**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

7

Tinjauan pustaka memuat uraian yang sistematik tentang teori dasar yang relevan, fakta, dan hasil penelitian sebelumnya yang berasal dari pustaka mutakhir serta memuat teori, proposisi, konsep atau pendekatan terbaru yang ada hubungan nya dengan penelitian yang dilakukan (Nursalam,2009). Dalam bab ini akan dibahas tentang 1) konsep Keselamatan pasien (*patient Safety*) ; 2) konsep pendidikan kesehatan dan leaflet ; 3) konsep perilaku ; 4) konsep keluarga

**2.1 Konsep Keselamatan pasien**

**2.1.1 Pengertian Keselamatan pasien**

Keselamatan Pasien *(Patient Safety*) adalah proses rumah sakit dalam memberikan pelayanan dalam memberikan pelayanan pasien yang aman termasuk dalam pengkajian risiko, identifikasi, dan menejemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko (UU 44/2009 tentang Rumah Sakit pasal 43 dalam KKPRS, 2015). Proses tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cidera akibat dari tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya (Depkes R.I, 2008). Standar Keselamatan Pasien

Berdasarkan “Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit *(Patient Safety)* Departemen Kesehatan R.I 2006”, Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar yaitu :

1. Hak pasien

2. Mendidik pasien dan keluarga

7

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Tujuan Keselamatan Pasien menurut Departemen Kesehatan R.I (2006) adalah :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit

2. Meningkatkan akuntanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat

3. Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit

4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

Sasaran Keselamatan Pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor

1691/MENKES/PER/VIII/ 2011 BAB IV Pasal 8 adalah :

1. Ketepatan identifikasi pasien

2. Peningkatan komunikasi efektif

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

6. Pencegahan resiko jatuh

Banyak cidera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. berbagai faktor yang meningkatkan resiko jatuh antara lain:

1. Kondisi pasien

2. Gangguan funsional pasien, (contoh: gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif

3. Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit

4. Riwayat jatuh pasien

5. Konsumsi obat tertentu

6. Konsumsi alkohol (KARS, 2011)

**2.1.2 Resiko**

Resiko adalah kesempatan dari sesuatu yang memeiliki dampak pada sesuatu. Resiko juga dapat diartikan sebagai kejadian yang memiliki dampak negatif dan merugikan yang dapat mencegah terjadinya manfaat atau mengkikis manfaat yang telah ada. Resiko dapat disimpulkan sebagai kejadian yang belum terjadi dan memiliki dampak negatif dalam berbagai hal.

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015), dalam menentukan derajat resiko diukur berdasarkan dampak dan probabilitas resiko menurut tingkatnya:

**Tingkat Risiko Dampak Probabilitas**

**(frekuensi)**

Tidak signifikan Tidak terdapat luka Sangat jarang (>5 tahun)

Minor Cidera ringan misal luka lecet Jarang /*unlikely* (dapat diatasi dengan (>2-5 tahun/kali) pertolongan pertama)

Moderat Cidera ringan misal luka robek, Mungkin/*possible* memperpanjang perawatan (1-2 tahun/kali) pasien, menyebabkan

berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologi/intel ektual

Mayor Cidera luas/berat misal cacat, Sering/*likely* lumpuh, kehilangan fungsi (beberapa motorik/sensorik/psikologi/intel kali/tahun ektual

Katastropik Kematian tanpa berhubungan Sangat dengan perjalanan penyakit sering/*almost* yang diderita pasien *certain* (tiap

minggu/bulan)

Sumber : KPPS (2015)

**2.1.3 Konsep jatuh**

Jatuh adalah suatu kejadian dengan hasil seorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai atau permukaan yang lebih rendah (WHO 2004 dalam Miake-Lye *et al*, 2013).

Berdasar *ICSI* (2012), jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala :

1. Tidak terindikasi pasien terdapat luka akibat jatuh.

2. Terdapat indikasi Minor seperti bruises atau lecet akibat jatuh.

3. Terdapat indikasi Sedang dengan *line displacement,* fraktur, letrasi yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.

4. Indikasi Berat luka jatuh yang mengancam jiwa dan membutuhkan operasi atau pemindahan ke dalam ICU.

5. Meninggal akibat luka yang disebabkan oleh pasien jatuh.

Menurut *Palomar Health Fall Prevention and Managemet* (2016); Jenice (2009), jatuh dibedakan menjadi :

1. *Physiologic Falls*

Jatuh yang disebabkan oleh satu atau lebih dari faktor intrinsik fisik, dimana terdapat dua jenis *Physiologic fall* yaitu yang dapat dicegah seperti dimensia, kehilangan kesadaran, kehilangan keseimbangan, efek obat, delirium, postural hipertensi dan yang tidak dapat dicegah seperti stroke, TIA (*Transient Ischaemic Attack*), MI (*MyocardialInfarction*), disritmia.

2. *Accidential Falls*

*Accidential falls* terjadi bukan karena faktor fisik melainkan akibat dari bahaya lingkungan atau kesalahan penilaian strategi dan desain untuk memastikan lingkungan aman bagi pasien (Jenice, 2009). Contoh hal-hal yang menyebakan jatuh seperti terpeleset karena lantai licin akibat air atau urin Pasien berisiko

jatuh saat mengunakan Intravena sebagai pegangan saat berjalan dapat juga pasien terjatuh saat mencoba naik ke tempat tidur atau dapat terjadi saat pasien berusaha meraih barang yang ada disekatkan

3. *Unanticipated Falls*

Jatuh yang masih berhubungan dengan kondisi fisik, tapi terjadi karena kondisi yang tidak bisa diprediksi sebelumnya. Tindakan pencegahan pada tipe ini hanya dapat dilakukan setelah terjadi jatuh, dengan cara menganalisis dan mencari pencegahan yang tepat. Contoh dari kondisi fisik yang tidak dapat diprediksi meliputi pingsan dan kondisi fraktur patologis pada pinggul.

