lazim terjadi pada lansia yang memorinya mulai menurun, lansia yang mengalami apraksia akan mengalami gangguan untuk memenuhi kebutuhan dasar dalam kehidupan (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

8) Pelayanan kesehatan

Segmen pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial pada lansia merupakan hal yang saling berkaitan sehingga tidak bias dipisahkan antara satu dengan yang lain. Pelayanan kesehatan lansia berbasis komunitas adalah posyandu lansia, salah satu jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu lansia adalah *activity of daily living*. Dalam posyandu lansia terdapat pelayanan pemenuhan gizi melalui pemberian makanan tambahan, senam lansia, pemeriksaan tekanan darah penimbangan berat badan sehingga lansia yang aktif berkunjung ke posyandu kualitas hidupnya lebih baik dari lansia yang tidak aktif. Posyandu lansia menjadi media yang efektif untuk menyampaikan berbagai informasi mengenai kesehatan lansia (Hardywinoto & Setiabudhi, 2007).

d. Kategori Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Activity Daily Living* ada Lansia

Penentuan kategori tingkat kemandirian dalam melakukan *ADLs* bisa dilakukan dengan menggunakan Katz Index. Katz index meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, kontinen dan makan. Indeks ini membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi maka akan disusun titik fokus

perbaikannya (Kobayashi, 2009). Menurut Ediawati (2012), kategori tingkat kemandirian dalam *ADLs* terdiri dari tiga kategori yaitu:

- 1) Skor 0 – 2 = tidak mandiri
- 2) Skor 3 – 4 = mandiri sedang
- 3) Skor 5 – 6 = mandiri sepenuhnya

Mandiri dapat diartikan tanpa pengarahan, pengawasan atau bantuan secara aktif kecuali jika disebutkan secara spesifik sebelumnya. Kemandirian berdasarkan pada status kemampuan yang dimiliki saat ini, bukan kemampuan yang dahulu. Definisi mandiri merupakan kebebasan untuk bertindak tanpa adanya pengaruh dan ketergantungan terhadap orang lain untuk bebas mengatur diri sendiri baik individu maupun secara kelompok yang berkaitan dengan kesehatan (Ediawati, 2012).

Kemandirian merupakan kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain dan seseorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi walaupun mampumelakukannya (Maryam, 2008).

Kemandirian lansia dapat dilihat dari kualitas hidup yang dimiliki lansia tersebut. Kualitas hidup lansia dapat dinilai dari kemampuan untuk melakukan *activity daily living* yang meliputi perawatan diri yang mencakup mandi, buang air besar dan kecil, menggunakan pakaian dan melakukan mobilisasi (Stanley & Beare, 2006). Aktivitas kehidupan sehari-hari atau *activity daily living* merupakan pengukuran untuk aktivitas yang dilakukan rutin setiap hari oleh lansia. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja, merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan,

minum obat dan memanfaatkan sarana transportasi. Skala ADL terdiri atas skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living (BADLs)*, *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living (IADLs)*, dan *Advanced Activity of Daily Living (AADLs)*. Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*) (Wallace & Shelkey, 2012).

Kategori bantuan dalam keperawatan mandiri (*self care*) menurut Mubarak & Chayatin (2011) adalah:

- 1) Sistem bantuan secara maksimal/ penuh (*wholly compensatory system*) adalah bantuan secara menyeluruh yang dibutuhkan oleh klien yang tidak mampu mengontrol dan memantau lingkungan, serta tidak merespon rangsangan.
- 2) Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*) merupakan bantuan sebagian dibutuhkan oleh klien yang mengalami keterbatasan gerak karena sakit atau kecelakaan.
- 3) Sistem pendukung dan edukatif (*supportive educative*) merupakan dukungan pendidikan dibutuhkan oleh klien yang memerlukan bantuan belajar sehingga mampu melakukan asuhan keperawatan mandiri.

I. Model Promosi Kesehatan

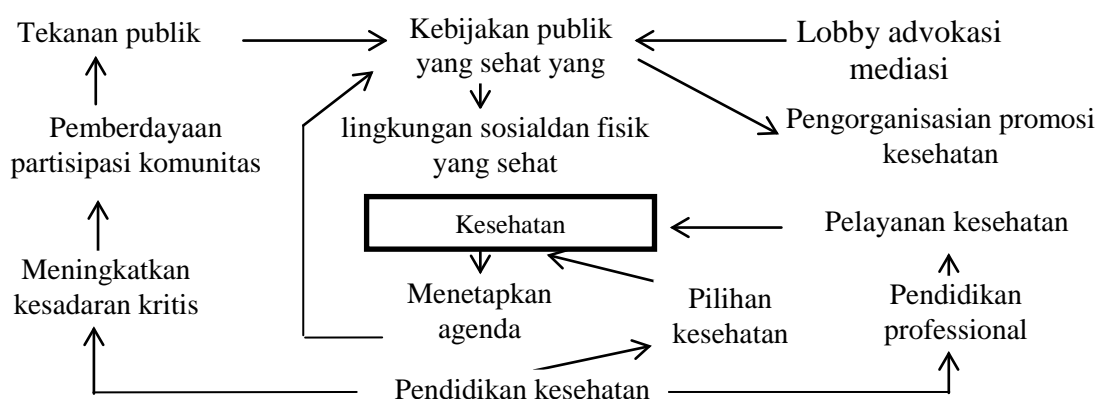
Sulaeman (2016) menyatakan bahwa model promosi kesehatan tersusun dari empat model yaitu: *health belief model*(1958), model teori pembelajaran sosial (1977), model tahapan-tahapan (1984), teori modern (1985, 1991 dan 2003). Model promosi kesehatan tersebut akan dijelaskan dalam bentuk tabel dibawah ini

Tabel 2.1. Model Promosi Kesehatan

Nama	Pengarang	Tahun	Deskripsi singkat
<i>Health belief model</i>	Hocbaum <i>et al.</i>	1958	Individu dapat mengambil aksi kesehatan yang berhubungan jika mereka dihadapkan pada risiko dan memiliki potensi untuk mengurangi risiko.
Model teori pembelajaran sosial	Bandura	1977	Perilaku dipengaruhi oleh norma sosial, harapan, observasi dan merasa mempunyai kemampuan untuk mengontrol perilaku.
Model tahapan	Prochaska & DjClemente	1984	Individu bergerak melalui beberapa tahapan untuk perubahan perilaku.
Teori Modern	Tannahill	1985	Titik temu beberapa bidang dari proteksi, prevensi dan edukasi
	Beattie	1991	Empat pendekatan mencakup tingkatan tingkatan otoritas dan individu.
	Ewless dan Simmet	2003	Persepsi multidisiplin dari biomedis dan perubahan sosial politik.

Sumber: Sulaeman (2012).

Tones (1990) mengatakan bahwa dalam mencapai kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor yakni lingkungan sosial dan fisik yang sehat, pelayanan kesehatan, pilihan kesehatan dan kebijakan publik yang sehat yang sehat. Ewless dan Simmet (1993) mengatakan bahwa pentingnya membuat perubahan dalam kebijakan sebagai bagian dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan terdiri dari dua rantai meliputi pendidikan dan informasi yang memungkinkan individu membuat pilihan dan kebijakan publik yang sehat yang sehat (Naidoo dan Wills, 2000).



Gambar 2.2 Model Promosi kesehatan menurut Tones (1990)

Sumber: Naidoo & Wilss (2000).

J. Model Evaluasi Program CIPP (*Context, Input, Process, Product*)

1. Model CCIP

Pengertian evaluasi menurut Stufflebeam yang dikutip oleh Ansyar (1989) bahwa evaluasi adalah proses memperoleh dan menyajikan informasi yang berguna untuk mempertimbangkan alternatif-alternatif pengambilan keputusan. Selanjutnya *The joint committee on Standards For Educational Evaluation* (1994), mendefinisikan bahwa evaluasi sebagai kegiatan investigasi yang sistematis tentang keberhasilan suatu tujuan. Menurut Djaali *et al.* (2000) mendefinisikan bahwa evaluasi sebagai proses menilai sesuatu berdasarkan standar objektif yang telah ditetapkan kemudian diambil keputusan atas obyek yang dievaluasi. Sedangkan menurut Wirawan (2006) evaluasi adalah proses mengumpulkan dan menyajikan informasi mengenai objek evaluasi, menilainya dengan standar evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi. Dari definisi evaluasi yang dikemukakan beberapa pakar di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa evaluasi adalah penerapan prosedur ilmiah yang sistematis untuk menilai rancangan, selanjutnya menyajikan informasi dalam rangka pengambilan keputusan terhadap implementasi dan efektifitas suatu program. Dari beberapa model evaluasi yang, model evaluasi CIPP (*Context, Input, Process, Product*) yang dikembangkan oleh Daniel Stufflebeam.(Bernadette Robinson, 2002)

Model evaluasi CIPP dalam pelaksanaan lebih banyak digunakan oleh para evaluator, hal ini dikarenakan model evaluasi ini lebih komprehensif jika dibandingkan dengan model evaluasi lainnya. Model evaluasi ini dikembangkan oleh Daniel Stufflebeam, dkk (1967) di Ohio State University. Model evaluasi ini ada awalnya digunakan untuk mengevaluasi ESEA (*the Elementary and Secondary Education Act*). CIPP merupakan singkatan dari, *context evaluation*: evaluasi terhadap konteks, *input evaluation*: evaluasi terhadap masukan, *process*

evaluation: evaluasi terhadap proses, dan *product evaluation*: evaluasi terhadap hasil. Keempat singkatan dari CIPP tersebut itulah yang menjadi komponen evaluasi.

