

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Korelasi TB-HIV

2.1.1 Tuberkulosis (TB)

2.1.1.1 Definisi

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB yaitu *mycobacterium tuberculosis* yang pada umumnya menyerang jaringan paru, tetapi dapat juga menyerang organ lainnya (Kemenkes RI, 2015).

A. Cara Penularan Penyakit TB.

Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif, pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei) , lingkungan hidup yang sangat padat dan pemukiman di wilayah perkotaan mempermudah proses penularan berperan dalam peningkatan jumlah kasus TB (Kemenkes RI, 2015).

2.1.1.2 Gejala Penyakit TB

Gejala utama dari pasien TB adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronchitis kronis, asthma, kanker paru dan lain-lain. Sumber penularan adalah pasien TB paru dengan BTA positif, yaitu pada waktu pasien batuk atau bersin yang dapat menyebarkan kuman ke

udara dalam percikan ludah (*droplet*). Menurut I Made Kusuma Jaya, Pada Penderita Tuberculosis, Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA III Tahun 2003 “Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan dan daya tahan tubuh seseorang dalam keadaan lemah pula (Kemenkes RI, 2015).

2.1.1.3 Klasifikasi TB

Diagnosa TB dengan konfirmasi bakteriologis atau klinis dapat diklasifikasi berdasarkan :

- a. Lokasi anatomi penyakit
- b. Riwayat pengobatan sebelumnya
- c. Hasil bakteriologis dan uji resisten OAT
- d. Status HIV

1) Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi

- a) TB paru adalah kasus TB yang melibatkan parenkim paru
- b) TB ekstra paru adalah kasus TB yang melibatkan organ di luar parenkim paru seperti plura, kelenjar betah bening, abdomen, kulit, sendi selaput otak. Kasus Ekstra paru ditegakan secara klinis setelah dilakukan semaksimal mungkin dengan konfirmasi bakteriologi.

2) Klasifikasi berdasarkan Pengobatan

- a) Kasus Baru adalah pasien yang belum pernah mendapatkan Obat Anti TB sebelumnya atau mendapatkan OAT kurang dari 1 bulan .

a) Kasus dengan riwayat sebelumnya adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT 1 bulan atau lebih. Kasus ini diklasifikasikan lebih lanjut berdasarkan hasil pengobatan terakhir sebagai berikut:

- (1) Kasus Kambuh
- (2) Kasus Pengobatan Setelah gagal
- (3) Kasus Setelah putus obat
- (4) Kasus dengan riwayat Pengobatan Lainnya

3) Klasifikasi berdasarkan Hasil bakteriologis dan uji resisten OAT.

Semua pasien suspek TB harus dilakukan pemeriksaan bakteriologis untuk mengkonfirmasi penyakit TB, merujuk pada pemeriksaan apusan dahak berdasarkan pembiakan atau metode diagnostic cepat yang telah mendapatkan rekomendasi WHO (Xpert MTB).

a) Kasus TB paru dikatakan asupan dahak positif berdasarkan terdapatnya paling sedikit hasil pemeriksaan apusan dahak BTA positif pada saat specimen pada saat mulai pengobatan

b) Kasus TB paru apusan negative adalah:

- (1) Hasil pemeriksaan apusan dahak BTA negatif.
- (2) Memenuhi kriteria diagnostic berikut ini:
 - (a) Keputusan oleh klinis untuk mengobati dengan therapy anti TB lengkap.
 - (b) Temuan radiologi sesuai dengan TB paru aktif.
 - (c) Bila HIV negatif tidak respon dengan antibiotik spektrum luas.

4) Klasifikasi berdasarkan Status HIV

a) Kasus TB dengan HIV Positif

Adalah kasus TB klinis yang memiliki hasil positif untuk test HIV yang dilakukan pada saat ditegakan diagnosa TB atau memiliki bukti dokumentasi bahwa pasien telah terdaftar di register HIV.

b) Kasus TB dengan HIV Negatif.

Kasus TB konfirmasi bakteriologis atau klinis yang memiliki hasil negative untuk test HIV di tegakan pada saat diagnose TB di tegakan.

c) Kasus TB dengan HIV tidak diketahui Kasus TB klinis yang tidak memiliki hasil test HIV pada saat diagnose TB di tegakan (Kemenkes RI, 2015)..

