

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

AIDS merupakan akronim dalam Bahasa Inggris, yaitu *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Sindrom Defisiensi Imun Dapatkan), adalah suatu kumpulan gejala yang ditimbulkan oleh virus HIV atau *Human Immunodeficiency Virus*. Secara mudahnya dapat disimpulkan bahwa HIV adalah virus yang menyebabkan timbulnya penyakit AIDS. Sedangkan AIDS merupakan definisi klinis yang diberikan kepada orang yang terinfeksi HIV. Definisi AIDS juga mencakup kondisi ketika jumlah CD4 di bawah 200 (suatu tes yang menghitung jumlah CD4, yaitu sel darah penyerang infeksi yang diserang dan dibunuh oleh HIV) (Silvianti, 2010).

2.1.2 Gejala dan Komplikasi HIV/AIDS

Seseorang yang sudah terinfeksi HIV atau bahkan sudah mencapai kondisi AIDS, akan menunjukkan gejala-gejala penyakit yang berhubungan dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh. Karena HIV menyerang sistem imun atau kekebalan tubuh, maka dapat dimungkinkan bahwa seseorang dengan HIV/AIDS terserang lebih dari satu penyakit dalam tubuhnya. Maka dari itu, akan timbul suatu

komplikasi penyakit yang diderita oleh seorang HIV/AIDS (Silvianti, 2010).

Gejala AIDS merupakan hasil dari kondisi yang umumnya tidak akan terjadi pada individu dengan sistem kekebalan yang sehat. Kebanyakan kondisi ini adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, fungi dan parasit, yang dalam keadaan normal bisa dikendalikan oleh elemen sistem kekebalan yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umum didapati pada penderita AIDS. HIV mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar menderita kanker, seperti *Sarkoma Kaposi*, kanker leher rahim dan kanker sistem kekebalan (*limfoma*) (Silvianti, 2010).

Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik, seperti demam, banyak mengeluarkan keringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, merasa kedinginan, tubuh merasa lemah tidak bertenaga dan penurunan berat badan. Setelah diagnosis AIDS dibuat, rata-rata lama waktu bertahan seseorang dengan terapi antiretroviral diperkirakan lebih dari 5 tahun. Tetapi karena perawatan baru terus berkembang dan karena HIV terus berevolusi melawan perawatan, perkiraan waktu bertahan kemungkinan akan terus berubah. Tanpa terapi antiretroviral, kematian pada umumnya terjadi dalam waktu setahun. Kebanyakan pasien meninggal karena infeksi oportunistik atau kanker yang berhubungan dengan hancurnya sistem kekebalan tubuh (Silvianti, 2010).

2.1.3 Penularan HIV/AIDS

1. Penularan Melalui Hubungan Seksual

Mayoritas infeksi HIV berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antarindividu yang salah satunya terkena HIV. Hubungan heteroseksual adalah modus utama infeksi HIV di dunia. Transmisi HIV secara seksual terjadi ketika ada kontak antara sekresi cairan vagina atau cairan preseminal seseorang dengan rektum, alat kelamin atau membran mukosa mulut pasangannya. Hubungan seksual reseptif tanpa pelindung lebih berisiko daripada hubungan seksual insertif tanpa pelindung. Risiko masuknya HIV dari orang yang terinfeksi menuju orang yang belum terinfeksi melalui hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seksual dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko, karena HIV juga dapat masuk melalui seks oral reseptif maupun insertif. Risiko transmisi HIV dari air liur jauh lebih kecil daripada risiko dari air mani. Bertentangan dengan kepercayaan umum, bahwa seseorang harus menelan segalon air liur dari individu HIV-positif untuk membuat risiko signifikan terinfeksi (Silvianti, 2010).

2. Masuk ke Dalam Cairan Tubuh yang Terinfeksi

HIV terdapat dalam darah seseorang yang terinfeksi (termasuk darah haid), ASI, air mani dan cairan vagina. HIV hanya dapat hidup di dalam tubuh manusia yang hidup dan hanya bertahan

beberapa jam saja di luar tubuh. HIV dapat menular apabila terjadi kontak langsung dengan cairan tubuh seseorang yang terinfeksi. Pada saat berhubungan seks tanpa kondom, HIV dapat menular dari darah orang yang terinfeksi, air mani atau cairan vagina, langsung ke aliran darah orang lain. Maka dari itu, dalam proses transfusi darah sangat rentan terjadi penularan HIV/AIDS (Silvianti, 2010).

Penggunaan jarum suntik merupakan penyebab dari semua infeksi HIV jenis baru dan 50% infeksi hepatitis C yang terjadi di Amerika Utara, Republik Rakyat Tiongkok dan Eropa Timur. Satu tusukan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi HIV mengandung risiko penularan HIV sebesar 1 dari 150. Rute serangan HIV juga berisiko pada orang yang memberi dan menerima rajah dan tindik tubuh (Silvianti, 2010).

3. Transmisi Ibu ke Anak

Transmisi HIV dari ibu ke anak dapat memunculkan *in utero* selama minggu akhir kehamilan dan persalinan. Dengan kurangnya perawatan, rata-rata transmisi antara ibu dan anak selama kehamilan sebesar 25%. Namun, ketika ibu memiliki akses terhadap antiretroviral dan melahirkan dengan cara bedah *caesar*, rata-rata transmisi hanya sebesar 1% dari jumlah faktor pengaruh risiko infeksi, terutama beban virus ibu saat melahirkan (semakin tinggi beban virus, semakin tinggi risikonya) (Silvianti, 2010).

Menyusui meningkatkan risiko transmisi sebesar 10-15%.

Risiko ini tergantung pada faktor klinis dan dapat bervariasi menurut latar belakang dan lama menyusui. Penelitian menunjukkan bahwa obat antiretroviral bedah *caesar* dan jeda pemberian ASI mengurangi kesempatan transmisi HIV dari ibu ke anak. Rekomendasi menyatakan bahwa ketika bayi yang dilahirkan telah mendapatkan makanan pengganti ASI yang aman dan diberikan secara berkelanjutan, maka ibu yang terinfeksi HIV harus langsung berhenti menyusui anaknya. Menyusui direkomendasikan selama bulan pertama saja dan harus segera dihentikan (Silvianti, 2010).

2.1.4 Tipe HIV

HIV memiliki beberapa tipe, subtipe, golongan maupun jenis.

Saat ini diketahui ada dua tipe HIV, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Tipe HIV-1 menjadi tipe HIV yang utama di seluruh dunia. Dan umumnya apabila seseorang terserang virus HIV tanpa disebutkan tipenya, berarti seseorang tersebut terkena tipe HIV-1. Kedua tipe HIV ini terlihat mengakibatkan AIDS yang secara klinis tidak dapat dibedakan. Akan tetapi terdapat perbedaan dalam penyebarannya: HIV-1 lebih mudah apabila dibandingkan HIV-2, serta jangka waktu antara penularan dengan penyakit yang timbul karena HIV-1 relatif lebih cepat dibandingkan tipe HIV-2 (Silvianti, 2010).

HIV-1 merupakan jenis HIV yang sangat dapat berubah-ubah, serta dapat bermutasi dengan mudah dan cepat. Oleh karena sifatnya yang sangat mudah berubah-ubah dan bermutasi, maka HIV-1 memiliki jenis (*strain*) yang berbeda-beda. Jenis ini digolongkan menurut golongan (*group*) dan subtipe (*subtype*). Sampai saat ini, ada dua golongan HIV-1, yaitu golongan M dan golongan O. perbedaan utama antara subtipe HIV terletak pada susunan genetisnya, atau ada pula yang dihubungkan dengan cara penyebarannya. Subtipe HIV yang disebarluaskan dengan cara hubungan homoseksual dan penggunaan narkotik secara suntikan (pada intinya melalui darah), sedangkan subtipe E dan C melalui hubungan heteroseksual (Silvianti, 2010).