Keempat kata yang disebutkan dalam singkatan CIPP tersebut merupakan sasaran evaluasi, yang tidak lain adalah komponen dari proses sebuah program kegiatan. Dengan kata lain, model CIPP adalah model evaluasi yang memandang program yang dievaluasi sebagai sebuah sistem. Berikut ini akan dibahas komponen atau dimensi model CIPP yang meliputi, *context, input, process, product*. (Bernadette Robinson, 2002)

2. Dimensi Model CIPP

Terdapat empat aspek model dalam CIPP yakni konteks, input, proses dan produk (*context, input, process and output*) model ini dapat membantu pengambil keputusan untuk menjawab empat pertanyaan dasar diantaranya adalah:

- a. Apa yang harus dilakukan (*What should we do?*); mengumpulkan dan menganalisa needs assessment data untuk menentukan tujuan, prioritas dan sasaran.
- b. Bagaimana kita melaksanakannya (*How should we do it?*); sumber daya dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencapai sasaran dan tujuan dan mungkin meliputi identifikasi program eksternal dan material dalam mengumpulkan informasi.
- c. Apakah dikerjakan sesuai rencana (*Are we doing it as planned?*); Ini menyediakan pengambil keputusan informasi tentang seberapa baik program diterapkan. Dengan secara terus menerus monitoring program, pengambil keputusan mempelajari seberapa baik pelaksanaan telah sesuai petunjuk dan rencana, konflik yang timbul, dukungan staff dan moral, kekuatan dan kelemahan material, dan permasalahan penganggaran.
- d. Apakah berhasil (*Did it work?*); Dengan mengukur *outcome* dan membandingkannya pada hasil yang diharapkan, pengambil keputusan

menjadi lebih mampu memutuskan jika program harus dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan sama sekali. (Bernadette Robinson, 2002)

Penjelasan atas masing-masing dimensi dalam model evaluasi CIPP adalah sebagai berikut:

1. Evaluasi *Context*

Evaluasi konteks (*context evaluation*) merupakan dasar dari evaluasi yang bertujuan menyediakan alasan-alasan (*rationale*) dalam penentuan tujuan. Karenanya upaya yang dilakukan evaluator dalam evaluasi konteks ini adalah memberikan gambaran dan rincian terhadap lingkungan, kebutuhan serta tujuan (*goal*). Evaluasi konteks mencakup analisis masalah yang berkaitan dengan lingkungan program atau kondisi obyektif yang akan dilaksanakan. Berisi tentang analisis kekuatan dan kelemahan obyek tertentu. Stufflebeam menyatakan evaluasi konteks sebagai fokus institusi yang mengidentifikasi peluang dan menilai kebutuhan. Suatu kebutuhan dirumuskan sebagai suatu kesenjangan (*discrepancy view*) kondisi nyata (*reality*) dengan kondisi yang diharapkan (*ideality*). Dengan kata lain evaluasi konteks berhubungan dengan analisis masalah kekuatan dan kelemahan dari obyek tertentu yang akan atau sedang berjalan. Evaluasi konteks memberikan informasi bagi pengambil keputusan dalam perencanaan suatu program yang akan *on going*. Selain itu, konteks juga bermaksud bagaimana rasionalnya suatu program. Analisis ini akan membantu dalam merencanakan keputusan, menentapkan kebutuhan dan merumuskan tujuan program secara lebih terarah dan demokratis. Evaluasi konteks juga mendiagnostik suatu kebutuhan yang selayaknya tersedia sehingga tidak menimbulkan kerugian jangka panjang.

2. Evaluasi Input

Evaluasi input (*input evaluation*) merupakan evaluasi yang bertujuan menyediakan informasi untuk menentukan bagaimana menggunakan sumberdaya yang tersedia dalam mencapai tujuan program. Evaluasi input meliputi analisis personal yang berhubungan

dengan bagaimana penggunaan sumber-sumber yang tersedia, alternatif-alternatif strategi yang harus dipertimbangkan untuk mencapai suatu program. Mengidentifikasi dan menilai kapabilitas sistem, alternatif strategi program, desain prosedur untuk strategi implementasi, pembiayaan dan penjadwalan. Evaluasi masukan bermanfaat untuk membimbing pemilihan strategi program dalam menspesifikasikan rancangan prosedural. Informasi dan data yang terkumpul dapat digunakan untuk menentukan sumber dan strategi dalam keterbatasan yang ada. Pertanyaan yang mendasar adalah bagaimana rencana penggunaan sumber-sumber yang ada sebagai upaya memperoleh rencana program yang efektif dan efisien.

3. Evaluasi Proses (*Process Evaluation*)

Evaluasi yang dirancang dan diaplikasikan dalam praktik implementasi kegiatan disebut dengan evaluasi proses. Untuk melihat apakah pelaksanaan program sudah sesuai dengan strategi yang telah dilaksanakan tersebut, maka perlu diadakannya evaluasi. Evaluasi tersebut dinamakan evaluasi proses. Evaluasi proses termasuk mengidentifikasi permasalahan prosedur pada pelaksanaan kejadian dan aktivitas. Setiap perubahan-perubahan yang terjadi pada aktivitas dimonitor secara jujur dan cermat. Pencatatan aktivitas harian penting dilakukan karena berguna pada pengambilan keputusan untuk menentukan tindak lanjut penyempurnaan dan menentukan kekuatan dan kelemahan program. Stufflebeam juga mengatakan bahwa evaluasi proses merupakan pengecekan yang berkelanjutan atas implementasi perencanaan (Stufflebeam & Shienfield, 1985:175 dalam Badrujaman, 2009:66).

Tujuan evaluasi proses yaitu untuk mengidentifikasi atau memprediksi dalam proses pelaksanaan, seperti cacat dalam disain prosedur atau implementasinya (Badrujaman, 2009). Selanjutnya dijelaskan pula bahwa evaluasi proses juga bertujuan untuk menyediakan informasi sebagai dasar memperbaiki program, serta untuk mencatat,

dan menilai prosedur kegiatan dan peristiwa. Selain itu, tujuan utama evaluasi proses yaitu: 1) mengetahui kelemahan selama pelaksanaan termasuk hal-hal yang baik untuk dipertahankan. 2) .memperoleh informasi mengenai keputusan yang ditetapkan, dan 3) memelihara catatan-catatan lapangan mengenai hal-hal penting saat implementasi dilaksanakan.

Memonitor kegiatan, berinteraksi terus menerus, serta dengan mengobservasi kegiatan, dan staf merupakan hal-hal yang dilakukan dalam evaluasi proses. Dalam melakukannya, dinyatakan dalam Badrujaman (2009:66) bahwa hal tersebut dapat melibatkan pengukuran pre- test dan pos-test terhadap pengetahuan dan keterampilan, mengobservasi perilaku tertentu pada siswa, *self-report* mengenai perbaikan tingkah laku, penilaian performance rutin (tingkat, tes terstandar, portofolio), *self- studi* yang terus menerus, studi kasus individual, kehadiran dan data kedisiplinan, kesesuaian antara program dengan pelaksanaan, keterlaksanaan program, pengukuran sosiometri, serta hambatan-hambatan yang ditemui

4. Evaluasi Produk (*Produck Evaluation*)

Evaluasi produk adalah evaluasi yang bertujuan untuk mengukur, menginterpretasikan dan menilai pencapaian program. Evaluasi produk adalah evaluasi mengukur keberhasilan pencapaian tujuan. Evaluasi dapat juga bertujuan mengumpulkan deskripsi dan penilaian terhadap iuran (outcome) dan menghubungkan itu semua dengan objektif, konteks, input, dan informasi.proses, serta untuk menginterpretasikan kelayakan dan keberhargaan program.

Evaluasi produk dapat dilakukan dengan membuat definisi operasional dan mengukur kriteria pengukuran yang telah dicapai (objektif), melalui pengumpulan nilai dari stakeholder, dengan unjuk rasa (*performing*) baik dengan menggunakan analisis secara kuantitatif, maupun kualitatif.(Bernadette Robinson, 2002)

K. Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian

Promosi kesehatan terdiri dari ilmu dan seni untuk mendorong masyarakat agar menjadikan gaya hidup yang sehat secara maksimal. Promosi kesehatan dari sisi seni menjadi penunjang untuk program kesehatan yang lain. Untuk memaksimalkan setiap program kesehatan maka perlu ditunjang oleh promosi kesehatan agar lebih mengena pada maksud dan tujuan dari program tersebut. Dapat diambil contoh pada perbaikan gizi di masyarakat, kegiatan pemberantasan penyakit, upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan program pelayanan kesehatan. Rangkaian kegiatan ini dikenal dengan penyuluhan kesehatan. Hal ini menjadi sangat penting dan mendasar karena setiap program menjadi bagian dari promosi kesehatan yang perlu dikondisikan pada perilaku masyarakat (WHO, 2015).

Menurut bahasa, promosi dapat diartikan sebagai kenaikan, kemajuan, atau peningkatan. Dengan demikian promosi kesehatan sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan melalui upaya memperkenalkan, menyebarluaskan, memasarkan, dan menjual informasi, pesan-pesan kesehatan, dan program kesehatan sehingga masyarakat menerima dan melaksanakan pesan-pesan kesehatan. Promosi kesehatan merupakan suatu kesatuan dari upaya kesehatan paripurna (*medical comprehensive*): promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif ditujukan kepada sasaran kelompok orang sehat; upaya preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) ditujukan kepada sasaran kelompok orang yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit. Promosi kesehatan sebagai, “*any combination of health education and related organizational, economic, and environmental supports for behavior of individuals, groups, or communities conducive to health* (segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan pengorganisasian terkait ekonomi, dan dukungan lingkungan untuk perilaku individu, kelompok, atau komunitas yang kondusif untuk kesehatan) (Green, 1984)

Promosi kesehatan adalah proses atau upaya pemberdayaan

masyarakat supaya mampu menjaga dan meningkatkan kesehatannya (WHO, 2015). Memenuhi kebutuhan sekaligus mengendalikan lingkungan, mengidentifikasi dan menyadari aspirasi merupakan upaya untuk mencapai keadaan sehat yang optimal yang dapat dilakukan oleh individu maupun secara kelompok.

Kesehatan yang optimal adalah seimbangnya antara kesehatan fisik, sosial, emosi, intelektual dan spiritual. Perubahan gaya hidup dilakukan dengan meningkatkan kesadaran, menciptakan lingkungan sehat dan mengubah perilaku kesehatan. Perubahan lingkungan diharapkan bukan sekedar perubahan gaya hidup namun dapat mendukung dalam membuat keputusan yang sehat (WHO, 2015).

Perilaku hidup sehat di masyarakat masih rendah walaupun kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan dan sudah banyak penelitian yang mengungkap tentang kesehatan. WHO telah melakukan pengkajian di negara berkembang mengenai sarana dan pra sarana yang menjadi faktor pendukung masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Kesadaran dan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan sudah tinggi namun jika tidak didukung oleh fasilitas kesehatan maka akan sulit untuk mewujudkan perilaku sehat di masyarakat. Faktor pendukung yang harus tersedia di masyarakat antara lain tersedianya sumber air bersih, jamban sehat, makanan yang bergizi dan pelayanan kesehatan (Machfoedz, 2009).

Pada awal tahun 1980, WHO menyimpulkan bahwa untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan jangan hanya berfokus pada upaya perubahan perilaku. Promosi kesehatan mencakup upaya perubahan lingkungan sebagai penunjang perubahan perilaku yang termasuk ekonomi, sosial budaya, politik dan sebagainya. Secara organisasi struktural, perwujudan perubahan konsep promosi kesehatan pada tahun 1984, WHO merubah divisi pendidikan kesehatan menjadi divisi promosi dan pendidikan kesehatan atau *division on health promotion and education*.

Banyaknya uraian dari berbagai sumber mengenai promosi kesehatan maka dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan menjadi suatu proses pendidikan kesehatan yang telah dimulai sejak dulu. Promosi kesehatan mencakup upaya untuk menyadarkan masyarakat, memberikan fasilitas agar masyarakat mampu mengubah perilaku serta meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan. Rumusan promosi kesehatan menurut WHO *“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment”*. “Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan pengendalian dan kesehatan seseorang. Untuk mencapai keadaan fisik, mental dan sosial serta kesejahteraan individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi untuk memenuhi kebutuhan dan untuk mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan” (Piagam Ottawa, 1986).