Tabel 2.1 Dosis rekombinasi OAT lini pertama untuk dewasa

Obat Anti TBC	Dosis Rekomendasi			
	Harian		3 kali per minggu	
	Dosis (mg/KG BB)	Maksimum (mg)	Dosis (mg/KG BB)	Maksimum (mg)
Isoniazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifamfisín	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamid	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Etambutol	15 (15-20)	-	30 (12-18)	-
Streptomisin*	15 (12-18)	-	15 (12-18)	1000

(Kemenkes RI, 2015)

Pasien berusia diatas 60 tahun dapat mentoleransi lebih dari 500-700 mg perhari beberapa pedoman merekombinasikan dosis 10 mg/kg BB pada pasien kelompok usia ini. Pada pasien dengan berat badan di bawah 50 kg tidak dapat mentoleransi dosis lebih dari 500-700mg per hari (Kemenkes RI, 2015).

2.1.1.4 Tujuan Pengobatan TB Paru:

- Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien
- Mencegah kematian akibat TB aktif akibat efek lanjutan

- c. Mencegah kekambuhan TB
- d. Mengurangi penularan TB kepada orang lain
- e. Mencegah perkembangan dan penularan resisten obat (Kemenkes RI, 2018a).

2.1.1.5 Penanggulangan TB (Permenkes RI, No.67 tahun 2016)

Di Selenggarakan Melalui:

- a. Promosi kesehatan
- b. Surveilans TB
- c. Pengendalian faktor resiko
- d. Penemuan dan penanganan
- e. Pemberian kekebalan
- f. Pemberian obat dan pencegahan (Kemenkes RI, 2016)

2.1.1.6 Pengetahuan dan Sikap Terhadap TB

Hasil survai menunjukan Pengetahuan tentang partisipan yang mengetahui gejala terutama TB pada tahun 2014 belum dikategorikan baik (<80%) dan selain itu masih sedikit (21,3%) masyarakat yang mengetahui obat TB gratis sehingga mengalami keterlambatan pengobatan (Kemenkes RI, 2018).

2.1.2 Human Immunodeficiency Virus (HIV)

2.1.2.1 Definisi

Human Immunodeficiency Virus adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan kemudian menimbulkan AIDS. Infeksi HIV tidak segera menghabiskan atau menghancurkan sistem kekebalan tubuh tetapi akan terus berreflikasi dan menginfeksi, ini bisa bertahun-tahun lamanya sampai akhirnya sistem kekebalan tubuh akan hancur dan tubuh tidak dapat melawan

infeksi-infeksi lain yang menyerang tubuh. Disaat tubuh melemah dan tidak sanggup lagi melawan infeksi yang menyerang tubuh dan infeksi-infeksi tersebut berkumpul atau kumpulan gejala yang disebabkan oleh virus HIV yang menyebabkan kerusakan pada sistem kekebalan tubuh maka disebut AIDS (Kemenkes RI, 2014a).

2.1.2.2 Perjalanan Infeksi HIV

Sesudah Virus HIV masuk dalam tubuh seseorang, maka tubuh akan terinfeksi dan virus akan terinfeksi dan virus akan mereplikasi diri dalam orang disebut. Periode antara masuknya Virus HIV hingga terbentuknya antibody yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium. Periode ini sekitar 12 minggu, selama masa jendela pemeriksaan laboratorium akan negatif namun pasien sangat infeksius gejala yang ditimbulkan berupa demam, pembesaran kelenjar getah bening, keringat malam, ruam kulit sakit kepala dan batuk (Kemenkes RI, 2014a).



Gambar 2.1 Perjalanan HIV ke tahap AIDS

Orang yang terinfeksi HIV tetap dapat terlihat sehat tanpa gejala tanda untuk jangka dan waktu yang panjang bahkan sampai 10 tahun atau lebih

2.1.2.3 Cara Penularan HIV

- a. Penularan melalui Seksual adalah cara yang paling dominan dari semua cara penularan dengan penetrasi. Penetrasi secara vaginal, anal, dan oral seksual antara dua individu. Risiko tertinggi adalah penetrasi vaginal atau anal yang tak terlindungi dari individu yang terinfeksi. Kontak seksual langsung mulut ke penis atau mulut ke vagina masuk dalam katagori rendah tertular HIV
- b. Paparan oleh darah terinfeksi, produk darah atau transplantasi organ dan jaringan serta penggunaan jarum suntik bergantian pada penasin.
- c. Penularan dari ibu ke anak, kebanyakan infeksi HIV pada anak di dapatkan oleh ibunya saat dikandung, dilahirkan, dan sesudah dilahirkan (Kemenkes RI, 2014a).