Jenis subtipe HIV yang menginfeksi seseorang dapat diketahui melalui pemeriksaan atau tes antibodi HIV yang dilakukan dengan proses skrining darah dan diagnosis dengan alat pendekripsi semua subtipe HIV. Tes antibodi HIV dilakukan dengan menggunakan prinsip bahwa antibodi dibuat oleh sistem kekebalan tubuh sebagai reaksi terhadap infeksi suatu HIV tersebut. Apabila tidak ada antibodi, maka seseorang yang sedang dites antibodi HIV tersebut dinamakan sebagai *antibodi negatif* atau *seronegatif* atau *HIV-negatif*. Hasil tes dapat negatif apabila seseorang yang dites baru saja terinfeksi, karena apabila seseorang baru terinfeksi kemungkinan antibodinya belum terbentuk. Hal ini dikarenakan pembentukan antibody oleh tubuh biasanya bisa memakan waktu sampai sekitar tiga bulan setelah terinfeksi. Masa yang

dibutuhkan antara infeksi dengan banyaknya antibodi yang terbentuk untuk dapat menunjukkan hasil positif disebut *masa jendela*. Melihat dari fenomena tersebut, maka setiap orang yang kemungkinan terinfeksi HIV, selama tiga bulan terakhir harus dilakukan tes ulang setelah tes pertama, jika tes pertama masih menunjukkan hasil negatif (Silvianti, 2010).

2.1.5 Tes HIV

Tes HIV pada intinya dilakukan untuk menemukan ada tidaknya suatu antibodi HIV dalam darah. Antibodi memang selalu dibuat oleh sistem kekebalan tubuh sebagai reaksi terhadap infeksi oleh suatu virus. Begitu pula apabila tubuh seseorang terinfeksi HIV, maka tubuh juga akan mencoba untuk membentuk antibodi terhadap HIV. Pada tes antibodi ini, apabila ternyata tidak ditemukan antibodi HIV dalam darah, berarti seseorang tersebut tidak terinfeksi HIV dan biasa disebut dengan antobodi negatif atau seronegatif atau HIV-negatif (Silvianti, 2010).

Tes HIV umum, termasuk imunosasi enzim HIV dan pengujian *western blot* mendeteksi antibodi HIV pada serum, plasma, cairan mulut, darah kering atau urin pasien. Namun demikian masa jendela dapat bervariasi. Hal ini yang menjelaskan mengapa untuk serokonversi dan tes positif dapat membutuhkan waktu 3-6 bulan. Ada pula tes komersial untuk mendeteksi antigen HIV lainnya (HIV-RNA dan HIV-

DNA) agar dapat mendeteksi infeksi HIV sebelum perkembangan antibodi dapat dideteksi (Silvianti, 2010).

2.1.6 Tahapan Diagnosis HIV

Infeksi virus HIV juga memiliki tahapan-tahapan diagnosis infeksi, dimana dalam setiap tahapan tersebut menunjukkan tingkat keparahan infeksi HIV yang diberi oleh seseorang. Di negara berkembang, digunakan sistem *World Health Organization* (WHO), untuk infeksi HIV menggunakan data klinis dan laboratorium. Sementara di negara maju, yang digunakan ialah sistem klasifikasi *Center for Disease Control* (CDC) (Silvianti, 2010).

1. Sistem Tahapan WHO untuk Infeksi dan Penyakit HIV

Kebanyakan kondisi ini adalah infeksi oportunistik pada orang sehat yang dengan mudah ditangani.

- a. Stadium I : infeksi HIV asimtomatik dan tidak dikategorikan sebagai AIDS.
- b. Stadium II : termasuk manifestasi membran mukosa kecil dan radang saluran pernapasan atas yang berulang.
- c. Stadium III : termasuk diare kronik yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari sebulan, infeksi bakteri parah dan tuberculosis.
- d. Stadium IV : termasuk toksoplasmosis otak, kandidiasis esophagus, trachea, bronkus atau paru-paru, serta sarcoma

Kaposi. Semua penyakit ini adalah indicator AIDS (Silvianti, 2010).

2. Sistem Klasifikasi CDC (*Center for Disease Control*) untuk Infeksi HIV

Pada awalnya, CDC tidak memiliki nama resmi, akan tetapi penamaan penyakit HIV pada sistem ini sesuai dengan penyakit lain yang berhubungan dengannya, contohnya limfadenopati (virus HIV pada mulanya dinamai berdasarkan nama penyakit ini). Juga menggunakan *Sarkoma Kaposi* dan *Infeksi Oportunistik*, nama yang dibuat pada tahun 1981. Pada media massa, digunakan istilah GRID yang merupakan singkatan dari *Gay-Related Immune Deficiency*. Setelah menyadari bahwa AIDS tidak hanya menyerang kaum homoseksual, istilah GRID menjadi menyesatkan. Istilah AIDS pun diperkenalkan pada sebuah pertemuan pada bulan Juli tahun 1982. Pada bulan September tahun 1982, CDC mulai menggunakan nama AIDS dan mendefinisikan penyakit ini. Pada tahun 1993, CDC memperluas definisi AIDS, yakni mencakup semua orang yang positif HIV dengan sel T CD4+ berjumlah dibawah 200 per μ L darah atau 14% dari seluruh limfositnya (Silvianti, 2010).

2.1.7 Pencegahan, Pengobatan dan Pengendalian

Sampai sekarang belum ditemukan obat untuk penyakit HIV/AIDS. Saat ini yang sudah ada baru perawatan antiretroviral

terhadap orang yang terinfeksi HIV/ AIDS. Perawatan antiretroviral mampu mengurangi tingkat mortalitas dan morbiditas infeksi HIV, tetapi akses terhadap pengobatan antiretroviral tidak tersedia di semua Negara. (Silvianti, 2010).

1. Vaksin Terhadap HIV

Sampai saat ini sedang diusahakan berbagai pendekatan yang mengarah pada pengembangan vaksin. Vaksin virus secara khas bersifat mencegah, yaitu diberikan pada individu yang tidak terinfeksi untuk mencegah infeksi maupun penyakit. Perlu dipikirkan juga kemungkinan pemberian vaksin HIV terapeutik, yaitu individu yang terinfeksi HIV akan diobati dengan tujuan memicu respon imun anti-HIV, menurunkan jumlah sel yang terinfeksi virus atau memperlambat timbulnya gejala AIDS. Sulit untuk melakukan pengembangan vaksin karena HIV bermutasi dengan cepat, tidak diekspresikan pada banyak sel yang terinfeksi dan tidak seluruhnya dapat diatasi oleh respon imun inang setelah infeksi primer.

Kesulitan utama dalam pengembangan vaksin adalah tidak adanya hewan percobaan yang cocok untuk HIV. Simpanse adalah satu-satunya hewan yang peka terhadap HIV. Tidak hanya langka, tetapi pada simpanse pun hanya terjadi viremia dan antibodi. Mereka tidak mengalami imunodefisiensi (kekebalan) (Silvianti, 2010).

2. Obat Antivirus

Baru-baru ini telah ditemukan empat obat antivirus untuk mengobati infeksi HIV. Semuanya merupakan penghambat nukleosida enzim transkriptase balik virus. Obat-obat itu adalah *zidovudin* (AZT), *didanosin* (ddl), *zalsitabin* (ddC), dan *stavudin* (d4T). obat-obat ini memperlambat progresivitas penyakit dan memungkinkan pasien untuk hidup lebih lama dan menikmati kualitas hidup yang lebih baik. Namun, tidak ada obat yang dapat mencegah gejala awal AIDS, semuanya memiliki efek samping toksik (Silvianti, 2010).

Pada sebagian besar pasien timbul mutan HIV yang resisten obat. Transkriptase balik virus memiliki kecenderungan tinggi untuk melakukan kesalahan, sehingga pada kemoterapi antivirus jangka panjang dapat terjadi mutan resisten terpilih. Namun, harus diperhatikan bahwa resistensi obat HIV akan tetap menjadi penghambat untuk pengembangan antivirus yang efektif. AZT diketahui telah dapat menularkan HIV dari ibu ke anaknya. Terapi AZT selama kehamilan dan setelah kelahiran, mampu menurunkan risiko penularan prenatal dari 25% menjadi 8% (Silvianti, 2010).

3. Langkah-langkah Pengendalian

Tanpa pengendalian melalui obat atau vaksin, satu-satunya cara untuk menghindari penyebaran epidemik HIV adalah dengan

mempertahankan gaya hidup yang dapat mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor risiko tinggi. Sebab, HIV ditularkan melalui darah (Silvianti, 2010).