Konferensi promosi kesehatan di Bangkok mendefinisikan sebagai berikut : *“the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health”* (Bangkok Charter, 2005). Kesimpulan dari kutipan tersebut bahwa promosi kesehatan merupakan suatu proses untuk memelihara dan meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menjaga kesehatan. Di Indonesia pengertian promosi kesehatan berdasarkan rumusan dari WHO adalah “upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai social budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang sehat yang berwawasan kesehatan”.

Batasan promosi kesehatan yang dirumuskan oleh *Australian Health Foundation* sebagai berikut *“health promotion is programs are designed to bring about “change” within people, organization, communities and their environment”*. Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dibuat supaya dapat merubah ke arah yang lebih baik pada individu, organisasi, masyarakat dan lingkungan yang meliputi aspek sosial, budaya, politik dan sebagainya”. Jadi promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan dan memperbaiki lingkungan fisik dan non fisik dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat sehinggabukan hanya sebatas pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja.

2. Tujuan Promosi kesehatan (sambungannya kemana)

Tujuan promosi kesehatan berdasarkan visi dan misinya adalah untuk menciptakan lingkungan yang kondusif, mengembangkan upaya kesehatan dan untuk mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber pada individu, keluarga dan masyarakat.

Tiga tingkatan tujuan promosi kesehatan menurut Green (1991) yaitu:

a. Tujuan Program

Pernyataan yang berhubungan dengan status kesehatan berupa spekulasi dari fase epidemiologi dan sosial tentang rencana dalam jangka waktu tertentu. Tujuan program merupakan tujuan jangka panjang seperti menurunnya kecelakaan kerja yang mengakibatkan kematian pada pekerja sebanyak lima puluh persen sejak promosi kesehatan berjalan lima tahun.

b. Tujuan Pendidikan

Pembelajaran yang harus dicapai untuk menciptakan perilaku yang diinginkan. Tujuan pendidikan merupakan tujuan jangka menengah seperti meningkatnya cakupan angka kunjungan ke klinik sebesar tujuh puluh lima persen sejak promosi kesehatan berjalan tiga tahun.

c. Tujuan Perilaku

Deskripsi perilaku yang harus dipenuhi dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Tujuan perilaku merupakan tujuan jangka pendek yang berkaitan terhadap tindakan, sikap dan pengetahuan seperti meningkatnya pengetahuan pekerja mengenai tanda bahaya di tempat sebesar enam puluh persen sejak promosi kesehatan berlangsung enam bulan.

3. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Menurut Machfoedz (2009), ruang lingkup promosi kesehatan secara sederhana adalah:

- a. Promosi kesehatan sebagai sarana komunikasi, informasi dan penyuluhan untuk menyebarkan informasi.
- b. Komunikasi kesehatan sebagai pendidikan kesehatan atau *health education* yang ditekankan untuk merubah sekaligus memperbaiki perilaku kesehatan dalam meningkatkan kemampuan, kemauan dan kesadaran.
- c. Pemasaran social adalah kampanye untuk pemasaran sosial atau *social marketing* ditekankan pada pengenalan produk/jasa.
- d. Promosi kesehatan sebagai sarana komunikasi, informasi dan penyuluhan untuk menyebarkan informasi.
- e. Promosi kesehatan menjadi upaya promotif untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan.
- f. Promosi kesehatan menjadi upaya advokasi bidang kesehatan.

Menurut WHO (1994), dimensi ruang lingkup promosi kesehatan dapat dijabarkan menjadi:

a. Berdasarkan aspek dimensi pelayanan kesehatan

Terdapat empat aspek pokok kesehatan masyarakat yang meliputi: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Ahli yang lain membagi aspek kesehatan masyarakat menjadi dua yakni: aspek promotif sarannya kelompok orang sehat, aspek preventif atau pencegahan dan kuratif atau penyembuhan sarannya

sekelompok orang yang mempunyai risiko tinggi terhadap penyakit dan sekelompok sakit. Ruang lingkup pendidikan atau promosi kesehatan dikelompokkan menjadi dua:

1) Aspek promotif pada promosi kesehatan

Kelompok orang yang sehat mejadi sasaran untuk aspek ini karena selama ini kelompok orang sehat tidak mendapatkan perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Populasi orang sehat mencapai 80-85% di suatu komunitas namun jumlah ini akan menurun jika tidak mendapatkan binaan untuk mempertahankan kesehatannya sehingga pendidikan kesehatan perlu diberikan pada kelompok ini untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Meskipun seseorang dalam keadaan sehat tetap perlu menjaga dan meningkatkan kesehatannya karena kondisi kesehatan bersifat dinamis.

2) Aspek pencegahan dan penyembuhan pada promosi kesehatan
Upaya promosi kesehatan pada aspek ini mencakup tiga kegiatan, yaitu:

a) Pencegahan pada tingkat pertama (*primary prevention*)

Tujuan promosi kesehatan pada kelompok ini untuk menjaga kondisi agar tetap sehat. Sekelompok orang yang mempunyai risiko tinggi (*high risk*) menjadi sasaran pada aspek ini contohnya pada perokok aktif maupun pasif, penderita obesitas, ibu hamil dan menyusui, pekerja seks komersial dan sebagainya.

b) Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Tujuan promosi kesehatan pada kelompok ini untuk mencegah kelompok orang sakit agar penyakitnya tidak bertambah parah. Penderita penyakit kronis menjadi sasaran pada aspek ini, contohnya pada penderita diabetes, tekanan darah tinggi, jantung, asma, rematik, tuberkulosis dan lainnya.

c) Pencegahan tingkat tiga (*tertiary prevention*)

Tujuan aspek ini agar kelompok orang sakit segera sehat pulih kesehatannya sehingga dapat mengurangi kecacatan seminimal mungkin pada proses rehabilitasi ini.

b. Berdasarkan Dimensi Tatanan

Menurut Machfoedz (2009), ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan dibedakan menjadi:

1) Promosi kesehatan di lingkungan keluarga

Sasaran utama pada aspek ini adalah orang tua, terutama ibu menjadi peletak dasar perilaku kesehatan pada anak. Keluarga merupakan unit terkecil masyarakat sehingga untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai dari unit ini. Perilaku- perilaku masyarakat akan terbentuk di dalam keluarga.

2) Promosi kesehatan di lingkungan sekolah

Sasaran utama aspek ini adalah guru karena guru menjadi kunci pendidikan kesehatan disekolah sehingga guru harus mendapatkan pelatihan atau seminar kesehatan. Sekolah menjadi perpanjangan tangan dari pendidikan kesehatan setelah keluarga. Lingkungan fisik dan sosial di sekolah yang sehat akan akan memengaruhi perilaku kesehatan muridnya.

3) Promosi kesehatan di lingkungan kerja

Pemimpin dalam instansi kerja menjadi sasaran pada aspek ini agar mereka lebih peduli kesehatan untuk para pegawainya dan akan mengembangkan unit pelayanan kesehatan sebagai upaya pendidikan kesehatan dilingkungan kerja. Tempat kerja adalah tempat mencari nafkah bagi orang dewasa untuk keluarganya sehingga sebagian besar waktu mereka akan dihabiskan ditempat kerja. Lingkungan fisik dan non fisik ditempat kerja akan mendukung kesehatan

pegawainya sehingga produktivitas kerja tetap optimal. Lingkungan kerja yang tidak sehat dapat menyebabkan kecelakaan kerja dan menurunkan derajat kesehatan sehingga menurunkan produktivitas kerja bagi pegawainya.

4) Promosi kesehatan di tempat umum

Para pengelola tempat umum menjadi sasaran promosi kesehatan supaya mereka menyediakan fasilitas toilet dan air bersih. Tempat umum meliputi tempat perbelanjaan, tempat olahraga, terminal, bandara, taman kota dan tempat lainnya. Tempat-tempat umum yang terjaga kebersihan dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi dan tempat sampah.

5) Fasilitas pelayanan kesehatan

Sasaran promosi kesehatan di tempat pelayanan kesehatan adalah pemimpin fasilitas kesehatan. Pemimpin bertanggungjawab pada pelaksanaan promosi dan pendidikan kesehatan di institusi tersebut. Kegiatan advokasi diperlukan untuk para pemimpin sedangkan untuk pegawainya diberikan pelatihan dan seminar promosi kesehatan. Seiring berkembangnya pengetahuan, sebagian rumah sakit telah mengembangkan unit pendidikan sebagai penyuluh kesehatan yang disebut Penyuluhan/Promosi kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit (PKMRS). Fasilitas pelayanan kesehatan diantaranya adalah rumah bersalin, poliklinik, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lain. Ironis jika fasilitas kesehatan tidak menjaga kebersihan tempat pelayanan kesehatan.

c. Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Menurut Level dan Clark, promosi kesehatan berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan dibagi menjadi lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) yaitu:

1) Promosi kesehatan(*health promotion programme*)

Promosi kesehatan ditujukan untuk memperbaiki sanitasi, meningkatkan status gizi, memperbaiki kebiasaan hidup, memperbaiki status kesehatan individu dan masyarakat dan sebagainya.

2) Perlindungan khusus (*spesific protection*)

Promosi kesehatan sangat diperlukan di negara berkembang karena kesadaran masyarakat terhadap perlindungan suatu penyakit masih rendah. Pemerintah membentuk pelayanan perlindungan khusus dalam bentuk program pemberian imunisasi dasar bagi bayi, anak dan calon pengantin, imunisasi tetanus dan kegiatan yang lainnya.

3) Diagnosis dini dan pengobatan segera

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang masih rendah terhadap kesehatan dan penyakit sehingga banyak penyakit yang terjadi di dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Selain itu sebagian masyarakat sulit dan tidak mau diperiksa untuk diobati penyakitnya. Hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh layanan kesehatan yang layak sehingga promosi kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4) Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat atau memiliki ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu. Oleh karena itu promosi kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

5) Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Menurut Machfoedz (2009), promosi kesehatan diperlukan untuk individu yang cacat dan masyarakat. Kecacatan sering terjadi pada orang-orang tertentu yang baru sembuh dari penyakit yang diderita sehingga untuk memulihkan cacat tersebut perlu latihan tertentu. Kurangnya pengertian dan kesadaran menyebabkan individu enggan melakukan latihan yang dianjurkan. Disamping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit kadang merasa malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal.

d. Strategi Promosi kesehatan

Ottawa Charter dihasilkan dalam konferensi promosi kesehatan tingkat internasional di Ottawa, Canada pada tahun 1986. Strategi promosi kesehatan menurut WHO 2015 dikelompokkan menjadi lima yang mencakup:

1) Kebijakan berwawasan kesehatan (*health public policy*)

Serangkaian kegiatan pada kebijakan ini ditujukan pada pembuat kebijakan (*policy makers*) atau pembuat keputusan (*decision makers*) baik di institusi pemerintah maupun swasta berdasarkan pandangan kesehatan. Semua kebijakan pembangunan bidang apapun wajib memandang dampak kesehatan bagi masyarakat. Sebagai contoh dari kebijakan ini misalnya sebelum mendirikan pabrik, harus melakukan analisis dampak lingkungan agar tidak merusak dan tidak berdampak pada lingkungan sekitar. Dalam proses pembangunan seringkali aspek kesehatan tidak diperhatikan sehingga dengan adanya kebijakan yang berwawasan kesehatan, diharapkan bisa mengedepankan proses pembangunan dengan tetap memperhatikan aspek-aspek

kesehatan. Contoh lain dari kebijakan ini dengan adanya perencanaan pembangunan PLTN di Jepara, para pengambil kebijakan dan pembuat keputusan harus memperhitungkan kemungkinan dampak radiasi yang akan ditimbulkan serta kemungkinan lain yang berdampak pada kesehatan masyarakat sekitar.