4. Kejadian jatuh seperti ini dapat terulang dengan kondisi dan sebab yang sama, oleh karena itu perhatian perawat adalah dengan cara mencegah jatuh untuk kedua kalinya atau mencegah pasien luka saat jatuh lagi (Jenice, 2009).

5. *Unanticipated Falls*

Jatuh yang masih berhubungan dengan kondisi fisik, tapi terjadi karena kondisi yang tidak bisa diprediksi sebelumnya. Tindakan pencegahan pada tipe ini hanya dapat dilakukan setelah terjadi jatuh dengan cara menganalisis dan mencari pencegahan yang tepat. Contoh dari kondisi fisik yang tidak dapat diprediksi meliputi pingsan dan kondisi fraktur patologis pada pinggul.

Kejadian jatuh seperti ini dapat terulang dengan kondisi dan sebab yang sama, oleh karena itu perhatian perawat adalah dengan cara mencegah jatuh untuk kedua kalinya atau mencegah pasien luka saat jatuh lagi (Jenice, 2009).

6. *Intentional Falls*

Kejadian jatuh yang disengaja berdasakan alasan tertentu atau tujuan tertentu contohnya jatuh untuk mendapatkan perhatian atau jatuh untuk mengurangi nyeri atau berjongkok.

Dampak Pasien Jatuh

Banyak dampak yang disebabkan karena insiden dari jatuh contoh dampak pasien jatuh sebagai berikut :

1. Dampak Fisiologis

Dampak fisik yang disebabkan oleh jatuh berupa lecet, memar, luka sobek, fraktur, cidera kepala, bahkan dalam kasus yang fatal jatuh dapat mengakibatkan kematian.

2. Dampak Psikologis

Jatuh yang tidak menimbulkan dampak fisik dapat memicu dampak psikologis seperti; ketakutan, *anxiety*, *distress*, depresi, dan dapat mengurangi aktivitas fisik (Miake-Lye *et al*, 2013).

3. Dampak finansial

Pasien yang mengalami jatuh pada unit rawat inap dapat menambah biaya perawatan, hal tersebut karena jatuh dapat menyebabkan luka pada pasien

Pengkajian resiko jatuh sudah dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar*,* yaitu dengan menggunakan skala jatuh yaitu :*Scoring Humty Dumpty* untuk mengidentifakasi resiko jatuh pasien anak-anak, *Morse Fall scale* (MFS) untuk mengidentifikasi resiko jatuh pada pasien dewasa dan *Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring* untuk mengidentifikasi resiko jatuh pada pasien geriatri. (Panduan pencegahan Resiko jatuh RSMU, 2017)

Tingkatan risiko jatuh terbagi menjadi risiko tinggi, sedang dan rendah. Untuk pasien dengan risiko jatuh yang tinggi pada tempat tidur pasien dipasang kode atau lambang berupa gambar orang yang akan jatuh dengan latar warna merah, sedangkan risiko sedang berlatar warna kuning. Kode jatuh ini harus menempel pada tempat tidur pasien dan mudah terlihat oleh petugas. Kode berupa

gambar orang yang akan jatuh tersebut dipasang menempel pada tempat tidur dengan maksud agar bila pasien pindah maka kode akan terbawa bersama pasien. Apabila pasien jatuh maka petugas harus dapat segera melakukan penanganan pasien jatuh sesuai dengan SPO yang ada

2.1.4 Faktor Predisposisi untuk Resiko Jatuh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Intrinsik (berhubungan  dengan kondisi pasien) | Ekstrinsik (berhubungan dengan  lingkungan) |
| Dapat diperkirakan | 1. Riwayat jatuh sebelumnya  2. Inkontinensia  3. Gangguan kognitif/psikologis  4. Gangguan keseimbangan/mobilitas  5. Usia > 65 tahun  6. Osteoporosis  7. Status kesehatan yang buruk | 1. Lantai basah/silau, ruang berantakan,  2. pencahayaan kurang, kabel longgar/lepas  3. Alas kaki tidak pas  4. Dudukan toilet yang rendah  5. Kursi atau tempat tidur beroda  6. Rawat inap berkepanjangan  7. Peralatan yang tidak aman  8. Peralatan rusak  9. Tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi |
| Tidak dapat diperkirakan | 1. Kejang  2. Aritmia jantung  3. Stroke atau Serangan Iskemik Sementara (*Transient Ischaemic Attack*-TIA)  4. Pingsan  5. „Serangan jatuh‟ (*Drop*  *Attack*) | Reaksi individu terhadap obat- obatan |

2.1.4 **Etiologi Jatuh**:

1. Ketidaksengajaaan : 31%

2. Gangguan gaya berjalan / keseimbangan : 17%

3. Vertigo : 13%

4. Serangan jatuh (*drop attack*) : 10%

5. Gangguan kognitif : 4%

6. Hipotensi postural : 3%

7. Gangguan visus : 3%

8. Tidak diketahui : 18%

2.1.4 **Assesment Awal/ *Skrining***

a. Perawat akan melakukan penilaian asesmen resiko jatuh dalam waktu 4 jam dari pasien masuk rumah sakit dan mencatat hasil asesmen.

b. Menentukan kategori resiko jatuh ( rendah, sedang, tinggi).

c. Rencana tindakan akan segera disusun, diimplementasikan dan dicatat di dalam asuhan keperawatan dalam waktu 2 jam setelah skrining.

d. Skrining farmasi dan fisioterapi dilakukan jika terdapat adanya resiko jatuh pada pasien.