Para ahli kesehatan masyarakat menganjurka agar orang yang diketahui menderita infeksi HIV diberitahukan informasi berikut ini:

- a. Tersedia data yang menunjukan bahwa hampir semua orang akan tetap terinfeksi seumur hidup dan akan menimbulkan penyakit.
- b. Walaupun asimtomatik, individu semacam ini dapat menularkan HIV kepada yang lain, sehingga diajurkan untuk memeriksakan kesehatannya secara teratur.
- c. Dianjurkan kepada orang-orang yang terinfeksi untuk tidak menonorkan darah, plasma, organ tubuh, jaringan lain atau spremanya.
- d. Terdapat risiko menginfeksi orang lain melalui hubungan seksual, melalui kotak oral genital atau menggunakan jarum bersama-sama. Penggunaan kondom dapat mengurangi penularan virus, walaupun pencegahan ini tidak absolut.
- e. Sikat gigi, alat pencukur dan alat-alat lain yang dapat terkontaminasi dengan darah sebaiknya tidak digunakan bersama-sama.
- f. Wanita seropositif atau wanita dengan pasangan seropositif adalah mereka yang berisiko tinggi untuk mendapatkan AIDS.

Jika mereka hamil, janinnya juga berisiko tinggi untuk mendapatkan AIDS.

- g. Setelah kecelakaan yang menimbulkan pendarahan, permukaan yang terkontaminasi harus dibersihkan dengan sabun yang diencerkan 1 : 10 dalam air.
- h. Alat yang menusuk kulit, misalnya jarum hipodermik atau jarum akupuntur, harus disterilisasi uap dengan autoklaf sebelum digunakan kembali atau harus dibuang dengan aman. Alat-alat kedokteran gigi harus disterilisasi panas sebelum penggunaan ulang. Bila memungkinkan sebaiknya gunakan jarum dan peralatan yang sekali pakai saja.
- i. Bila memeriksakan kesehatan atau melakukan perawatan gigi, pasien yang terinfeksi harus memberitahukan pemeriksaannya bahwa mereka seropositive, dengan demikian dapat dilakukan pemeriksaan yang sesuai dan seara hati-hati untuk mencegah penularan kepada yang lain.
- j. Uji untuk antibodi HIV harus dilakukan kepada orang-orang yang terinfeksi akibat berkontak dengan individu yang seropositif.
- k. Sebagian besar orang-orang dengan tes HIV positif tidak perlu mengganti pekerjaan, kecuali jika dalam bekerja mereka berpotensi untuk menularkan orang lain dengan darah atau cairan tubuhnya.

1. Orang-orang seropositif yang berprofesi sebagai petugas kesehatan, yang melakukan proses invansi atau yang memiliki lesi kulit, harus bertindak hati-hati seperti dianjutkan bagi pembawa hepatitis B untuk melindungi pasien dari risiko infeksi.
- m. Anak-anak dengan tes positif harus dibiarkan tetap bersekolah, karena kontak umum orang per orang di sekolah bukan merupakan risiko. Namun, dianjurkan untuk membatasi lingkungan bagi anak-anak yang belum sekolah atau yang belum dapat mengontrol cairan tubuhnya, memperlihatkan kebiasaan menggigit atau memiliki lesi bernanah (Silvianti, 2010).

2.2 PPIA

2.2.1 Penularan HIV Dari Ibu Kepada Bayinya

Penularan HIV ke bayi dan anak bisa dari ibu ke anak (kehamilan, persalinan dan menyusui), penularan melalui darah, penularan melalui hubungan seks (pelecehan seksual pada anak) (WHO, 2016). Penularan dari ibu ke anak terjadi karena ibu yang menderita HIV/ AIDS sebagian besar (85%) berusia subur (15-44 tahun) sehingga terdapat risiko penularan infeksi yang bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*) (Nursalam dkk, 2018).

Tabel 2.1
Waktu Dan Risiko Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak

Waktu	Risiko
Kehamilan	5-10 %
Persalinan	10-20 %
Menyusui	5-20 %
Risiko penularan keseluruhan	20-50 %

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012)

2.2.2 Pencegahan Penularan HIV Pada Ibu Dan Anak

Pencegahan penularan HIV pada ibu dilakukan secara primer yang mencakup mengubah perilaku seksual dengan menerapkan prinsip ABC, yakni *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual), *Be faithful* (setia kepada pasangan) dan *Condom* (pergunakan kondom jika terpaksa melakukan hubungan dengan pasangan). Ibu juga disarankan untuk tidak menggunakan narkoba, terutama narkoba suntikan dengan pemakaian jarum yang bergantian dengan orang lain (misalnya tindik, tato, silet cukur dan lain-lain). Petugas kesehatan perlu menerapkan kewaspadaan universal dan menggunakan darah serta produk darah yang bebas dari HIV untuk pasien (Nursalam dkk, 2018).

WHO mencanangkan empat strategi untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi dan anak, yaitu dengan mencegah jangan sampai ibu terinfeksi HIV/ AIDS. Apabila sudah dengan HIV/ AIDS dicegah supaya tidak hamil, apabila sudah hamil dilakukan pencegahan supaya tidak menular pada bayi dan anaknya. Namun, bila ibu dan anak sudah

terinfeksi maka sebaiknya diberikan dukungan dan perawatan bagi ODHA dan keluarganya (Nursalam dkk, 2018).

Penularan HIV dari ibu ke bayi bisa dicegah melalui empat cara, mulai dari hamil, saat melahirkan dan setelah melahirkan yaitu penggunaan antiretroviral selama kehamilan, penggunaan antiretroviral saat persalinan dan bayi yang baru dilahirkan, penanganan obstetrik selama persalinan, penatalaksanaan selama menyusui. Pemberian antiretroviral bertujuan agar *viral load* rendah sehingga jumlah virus yang ada dalam darah dan cairan tubuh kurang efektif untuk menularkan HIV (Nursalam dkk, 2018).

Persalinan sebaiknya dipilih dengan metode *section caesaria* karena terbukti mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi sampai 80%. Bila bedah sesar selektif disertai penggunaan terapi retroviral, maka risiko dapat diturunkan sampai 87%. Walaupun demikian bedah sesar juga mempunyai risiko karena imunitas ibu yang rendah sehingga bisa terjadi keterlambatan penyembuhan luka, bahkan bisa terjadi kematian saat operasi. Oleh karena itu, persalinan pervaginam atau *section caesaria* harus dipertimbangkan sesuai dengan kondisi gizi, keuangan dan faktor lain. Bila persalinan pervaginam yang dipilih, tindakan invasif seperti episiotomi rutin, ekstraksi vakum, ekstraksi cunam, memecahkan ketuban sebelum pembukaan lengkap, teralu sering melakukan pemeriksaan dalam, serta memantau analisis gas darah dengan mengambil sampel dari kulit kepala janin selama

persalinan harus dihindari karena akan meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke janin (Nursalam dkk, 2018).

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT) merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV/ AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) di Indonesia serta Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Layanan PPIA diintegrasikan dengan paket layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi dan kesehatan remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dalam strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV/ AIDS dan IMS. PPIA yang dilaksanakan dengan baik telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu menurunkan risiko penularan vertical dari ibu ke bayi dari 20-50% menjadi kurang dari 2% (Nursalam dkk, 2018).

2.2.3 Tujuan Program

Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi bertujuan untuk hal berikut:

- a. Mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi.

Sebagian besar (90%) infeksi HIV pada bayi dikarenakan tertular dari ibunya. Infeksi yang ditularkan dari ibu ini kelak akan mengganggu kesehatan anak. Diperlukan upaya intervensi dini yang

baik, mudah dan mampu laksana guna menekan proses penularan tersebut.

b. Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap ibu dan bayi.

Dampak akhir dari epidemik HIV berupa berkurangnya produktivitas dan peningkatan beban biaya yang harus ditanggung oleh ODHA dan masyarakat. Indonesia di masa mendatang kerana morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan bayi. Epidemi HIV terutama terhadap ibu dan bayi tersebut perlu diperhatikan, dipikirkan dan diantisipasi sejak dini untuk menghindari terjadinya dampak akhir tersebut (Nursalam dkk, 2018).