2) Lingkungan yang mendukung (*supportive environment*)

Tujuan dari kegiatan ini untuk mengembangkan jaringan kemitraan dan situasi yang mendukung sedangkan sasaran kegiatan ini adalah pemimpin organisasi masyarakat dan pengelola tempat umum yang diharapkan mampu mempertimbangkan dampak kesehatan masyarakat serta lingkungan fisik maupun non fisik. Sebagai contoh dari *supportive environment*: oknum tertentu yang mengabaikan pentingnya jalur hijau diperkotaan, perlindungan diri pada kelompok terpapar pencemaran udara untuk polantas, penjaga tiket jalan tol dan lain-lain.

3) Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*)

Kesalahan persepsi tentang tanggungjawab pelayanan kesehatan untuk pemberi pelayanan (*health provider*). Pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab bersama antara pemberi pelayanan kesehatan dengan pihak atau masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan. Pihak pemberi pelayanan diharapkan bukan sekedar memberikan pelayanan kesehatan namun harus bisa membangkitkan peran aktif masyarakat untuk membangun kesehatan. Masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan diharapkan dalam proses pelayanan dan pembangunan kesehatan mampu menyadari bahwa mereka berperan sebagai subyek sekaligus obyek kesehatan. Masyarakat diharapkan berperan aktif dalam pembangunan kesehatan dengan cara melibatkan diri pada pelayanan kesehatan untuk

meningkatkan dan memelihara kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat dengan membentuk lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang peduli terhadap kesehatan dalam bentuk upaya swadaya masyarakat, pelayanan serta bantuan teknis. Banyaknya upaya kesehatan yang bersumberdsya masyarakat menjadi contoh dari reorientasi pelayanan kesehatan seperti kegiatan posyandu balita dan lansia, upaya kesehatan gigi masyarakat desa (UKGMD), Saka Bhakti Husada dan lain-lain.

4) Gerakan masyarakat (*community action*)

Merujuk dari Piagam Ottawa yang menyatakan bahwa promosi kesehatan merupakan upaya yang dilaksanakan untuk masyarakat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan. Derajat kesehatan masyarakat akan tinggi bila unsur- unsur masyarakat dapat bekerja sama.

Gerakan masyarakat untuk menunjukan bahwa kesehatan milik masyarakat dengan mendapatkan fasilitas dari pemerintah. Memberikan pengetahuan dan keterampilan pada masyarakat harus dilakukan untuk mewujudkan gerakan hidup sehat. Upaya meningkatkan kesehatan menjadi usaha untuk mewujudkan derajat kesehatan yang tinggi namun upaya ini tidak menjadi tanggungjawab tenaga kesehatan sepenuhnya.

Masyarakat mempunyai peranan penting dan kewajiban untuk mewujudkan derajat kesehatan yang tinggi. Pernyataan ini sesuai undang-undang pasal 9 No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang berbunyi: “Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya”. *Strengthen community actions* atau upaya untuk memperkuat kegiatan komunitas, promosi kesehatan dijalankan melalui kegiatan yang nyata dan efisien dalam merencanakan strategi, membuat

keputusan dan mengatur prioritas untuk mewujudkan derajat kesehatan yang tinggi.

Gerakan masyarakat adalah partisipasi masyarakat yang mendasar untuk menjaga kesehatan. Contoh gerakan masyarakat adalah gerakan 3M pada program pemberantasan demam berdarah dengue dan gerakan jumat bersih, diMalaysia ada gerakan jalan seribu langkah untuk mengukurnya disediakan alat seperti speedometer, kegiatan ini dapat kita contoh untuk memaksimalkan derajat kesehatan di Indonesia.

5) Keterampilan individu (*personal skill*)

Kesehatan masyarakat merupakan kesehatan gabungan yang terdiri dari kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Bertambahnya keterampilan yang dimiliki anggota masyarakat (*personal skill*) supaya mampu menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri sangatlah penting untuk mewujudkan kesehatan masyarakat secara holistik. Diharapkan semakin banyak individu yang terampil untuk memelihara kesehatan maka akan mencerminkan bahwa masyarakat tersebut dalam keadaan baik. Keterampilan individu sebagai dasar mewujudkan masyarakat yang sehat sehingga masyarakat perlu diberi berbagai pengetahuan tentang kesehatan dan perlu mendapatkan pelatihan mengenai cara dan pola hidup sehat.

Setiap individu sebaiknya mempunyai pengetahuan dan kemampuan untuk mengenali penyakit dan berbagai faktor penyebabnya, mampu mencegah penyakit, mampu mencari pengobatan penyakit dan mengetahui cara memelihara kesehatan. Promosi kesehatan menyediakan informasi, pengembangan keterampilan hidup dan penyuluhan kesehatan untuk mendukung pengembangan pengetahuan personal dan sosial.

Program promosi kesehatan memberikan banyak pilihan yang tersedia bagi masyarakat untuk melatih dan mengontrol kesehatan lingkungan dan untuk membuat pilihan yang kondusif bagi kesehatan. Kesempatan ini memberikan peluang pada masyarakat untuk belajar menyiapkan diri menangani penyakit dan kecelakaan. Proses pembelajaran ini didapatkan dari lingkungan rumah/keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

Pengetahuan dan keterampilan personal merupakan bagian dari kemampuan petugas kesehatan dalam memberikan informasi kesehatan dan mendemonstrasikan pada saat memberikan contoh. keterampilan individu ini dapat diambil contoh melalui penyuluhan secara individu maupun kelompok di Posyandu dan PKK, pelatihan dokter kecil adanya pelatihan kader kesehatan, pelatihan guru unit kesehatan sekolah (UKS) dan lain-lain.

Kemenkes (2013) mengatakan bahwa promosi kesehatan terdiri dari advokasi (*advocacy*), dukungan sosial (*social support*), pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

1) Advokasi (*Advocacy*)

Kegiatan promosi kesehatan pada aspek advokasi yang dimaksud adalah memberikan bantuan untuk masyarakat dengan membuat keputusan dan penentu kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sektor lain diluar kesehatan yang memberikan pengaruh pada masyarakat. Advokasi kesehatan merupakan suatu pendekatan kepada para pengambil kebijakan supaya mampu memberikan kemudahan dan dukungan secara maksimal untuk perlindungan pada upaya kesehatan (Machfoedz, 2009).

WHO (1994), mengatakan bahwa strategi dan promosi kesehatan merupakan suatu upaya persuasif yang mencakup

kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut mengenai sesuatu. Menurut organisasi non pemerintah (ornop) mengartikan advokasi sebagai upaya penyadaran kelompok masyarakat secara marjinal yang sering dilanggar haknya termasuk hukum dan azasi manusia. Advokasi ini dilakukan dengan kampanye guna membentuk opini publik dan pendidikan massa lewat aksi unjuk rasa.

Pembuat kebijakan akan membuat kebijakan dalam bentuk peraturan, undang-undang dan instruksi yang diharapkan akan memberikan keuntungan bagi kesehatan masyarakat secara umum. Strategi promosi kesehatan akan berhasil jika tepat sasaran dan sarana advokasi mencakup pejabat legislatif dan eksekutif, pejabat pemerintahan, lembaga swadaya masyarakat (LSM) tingkat pusat hingga daerah dan para pengusaha.

Lobbying merupakan bentuk advokasi melalui pendekatan formal dan informal kepada para pembuat kebijakan, penyajian isu atau masalah kesehatan yang memberikan pengaruh terhadap kesehatan masyarakat. Secara umum, advokasi bertujuan untuk memperkuat suatu perubahan kebijakan, program atau legislasi dengan memperkuat basis dukungan yang banyak. Advokasi berfungsi mempromosikan perubahan kebijakan program agar mendapatkan dukungan dari pihak lain. Pendekatan kunci advokasi harus melibatkan para pengambil keputusan, dapat menjalin kemitraan dan memobilisasi kelompok yang peduli. Syarat-syarat advokasi diantaranya:

- a) Dipercaya (*credible*), harus mempunyai program yang dapat meyakinkan para pembuat kebijakan sehingga harus didukung oleh akurasi masalah dan data.
- b) Layak (*feasible*), harus memiliki program yang dapat

dilaksanakan dengan teknik sosial maupun politik.

- c) Memenuhi kebutuhan masyarakat (*relevant*).
- d) Penting dan mendesak (*urgent*), harus memiliki program yang program yang prioritasnya tinggi.

2) Dukungan sosial (*sosial support*)

Pendekatan dukungan sosial merupakan kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat (tokoh) formal maupun informal. Kegiatan ini bertujuan untuk agar tokoh masyarakat bersedia menjadi penghubung antara tenaga kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kebijakan tokoh masyarakat. Sasaran utama bina suasana atau dukungan sosial adalah para tokoh masyarakat sebagai sasaran sekunder

Mensosialisasikan program kesehatan melalui tokoh masyarakat untuk mencari dukungan sosial agar masyarakat lebih mudah menerima dan bersedia untuk berpartisipasi pada program kesehatan. Disisi lain, strategi ini berfungsi untuk membina suasana yang kondusif terhadap program kesehatan. Wujud nyata kegiatan dukungan sosial ini dengan diadakannya pelatihan, seminar dan lokakarya untuk para tokoh masyarakat tentang program yang akan dijalankan. (Machfoedz, 2009).

3) Pendidikan kesehatan

a) Definisi

Istilah pendidikan tentang pendidikan kesehatan telah dirumuskan oleh para ahli pendidikan kesehatan dalam berbagai pengertian tergantung pada sudut pandang masing-masing. Berikut ini akan dikemukakan beberapa pengertian yang akan dikemukakan oleh beberapa ahli tersebut, antara lain adalah Suliha (2010) menekankan bahwa “pendidikan kesehatan tidak hanya terkait dengan

individu dan keluarga, tetapi juga dengan institusi dan kondisi sosial yang menghambat atau memfasilitasi individu untuk mencapai kesehatan optimal”. Menurut Griffiths *cit* Suliha (2010) , “*health education attempts to close the gap between what is known about optimum health practice and that which is actually practiced* (pendidikan kesehatan berusaha untuk menutup kesenjangan antara apa diketahui tentang praktik kesehatan yang optimal dan apa yang sebenarnya dipraktekkan).”

Tujuan dari pendidikan kesehatan yaitu untuk menjamin bahwa orang-orang mampu melakukan pilihan yang cerdas saat memilih gaya hidup yang mereka anut. Tujuan lain adalah memengaruhi orang-orang agar mengadopsi perilaku yang sehat (Strategi *The Health of Nation*,1992).Simonds (1976) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan bertujuan untuk “*bringing about behavioral changes in individuals, groups, and larger populations from behaviors that are presumed to be detrimental to health, to behaviors that are conducive to present and future health* (membawa perubahan perilaku pada individu, kelompok, dan populasi yang lebih besar dari perilaku yang dianggap merugikan untuk kesehatan, untuk perilaku yang kondusif untuk kesehatan sekarang dan masa depan).”