2.1.5 **Assesment Ulang**

a. Setiap pasien akan dinilai ulang dan dicatat kategori risiko jatuh dua kali sehari, saat transfer ke unit lain, dan saat terdapat perubahan kondisi pasien dan saat pasien mendapatkan obat-obatan sedasi dan diuretik.

b. Penilaian resiko jatuh akan diperbarui sesuai dengan hasil asesmen ulang

c. Untuk mengubah kategori dari risiko tinggi ke risiko rendah, diperlukan skor < 25 dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut.

**2.1.6 Assesment Risiko Jatuh dan Pencegahan Resiko Jatuh Pasien Rawat**

**Inap**

Assesment resiko jatuh yang di Rumah Sakit Medika Utama Blitar ada tiga :

A. Assesmen risiko jatuh pada anak ( < 18 tahun ) menggunakan:

***HUMPTY DUMPTY SCORE***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Faktor Resiko** | **Skala** | **Point** | **Skor Pasien** |
| Usia | < 3 tahun | 4 |  |
| 3 - 7 tahun | 3 |  |
| 7 - 13 tahun | 2 |  |
|  | >13 tahun | 1 |  |
| Jenis kelamin | Laki - laki | 2 |  |
| Perempuan | 1 |  |
| Diagnose | Ada diagnosis neurologi | 4 |  |
| Gangguan oksigenasi (  respiratorik,dehidrasi, anemia, anoreksia) | 3 |  |
| Gangguan perilaku /  psikiatri | 2 |  |
| Diagnosis lainnya | 1 |  |
| Gangguan kognitif | Tidak menyadari  keterbatasan dirinya | 3 |  |
| Lupa akan adanya  keterbatasan | 2 |  |
| Orientasi baik terhadap diri  sendiri | 1 |  |
| Faktor lingkungan | Riwayat jatuh / bayi  diletakkan di tempat tidur dewasa | 4 |  |
| Pasien menggunakan alat  bantu/ bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabot rumah | 3 |  |
| Pasien diletakkan di tempat  tidur | 2 |  |
| Area diluar rumah sakit | 1 |  |
| Pembedahan / Sedasi/ Anestesi | Dalam 24 jam | 3 |  |
| Dalam 48 jam | 2 |  |
| > 48 jam / tidak terjadi  pembedahan / sedasi /  anestesi | 1 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Penggunaan medikamentosa | Penggunaan multiple :  sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiasin, anti depresi, pencahar, diuretik, narkose | 3 |  |
| Penggunaan salah satu obat  diatas | 2 |  |
| Penggunaan medikasi  lainnya / tidak ada medikasi | 1 |  |
| Jumlah skor *Humpty Dumty* | |  |  |

Kategori resiko jatuh pada anak : Resiko rendah = 7 – 11

Resiko tinggi = > 12

**Pencegahan resiko jatuh pada anak** :

a. Resiko rendah/ sedang (pencegahan umum)

1) Lakukan orientasi kamar inap kepada pasien

2) Pastikan roda tempat tidur terkunci, kedua sisi pagar tempat tidur terpasang dengan baik

3) Ruangan

4) Benda – benda pribadi berada dalam jangkauan

5) Pencahayaan yang adekuat (disesuaikan dengan kebutuhan pasien)

6) Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penopang)

7) Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar

8) Pantau efek obat – obatan

9) Pantau status mental pasien

10) Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga

b. Resiko tinggi (pencegahan khusus)

1) Lakukan semua pedoman pencegahan untuk resiko rendah

2) Beri penanda berupa sticker berwarna kuning yang ditempelkan di gelang pasien

3) Tempatkan tanda resiko jatuh pada tempat tidur pasien

4) Tawarkan bantuan ke kamar mandi / penggunaan pispot

5) Libatkan keluarga

6) Kunjungi dan monitoring pasien setiap jam

7) Tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan *nurse station* bila memungkinkan

8) Nilai kebutuhan akan fisioterapi dan okupasi

9) Nilai akan kebutuhan *nurse call* di tempat tidur

10) Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga

B. Pada dewasa menggunakan ***Morse Fall Scale* (**Skala Jatuh Morse)

sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Faktor Resiko** | **Skala** | **Poin** | **Skor**  **Pasien** |
| Riwayat jatuh | Ya | 25 |  |
| Tidak | 0 |  |
| Diagnosis sekunder (≥ 2  diagnosis medis) | Ya | 15 |  |
| Tidak | 0 |  |
| Alat bantu | Berpegangan pada  perabot | 30 |  |
| Tongkat/alat penopang | 15 |  |
| tidak ada/kursi  roda/perawat/tirah baring | 0 |  |
| Terpasang infus | Ya | 20 |  |
| Tidak | 0 |  |
| Gaya berjalan | Terganggu | 20 |  |
| Lemah | 10 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normal/tirah  baring/imobilisasi | 0 |  |
| Status mental | Sering lupa akan  keterbatasan yang dimiliki | 15 |  |
| Sadar akan kemampuan  diri sendiri | 0 |  |
|  | | **Total** |  |

Kategori resiko jatuh pada dewasa : Risiko tinggi = ≥ 45

Risiko sedang = 25 – 44

Risiko rendah = 0 – 24

**Pencegahan risiko jatuh pada dewasa**:

a. Resiko rendah/ sedang ( pencegahan umum)

1) Lakukan orientasi kamar inap kepada pasien

2) Posisi tempat tidur rendah, roda terkunci, kedua sisipegangan tempat tidur tepasang dengan baik