2.2.4 Sasaran Program PPIA

Sasaran program PPIA, meliputi perempuan usia reproduktif (15-49 tahun), termasuk remaja dan populasi risiko tinggi, yaitu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012):

- a. Perempuan HIV dan pasangannya;
- b. Perempuan HIV yang hamil dan pasangannya;
- c. Perempuan HIV, anak dan keluarganya (Nursalam dkk, 2018).

2.2.5 Kebijakan Program Nasional PPIA

- a. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta sebagai bagian dari layanan komprehensif

- berkesinambungan dan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif.
- b. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak diprioritaskan pada daerah dengan epidemi HIV meluas dan terkontaminasi, sedangkan upaya pencegahan IMS dan eliminasi sifilis kongenital dapat dilakukan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan tanpa melihat tingkat epidemi HIV.
 - c. Memaksimalkan kesempatan tes HIV dan sifilis bagi perempuan usia reproduksi (seksual aktif), ibu hamil dan pasangannya dengan penyediaan tes diagnosis cepat HIV dan sifilis; memperkuat jejaring rujukan layanan HIV dna IMS (termasuk akses pengobatan ARV); dan pengintegrasian kepada PPIA ke layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi dan kesehatan remaja.
 - d. Pendekatan intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung pelaksanaan program.
 - e. Peran aktif berbagai pihak termasuk mobilisasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan pengembangan upaya PPIA.
 - f. Untuk daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mempu atau berwenang, pelayanan PPIA dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan HIV yang memadai;
- 2) Pelimpahan wewenang kepada tenaga kesehatan yang terlatih.

Penetapan daerah yang memerlukan *task shifting* petugas dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan setempat.

- g. Setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberikan obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut (PDP).
- h. Kepala Dinas Kesehatan merencanakan ketersediaan logistik (obat dan pemeriksaan tes HIV) berkoordinasi dengan Ditjen PEPL, Kemenkes.
- i. Pelaksaan pertolongan persalinan baik secara pervaginam atau perabdominal harus memperhatikan indikasi obstetrik ibu dan bayinya serta harus menerapkan kewaspadaan standar.
- j. Sesuai dengan kebijakan program bahwa makanan terbaik untuk bayi adalah pemberian ASI secara eksklusif selama 0-6 bulan, maka ibu dengan HIV perlu mendapatkan konseling laktasi dengan baik sejak perawatan antenatal pertama. Namun apabila ibu memilih lain (pengganti ASI) maka ibu, pasangan dan keluarganya perlu mendapatkan konseling makanan bayi yang memenuhi persyaratan teknis (Nursalam dkk, 2018).

2.2.6 Implementasi Program PPIA

- a. Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi.

Skala Nasional	Area Risiko Tinggi
<p>1) Mengurangi stigma.</p> <p>2) Meningkatkan kemampuan masyarakat melakukan perubahan perilaku.</p> <p>3) Komunikasi perubahan perilaku untuk remaja/ anak muda.</p>	<p>1) Mengurangi stigma.</p> <p>2) Meningkatkan kemampuan masyarakat melakukan perubahan perilaku.</p> <p>3) Komunikasi perubahan perilaku untuk remaja/ anak muda.</p> <p>4) Mobilisasi masyarakat untuk memotivasi ibu hamil menjalani konseling dan tes HIV sukarela.</p>

- b. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV positif.

Skala Nasional	Area Risiko Tinggi
<p>1) Promosi dan distribusi kondom.</p> <p>2) Penyuluhan ke masyarakat tentang PPIA, terutama kepada laki-laki.</p> <p>3) Konseling pasangan yang salah satunya terinfeksi HIV.</p> <p>4) Konseling perempuan/ pasangannya jika hasil tes HIV-nya negatif selama kehamilan.</p>	<p>1) Promosi dan distribusi kondom.</p> <p>2) Penyuluhan ke masyarakat tentang PPIA, terutama kepada laki-laki.</p> <p>3) Konseling pasangan yang salah satunya terinfeksi HIV.</p> <p>4) Konseling perempuan/ pasangannya jika hasil tes HIV-nya negatif selama kehamilan.</p> <p>5) Mengajurkan perempuan yang menderita penyakit kronis untuk menunda kehamilan hingga sehat selama enam bulan.</p> <p>6) Membantu laki-laki HIV positif dan pasangannya untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan.</p>

- c. Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu HIV positif pada bayi.

Skala Nasional	Area Risiko Tinggi
Merujuk ibu HIV positif ke sarana layanan kesehatan tingkat kabupaten/ provinsi untuk mendapatkan layanan tindak lanjut.	Memberikan layanan psikologis dan sosial kepada ibu hamil dengan HIV positif dan keluarganya.

- d. Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya.

Skala Nasional	Area Risiko Tinggi
Merujuk ibu HIV positif ke sarana pelayanan kesehatan tingkat kabupaten/ provinsi untuk mendapatkan layanan tindak lanjut.	Memberikan layanan kepada ibu hamil dengan HIV positif: profilaksis ARV, konseling pemberian makanan bayi dan cara persalinan.

2.2.7 Komponen Kegiatan PPIA Komprehensif

Menurut WHO terdapat empat komponen/ prong yang perlu diupayakan untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi, meliputi:

1. Prong 1 Mencegah Terjadinya Penularan HIV Pada Perempuan

Usia Reproduksi

Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV pada bayi adalah dengan mencegah perempuan usia reproduksi tertular HIV. Komponen ini dapat juga dinamakan pencegahan primer. Pendekatan pencegahan primer bertujuan untuk

mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi secara dini, bahkan sebelum terjadinya hubungan seksual, artinya mencegah perempuan muda di usia reproduksi, ibu hamil dan pasangannya, agar tidak terinfeksi HIV. Dengan mencegah infeksi HIV pada perempuan usia reproduksi dan ibu hamil, maka bisa dijamin pencegahan penularan HIV ke bayi (Nursalam dkk, 2018).

Penularan HIV dapat dihindari dengan menggunakan konsep ABCDE. Berikut uraian tentang konsep ABCDE tersebut:

- a. A (*Abstinence*), artinya absen seks ataupun tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.
- b. B (*Be Faithful*), artinya bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan)
- c. C (*Condom*), artinya cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
- d. D (*Drug no*), artinya dilarang menggunakan narkoba.
- e. E (*Equipment*), artinya pakai alat-alat yang bersih, steril, sekali pakai, tidak bergantian, diantaranya alat cukur dan sebagainya. (E dapat juga pemberian edukasi, pemberian informasi yang benar).

Adapun upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk membendung penyebarluasan HIV yaitu dengan pencegahan primer yang meliputi hal berikut:

- a. Menyebarluaskan informasi mengenai HIV/ AIDS.
 - 1) Meningkatkan kesadaran perempuan tentang cara menghindari penularan HIV dan IMS.
 - 2) Menjelaskan manfaat dari konseling dan tes HIV secara sukarela.
- b. Mengadakan penyuluhan HIV/ AIDS secara berkelompok.
 - 1) Mempelajari tentang pengurangan risiko penularan HIV dan IMS (termasuk penggunaan kondom).
 - 2) Mengetahui cara bernegosiasi sesks aman (penggunaan kondom) dengan pasangan.
- c. Mobilisasi masyarakat untuk membantu masyarakat mendapatkan akses terhadap informasi tentang HIV/ AIDS.
Melibatkan petugas lapangan (kader PKK, bidan dan lainnya) untuk memberikan informasi pencegahan HIV dan IMS kepada masyarakat dan untuk membantu klien mendapatkan akses layanan kesehatan.
- d. Konseling untuk perempuan HIV negatif.
 - 1) Ibu hamil yang hasil tesnya HIV negatif perlu didukung agar status dirinya tetap HIV negatif.
 - 2) Mengajurkan agar pasangannya menjalani menjalani tes HIV.
- e. Layanan yang bersahabat untuk pria.

- 1) Membuat layanan kesehatan ibu dan anak yang bersahabat untuk pria sehingga mudah diakses oleh suami/ pasangan ibu hamil.
- 2) Mengadakan kegiatan “kunjungan pasangan” pada kunjungan ke layanan ibu dan anak.