Green (1980) mendefinikan pendidikan kesehatan sebagai, “*any combination of learning experiences designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health* (kombinasi pengalaman belajar dirancang untuk memfasilitasi adaptasi sukarela dari perilaku yang kondusif untuk kesehatan).”

Tones (1990) mendefinikan pendidikan kesehatan sebagai kegiatan terencana untuk meningkatkan kesehatan atau pembelajaran terkait penyakit, suatu perubahan yang relatif permanen pada kompetensi atau kecenderungan seseorang.

French (1990) pendidikan kesehatan bukan tentang perubahan perilaku, dan bukan tentang tindakan politis untuk memengaruhi determinan kesehatan, melainkan adalah membuat orang mampu atau mendukung mereka untuk menentukan agenda kesehatan mereka masing-masing, yaitu agenda yang dapat mereka terapkan dengan cara yang diputuskan oleh mereka bersama-sama atau secara perorangan.

Pendidikan kesehatan mencakup rangkaian dari pencegahan penyakit dan promosi kesehatan optimal untuk mendeteksi penyakit untuk pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan jangka panjang, termasuk penyakit menular dan kronis, serta perhatian terhadap masalah lingkungan. Pendidikan kesehatan disampaikan di hampir setiap situasi yang memungkinkan - universitas, sekolah, rumah sakit, apotek, toko dan pusat perbelanjaan, tatanan rekreasi, organisasi komunitas, lembaga kesehatan sukarela, tempat kerja, tempat ibadah, penjara, organisasi pelayanan kesehatan, kamp buruh migran; itu disampaikan melalui media massa, melalui Internet, di rumah orang, dan di departemen kesehatan di semua tingkatan dari pemerintah (Glanz *et al.*, 2009).

Menurut *Commite President On Health Education* (1997) pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya lebih

menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan yang buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan. Nurdin (2005), yang menyimpulkan bahwa setiap pemberian kesehatan, maka hasil yang diharapkan adalah terjadinya peningkatan pengetahuan bagi responden meskipun dalam jumlah minimal.

Kesimpulan dari definisi yang dikemukakan di atas, bahwa pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok, atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu, kelompok, atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai kesehatan sendiri secara mandiri. Dengan demikian pendidikan kesehatan merupakan usaha/kegiatan untuk membantu individu, kelompok, dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap, maupun keterampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal.

b) Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan ialah merubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut menjadi:

- (1) Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
- (2) Menolong individu dan keluarga agar mampu secara mandiri atau secara berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- (3) Mendorong mengembangkan dan menggunakan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Semua uraian tentang tujuan pendidikan kesehatan tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya

pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

Menurut Machfoedz (2009), upaya peningkatan promosi kesehatan memerlukan prasyarat yang terdiri dari berbagai sumber daya dan kondisi dasar, meliputi perdamaian (*peace*), perlindungan (*shelter*), pendidikan (*education*), makanan (*food*), pendapatan (*income*), ekosistem yang stabil (*a stable eco-system*), sumber daya yang berkesinambungan (*a sustainable resources*), serta kesetaraan dan keadilan sosial (*social justice and equity*). Melalui konferensi internasional pertama mengenai promosi kesehatan di Ottawa tahun 1986, WHO merumuskan kegiatan yang dilakukan oleh setiap negara untuk menyelenggarakan promosi kesehatan. Menurut Piagam Ottawatahun 1986 pada sub judul "*health promotion action means*" aksi promosi kesehatan mencakup:

- 1) Membangun kebijakan publik yang sehat berwawasan kesehatan (*build healthy public policy*)

Promosi kesehatan tidak hanya sebatas program perawatan kesehatan namun mengarahkan masyarakat agar bertanggung jawab atas perilaku kesehatan dan mengarahkan agar masyarakat sadar akan konsekuensi kesehatan pada semua sektor agenda kebijakan. Kebijakan kesehatan merupakan gabungan dari pendekatan berbagai sektor yang saling melengkapi yang mencakup perpajakan, organisasi, legislasi dan perhitungan fiskal. Promosi kesehatan lebih utama daripada program perawatan kesehatan dan menjadikan kesehatan sebagai agenda bagi pembuat kebijakan di semua bidang tindakan pemerintah dan organisasi. Perencanaan kesehatan mensyaratkan

bahwa hambatan dalam penerapan kebijakan promosi kesehatan diidentifikasi di sektor non-medis dan juga cara menghilangkannya. Tujuan aksi ini agar lebih mudah membuat pilihan lebih sehat. Strategi ini menghasilkan kebijakan yang berpihak terhadap kesehatan dan kesetaraan dalam semua area kebijakan, serta terukur dampaknya terhadap kesehatan, dengan tujuan untuk membuat lingkungan yang mendukung setiap manusia untuk hidup sehat. Kebijakan harus membuat pilihan untuk sehat menjadi mungkin dan lebih mudah bagi setiap warga negara. Kebijakan publik yang sehat dalam sektor kesehatan harus didukung oleh komitmen setiap kebijakan publik yang sehat dengan memperhitungkan dampaknya terhadap kesehatan. Kebijakan publik yang sehat mempunyai implikasi terhadap kesehatan, seperti kebijakan perumahan, lapangan pekerjaan, persamaan hak, transportasi, dan hiburan. Sebagai contoh kebijakan transportasi yang baik akan mengurangi kepadatan lalu lintas jalan, mengurangi polusi udara dan suara, mengurangi pemakaian bahan bakar karbon, dan mengurangi tekanan psikologis pengguna jalan.

Kegiatan promosi disesuaikan dengan kebijakan sosial, pendapatan dan kesehatan untuk mewujudkan persamaan yang maksimal. Kegiatan yang terpadu akan memberikan partisipasi untuk memastikan barang dan jasa yang lebih aman dan lebih sehat, pelayanan jasa publik yang lebih sehat dan lebih bersih serta lingkungan yang lebih menyenangkan. Kebijakan promosi kesehatan memerlukan identifikasi hambatan untuk diadopsi pada kebijakan publik yang sehat di luar sektor kesehatan dan cara menghilangkannya. Hal ini dimaksudkan agar dapat membuat pilihan yang lebih sehat dan lebih mudah untuk pembuat keputusan.

2) Menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environments*)

Tujuan kesehatan didalam masyarakat tidak dapat dipisahkan dengan kegiatan lain yang saling berhubungan. Keterkaitan antara manusia dengan lingkungan menjadi dasar terbentuknya sebuah pendekatan sosioekologis untuk kesehatan. Prinsip panduan yang holistik untuk komunitas, kawasan, bangsa dan duniayang selaras menjadi kebutuhan untuk memberi umpan balik pemeliharaan antara satu dengan yang lain antaralingkungan alam dengan manusia. Tanggung jawab secara global harus ditekankan untuk pelestarian sumber daya alam.

Dampak yang signifikan bagi kesehatan dipengaruhi oleh waktu luang, pekerjaan dan perubahan pola hidup. Pekerjaan dan waktu luang harus menjadi sumber kesehatan untuk manusia. Mengatur waktu kerja harus menjadi cara agar dapat menciptakan masyarakat yang sehat. Menciptakan situasi kehidupan dan situasi kerja yang menstimulasi, menyenangkan, memuaskan dan aman menjadi bagian tujuan dari promosi kesehatan.

Koordinasi yang sistematis mengenai dampak kesehatan terhadap lingkungan yang cepat mengalami perubahan pada daerah teknologi, produksi energi, daerah kerja dan urbanisasi maka harus diikuti dan didasari dengan kegiatan yang positif untuk masyarakat. Promosi kesehatan didukung perlindungan alam dan lingkungan yang dibangun serta konservasi dari sumber daya alam.

3) Memperkuat kegiatan komunitas (*strengthen community actions*)

Promosi kesehatan berjalan seiring dengan kegiatan komunitas yang efisien dan nyata dalam mengatur prioritas, merencanakan strategi dan pelaksanaan serta membuat keputusan untuk mewujudkan kesehatan yang lebih baik.

Proses pokok promosi kesehatan untuk memberdayakan dan mengontrol masyarakat akan nasib dan usaha mereka. Adanya sumber daya manusia dan materi dalam pengembangan komunitas ditekankan untuk meratakan dukungan sosial dan kemandirian sebagai bentuk pengembangan sistem yang fleksibel sehingga dapat memperkuat kontribusi umum pada masalah kesehatan. Akses yang berkesinambungan dibutuhkan untuk menggali informasi, penggalangan dukungan dan mempelajari kesempatan.

4) Mengembangkan keterampilan individu (*develop personal skills*)

Keterampilan individu yang mendukung promosi kesehatan adalah elaborasi sosial dan personal melalui melalui pendidikan kesehatan, penyediaan informasi dan pengembangan keterampilan hidup. Hal ini meningkatkan pilihan bagi masyarakat untuk melatih dan mengontrol kesehatan dan lingkungan serta untuk membuat pilihan yang kondusif bagi kesehatan sehingga memungkinkan masyarakat untuk belajar melalui kehidupan dalam menyiapkan diri mereka untuk semua tingkatannya dan untuk menangani penyakit dan kecelakaan. Untuk mewujudkan keterampilan ini harus diberikan sarana mulai dari rumah, sekolah, lingkungan komunitas dan tempat kerja.

5) Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*)

Promosi kesehatan di tempat pelayanan kesehatan dipertanggungjawabkan oleh individu, kelompok, tenaga kesehatan profesional, institusi pelayanan kesehatan dan pemerintah. Melalui sistem program perawatan kesehatan, mereka harus bekerja sama dan berkontribusi dalam pencapaian tujuan kesehatan. Sektor kesehatan harus berperan meningkatkan promosi kesehatan dan mempertanggungjawabkan pelayanan klinis serta pengobatannya. Pelayanan kesehatan sebagai

perintah secara menyeluruh yang menjadi hal sensitif dan harus menghormati kebutuhan budaya.

Pemerintah wajib menopang kebutuhan individu dan masyarakat untuk kehidupan yang selaras dan membuka hubungan antara sektor kesehatan dengan politik, ekonomi, sosial dan lingkungan dalam jangkauan yang luas. Peninjauan kembali layanan kesehatan akan memerlukan perhatian ekstra untuk penelitian kesehatan seperti perubahan pada pendidikan profesional dan pelatihan. Diharapkan dengan adanya peninjauan kembali layanan kesehatan ini akan memberikan perubahan sikap dan organisasi layanan kesehatan berdasarkan pada kebutuhan total individu sebagai manusia yang utuh.