2.1.2.4 Kegiatan yang Tidak Menularkan HIV

Perlu diketahui bahwa HIV tidak ditularkan dari orang ke orang melalui kegiatan sebagai berikut:

- a. Bersalaman
- b. Berpelukan
- c. Bersentuhan atau berciuman
- d. Penggunaan toilet bersama
- e. Penggunaan kolam renang bersama
- f. Penggunaan alat makan dan minum bersama
- g. Gigitan serangga seperti nyamuk (Kemenkes RI, 2014a)

2.1.2.5 Tahapan Klinis HIV-AIDS

a. Tahapan pertama perjalanan virus : Infeksi HIV Akut

- 1) Pada saat virus menginfeksi tubuh kadar replikasi virus didalam tubuh sangat tinggi sedangkan sel-sel antibody belum terbentuk.
- 2) Penurunan kekebalan tubuh akibat HIV, terjadi karena HIV menyerang CD4
- 3) Sebesar 50-70% orang yang terinfeksi HIV pada tahap awal ini biasanya menunjukkan gejala seperti flu, demam, nyeri otot dan sendi dengan pembengkakan kelenjar getah bening yang muncul rata-rata minggu ke 2 – 4 setelah terpapar HIV dan menghilang rata-rata dalam waktu 2 minggu

b. Orang yang terinfeksi dalam tahap ini sangat infeksius dan umumnya tidak menyadari apalagi hasil test antibody HIVnya adalah negative.

c. Masa tanpa gejala (Asimtomatik) / stadium 1

- 1) Pencegahan pada tahap ini adalah sangat penting bukan saja karena dapat menularkan kepada orang lain akan tetapi juga dapat terinfeksi ulang Virus HIV lain dan infeksi-infeksi lainnya.
- 2) Kadar Virus umumnya rendah dan kekebalan tubuh melalui penghitungan sel dan kekebalan tubuh CD4 tinggi seperti yang tidak terinfeksi.

d. Stadium 2

Perjalanan Virus yang terlihat pada saat ini adalah berat badan menurun 10%, tanpa sebab, herpes zoster, sarkoma berulang 2 atau lebih dalam 6 bulan. Dermatitis seboroik, Dan infeksi fungal pada kuku.

e. Stadium 3

Sistem kekebalan tubuh mulai terganggu dan kadar virus mulai meningkat ,
mulai muncul gejala-gejala sebagai berikut:

- 1) Berat badan menurun 10%, sebab diare kronis tanpa sebab.
- 2) Demam tanpa sebab lebih 1 bulan
- 3) Kandidiasis Oral
- 4) TB paru

f. Stadium 4

Sistem kekebalan tubuh mulai sudah berkurang sehingga mulai timbul infeksi oportunistik yang serius.

- 1) Kanker kulit
- 2) Infeksi usus yang menyebabkan diare berkepanjangan
- 3) Kehilangan berat badan total
- 4) TB ekstra paru dan lainnya (Kemenkes RI, 2014a)

2.1.2.6 Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS

Pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS meliputi: Promosi kesehatan, Pencegahan penularan HIV dan AIDS, Pemeriksaan diagnosa, perawatan dukungan pengobatan, dan rehabilitas (Pemda Cimahi, 2018b).

a. Penularan HIV

- 1) *Abstinensi* artinya absen seks atau tidak melakukan
- 2) hubungan seks bagi orang yang belum menikah
- 3) *Be Faithfull* artinya bersikap saling setia kepada pasangan seks

4) *Condom* artinya mencegah penularan HIV dengan memakai kondom. bila salah satu pasangan telah terinfeksi HIV

5) *Drug No* artinya dilarang menggunakan Narkoba suntik

b. Diagnosa HIV

1) Konseling dan test HIV

Untuk mengetahui status HIV seseorang harus melalui konseling dan test HIV. Secara global diperkirakan setengah Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) tidak mengetahui Status HIV nya

2) Test Diagnosa HIV

Pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS di tegaskan dan ditambahkan pula test HIV yaitu:

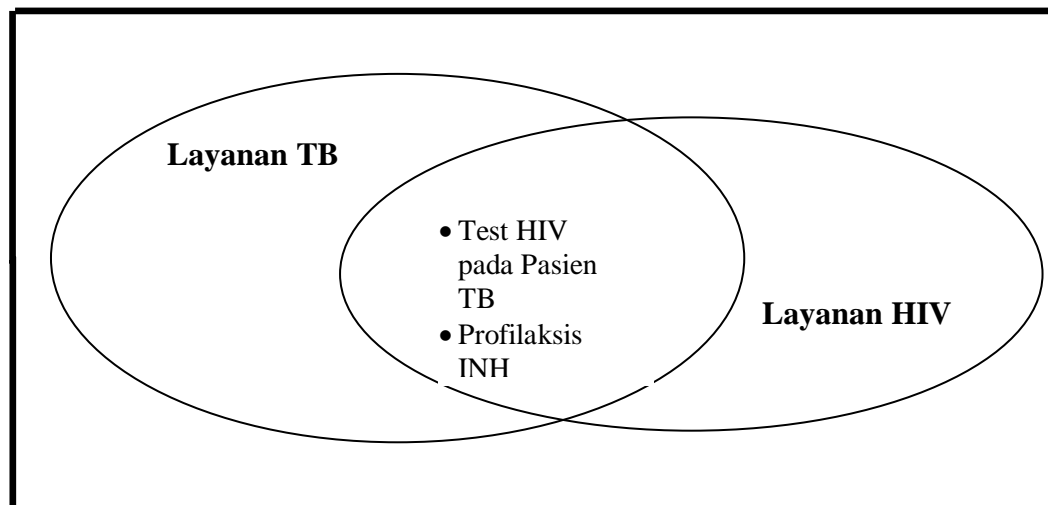
- a) Setiap orang dewasa, anak, dan remaja dengan medis diduga terjadi infeksi HIV riwayat Tuberkulosis dan IMS
- b) Asuhan Ante natal pada Ibu hamil dan ibu bersalin
- c) Lelaki dewasa yang meminta sirkumsisi sebagai pencegahan HIV.

Sesuai dengan perkembangan program SUFA *Strategic Use of ARV* (SUFA) maka test HIV di tawarkan: populasi kunci (Wanita Pekerja Sex (WPS), Laki Sex Laki (LSL), Waria, Pengguna Narkoba Suntik (Penasun)), Pasangan ODHA, ibu hamil, Pasien TB, Semua orang yang berkunjung ke layanan fasyankes di daerah epidemic meluas), pasien IMS, Pasien Hepatitis, Warga Bina Pemasarakatan (WBP), Lelaki Beresiko Tinggi). Pemeriksaan HIV pada Infeksi Oportunistik (TB, IMS, Hepatitis, Toxoplasma dll) (Kemenkes RI, 2015).