3) Ruangan rapi

4) Benda-benda pribadi berada dalam jangkauan (telepon genggam, tombol panggilan, air minum, kacamata)

5) Pencahayaan yang adekuat (disesuaikan dengan kebutuhan pasien)

6) Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penopang)

7) Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar (pastikan bersih dan berfungsi)

8) Pantau efek obat-obatan

9) Sediakan dukungan emosional dan psikologis

10) Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga

b. Risiko tinggi

1) Lakukan semua pedoman pencegahan untuk resiko rendah

2) Beri penanda berupa sticker berwarna kuning yang ditempelkan di gelang pasien

3) Tempatkan resiko jatuh pada tempat tidur pasien

4) Tawarkan bantuan ke kamar mandi / penggunaan pispot

5) Libatkan keluarga

6) Kunjungi dan monitoring pasien setiap 2 jam

7) Tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan *nurse station* bila memungkinkanNilai kebutuhan akan fisioterapi dan okupasi

8) Nilai kebutuhan akan *nurse call* di tempat tidur

9) Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga

C. Asesmen resiko jatuh pada pasien geriatrik menggunakan ***Ontario***

***Modified-Sidney scoring***, sebagai berikut:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Faktor**  **Resiko** | **Skala** | **Poin** | **Skor**  **Pasien** |
| Riwayat jatuh | Ya | 6 |  |
| Tidak | 0 |  |
| Status mental | Delirium, Agitasi, Disorientasi | 14 |  |
| Tidak | 0 |  |
|  |  |  |
| Penglihatan | Memakai Kacamata, Penglihatan  buram,glaucoma,katarak | 1 |  |
| Tidak | 0 |  |
| Kebiasaan  berkemih | Terdapat perubahan perilaku berkemih  (frekuensi,urgensi,inkonyinensia,nokturi ) | 20 |  |
| Tidak | 0 |  |
| Transfer/  Gerakan | Mandiri | 0 |  |
| Perlu bantuan | 1 |  |
| Terganggu | 2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mobilitas | Mandiri | 0 |  |
| Berjalan dengan bantuan 1 orang | 1 |  |
| Kursi roda | 2 |  |
|  | | **Total** |  |

Kategori risiko jatuh pada geriatrik : Risiko Rendah = 0 – 5

Risiko Sedang = 6 – 16

Risiko Tinggi = > 17

**Pencegahan risiko jatuh pada geriatri** :

a. Risiko rendah/ sedang

1) Lakukan orientasi kamar inap kepada pasien

2) Pastikan roda tempat tidur terkunci, kedua sisi pagar tempat tidur terpasang dengan baik

3) Ruangan rapi

4) Benda – benda pribadi berada dalam jangkauan

5) Pencahayaan yang adekuat (disesuaikan dengan kebutuhan pasien)

6) Alat bantu berada dalam jangkauan ( tongkat, alat penopang )

7) Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar

8) Pantau efek obat – obatan

9) Pantau status mental pasien

10) Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga b. Risiko tinggi

1) Lakukan semua pedoman pencegahan untuk resiko rendah

2) Beri penanda berupa sticker berwarna kuning yang ditempelkan di gelang pasien

3) Tempatkan tanda resiko jatuh pada tempat tidur pasien Sandal anti licin

4) Tawarkan bantuan ke kamar mandi / penggunaan pispot

5) Libatkan keluarga

6) Kunjungi dan monitoring pasien setiap jam

7) Tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan nurse station bila memungkinkan

8) Nilai kebutuhan akan fisioterapi dan okupasi

9) Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga.

Setiap pasien akan dinilai ulang dan dicatat pada rekam medis tiga kali sehari, saat transfer ke unit lain dan saat terdapat perubahan kondisi pasien.

RESIKO TINGGI



RESIKO SEDANG



**2.2 Konsep pendidikan kesehatan**

**2.2.1 Pengertian**

Pendidikan kesehatan adalah suatu poses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain,bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakanatau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang di dalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru, yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Suliha dkk, 2002)

**2.2.2 Tujuan pendidikan kesehatan**

Secara operasional tujuan pendidkan kesehatan menurut Suliha dkk (2002)

adalah :

1. Agar klien mempunyai tanggungjawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakat.

2. Agar klien melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan yang disebabkan oleh penyakit

3. Agar klien mempunyai pengertian yang lebih baik tentang eksistensi sehat.

4. Agar klien mempelajari apa yang dapat iya lakukansendiri dan bagaimana sistem pelayanan kesehatan normal.

**2.2.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoadmojo (2005), terdapat tiga sasaran dalam pendidikan kesehatan yaitu :

1. Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsug segala upaya pendidikan dan penyuluhan kesehatan. sesuai dengan permasalahan kesehatan maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum,ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk masalah Kesehatan remaja dan sebagainya.

2. Sasaran sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sekitarnya.

3. Sasaran tersier

Para pembuat keputusan/perilaku atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan- kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat dan juga kepada masyarakat umum.

**2.2.4 Metode penyuluhan**

Metode Penyuluhan yang dapat digunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah:

1. Metode ceramah adalah suatu cara menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.

2. Metode diskusi kelompok adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah

disiapkan tentang suatu topik pembicaraan diantara 5-20 peserta (sasaran)

dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.

3. Metode curah pendapat adalah suatu bentuk pemecahan dimana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terfikir peserta,dan evaluasi atas pendapat tadi dilakukan kemudian.

4. Metode panel adalah pembicaraan yang telah direncanakan didepan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik, diperlukan 3 orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.

5. Metode bermain peran adalah memerankan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakuakan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan pemikiran oleh kelompok.