6) Bergerak ke masa depan (*moving into the future*)

Pengaturan hidup menciptakan kesehatan yang dibuat oleh individu dalam kehidupan sehari-hari dimana mereka senantiasa mencintai, belajar, bermain dan bekerja. Kesehatan dapat diciptakan dengan menjaga antar kemampuan untuk memutuskan dan mengontrol setiap situasi kehidupan seseorang dengan memastikan bahwa lingkungan masyarakat dapat mendukung pencapaian kondisi kesehatan bagi semua anggotanya. Menjaga ekologi menjadi isu yang mendasar dalam mengembangkan strategi promosi kesehatan. Aspek-aspek yang terlibat harus menjadikan acuan utama pada kesetaraan jenis kelamin dalam fase perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan program promosi kesehatan.

4. Sistem Promosi Kesehatan dan Strategi Proteksi Kesehatan untuk Komunitas Lansia

Dua elemen pencegahan primer meliputi promosi kesehatan dan proteksi kesehatan. Promosi kesehatan mengutamakan pada upaya mengubah gaya hidup masyarakat dan memperbaiki kondisi kesehatan secaramaksimal. Proteksi kesehatan berfokus untuk melindungi individu

dari penyakit dengan memberikan ketahanan tubuh (imunisasi) dan menurunkan paparan terhadap agenpenyakit, racun dan segala sesuatu yang membahayakan kesehatan di lingkungan.

Konsep kesehatan lansia harus diteliti ulang untuk merencanakan intervensi promosi kesehatan. Jika dibandingkan dengan kelompok usia yang lain, lansia lebih aktif mencari informasi kesehatan dan mempunyai kesadaran untuk menjaga kesehatan dan kemandirian untuk beraktifitas sehari-hari. Promosi kesehatan harus memprioritaskan perilaku yang berisiko dengan masalah kesehatan berdasarkan kelompok umur (US- DHHS, 1998).

Tujuan umum pelayanan kesehatan pada lansia yaitu meningkatkan kenyamanan dan menurunkan penderitaan, memperpanjang usia hidupdan meningkatkan kemampuan fungsional (O'Malley dan Blakney, 1994). Untuk memaksimalkan promosi kesehatan pada lansia di komunitas dibutuhkan pendekatan multiaspek. Target intervensi harus mengarah pada individu dan keluarga serta kelompok dan komunitas (Anderson, 2007).

Intervensi promosi kesehatan atau proteksi kesehatan berfokus pada individu atau keluarga yang dibuat untukmeningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi individu atau keluarga untuk membuat keputusan kesehatan yang memaksimalkan promosi kesehatan dan perilaku proteksi kesehatan.

Promosi kesehatan mempunyai tujuan untuk memberdayakan keluarga dan lansia dalam membuat keputusan kesehatan secara rasional. Intervensi promosi kesehatan dan proteksi kesehatan dengan target individu dan keluarga meliputi beberapa kategori yaitu deteksi dini masalah kesehatan, modifikasi gaya hidup, pendidikan kesehatan, konseling kesehatan, kelompok-kelompok pendukung, pelayanan kesehatan tingkat dasar, perawatan dirumah, makanan yang tersedia, dukungan sosial dan bantuan pemeliharaan.

Intervensi yang berfokus di masyarakat atau komunitas merupakan program yang ditujukan untuk lansia di masyarakat secara holistik maupun sebagian kecil lansia di berbagai komunitas. Tujuan utama intervensi ini untuk meningkatkan kemauan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bergabung dengan pelayanan sosial sebagai upaya menjaga status kesehatan dan kemandirian fungsional di masyarakat. Intervensi ini berhubungan dengan tindakan politis, advokasi dan partisipasi masyarakat dalam menciptakan kebijakan lansia di masyarakat atau komunitas (Anderson, 2007). Contoh intervensi berfokus komunitas adalah:

- a. Kampanye pendidikan kesehatan di masyarakat luas yang menekankan pada masyarakat lansia.
- b. Koalisi komunitas untuk menangani isu masalah lansia, seperti pengembangan pusat informasi, *hotlines* telepon atau situs internet.
- c. Keterlibatan politis untuk advokasi kebutuhan lansia dengan mempertahankan/memperluas tanggungan pelayanan di rumah.
- d. Kolaborasi dengan universitas, tempat ibadah, paguyuban lansia, pemukiman lansia, serta organisasi lain yang bersedia memberikan pelayanan yang komprehensif kepada kelompok lansia.
- e. Pencegahan kejahatan.
- f. Berpartisipasi dalam pameran kesehatan yang berfokus pada komunitas.

L. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi perawatan kesehatan bukan hanya fungsi esensial dan dasar dalam keluarga namun fungsi yang bertanggung jawab penuh dalam keluarga untuk mempertahankan status kesehatan anggota keluarga (Friedman, 2010). Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Untuk mengadakan

kebutuhan-kebutuhan fisik pangan, sandang, papan dan program perawatan kesehatan. Keluarga juga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Sesuai dengan fungsi tersebut Friedmann mengembangkan maka keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara langsung atau tidak langsung akan dapat mengganggu kesehatan keluarga.

2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang terutama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tempat tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga itu sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau dirumah apabila keluarga telah

memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
Sejauh mana mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya *hygiene* sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga. Dengan memodifikasi lingkungan dapat membantu dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dalam bentuk kebersihan rumah dan menciptakan kenyamanan agar anggota keluarga dapat beristirahat dengan tenang tanpa adanya gangguan dari luar.

5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar keluarga

Keluarga mengetahui apakah keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga. Dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana biasa mengunjungi pelayanan kesehatan yang biasa dikunjungi dan cenderung paling dekat misalnya posyandu, puskesmas maupun Rumah Sakit, Hal ini dilakukan dengan alasan efisien waktu dan merasa cocok.

- a. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga (Friedmann 2010):

- 1) Praktik gaya hidup, yaitu pola diet, tidur dan istirahat, kebiasaan penggunaan obat, perawatan diri

Sosial budaya, lingkungan, dan gaya hidup memainkan peran dalam kesehatan secara nyata. Perbaikan status kesehatan adalah melalui perbaikan gaya hidup. Perubahan tingkah laku pribadi dalam hal diet, olahraga, merokok, alkohol, dan penyalahgunaan obat sangat diperlukan, dan semua hal ini merupakan faktor-faktor penting yang memengaruhi kesehatan. Praktik diet keluarga, dimana dalam wujud sadar gizi sebagai strategi kesehatan akan memberikan konstibusi yang besar bagi

keluarga untuk memaksimalkan upaya preventif keluarga. Praktik lingkungan, yaitu praktik kebersihan diri dan keamanan.

Praktik lingkungan terdiri dari kebiasaan-kebiasaan atau pola-pola yang secara positif atau negative memengaruhi status kesehatan keluarga atau anggota keluarga.

- 2) Praktik preventif berdasarkan medis, pemeriksaan umum dan lebih spesifik, pemeriksaan penglihatan dan pendengaran, imunisasi.

Pemeriksaan fisik lengkap dilakukan secara teratur setiap tahun bagi populasi yang sehat dianggap sebagai sesuatu yang tidak efektif dan merupakan suatu pemborosan. Di lain pihak, pemeriksaan fisik preventif selektif yang dilakukan secara teratur merupakan sebuah upaya yang efektif dari segi biaya dan mampu *men-screening* beberapa kemungkinan utama terhadap kesehatan.

Pengkajian kesehatan tahunan (pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan diagnostik) yang disesuaikan dengan umur, ras, dan jenis kelamin sangat penting untuk dilakukan. Pengkajian ini memberikan informasi yang diperlukan agar bersama-sama klien dapat membuat rencana pemeliharaan kesehatan. Pengkajian kesehatan preventif mengidentifikasi faktor risiko dari seorang individu. Pengkajian kesehatan juga dapat digunakan untuk mendeteksi tanda-tanda penyakit yang tidak tampak serta gejala-gejala yang penting dalam temuan kasus.

Fungsi perawatan kesehatan merupakan hal yang penting dalam pengkajian keluarga. Keluarga memberikan program perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit (Friedman, 2010).

Friedman (2010) mengatakan bahwa praktik preventif adalah praktik medis yang meliputi pemeriksaan umum dan

pemeriksaan spesifik. Pemeriksaan fisik lengkap yang dilakukan teratur setiap tahun pada individu yang sehat merupakan sesuatu yang tidak efektif dan termasuk pemborosan. Pemeriksaan preventif selektif adalah upaya yang efektif untuk mendeteksi beberapa kemungkinan kesehatan yang terjadi. Program perawatan kesehatan merupakan hal yang mendasar pada fungsi keluarga sehingga keluarga dituntut untuk mampu memberikan perawatan secara preventif.

M. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Kemandirian

Committee on Health Education and Promotion Terminology yang dikutip oleh (McKenzie, 2007) menyatakan bahwa promosi kesehatan sebagai kombinasi terencana apapun dari mekanisme pendidikan, politik, lingkungan, peraturan maupun mekanisme organisasi yang mendukung tindakan dan kondisi kehidupan yang kondusif untuk kesehatan individu, kelompok dan masyarakat. Pada kebijakan nasional promosi kesehatan disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang sehat yang berwawasan kesehatan.

Menurut Machfoedz (2009) prioritas ruang lingkup promosi kesehatan untuk:

1. Mengembangkan kebijakan publik yang sehat yang sehat.
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung bagi kesehatan.
3. Memperkuat kegiatan masyarakat di bidang kesehatan.
4. Mengembangkan kemampuan individu.
5. Mengkaji ulang orientasi upaya atau pelayanan kesehatan.

Menurut Li (2004), promosi kesehatan mempunyai peranan yang penting dalam meningkatkan rentang hidup sehat, meningkatkan kemandirian, mengurangi beban penyakit, memperlambat penurunan secara fungsional dan meningkatkan kualitas hidup. Salah satu tujuan dasar promosi kesehatan untuk

mempromosikan gaya hidup sehat seperti aktivitas fisik, kebiasaan diet dan kebersihan diri.

Ketergantungan lanjut usia terjadi ketika mengalami penurunan fungsi pikiran karena mengidap berbagai penyakit. Ketergantungan lanjut usia yang tinggal di perkotaan akan dibebankan kepada anaknya. Lanjut usia yang mempunyai tingkat kemandirian tertinggi adalah pasangan usia yang secara fisik kesehatannya prima. Dari aspek sosial ekonomi dapat dikatakan cukup memadai dalam memenuhi segala kebutuhan hidup, baik lanjut usia yang memiliki anak maupun yang tidak memiliki anak (Herwanto, 2002).