2. Prong 2 Mencegah Kehamilan Yang Tidak Direncanakan Pada Ibu HIV Positif

Pada dasarnya perempuan dengan HIV positif tidak disarankan untuk hamil. Pemberian alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta konseling yang berkualitas akan membantu ODHA dalam melakukan seks yang aman, mempertimbangkan jumlah anak yang dilahirkannya, serta menghindari lahirnya anak yang terinfeksi HIV. Untuk mencegah kehamilan, alat kontrasepsi yang dianjurkan adalah seperti ibu HIV negatif, namun pemilihan jenis kontrasepsi disesuaikan dengan kondisi klinis ibu. Kontrasepsi oral dan kontrasepsi hormon jangka panjang (suntik dan implan) bukan kotrasepsi pada ODHA (Nursalam dkk, 2018).

Pemakaian AKDR tidak dianjurkan untuk perempuan yang sering berganti pasangan seksual, karena bisa menyebabkan infeksi radang panggul. Spons dan diafragma kurang efektif untuk mencegah terjadinya kehamilan maupun penularan HIV (Nursalam dkk, 2018).

Program KB yang paling efektif untuk perempuan HIV positif adalah dengan menggunakan satu jenis kontrasepsi mantap untuk mencegah kehamilannya ditambah dengan penggunaan kondom sebagai alat pencegahan penularan HIV. Jika ibu HIV positif tetap ingin memiliki anak, Kementerian Kesehatan menganjurkan jarak antar-kelahiran minimal 2 tahun. Semua pemgunaan alat kontrasepsi harus tetap disertai dengan pemakaian kondom sebagai alat pencegahan penularan HIV. Kondom sendiri tidak disarankan sebagai alat kontrasepsi (Nursalam dkk, 2018).

3. Prong 3 Mencegah Terjadinya Penularan HIV Dari Ibu Hamil HIV Positif Ke Bayi Yang Dikandungnya

Komponen ketiga ini merupakan inti dari pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi, meliputi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012):

- a. Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV;
- b. Diagnosis HIV;
- c. Pemberian terapi ARV;
- d. Persalinan yang aman;
- e. Tata laksana pemberian makanan bagi bayi dan anak;
- f. Menunda dan mengatur kehamilan;
- g. Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak;
- h. Pemeriksaan diagnostik pada anak (Nursalam dkk, 2018).

Pemberian ARV selama kehamilan, persalinan dan setelah melahirkan mengikuti sejumlah prinsip sebagai berikut:

- a. Protokol pemberian ARV mengikuti Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 87 tahun 2014 Tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral.
- b. Untuk PPIA, kehamilan adalah indikasi pemberian ARV, tanpa melihat nilai CD4.
- c. Jika perempuan HIV positif sudah menerima ARV, maka pemberiannya diteruskan seumur hidup.
- d. Perempuan HIV positif dewasa yang sudah mendapatkan ARV, saat hamil: teruskan ARV dengan rejimen yang sama. Hindari penggunaan Evafiren pada trimester 1.
- e. Perempuan HIV positif yang diketahui statusnya pada saat kehamilannya, maka: jika terdiagnostik pada umur kehamilan kurang dari 14 minggu dan belum ada indikasi pemberian ARV maka tunda pemberian ARV hingga usia kehamilan 14 minggu.
- f. Jika terdiagnostik HIV pada usia kehamilan lebih dari 14 minggu, maka langsung diberikan ARV (Nursalam dkk, 2018).

Tujuan terapi ARV pada perempuan hamil adalah sebagai berikut:

- a. Memperbaiki kualitas hidup.
- b. Mencegah infeksi oportunistik.
- c. Mencegah progesivitas penyakit.

- d. Mengurangi transmisi dari ibu ke bayi dan kepada orang lain (Nursalam dkk, 2018).

4. Prong 4 Memberikan Dukungan Psikologis, Sosial Dan Perawatan Kepada Ibu HIV Positif Beserta Bayi Dan Keluarganya

Upaya PPIA tidak terhenti setelah ibu melahirkan. Oleh karena ibu tersebut terus menjalani hidup dengan HIV di tubuhnya, maka ia membutuhkan dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu termasuk pelayanan untuk kontrasepsi dan ARV seumur hidup. Jika bayi dari ibu tersebut tidak terinfeksi HIV, tetap perlu dipikirkan tentang masa depannya, karena kemungkinan tidak lama lagi bayi mungil tersebut akan menjadi yatim dan piatu. Sementara bila bayi terinfeksi HIV, perlu mendapatkan pengobatan ARV seperti ODHA lainnya (Nursalam dkk, 2018).

Dengan dukungan psikososial yang baik, ibu HIV positif akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapakan ia akan bertindak bijak dan positif untuk senantiasa menjaga kesehatan diri dan anaknya, dan berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain (Nursalam dkk, 2018).

2.3 VCT (*Voluntary Counseling Testing*)

2.3.1 Definisi VCT

VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan klien dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga dan lingkungannya (Nursalam, 2007)

2.3.2 Tujuan VCT

VCT mempunyai tujuan sebagai:

- a. Upaya pencegahan HIV/AIDS.
- b. Upaya untuk mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi/pengetahuan mereka tentang faktor-faktor risiko penyebab seseorang terinfkksi HIV.
- c. Upaya pengembangan perubahan perilaku, sehingga secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk akses terapi antiretroviral, sera membantu mengurangi stigma dalam masyarakat (Nursalam, 2007).

2.3.3 Tahap VCT

1. Sebelum Deteksi HIV (Pra-konseling)

Pra-konseling juga disebut konseling pencegahan AIDS. Dua hal yang penting dalam konseling ini, yaitu aplikasi perilaku klien

yang menyebabkan klien berisiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS dan apakah klien mengetahui tentang HIV/AIDS dengan benar.

Apabila perilaku klien tidak berisiko, biasanya setelah mengetahui dengan benar bagaimana cara AIDS menular, maka klien akan membatalkan pemeriksaan. Konselor harus lebih hati-hati pada klien dengan perilaku berisiko tinggi karena harus diteruskan dengan rinci tentang akibat yang akan timbul apabila hasil tes sudah keluar. Tujuan dari konseling ini adalah untuk mengubah pola tingkah laku. Di Amerika Serikat setelah konseling ini berhasil, maka klien akan membubuhkan tanda tangan pada “surat persetujuan diperiksa” yang antara lain berisi keamanan klien bahwa identitasnya tidak akan dibocorkan (Nursalam, 2007).

a. Tujuan Konseling pra-tes HIV/AIDS

Terdapat beberapa tujuan dilakukannya konseling pr-tes pada klien yang akan melakukan tes HIV/AIDS. Tujuan tersebut adalah agar:

- 1) Klien memahami benar kegunaan tes HIV/AIDS.
- 2) Klien dapat menilai risiko dan mengerti persoalan dirinya.
- 3) Klien dapat menurunkan rasa kecemasannya.
- 4) Klien dapat membuat rencana penyesuaian diri dalam kehidupannya.
- 5) Klien memilih dan memahami apakah ia akan melakukan tes darah HIV/AIDS atau tidak (Nursalam, 2007).

b. Lima prinsip praktis konseling pra-tes HIV

Ada lima prinsip praktis yang biasa dilakukan saat konseling pra-tes HIV. Lima prinsip praktis tersebut diuraikan secara singkat di bawah ini:

1) Motif klien HIV/AIDS

Klien secara sukarela (*Voluntary*) dan secara paksa (*Compulsory*) mempunyai perasaan yang berbeda dalam menghadapi segala kemungkinan, baik pra-tes atau pasca-tes.

2) Interpensi hasil pemeriksaan

- a) Uji saring atau skrining dan tes konfirmasi.
- b) Asimptomatik atau gejala nyata (*Full Blown Symptom*).
- c) Tidak dapat disembuhkan (HIV) tetapi masih dapat diobati (infeksi sekunder).

3) Estimasi hasil

- a) Pengkajian risiko bukan hasil yang diharapkan.
- b) Masa jendela.

4) Rencana ketika hasil diperoleh

Apa yang akan dilakukan oleh klien ketika telah mengetahui hasil pemeriksaan, baik positif maupun negatif.

5) Pembuatan keputusan

Klien dapat memutuskan untuk mau dan tidak mau diambil

darahnya guna dilakukan pemeriksaan HIV (Nursalam, 2007).