6. Metode demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.

7. Metode simposium adalah serangkain ceramah yang diberikan oleh 2-5 orang dengan topik yang berlebihan tetapi saling berhubungan erat.

8. Metode seminar adalah suatu cara dimana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang menguasi bidangnya.

**2.2.5 Media pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoadmojo (2005), media pendidikan kesehatan didasarkan cara produksinya dikelompokkan menjadi :

1. Media cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan- pesan visual Media cetak terdiri dari:

1) *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan ataupun gambar.

*2) Laeflet* adalah suatu bentuk penyampaian informasi melalui lembar yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat maupun gambar.

2) *Selebaran* adalah suatu bentuk informasi yang berupa kalimat maupun kombinasi.

3) *Flip chart* adalah media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik berisi gambar dan dibaliknya berisi pesan yang berkaitan dengan gambar tersebut.

4) Rubrik atau tulisan pada surat kabar mengenai bahasan suatu masalah kesehatan.

5) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan kesehatan yang biasanya ditempel di tempat umum.

6) Foto yang mengungkap informasi kesehatan yang berfungsi memberi informasi dan hiburan.

2. Media elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronik seperti televisi, radio, video, slide dan film.

3. Luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya diluar ruangan secara umum melalui media cetak, dan elektronika secara statis,seperti pameran, *banner,* TV, layar lebar atau spanduk dan papan reklame

**2.3 Konsep Perilaku**

**2.3.1 Definisi perilaku**

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan.Aliran Behavorial menganalisis perilaku manusia dari gejala yang tampak saja yang dapat diukur dan diramalkan. Karena mereka mengakui bahwa seluruh perilaku manusia (kecuali insting) adalah hasil dari belajar. Sedangkan Skinner (1938) dikutip oleh Notoatmodjo (2010) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behavior*) menurut Notoatmodjo (2010) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat sakit seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain, perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

**2.3.2 Kelompok Perilaku**

Menurt Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yakni :

1. Perilaku orang yang sehat, agar tetap sehat dan meningkat. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavioral*). Mencakup perilaku-

perilaku mencegah atau menghindari penyakit dan penyebabnya (perilaku preventive) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatkan kesehatan (perilaku *promotive*).

2. Perilaku orang yang sakit atau terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu, perilaku ini disebut perilaku pencairan pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*).

Becker (1979) dikutip oleh Notoatmodjo, 2010) membuat klasifikasi berbeda tentang perilaku kesehatan dan membedakannya menjadi tiga, yaitu :

1. Perilaku sehat (*healthy behavior*)

Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan.

2. Perilaku Sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit adalah berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau teratasi masalah kesehatan yang lain.

3. Perilaku perang orang sakit (*the sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran yang mencakup hak-haknya dan kewajiban sebagai orang sakit. Menurut Becker, hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit. Perilaku peran orang sakit diantaranya adalah melakukan kewajibannya sebagai pasien seperti mentaati nasihat-nasihat dokter dan perawat.

**2.3.3 Domain Perilaku**

Benyamin Bloom (1908) dikutip oleh Notoatmodjo (2010), membedakan perilaku menjadi 3 area atau domain, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor.

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom, dikembangkan menjadi tiga tingkat ranah perilaku yaitu :

1. Pengetahuan (*Knowledge)*

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi menjadi enam tingkat pegetahuan yaitu; tahu (*know)*, memahami (*comprehension),* analisis (*analysis),* sintesis (*synthesis)* dan evaluasi (*evaluation).*

2. Sikap (*Attitude)*

Sikap adalah juga respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik tidak baik, dan sebagainya). Menurut Newcomb dikutip oleh Notoatmodjo (2010), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap belum merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi perilaku. Sikap memiliki tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya yaitu: menerima (*receiving),* menanggapi (*responding)*, menghargai (*valuing)*dan bertanggung jawab (*responsible).*

3. Tindakan atau praktik (*Practice)*

Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain seperti sarana dan prasarana. Praktik atau tindakan ini dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya yaitu praktik terpimpin *(guided response),* praktik mekanisme *(mechanism)* dan adopsi *(adoption).*

**2.3.4 Teori model terbentuknya perilaku**

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Dari berbagai determinan perilaku manusia, banyak ahli telah merumuskan teori-teori atau model-model terbentuknya perilaku, yaitu:

1. Teori ABC (Sultzer, Azaroff, Mayer: 1977)

Teori ini mengungkapkan bahwa perilaku adalah suatu proses dan sekaligus hasil interaksi antara: *Antecedent → Behavior → Consequences.* Dimana *antecedent* adalah pemicu yang menyebabkan seseorang berperilaku, *behavior* adalah reaksi atau tindakan terhadap adanya *antecedent* dan *consequences* adalah kejadian selanjutnya yang mengikuti perilaku tersebut.

2. Teori*"Reason Action”*

Teori ini dikembangkan oleh Fesbein dan Ajzen (1980), yang menekankan pentingnya peranan dari *intention* atau niat sebagai alasan atau faktor penentu perilaku, selanjutnya niat ini ditentukan oleh sikap, norma subjektif dan pengendalian perilaku.

3. Teori "*Precede-Proceed*" (1991)

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green. Menurutnya,perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yang dirangkum dalam akronim PRECEDE yaitu *Predisposing, Enabling,* dan *Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation.* Precede ini merupakan arahan dalam menganalisis dan evaluasi perilaku. Sedangkan PROCEED yaitu *Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development* merupakan arahan dalam perencanaan, implementasi dan

evaluasi pendidikan kesehatan.