Tingkat kemandirian lanjut usia dapat dinilai dari kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari (*activities of daily living* = ADL). *Activity of daily living* merupakan bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* secara mandiri sehingga dapat meminimalkan morbiditas lansia (Maryam, 2008). Salah satu ukuran penting dari morbiditas adalah kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living* secara mandiri (Waqit, 2016). Kemandirian lansia dapat dilihat dari seringnya lansia datang ke institusi pelayanan kesehatan (posyandu lansia) yang ada di kartu menuju sehat (KMS). Pengkategorian kemandirian lansia terbagi menjadi tiga, yaitu kategori A dimana lansia mampu hidup dengan melakukan aktivitas mandiri tanpa bantuan orang lain, kategori B dimana lansia hidup dengan melakukan aktivitas namun perlu mendapatkan bantuandari orang lain dan kategori C dimana lansia tidak mampu beraktivitas sepenuhnya sehingga perlu mendapatkan bantuan dari orang lain sepenuhnya (Kholid, 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Sola *et al.* (2007) tentang perilaku promosi kesehatan dengan tingkat kemandirian lansia di wilayah Teheran Barat bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pemberian promosi kesehatan dengan tingkat kemandirian pada lanjut usia. Perawatan profesional kesehatan harus meningkatkan fungsi fisik pada lansia dengan memberikan fasilitas perilaku promosi kesehatan melalui program promkes formal yang berfokus pada diet regular, olahraga dan pemeriksaan fisik secara rutin untuk

mempertahankan dan meningkatkan kehidupan yang sehat dan aktif (Sola *et al.*, 2007).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Rana pada tahun 2009 yang berjudul dampak pendidikan kesehatan terhadap kualitas hidup lansia di Pedesaan Bangladesh menjelaskan terdapat pengaruh yang signifikan antara penyediaan intervensi pendidikan kesehatan berbasis masyarakat dengan tingkat inisiatif kesehatan masyarakat dimana dapat meningkatkan *HRQoL* di hari tua.

N. Pengaruh Fungsi Perawatan Kesehatan Terhadap Kemandirian

Friedman (2010) mengemukakan bahwa ada lima tugas dalam pelaksanaan perawatan kesehatan keluarga yaitu :

1. Mengidentifikasi permasalahan keluarga

Mengidentifikasi permasalahan dalam keluarga merupakan penilaian terhadap pengetahuan keluarga dalam mengenali fakta dari permasalahan kesehatan keluarga diantaranya pengertian, penyebab, tanda-tanda, gejala dan yang memengaruhi serta persepsi keluarga terhadap permasalahan yang terjadi.

2. Membuat keputusan untuk tindakan yang tepat

Mengambil keputusan untuk mendapatkan tindakan yang tepat merupakan langkah keluarga mengetahui sifat dan luas permasalahan, apa saja permasalahan yang dirasakan serta bagaimana sikap terhadap permasalahan yang terjadi.

3. Merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan

Anggota keluarga mengetahui keadaan penyakit, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan. Perawatan keluarga dapat dilakukan dengan perawatan sederhana yang sesuai dengan kemampuan keluarga untuk dimana melakukan perawatan keluarga seperti biasanya dan cara mencegahnya seminimal mungkin.

4. Modifikasi lingkungan fisik dan psikologis

Tugas ini untuk mengetahui kekompakan antar anggota keluarga, mengetahui sumber daya keluarga yang dimiliki, keuntungan pemeliharaan terhadap lingkungan, dan mengetahui pentingnya kebersihan sanitasi.

5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di tempat tinggal

Menggunakan fasilitas dari tempat pelayanan kesehatan yang biasa dikunjungi yaitu rumah sakit, puskesmas maupun posyandu yang dekat dengan tempat tinggal. Kemandirian berasal dari kata "*independen*" yang berarti adanya sikap percaya diri dimana seseorang tidak tergantung pada orang lain untuk menentukan keputusan (Husain, 2013). Definisi mandiri adalah kebebasan untuk bertindak dan mengatur diri sendiri tanpa ada pengaruh dan tergantung dengan orang lain baik secara individu maupun kelompok dari berbagai masalah kesehatan (Ediawati, 2012).

Kemandirian adalah sikap individu yang diperoleh secara kumulatif dalam proses perkembangannya dalam menghadapi berbagai situasi yang terjadi dilingkungan sehingga individu akan terus belajar untuk berfikir dan bertindak secara mandiri. Kemandirian yang dimiliki oleh individu dapat memilih jalan hidup untuk berkembang (Husain, 2013). Menurut Maryam (2008), kemandirian adalah kemampuan yang dimiliki individu untuk individu mengatasi permasalahan yang terjadi tanpa bergantung dengan orang lain, seorang lansia yang enggan melakukan fungsi dianggap tidak melakukan fungsi walaupun mampu melaksanakan.

Model konseptual menurut Orem sangat tepat digunakan untuk keperawatan keluarga karena mempunyai tujuan akhir memandirikan keluarga dalam melakukan upaya kesehatan yang terkait dengan lima tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, memodifikasi lingkungan yang dapat menunjang kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara tepat.

O. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Kualitas hidup Lansia

Definisi dan istilah promosi kesehatan merupakan pengembangan dari pengertian yang sudah dikenal yaitu komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), penyuluhan kesehatan dan pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah cabang ilmu kesehatan yang bergerak dalam proses menyadarkan masyarakat, meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan dan upaya untuk memberikan fasilitas dalam rangka memperbaiki perilaku kesehatan masyarakat. Deskripsi promosi kesehatan menurut WHO adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Masyarakat dituntut untuk mampu mewujudkan aspirasi, kebutuhan dan mengatasi lingkungan untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna secara fisik, mental dan sosial. Kesimpulannya promosi kesehatan adalah program kesehatan yang dibuat untuk membawa perubahan ke arah yang lebih baik didalam masyarakat dalam organisasi dan lingkungan. Tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkat:

1. Tujuan Program

Meliputi pernyataan yang akan dicapai dalam jangka waktu tertentu yang berkaitan dengan status kesehatan.

2. Tujuan Pendidikan

Mendeskripsikan perilaku yang dapat mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi.

3. Tujuan Perilaku

Pembelajaran yang wajib dicapai sesuai dengan tujuan perilaku yang berkaitan dengan sikap dan pengetahuan.

Menurut Rohmah *et al.* (2012), bahwa kualitas hidup merupakan keadaan yang mendeskripsikan seseorang untuk menikmati kesejahteraan termasuk merasakan segala peristiwa yang terjadi dalam kehidupan. Seseorang yang dapat mencapai kualitas hidup tinggi dapat diartikan bahwa kehidupan individu tersebut mengarah pada keadaan yang sejahtera (*well-being*) namun jika seseorang mempunyai kualitas hidup rendah maka kehidupan individu tersebut berada pada keadaan kurang sejahtera (*ill-being*). Didukung pendapat

dari Hardywinoto (2005) dan Risdiyanto (2009) bahwa kesejahteraan merupakan salah satu parameter tinggi dan rendahnya kualitas hidup lansia untuk dapat menikmati kehidupan masa tua. Peningkatan kualitas hidup lansia mempunyai tujuan untuk:

1. Memberi kesempatan bagi lansia yang mempunyai potensi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk berkarya lebih lanjut. Disamping itu mereka dapat mengembangkan hobi melalui pelatihan formal maupun nonformal dan lembaga pendidikan.
2. Memberi kesempatan dengan memberdayakan lansia yang produktif dan mempunyai potensi untuk berkarya sesuai dengan pengetahuan, pengalaman dan kemampuan yang dimiliki.
3. Meningkatkan dan memantapkan keimanan serta ketakwaan lansia terhadap Tuhan yang Maha Esa sesuai kepercayaannya serta memandu pelaksanaan dalam kehidupan sehari-hari.

Penelitian yang sudah terlaksana sebelumnya mendapatkan hasil adanya peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku pasien dengan Diabetes Mellitus, serta adanya peningkatan *HbA1c* dan *HRQOL* atau kualitas hidup. Pada penelitian ini kelompok intervensi memiliki statistik peningkatan nilai rata-rata pengetahuan. Salah satu alasan orang tidak mengelola diabetes dengan maksimal diantaranya disebabkan kurangnya pengetahuan yang dimiliki. Penelitian lain menyimpulkan kurangnya informasi dan keterampilan perawatan diri atau kesalahan pemahaman mengenai rencana terapeutik dapat memperburuk kondisi kesehatan.

P. Pengaruh Fungsi Perawatan Kesehatan Terhadap Kualitas hidup Lansia

Salah satu aspek penting dari perawatan adalah penekanan pada unit terkecil yaitu keluarga. Keluarga bersama-sama dengan komunitas, kelompok dan individu merupakan resipien perawatan. Dari segi empiris bahwa kualitas hidup dengan kesehatan anggota keluarga berhubungan erat. Aspek dasar ini mempunyai pengaruh yang kuat terhadap perkembangan individu untuk menentukan keberhasilan dalam proses kehidupan. Keluarga

berpengaruh besar terhadap pembentukan identitas individu dan perasaan harga diri. Prioritas utama keluarga adalah kesejahteraan anggota keluarganya agar mereka mempunyai kualitas hidup yang maksimal pada setiap anggota keluarga.

Kualitas hidup lanjut usia dipengaruhi faktor yakni kemampuan menyesuaikan diri, menerima segala perubahan dan kemunduran yang dialami serta adanya perlakuan dan penghargaan wajar dari lingkungan untuk lansia.

Beberapa alasan unit keluarga harus menjadi fokus sentral dari perawatan menurut Friedman (2010) adalah:

1. Adanya hubungan yang kuat antara keluarga dengan status kesehatan keluarganya. Keluarga mempunyai peranan yang sangat vital untuk masing-masing aspek program perawatan kesehatan keluarga secara individu dimulai dari strategi hingga fase rehabilitasi. Mengkaji dan memberikan program perawatan kesehatan perlu dilakukan untuk membantu setiap anggota kelompok untuk mencapai keadaan sehat (*wellness*) yang optimal.
2. Melalui program perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan perawatan diri (*self-care*), pendidikan kesehatan dan konseling keluarga serta upaya yang berarti yang dapat mengurangi risiko yang diciptakan oleh pola hidup dan bahaya dari lingkungan. Tujuannya untuk mengangkat derajat kesehatan keluarga secara menyeluruh, secara tidak langsung dapat mengangkat derajat kesehatan dari setiap anggota keluarga.
3. Keluarga adalah sistem pendukung yang mendasar bagi setiap individu, sumber dari kebutuhan ini perlu dinilai dan disatukan ke dalam rencana tindakan untuk setiap individu.

Terdapat empat tingkatan keperawatan keluarga, yaitu: level 1 dimana keluarga menjadi latar belakang individu atau anggota keluarga. Fokus pelayanan keperawatan di level ini adalah individu yang akan dikaji dan mendapatkan intervensi. Level 2, keluarga adalah kalkulasi dari anggotanya. Masalah kesehatan yang sama dari setiap anggota akan mendapatkan intervensi

bersama namun masing-masing anggota dinilai sebagai unit yang terpisah. Level 3, fokus pengkajian dan intervensi keperawatan merupakan sub-sistem dalam keluarga sedangkan anggota keluarga dilihat sebagai unit yang berinteraksi. Fokus intervensi ini pada hubungan perkawinan, hubungan ibu dengan anak dan lainnya. Level 4, seluruh anggota keluarga dilihat sebagai klien dan menjadi fokus utama dari pengkajian dan perawatan, keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang, keluarga dipandang sebagai interaksional sistem. Fokus intervensi diantaranya struktur dan fungsi keluarga, hubungan sub-sistem keluarga dengan lingkungan luar dan dinamika internal keluarga.