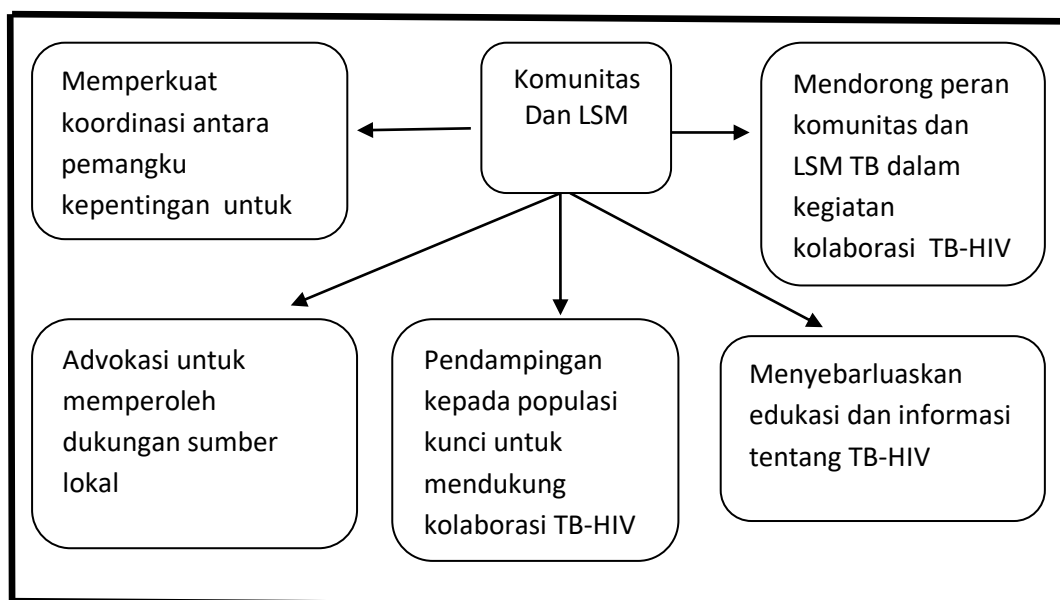
2.1.3 TB-HIV

2.1.3.1 Later Belakang

Epidemi HIV menunjukkan pengaruhnya terhadap peningkatan epidemik tuberkulosis(TB) diseluruh dunia yang berakibat meningkatnya jumlah kasus TB di masyarakat. Epidemi ini merupakan tantangan terbesar dalam penanggulangan TB dan banyak bukti menunjukkan bahwa pengendalian TB tidak akan berhasil dengan baik tanpa keberhasilan pengendalian HIV. Sebaliknya TB merupakan salah satu Infeksi Oportunistik (IO) yang banyak terjadi dan penyebab utama kematian pada orang dengan HIV AIDS (ODHA). Orang-orang yang sistem imunitasnya menurun misalnya ODHA maka infeksi TB laten tersebut dengan mudah berkembang menjadi sakit TB aktif. Hanya sekitar 10% orang yang tidak terinfeksi HIV bila terinfeksi kuman TB maka akan menjadi sakit TB sepanjang hidupnya, sedangkan pada ODHA, sekitar 60% ODHA yang terinfeksi kuman TB akan menjadi sakit TB aktif. Dengan demikian, mudah dimengerti bahwa epidemi HIV tentunya akan menyulut peningkatan jumlah kasus TB dalam masyarakat. Kolaborasi kegiatan bagi kedua program satu keharusan agar mampu menanggulangi kedua penyakit tersebut secara efektif dan efisien (Kemenkes RI, 2014a)



Gambar 2.2 Integrasi Layanan TB HIV

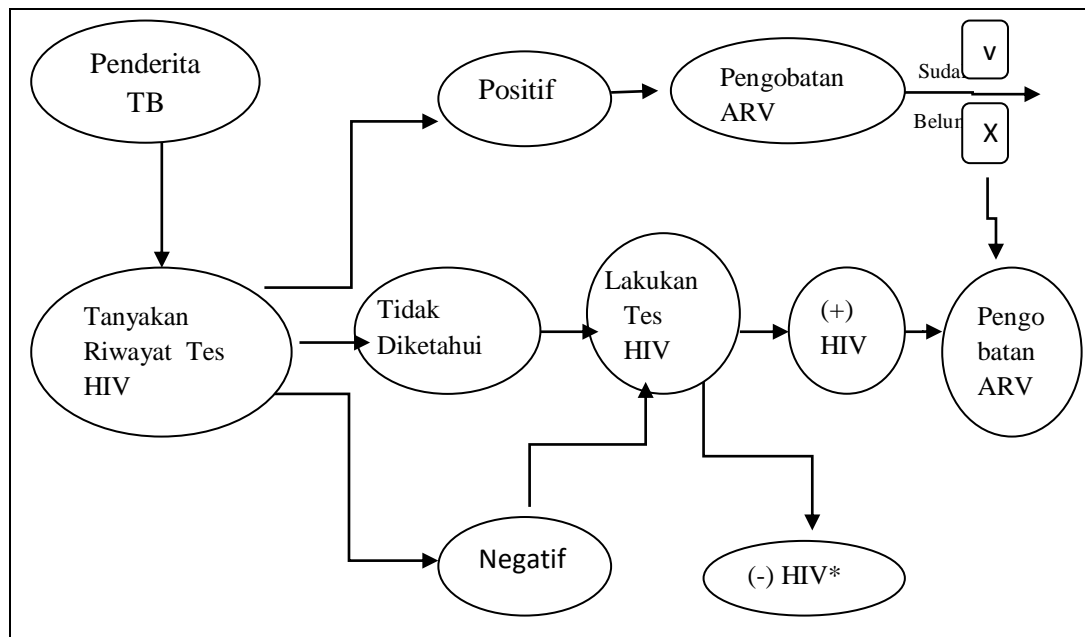


Gambar 2.3 Mendorong peran serta komunitas dan LSM dalam kegiatan TB-HIV

2.1.3.2 Kegiatan Menurunkan Beban TB pada HIV

Upaya kegiatan ini telah dilakukan baik dari tingkat pusat, maupun propinsi Kota/kabupaten maupun fasyankes. Melalui revisi modul pelatihan Kolaborasi TB-HIV bagi petugas HIV pada tahun 2013 dilanjutkan dengan pelaksanaan pelatihan. Penemuan kasus TB pada ODHA di mulai dari kegiatan kaji status TB pada setiap ODHA baru maupun lama yang berkunjung kelayanan HIV. Walaupun

kegiatan ini sebagai rutinitas dilayanan HIV namun data tahun 2013 menunjukkan bahwa kaji status TB pada ODHA baru 83%. Layanan TB-HIV terintegrasi dapat langsung memulai meneruskan pengobatan TB (Kemenkes RI, 2014a).