4. Teori*"Behavior Intention"*

Teori ini dikembangkan oleh Snehendu Kar (1980). Menurutnya, perilaku itu merupakan fungsi dari niat seseorang (*behavioral intentiori),* dukungan sosial (sosial *support),* keberadaan informasi *(accessibility of information),* otonomi pribadi *(personal autonomy)* dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak *(action situation).*

5. Teori *"Thoughs and Feeling"*

WHO (1984) dikutip oleh Notoatmodjo (2010), menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya empat alasan pokok yaitu pengetahuan, kepercayaan, sikap, orang penting sebagai referensi dan adanya sumber-sumber daya *(resources).*

**2.3.5Teori-teori perubahan perilaku**

Perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan dan promosi kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2010), terdapat banyak teori tentang perubahan perilaku, yaitu:

1. Teori *Stimulus Organisme* (SOR)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula.

2. Teori Disonansi *(Dissonance Theory)*

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang).

Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. *Dissonance* (ketidak seimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan yaitu pengetahuan dan pendapat/keyakinan. Titik berat dari penyelesaian konflik ini adalah penyesuaian diri secara kognitif. Dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembali menunjukkan adanya perubahan sikap dan akhirnya terjadi perubahan perilaku.

3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan pada anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung pada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4. Teori Berubah

Teori ini dikembangkan oleh Cari Rogers. Teori ini menjelaskan bagaimana suatu program pendidikan dapat menyebabkan perubahan perilaku. Rogers menyatakan bahwa sebalum terjadi perubahan perilaku, berlangsung serangkaian situasi yaitu adanya kesadaran *(awareness),* minat *(interest),* evaluasi *(evaluation),* uji coba *(trial)* dan adopsi *(adoption).*

5. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong *(driving forces)*

dan kekuatan-kekuatan penahan *(restraining forces).* Perilaku itu berubah bila terjadi ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terhadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yaitu: kekuatan-kekuatan pendorong meningkat; kekuatan-kekuatan penahan menurun dan kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun.

**2.3.6 Bentuk-bentuk perubahan perilaku**

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

1. Perubahan alamiah *(Natural change)*

Sebagian perubahan manusia disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana *(Planned change)*

Perubahan perilaku terjadi karena memang direncanakan sendiri subjek.

3. Kesediaan untuk berubah *(Readiness to change)*

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut dan sebagaian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda- beda (Notoatmodjo, 2010).

**2.3.7 Strategi perubahan perilaku**

Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi *(predisposing faktor),* faktor pendukung *(enabling faktor)* dan faktor pendorong *(reinforcing faktor).* Faktor predisposisi dapat terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Faktor pendukung dapat berupa lingkungan fisik tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dansebagainya. Sedangkan faktor pendorong terwujud dalam sikap perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang menjadi referensi dari perilaku masyarakaf (Notoatmodjo, 2007). Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

1. Menggunakan kekuatan *(Enforcement*

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum disadari oleh kesadaran sendiri.

2. Menggunakan kekuatan peraturan atau hukum *(Regulatiori)*

Dalam hal ini, masyarakat diharapkan berperilaku, diatur melalui peraturan atau undang-undang secara tertulis. Perubahan perilaku menggunakan pendekatan peraturan, hukum, undang-undang dan sebagainya ini sering juga disebut *law enforcement.*

3. Pendidikan*(Education)*

Perubahan perilaku kesehatan melalui cara pendidikan atau promosi kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi kesehatan. Dengan pemberian informasi akan meningkatkan pengetahuan masyarakat yang akan menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Hasil atau perubahanperilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (Notoatmodjo, 2010).

**2.4 Konsep Keluarga**

**2.4.1 Pengertian keluarga**

Banyak ahli mendefinisikan tentang keluarga sesuai dengan perkembangan sosial di masyarakat. Marilyn M. Friedman (1998) menyatakan keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional di mana individu mempunyai peran masing- masing yang merupakan bagian dari keluarga (Effendi dan Makhfudli, 2009). Menurut BKKBN (1992) keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari sumi-isteri atau suami-isteri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Setyowati dkk, 2008).

Sedangkan yang dimaksud dengan keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak bertakwa kepada Tuhan YME memiliki hubungan serasi, selaras dan seimbang antar anggota keluarga dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Setyowati dkk, 2008).

**2.4.2 Karakteristik keluarga**

Dari beberapa defínisi tentang keluarga, dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

1. Terdiri atas dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.

2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.

3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial seperti peran suami, istri, anak, kakak dan adik.

4. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya serta meningkatkan perkembangan físik, psikologis dan sosial anggota keluarga yang lain (Setyowati dkk, 2008)

**2.4.3 Fungsi keluarga**

Menurut Friedman (1998) dikutip oleh Effendi dan Makhfudli (2009), terdapat lima fungsi keluarga yaitu:

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan dalam melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif, perasaan memiliki, perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang dan *reinforcement.*

2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi

Fungsi ini sebagai tempat untuk melatih anak dan mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

Keluarga merupakan tempat individu belajar bersosialisasi.Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang ditujukan dalam sosialisasi.

3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memnuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga. Fungsi ini sukar dipenuhi oleh keluarga di bawah garis kemiskinan.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Fungsi ini mempertahankan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga.

Selanjutnya Friedman (1998) menjabarkan tugas keluarga sebagai berikut:

1. Mengenal masalah kesehatan

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

**2.4.4 Tipe-tipe keluarga**

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam

pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya, yaitu:

1. Tipe tradisional

1) Keluarga inti, yaitu suatu RT yang terdiri dari suami, isteri dan anak (kandung atau angkat).

2) Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah misalnya kakek, nenek, keponakan, paman dan bibi.