Q. Pengaruh Kemandirian Terhadap Kualitas hidup Lansia

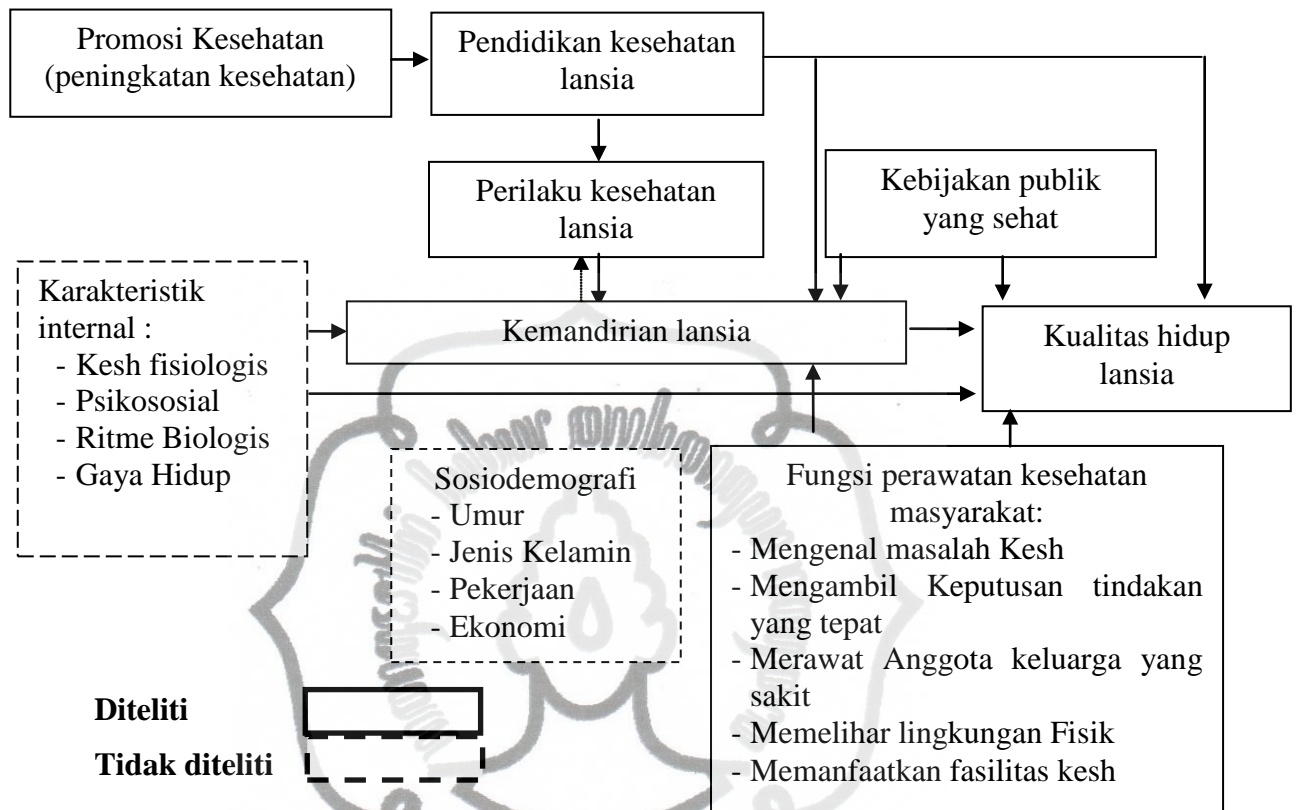
WHO (2015) mengatakan bahwa seorang bisa disebut lansia bila berumur lebih dari enam puluh tahun (Padila, 2013). Bertambahnya usia seseorang akan mengalami banyak perubahan kondisi fisik, mental, kognitif, spiritual dan psikososial. Banyaknya perubahan pada lansia dapat menyebabkan bermacam-macam permasalahan yang rumit. Menurut Mubarak (2011), masalah yang sering terjadi berkaitan dengan pencapaian kesejahteraan lansia seperti ketidakberdayaan fisik yang mengakibatkan ketergantungan dengan orang lain dan masalah kesehatan yang meliputi penyakit degeneratif yang menyebabkan gangguan kemandirian lansia untuk melakukan *activity daily living* dan status kesehatan.

Kemandirian merupakan tidak adanya pengawasan, pengarahan maupun bantuan dari pribadi yang masih aktif (Maryam, 2008). Berbagai faktor yang dapat memengaruhi tingkat kemandirian seseorang yaitu karakteristik sosioekonomi, karakteristik sosiodemografi, faktor psikososial, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan dan kesehatan fisiologis (Vorst *et al.*, 2016). Menurut teori *capable of self care* yang dikemukakan oleh Peterson & Bredow (2004) bahwa fokus dari *self care* adalah mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sehingga lansia diharapkan mempunyai kualitas hidup baik dan mandiri.

Menurut Rahayu (2012), teori *HRQL* merupakan kualitas hidup dipengaruhi 4 faktor, salah satu tersebut adalah status fungsional pada dimensi fisik yaitu tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari atau *activity of daily livings*. Semakin tinggi tingkat kemandirian lansia dapat mendeskripsikan kondisi fisik, psikis dan sosial mereka dalam kondisi baik sehingga kualitas hidup juga baik. Pernyataan tersebut didukung oleh Braun *et al.* (2012) bahwa aktifitas fisik bermanfaat untuk kesehatan saraf terutama lansia dengan stroke yang mengalami *hemiparese*. Sampel penelitian ini sebanyak 19 orang yang telah berusia lebih dari 57,8 tahun dengan *hemiparesis* kronis. Penelitian ini mengatakan jika lansia yang aktif bergerak pada saat *hemiparase* dapat memperbesar keseimbangan dan meningkatkan kualitas hidup sehingga pengembangan program aktivitas fisik untuk individu dengan *hemiparese* setelah stroke adalah hal yang sangat penting (Braun *et al.*, 2012).

Johansson *et al.* (2012) mengemukakan bahwa terdapat hubungan kemandirian dalam melakukan *activity of daily livings (ADLs)* dengan kualitas hidup. Penelitian ini juga menyebutkan terdapat hubungan yang signifikan antara kerusakan kognitif dengan adanya ketergantungan untuk melakukan *ADLs*. Tingkat ketergantungan ini memengaruhi penurunan kualitas hidup lansia yang berusia 85 tahun di Swedia.

R. Kerangka Berpikir



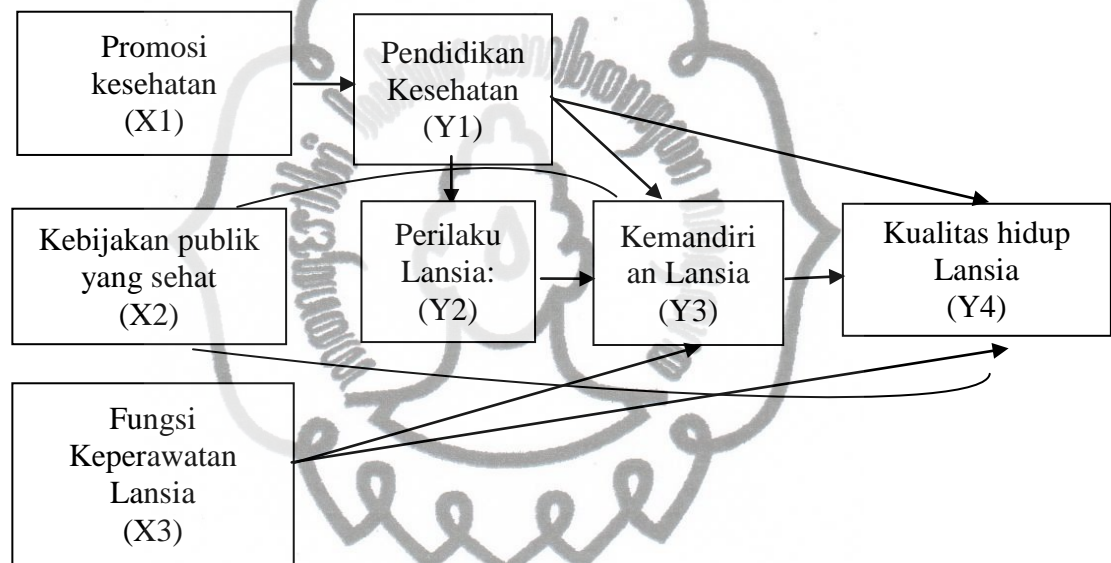
Gambar 2.3. Kerangka Berpikir

Gambar kerangka berfikir merujuk dari teori dan jurnal dan penelitian:

1. Mengakomodir teori dari Tones dan Friedman.
2. Merujuk pada jurnal penelitian “model promosi kesehatan program perawatan kesehatan masyarakat serta fungsi perawatan kesehatan”.
3. Tanda panah ini mengandung arti variabel bebas berpengaruh terhadap variabel terikat meliputi:
 - a. Promosi kesehatan memengaruhi pendidikan kesehatan lansia.
 - b. Pendidikan kesehatan memengaruhi perilaku lansia (pengetahuan, sikap dan praktek).
 - c. Perilaku (pengetahuan, sikap dan praktek) memengaruhi kemandirian lansia.
 - d. Kebijakan publik yang sehat yang sehat memengaruhi kemandirian lansia.
 - e. Fungsi perawatan kesehatan memengaruhi kemandirian lansia.

- f. Pendidikan kesehatan memengaruhi kualitas hidup lansia.
- g. Kebijakan publik yang sehat yang sehat memengaruhi kualitas hidup lansia.
- h. Pendidikan kesehatan memengaruhi kemandirian lansia.
- i. Fungsi perawatan kesehatan memengaruhi kualitas hidup lansia.
- j. Kemandirian memengaruhi kualitas hidup lansia

S. Hubungan Antar Variabel



Gambar 2.4 Hubungan Antar Variabel

T. Hipotesis

Hipotesis yang disusun diduga terdapat:

1. Ada pengaruh antara promosi kesehatan terhadap pendidikan kesehatan lansia.
2. Ada pengaruh antara pendidikan kesehatan terhadap perilaku lansia (pengetahuan, sikap dan praktek).
3. Ada pengaruh antara perilaku (pengetahuan, sikap dan praktek) terhadap kemandirian lansia.
4. Ada pengaruh antara kebijakan publik yang sehat yang sehat terhadap kemandirian lansia.
5. Ada pengaruh antara fungsi perawatan kesehatan terhadap

kemandirian lansia.

6. Ada pengaruh antara pendidikan kesehatan terhadap kualitas hidup lansia.
7. Ada pengaruh antara kebijakan publik yang sehat yang sehat terhadap kualitas hidup lansia.
8. Ada pengaruh antara pendidikan kesehatan terhadap kemandirian lansia.
9. Ada pengaruh antara fungsi perawatan kesehatan terhadap kualitas hidup lansia
10. Ada pengaruh antara kemandirian terhadap kualitas hidup lansia.
11. Ada pengaruh promosi kesehatan, kebijakan publik yang sehat, fungsi perawatan, pendidikan kesehatan, perilaku lansia, kemandirian lansia terhadap kualitas hidup lansia.