2. Deteksi HIV (Sesuai keinginan klien dan setelah klien menandatangani lembar persetujuan-*informed consent*)

Tes HIV adalah tes darah yang digunakan untuk memastikan apakah seseorang sudah positif terinfeksi HIV atau belum. Caranya adalah dengan cara mendeteksi ada tidaknya antibodi HIV dalam sampel darahnya. Hal ini perlu dilakukan agar seseorang bisa mengetahui secara pasti status kesehatan dirinya, terutama status kesehatan yang menyangkutrisiko dari perilakunya selama ini (Nursalam, 2007).

Tes HIV harus bersifat:

- a. Sukarela: Orang yang akan melakukan tes HIV haruslah berdasarkan atas kesadarannya sendiri, bukan atas paksaan/tekanan orang lain.
- b. Rahasia: Apapun hasil tes ini, hanya boleh diberitahu langsung kepada orang yang bersangkutan.
- c. Tidak boleh diwakilkan kepada orang lain, baik orang tua/pasangan, atasan, atau siapapun (Nursalam, 2007).

3. Pascakonseling: Konseling Setelah Deteksi HIV

Pascakonseling merupakan kegiatan konseling yang harus diberikan setelah hasil tes diketahui, baik hasilnya positif maupun negatif, konseling pasca-tes sangat penting untuk membantu mereka

yang hasilnya HIV positif agar dapat mengetahui cara menghindari penularan HIV kepada orang lain. Cara untuk bisa mengatasinya dan menjalani hidup secara positif. Bagi mereka yang hasil tesnya HIV negatif, maka konseling pasca-tes bermanfaat untuk membantu tentang berbagai cara mencegah infeksi HIV di masa mendatang (Nursalam, 2007).

Tujuan konseling pasca-tes:

a. Hasil negatif

- 1) Klien dapat memahami arti periode jendela.
- 2) Klien dapat membuat keputusan akan tes ulang atau tidak, kapan waktu tepat untuk mengulang.
- 3) Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi risiko melalui perilakunya.

b. Hasil positif

- 1) Klien dapat memahami dan menerima hasil tes secara tepat.
- 2) Klien dapat menurunkan masalah psikologis dan emosi karena hasil tes.
- 3) Klien dapat menyesuaikan kondisi dirinya dengan infeksi dan menysun pemecahan masalah serta dapat menikmati hidup.
- 4) Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi risiko melalui perilakunya (Nursalam, 2007).

2.4 Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Konsep Pendidikan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, dsb perlu ditunjang atau dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini essensial karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011).

2.4.2 Batasan Pendidikan Kesehatan

Beberapa ahli kesehatan telah membuat batasan pendidikan kesehatan antara lain:

a. WOOD: 1926

“Pendidikan kesehatan adalah pengalaman-pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan seseorang atau masyarakat”.

b. NYSWANDER: 1947

“Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang

dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pulsa seperangkat prosedur”.

c. STEUART: 1968

“Pendidikan kesehatan adalah merupakan komponen program kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan”.

d. JOINT COMMISSION ON HEALTH EDUCATION, USA: 1973

“Pendidikan kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan” (Fitriani, 2011).

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*Behaviour engineering*) untuk hidup sehat. Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan, yaitu:

- a. Input: sasaran pendidikan (Individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidik).
- b. Proses: upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.

- c. Output: melakukan apa yang diharapkan atau perilaku (Fitriani, 2011).

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

- a. Perubahan perilaku

Adalah merubah perilaku-perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif. Perilaku-perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah misalnya: merokok, minum minuman keras, ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya, ibu tidak mau memeriksakan kehamilannya dsb.

- b. Pembinaan perilaku

Pembinaan disini ditujukan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (*healthy life style*) tetap dilanjutkan atau dipertahankan. Misalnya: olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah di tempatnya dsb.

- c. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan kepada membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak ini seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan

terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya (Fitriani, 2011).

2.4.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Dibagi menjadi 2 bagian, yaitu:

- a. Berdasarkan WHO tahun 1954 tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat.
- b. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya. Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma (Fitriani, 2011).

Azwar (1983) membagi 3 perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu:

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Contohnya kader kesehatan mempunyai tanggungjawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadaan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masayarakat.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.

- c. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan adapula yang sudah benar-benar sakit tetapi tetap tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (Fitriani, 2011).

2.4.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah:

- a. Masyarakat umum.
- b. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, remaja. Termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama baik negeri atau swasta.
- c. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual (Fitriani, 2011).

2.4.5 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Menurut Hanlon 1964 dikutip dari Azwar 1983 mengemukakan tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan adalah:

- a. Tahapan sensitisasi

Pada tahapan ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai masalah

kesehatan seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit, imunisasi.

Pada kegiatan ini tidak memberikan penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula merujuk pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud pada masyarakat untuk mengubah perilakunya.

b. Tahapan publisitas

Tahapan ini merupakan tahapan lanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan berupa *Press release* yang dikeluarkan Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan.

c. Tahapan edukasi

Tahap ini kelanjutan pula dari tahap sensitisasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan pada perilaku yang diinginkan.

Contoh: ibu hamil memahami bahwa pentingnya pemeriksaan secara rutin mengenai masalah kehamilannya pada bidan atau dokter (Fitriani, 2011).

d. Tahapan motivasi

Tahap kelanjutan dari tahap edukasi. Masyarakat setelah mengikuti benar-benar kegiatan pendidikan kesehatan mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan (Fitriani, 2011).

2.4.6 Konsep Pendidikan Kesehatan

Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangna atau perubahan kea rah yang lebih dewasa, lebih bhaik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Fitriani, 2011).

Seseorang dikatakan belajar apabila di dalam dirinya terjadi perubahan dari tidak tahu menjadi tahu atau dari tidak bisa mengerjakan sesuatu menjadi mampu mengerjakan sesuatu (Fitriani, 2011).

2.4.7 Proses Pendidikan Kesehatan

Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar.



Dalam proses belajar ini terdapat 3 persoalan pokok yaitu:

1. Persoalan masukan (*input*)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antra lain subjek

belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode, teknik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

3. Persoalan keluaran (*output*)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (Fitriani, 2011).

2.4.8 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi yaitu:

1. Dimensi sasaran, ruang lingkup pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat yang dengan sendirinya sasaran berbeda pula yaitu:
 - a. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid.
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau puskesmas dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari Leavel dan Clark yaitu:
 - a. Promosi kesehatan
 - b. Perlindungan khusus
 - c. Diagnosis dini dan pengobatan segera
 - d. Pembatasan kecacatan
 - e. Rehabilitasi (Fitriani, 2011).

2.4.9 Sub Bidang Keilmuan Pendidikan Kesehatan

Strategi dan pendekatan yang diperlukan untuk mendorong faktor-faktor yang berpengaruh langsung terhadap pendidikan kesehatan berakibat pada dikembangkannya mata ajaran atau sub disiplin ilmu sebagai bagian dari pendidikan kesehatan. Mata ajaran tersebut antara lain:

- a. Komunikasi

Komunikasi dibutuhkan untuk mengkondisikan faktor-faktor predisposisi. Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, tradisi, kepercayaan yang negatif tentang penyakit, makanan, lingkungan. Mereka tidak berperilaku dan bersikap sesuai dengan nilai kesehatan sehingga memerlukan komunikasi dalam bentuk pemberian informasi tentang kesehatan.