3) Keluarga *"Dyad":* yaitu suatu RT yang terdiri dari suami dan isteri tanpa anak.

4) *Singel parent,* yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat), hal ini bisa karena kematian atau perceraian.

5) *Single adult,* adalah keluarga yang hanya terdiri dari seorang dewasa. Misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah.

2. Tipe non tradisional

1) *The unmariedteenage mother,* adalah orang tua dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *Síepparentfamily,* yaitu keluarga dengan orang tua tiri.

3) *Commune family,* adalah beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang tidak ada hubungan saudara hidup bersamadalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalamanyang sama: sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompokatau membesarkan anak bersama.

4) *The non marital heteroseksual cohabiting family,* adalahkeluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) *Gay* dan *lesbian family,* adalah seseorang yang mempunyai persamaan

seks hidup bersama sebagaimana suami istri*(marital partners).*

6) *Cohabiting couple* adalah orang dewasa yang hidup bersamadiluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) *Group-marriagefamily* adalah beberapa orang dewasamenggunakan alat- alat rumah tangga bersama yang salingmerasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual danmembesarkan anaknya.

8) *Grup network family* adalah keluarga inti yang dibatasi seaturan-aturan atau nilai-nilai hidup bersama atau bedekatansatu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barangrumah bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkananaknya.

9) *Foster family* adalah keluarga menerima anak yang tidak adahubungan keluarga atau saudara dalam waktu sementara, padasaat orangtua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untukmenyatukan kembali keluarga yang aslinya.

10) *Homeless family,* yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

11) *Geng,* merupakan sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya (Setyowati dkk, 2008).

**2.4.5 Struktur keluarga**

Menurut Effendi dan Makhfudli (2009), struktur keluarga dibagi menjadi:

1. Dominasi jalur hubungan darah

Dominasi hubungan darah dibagi menjadi dua yaitu *patrilineal* dan*matrilineal. Patrilineal* adalah keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah. Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga patrilineal. Sedangkan *matrilineal* adalah keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis keturunan ibu.

2. Dominasi keberadaan tempat tinggal

Terdiri dari *patrüokal* dimana keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami dan *matrilokal* dimana keberadaan tempat tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak isteri.

3. Dominasi pengambilan keputusan

Dominasi pengambilan keputusan bisa pada pihak isteri maupunpihak suami. Keluarga yang dominasi pengambilan keputusannya ada pada pihak suami disebut *patriakal* sedangkan jika dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak isteri disebut *matriakal.*

**2.4.6 Keluarga sebagai sasaran pelayanan keperawatan**

Menurut Effendi dan Makhfudli (2009) berikut inimerupakan latar belakang mengapa keluarga dijadikan sebagai sasaran pelayanan keperawatan:

1. Keluarga dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan- pesan kesehatan. Dalam hal ini keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat berperan dalam penyampaian pesan betapa pentingnya usaha pencegahan agar terhidar dari wabah.

2. Keluarga sebagai satu kesatuan. Sejumlah anggota keluarga berada dalam

satu ikatan yang saling mempengaruhi. Data anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya saling mempengaruhi.

3. Hubungan yang kuat dalam keluarga dengan status kesehatan anggotanya.

Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi.

4. Keluarga sebagai tempat penemuan kasus dini. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor risiko pada anggota keluarga yang lainnya.

5. Individu dipandang dalam konteks keluarga. Dalam hal ini seseorang dapat lebih memahami peran dan fungsinya apabila ia dipandang dalam konteks keluarga.

6. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya.

Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu di dalam setiap siklus kehidupannya. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang mengalami masalah atau sakit, disinilah peran anggota keluarga diperlukan untuk menalani masa-masa sulit dengan cepat.

**2.4.7 Promosi kesehatan keluarga**

Leavel dkk (1965) dikutip oleh Setyowati (2008), mengembangkan sebuah kerangka kerja yang digunakanuntukmenjelaskan tujuan dari keperawatan keluarga, tingkat pencegahantersebut mencakup:

1. Pencegahan primer

Tingkat pencegahan primer ini meliputi peningkatan kesehatan dan tindakan preventif khusus yang dirancang bagi anggota keluarga atau bagi

individu untuk menjaga orang tersebut bebas dari penyakit dan cidera. Pencegahan berhubungan dengan penyakit atau masalah kesehatan yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar. Peran keluarga dalam pencegahan primer yaitu keluarga merupakan sumber bantuan yang terpenting yang dapat mempengaruhi gaya hidup atau mengubah gaya hidup anggotanya menjadi berorientasi pada kesehatan.

2. Pencegahan sekunder

Temuan kasus merupakan pencegahan sekunder sehingga diagnosa dini dan penanganan segera dapat dilakukan. Jika penyakit tersebut bersifat menghambat penyembuhan, tujuannya adalah untuk mengontrol perkembangan penyakit tersebut dan mencegah kecacatan.

3. Pencegahan tertier

Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka hingga pada tingkat fungsi yang optimal atau hingga mereka dapat berguna pada tingkat fungsi yang optimal atau hingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial emosional dan vokasional.

**2.5 Kerangka Konseptual**

Faktor Yang Mempengaruhi *Self*

*Mangement*JATUH Faktor internal;

1. Keya1k.inan

2. Pengetahuan

Pendidikan Kesehatan

“ Resiko Tinggi Jatuh “

*Self -menejement* jatuh

43

**Pasien resiko jatuh**

Assesment awal rawat ianap

1. Humpty dumpty (0-18th)

2. Morse (18-65th)

3. Efikasi diri

Faktor External

Dukungan Sosial

3. Geriatri/ ontario sidney (> 65th)

**Resiko tinggi jatuh Resiko Sedang Resiko rendah**

Faktor yang **mempengaruhi perilaku :**

1. Faktor Prediposisi ( Predisposing Faktor )

2. Faktor Pendukung ( Enabling Faktor )

3. Faktor Pendorong ( Reinforcing Faktor )

Perilaku Keluarga

Keterangan : : Diteliti

: Tidak Diteliti

Keluarga yang mendapat pendidikan kesehatan :

1. Keluarga diarahkan oleh perawat

2. Keluarga mendapat Informasi

3. Mengalami proses belajar Kognitif, Afektif dan Psikomotor

Proses Perubahan Perilaku :

1. Kesadaran ( Awareness )

2. Minat ( Interest )

3. Evaluasi ( Evaluation )

4. Uji Coba ( Triage )

5. Adopsi Perilaku Baru

Resiko jatuh terkontrol

Selalu mendampingi pasien

*M*enutup pagar TT

Membantu pasien saat mobilisasi

*Output self- management* meningkat

1. Pengetahuan meningkat

2.Dukungan sosial yang positif

3. Kemandirian

4.kesehatan bio-psikososial yg optimal



Gambar 3.1: Kerangka Konseptual penelitian pengaruh pendidikan kesehatan tentang resiko tinggi jatuh terhadap perubahan perilaku keluarga dalam mencegah terjadinya jatuh

Menurut Lawrence Green, terdapat faktor- faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan,sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya; faktor pendukung yang dapat berupa lingkungan fisik tersedia atau tidaknya fasilitas fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya adanya pengaman pada sisi tempat tidur, adanya *nurse call* yang letaknya dekat dengan pasien, pencahayaan yang terang dan sebagainya serta faktor pendorong yang terwujud dalam sikap perilaku perawat atau petugas lain yang dapat menjadi referensi dari perilaku keluarga. Perawat juga dapat menjadi media faktor yang menyebabkan perubahan perilaku bagi keluarga melalui pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan yang benar diharapkan dapat mendatangkan proses perubahan perilaku keluarga dalam mencegah terjadinya jatuh. Melalui pendididkan kesehatan, Keluarga diarahkan oleh perawat untuk mengetahui masalah dan cara pencegahan nya dengan memeberikan informasi-informasi spesifik yang dibutuhkan. Dalam hal ini, keluarga mengalami proses belajar kognitif, afektif, dan psikomotor sehingga keluarga tidak hanya tahu tapi mengerti dan mau serta bisa melakukan anjuran yang diberikan untuk melakukan upaya pencegahan terjadinya jatuh.

Melalui pendidikan kesehatan, maka keluarga akan mengalami proses perubahan perilaku. Proses berubah itu sendiri menurut Carl Rongers berlangsung dari serangkaian situasi yaitu adanya kesadaran (*awareness*), minat ( *interest*), evaluasi (*evaluation*), ujicoba (*tria*l), dan adopsi (*adoption*).

Perilaku keluarga dalam mencegah terjadinya jatuh terdiri dari tiga domain sesuai dengan konsep domain perilaku menurut Bloom yaitu

Pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan meliputi pengetahuan tentang resiko tinggi jatuh dan cara pencegahannya. Sikap berdasarkan intensitasnya meliputi menerima (r*eceivinng*), menanggapi (*responding)*, menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*). Sedangkan tindakan /praktik, indikatornya yaitu praktik pencegahan terjadinya jatuh dan praktik pemeliharaan kesehatan. Keefektifan pemberian pendidikan kesehatan dapat dinilai dari seberapa jauh metode tersebut dapat mengubah domain perilaku dari keluarga agar sesui dengan perilaku yang diharapakan yaitu perilaku pencegahan terjadinya jatuh padapasien.

**2.6 Hipotesis Penelitian**

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan resiko tinggi jatuh terhadap perubahan perilaku keluarga dalam mencegah terjadinya jatuh di Rumah Sakit Medika Utama Blitar.

Faktor Yang Mempengaruhi *Self*

*Mangement*JATUH

Faktor internal;

1. Keyakinan

2. Pengetahuan

3. Efikasi diri

Faktor External

Dukungan Sosial

Pendidikan Kesehatan

“ Resiko Tinggi Jatuh “

*Self -menejement* jatuh

**Pasien resiko jatuh**

Assesment awal rawat ianap

1. Humpty dumpty (0-18th)

2. Morse (18-65th)

3. Geriatri/ ontario sidney (> 65th)

**Resiko tinggi jatuh Resiko Sedang Resiko rendah**

Faktor yang **mempengaruhi perilaku :**

1. Faktor Prediposisi ( Predisposing Faktor )

2. Faktor Pendukung ( Enabling Faktor )

3. Faktor Pendorong ( Reinforcing Faktor )

Perilaku Keluarga

Keluarga yang mendapat pendidikan kesehatan :

1. Keluarga diarahkan oleh perawat

2. Keluarga mendapat Informasi

3. Mengalami proses belajar Kognitif, Afektif dan Psikomotor

Proses Perubahan Perilaku :

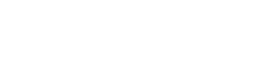
1. Kesadaran ( Awareness )

2. Minat ( Interest )

3. Evaluasi ( Evaluation )

4. Uji Coba ( Triage )

5. Adopsi Perilaku Baru



Resiko jatuh terkontrol

Selalu mendampingi pasien

*M*enutup pagar TT

Membantu pasien saat mobilisasi

*Output self- management* meningkat

1. Pengetahuan meningkat

2.Dukungan sosial yang positif

3. Kemandirian

4.kesehatan bio-psikososial yg optimal