Untuk komunikasi yang efektif sehingga petugas kesehatan perlu dibekali dengan ilmu komunikasi.

b. **Dinamika Kelompok**

Dinamika kelompok merupakan metode yang paling efektif untuk menyampaikan pesan kesehatan pada sasaran pendidikan.

c. **Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat (PPM)**

Untuk memperoleh perubahan perilaku sangat dibutuhkan faktor yang mendukung kearah sana. Diantaranya kesediaan sarana dan fasilitas yang memadai. Sumber dan fasilitas perlu digali dan dikembangkan oleh masyarakat itu sendiri. Masyarakat mampu mengorganisasikan komunitas sendiri untuk berperan serta dalam penyediaan fasilitas. Maka para petugas kesehatan perlu dibekali ilmu pengembangan dan pengorganisasian masyarakat.

d. **Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)**

PKMD merupakan wadah partisipasi masyarakat dalam bidang pengembangan kesehatan. Filosofi PKMD adalah pelayanan kesehatan dari mereka, oleh mereka dan untuk mereka.

e. **Pemasaran Sosial**

Untuk memasyarakatkan produksi kesehatan baik yang berupa peralatan, fasilitas maupun jasa pelayanan perlu usaha pemasaran. Usaha pemasaran jasa pelayanan dalam dunia bisnis dinamakan pemasaran sosial (sosial marketing).

f. Pengembangan Organisasi

Agar institusi kesehatan sebagai organisasi pelayanan kesehatan dan organisasi masyarakat mampu berfungsi sebagai faktor pendorong/pendukung perubahan perilaku maka diperlukan dinamisasi organisasi tersebut.

g. Pendidikan dan Pelatihan

Petugas, tokoh masyarakat yang juga merupakan panutan perilaku harus mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku yang positif yang menjadi pendorong atau penguat perilaku sehat masyarakat. Untuk itu sangat dibutuhkan pendidikan dan pelatihan baik itu tentang pendidikan kesehatan maupun ilmu perilaku.

h. Pengembangan Media (Tekhnologi Pendidikan Kesehatan)

Proses pendidikan kesehatan agar hasilnya maksimal diperlukan media/alat bantu pendidikan. Fungsi media dalam pendidikan adalah sebagai alat peraga untuk menyampaikan informasi atau pesan tentang kesehatan.

i. Perencanaan Evaluasi Pendidikan Kesehatan

Untuk mencapai tujuan program dan kegiatan yang efektif dan efisien diperlukan perencanaan dan evaluasi. Hal ini disebabkan karena program pendidikan kesehatan sebagai indikator keberhasilan dari program pendidikan kesehatan adalah perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku sasaran memerlukan pengukuran yang khusus.

j. **Antropologi Kesehatan**

Perilaku manusia dipengaruhi oleh lingkungan baik itu fisik maupun sosial budaya. Untuk melakukan pendekatan perubahan perilaku tersebut petugas harus menguasai berbagai macam latar belakang sosial budaya masyarakat yang bersangkutan.

k. **Sosiologi Kesehatan**

Latar belakang sosial, struktur sosial dan ekonomi mempunyai pengaruh terhadap perilaku kesehatan masyarakat. Petugas juga harus mampu menguasai aspek sosial masyarakat yaitu dengan cara memahami ilmu sosiologi.

l. **Psikologi Kesehatan**

Psikologi merupakan dasar dari ilmu perilaku. Untuk mempelajari perilaku individu, kelompok maupun masyarakat dibutuhkan pengetahuan yang lebih dari segi psikologi (Fitriani, 2011).

2.5 Media Dan Metode Promosi Kesehatan

2.5.1 Alat Bantu (Peraga)

1. Pengertian

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran (Fitriani, 2011).

2. Faedah Alat Bantu Pendidikan

Secara terperinci, faedah alat peraga antara lain sebagai berikut:

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- c. Membantu mengatasi hambatan bahasa.
- d. Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
- e. Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat (Fitriani, 2011).

3. Macam-Macam Alat Bantu Pendidikan

Didalam buku Fitriani (2011), pada garis besarnya, hanya ada 2 macam alat bantu pendidikan (alat peraga):

- a. Alat Bantu Visual (Visual Aids)

Alat ini berguna didalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk:

- 1) Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, film strip dan sebagainya.
- 2) Alat-alat yang tidak diproyeksikan:
 - a) 2 dimensi, gambar, peta, bagan dan sebagainya.
 - b) 3 dimensi misal bola dunia, boneka dan sebagainya.

b. Alat-Alat Bantu Dengar (Audio Aids)

Ialah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/ pengajaran.

Misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan sebagainya.

c. Alat Bantu Lihat-Dengar

Seperti televisi dan video *cassette*. Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan Audio Visual Aids (AVA).

Disamping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat dibedakan menjadi 2 macam menurut pembuatannya dan penggunaanya:

- a. Alat peraga yang *complicated* (rumit), seperti film, film strip slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.
- b. Alat peraga yang sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh seperti bambu, karton, kaleng bekas, kertas karton dan sebagainya. Misalnya:
 - 1) Di rumah tangga seoerti leaflet, model buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti buah-buahan, sayur-sayuran, dsb.
 - 2) Di kantor-kantor dan sekolah-sekolah, seperti papan tulis, flipchart, poster, leaflet, buku cerita bergambar, kotak gambar gulung, boneka, dsb.
 - 3) Di masyarakat umum, misalnya poster, spanduk, leaflet, faner graph, boneka wayang, dsb.

Ciri-ciri alat peraga kesehatan yang sederhana antara lain:

- a. Mudah dibuat.
- b. Bahan-bahannya dapat diperoleh dari bahan-bahan lokal.
- c. Mencerminkan kebiasaan, kehidupan dan kepercayaan setempat.
- d. Ditulis (digambar) dengan sederhana.
- e. Bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat.
- f. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat.

2.5.2 Sasaran Yang Dicapai Alat Bantu Pendidikan

Menggunakan alat peraga harus didasari pengetahuan tentang sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga tersebut.

- a. Individu atau kelompok.
- b. Kategori-kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dsb.
- c. Bahasa yang mereka gunakan.
- d. Adat istiadat serta kebiasaan.
- e. Minat dan perhatian.
- f. Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.

Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh:

- a. Petugas-petugas puskesmas/kesehatan
- b. Kader kesehatan.
- c. Guru-guru sekolah dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya.
- d. Pamong desa (Fitriani, 2011).

2.5.3 Tujuan Yang Hendak Dicapai

- a. Tujuan pendidikan, yaitu untuk:
 - 1) Mengubah pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep-konsep.
 - 2) Mengubah sikap dan persepsi.
 - 3) Menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru.
- b. Tujuan penggunaan alat peraga:
 - 1) Sebagai alat bantu dalam latihan/penataran/pendidikan.
 - 2) Untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu masalah.
 - 3) Untuk meningkatkan sesuatu pesan/informasi.
 - 4) Untuk menjelaskan fakta/fakta, prosedur, tindakan (Fitriani, 2011).

2.5.4 Media Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3, yakni (Fitriani, 2011):

- a. Media cetak
 - 1) Booklet
 - 2) Leaflet

- 3) Flyer (selebaran)
- 4) Flip chart
- 5) Rubrik/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah
- 6) Poster
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan
- b. Media elektronik
 - 1) Televisi
 - 2) Radio
 - 3) Video; Slide, film strip
- c. Media papan (Billboard)

2.5.5 Metode Pendidikan

- a. Metode pendidikan individual (perorangan)
 - 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)
 - 2) Wawancara (*interview*)
- b. Metode pendidikan kelompok
 - 1) Kelompok besar; ceramah, seminar.
 - 2) Kelompok kecil; diskusi kelompok, curah pendapat (Brain Storming), bola salju (snow balling), kelompok kecil-kecil (buzz group), memainkan peran (role play), permainan simulasi (simulation game) (Fitriani, 2011).
- c. Metode pendidikan massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan media massa. Contoh:

- 1) Ceramah umum (public speaking)
- 2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik.
- 3) Billboard yang dipasang dipinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa.

2.6 Konsep Perilaku Yang Berhubungan Dengan Kesehatan

2.6.1 Pengertian Perilaku

Mengapa kita harus mempelajari tentang perilaku ? karena tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku yang tidak/belum sehat menjadi perilaku yang sehat (Fitriani, 2011).

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Fitriani, 2011).

2.6.2 Pembentukan Perilaku

- a. Cara pembentukan perilaku dengan kebiasaan

Dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku sesuai dengan harapan maka akan terbentuklah suatu perilaku tersebut.

- b. Pembentukan perilaku dengan pengertian

Dalam teori ini belajar secara kognitif disertai dengan adanya pengertian menurut Kohler, sedangkan menurut Thoendike dalam belajar yang dipentingkan adalah latihan.

- c. Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Contohnya, ucapan atau perilaku orang tua sebagai contoh anak-anaknya (Fitriani, 2011).

2.6.3 Teori Perilaku

a. Teori insting

Teori ini di kemukakan oleh Mc Dougall sebagai pelopor dari psikologi, menurutnya bahwa perilaku itu di sebabkan karena insting atau naluri, dan Mc Dougall mengajukan suatu daftar insting. Insting merupakan *imate*, perilaku yang bawaan dan insting akan mengalami perubahan karena pengalaman.

b. Teori dorongan

Teori ini bertitik tolak pada pandangan organisme yang mempunyai dorongan – dorongan atau drive draive dorongan – dorongan tersebut berkaitan dengan dengan kebutuhan – kebutuhan organisme yang mendorong organisme yang berperilaku.

c. Teori insentif

Dengan teori ini akan mendorong organisme berbuat atau berperilaku. Insentif disebut juga Reinforcement, ada yang positif ada juga yang negatif.

d. Teori atribusi

Menjelaskan tentang sebab-sebab perilaku orang; apakah perilaku itu disebabkan oleh disposisi internal (misal motif dan sikap) atau disebabkan oleh keadaan eksternal (Fitriani, 2011).

2.6.4 Peranan Perilaku Terhadap Kesehatan

Klasifikasi perilaku kesehatan dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

a. Perilaku pemeliharaan kesehatan

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk menjaga kesehatannya agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila mana sakit. Pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek, yaitu:

1) Perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan bila mana sembuh dari sakit.

2) Perilaku peningkatan kesehatan apabila seseorang dalam keadaan sehat, karena harus mencapai kesehatan yang optimal.

3) Perilaku gizi. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan bahkan mendatangkan penyakit.

b. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan.

c. Perilaku kesehatan lingkungan

Bila mana seseorang merespon lingkungannya baik fisik, sosial dan budaya, sehingga lingkungan tidak mengganggu kesehatannya, keluarga atau masyarakat (Fitriani, 2011).

2.6.5 Domain Perilaku

Benyamin Bloom (1908), seorang ahli psikologi pendidikan

membagi perilaku manusia kedalam tiga domain ranah atau kawasan, yaitu:

- a. Kognitif
- b. Afektif
- c. Psikomotor

Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

- a. Pengetahuan
 - 1) Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.

- 2) Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a) Awareness (kesadaran)
- b) Interest (tertarik)
- c) Evaluation (menimbang-nimbang)
- d) Trial (mencoba)

e) Adoption (objek sudah berperilaku)

3) Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

a) Tahu (Know)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b) Memahami (comprehension)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui.

c) Aplikasi (application)

Sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

d) Analisis (analysis)

Kemampuan untuk menjabarkan materi kedalam komponen-komponen.

e) Sintesis (synthesis)

Kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f) Evaluasi (evaluation)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek (Fitriani, 2011).

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari

seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Fitriani, 2011).

1) Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- a) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c) Kecenderungan untuk bertindak.

2) Berbagai tindakan sikap

- a) Menerima (receiving)

Subjek (orang) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

- b) Merespon (responding)

Memberikan jawaban bila ditanya.

- c) 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 (Fitriani, 2011).

c. Praktek atau Tindakan

1) Persepsi

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan

tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2) Respon terpimpin

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3) Mekanisme

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4) Adopsi

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik (Fitriani, 2011).

2.7 Model dan Nilai Promosi Kesehatan

2.7.1 Health Belief Model (Model Kepercayaan Kesehatan)

Model kepercayaan kesehatan (Rosenstock, 1974, 1977) sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku-perilaku kesehatan (Fitriani, 2011).

Menurut *Health Belief Model*, perilaku dapat ditentukan oleh:

- a. Percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu.
- b. Tingkat keseriusan masalah.
- c. Meyakini keefektivitas tujuan pengobatan dan pencegahan.
- d. Tidak mahal.
- e. Menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan (Fitriani, 2011).

2.7.2 Model Transteoritik

Model transteoritik (atau “Model Bertahap”, “*Stages of Change*”), sesuai namanya, mencoba menerangkan serta mengukur perilaku kesehatan dengan tidak bergantung pada perangkap teoritik tertentu. Model transteoritik sejalan dengan teori-teori rasional atau teori-teori pembuatan keputusan dan teori ekonomi lain, terutama dalam mendasarkan diri pada proses-proses kognitif unutk menjelaskan perubahan perilaku (Fitriani, 2011).

2.7.3 Model Komunikasi Persuasi

Menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Menurut model komunikasi persuasi, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan atau perilaku-perilaku yang lain (Fitriani, 2011).

2.7.4 Teori Pemahaman Sosial (*Social Learning Theory*)

Teori pemahaman sosial menekankan pada hubungan segitiga antara orang (menyangkut proses-proses kognitif), perilaku dan lingkungan dalam suatu proses deterministic resiprokal (atau kausalitas resiprokal) (Bandura, 1977; Rotte, 1954) kalau lingkungan menentukan atau menyebabkan terjadi perilaku kebanyakan, maka seorang individu menggunakan proses kognitifnya untuk menginterpretasikan lingkungannya maupun perilaku yang dijalankannya, serta memberikan reaksi dengan cara mengubah lingkungan dan menerima hasil perilaku yang lebih baik (Fitriani, 2011).

2.7.5 Model *Theory Of Reasoned Action* (Teori Kehendak Perilaku)

Teori aksi beralasan (Fishbein dan Ajzen, 1975, 1980) menegaskan peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini secara tidak langsung menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat (Fitriani, 2011).

2.7.6 Model *Consequences* (Konsekuensi)

Adalah model peristiwa yang terjadi di lingkungan yang mengikuti perilaku baik itu memperkuat, memperlemah, bahkan menghentikan perilaku tersebut.

a. *Positif Reinforcement* (penguatan yang positif)

Peristiwa yang menyenangkan yang mengikuti suatu peristiwa.

- b. *Negative Reinforcement* (penguat yang negatif)

Peristiwa yang secara terus menerus tidak menyenangkan yang juga menguatkan perilaku.

- c. *Punishment* (hukuman)

Konsekuensi negatif yang menekankan atau memperlemah perilaku (Fitriani, 2011).

2.7.7 Teori Atribusi

Merupakan teori yang menjelaskan tentang perilaku seseorang.

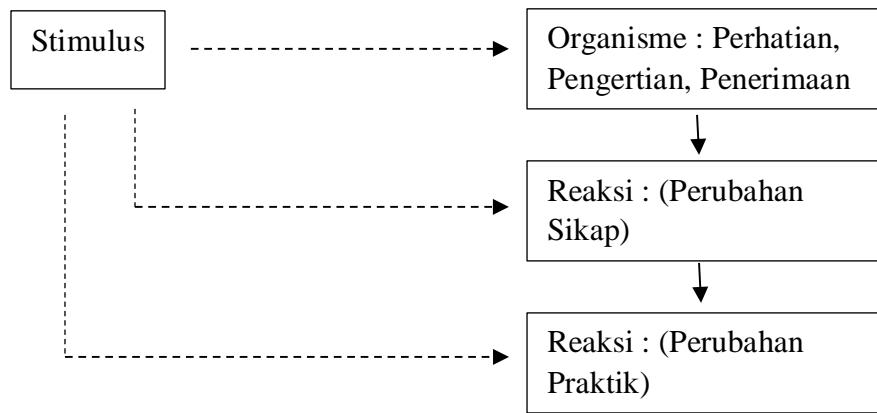
Apakah perilaku itu disebabkan oleh faktor disposisional (faktor dalam), misal sifat, karakter, sikap, dsb ataukah disebabkan oleh keadaan eksternal misal tekanan situasi. Ada tiga teori atribusi, yaitu:

- a. *Theory of Correspondent Inference* (Edward Jones dan Keith Davis)
- b. *Model of Scientific Reasoner* (Harold Kelley, 1967, 1971)
- c. *Consensus* (Weiner) (Fitriani, 2011).

2.7.8 Teori Stimulus Organisme (SOR)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Hosland, *et al.* (1953) menyatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku berdasarkan teori SOR dapat digambarkan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

Gambar 2.1
Teori S-O-R



2.7.9 Model Perubahan Perilaku Dari Green

Suatu teori lain yang dikembangkan oleh Lawrence Green mengatakan bahwa kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor di luar perilaku (non-perilaku). Faktor perilaku ditentukan oleh tiga kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*) mencakup pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat. Faktor pendukung (*enabling factors*) ialah tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, sedangkan faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan. Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga faktor itu agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari

masyarakat terhadap program tersebut dan terhadap kesehatan pada umumnya (Noorkasiani, 2007).

Gambar 2.2
Derajat Kesehatan Dan Faktor Yang Mempengaruhinya
(Teori Green)