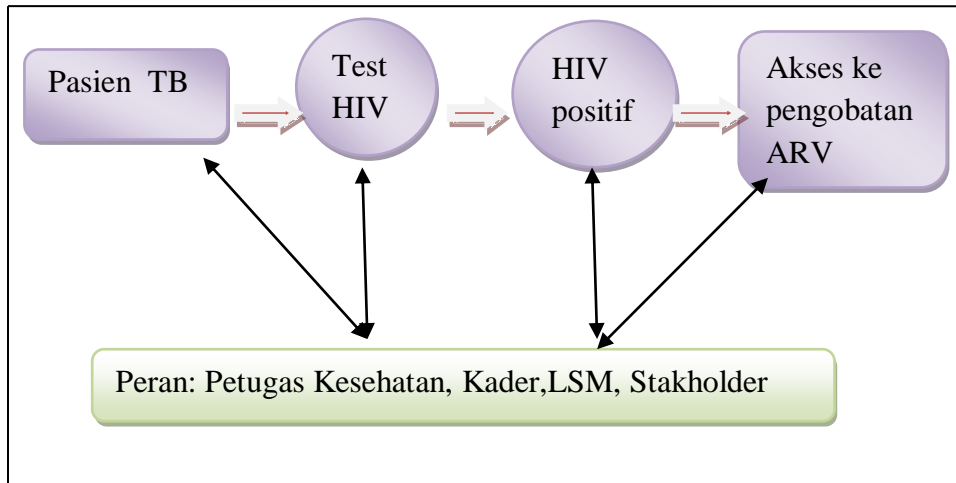


Gambar 2.3 Alur Layanan Test TB-HIV di Unit DOTS

2.1.3.3 Kegiatan Menurunkan Beban HIV pada pasien TB

Sebagai upaya menurunkan bebab HIV-AIDS pada pasien TB kegiatan ini telah dilakukan baik dari tingkat pusat, maupun propinsi Kota/kabupaten maupun fasyankes. Melalui revisi modul pelatihan Kolaborasi TB-HIV bagi petugas TB Sebagai standar inisiasi test HIV pada pasien TB. Konseling dan test pada pasien TB masi berjalan sangat lambat, meskipun telah disebutkan dalam permenkes no. 21 tahun 2013. Sebagian besar unit TB masih bergantung pada unit HIV dalam inisiasi test HIV olerh karena petugas TB kurang percaya diri dalam melakukannya oleh karena itu juga dilkatih petugas TB menjadi konselor HIV. Pemberian KIE pencehahan HIV –AIDS kepada pasien TB juga

dilaksanakan di Fasyankes, dengan menggunakan media yang telah disediakan (Kemenkes RI, 2014a)



Gambar 2.4 Penemuan Kasus HIV pada TB dan memastikan Akses Pengobatan ARV (Kemenkes RI, 2014)

2.1.3.4 Staregi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 TB-HIV

Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 bagi program TB di bagi 2 pilar:

- Pilar 1 Pasien TB yang berpusat pada pasien dan terintegrasi pada pencegahan
- Pilar 2 Kebijakan yang tegas dan berani dan memiliki dukungan yang jelas
- Pilar 3 Intensifikasi Riset dan inovasi baru

Interfensi 3 pilar diharapkan angka kematian akibat TB turun 95% dan angka insidensi turun 90% (Kemenkes RI, 2018)

2.1.3.5 Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015 bagi program HIV

- a. Meningkatkan cakupan layanan HIV-AIDS dan IMS melalui LKB
- b. Memperkuat sistem kesehatan nasional dalam LKB HIV-AIDS dan IMS
strategi utama program HIV ini tujuan upaya pengendalian mencapai “ Getting to zero” pada tahun 2030 dapat tercapai kegiatan rencana aksi nasional TB–HIV (Kemenkes RI, 2018).

2.2 Promosi Kesehatan

2.2.1 Definisi

Promosi Kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi, dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Kementrian Kesehatan, 2013. Tentang *Modul Pelatihan tentang Pengangkatan pertama jabatan fungsional Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Ahli*, Promosi Kesehatan Upaya meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri, oleh untuk dan bersama masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan public yang berwawasan kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

Istilah promosi kesehatan mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit.

Level and Clark yang mengatakan ada 4 tingkat pencegahan penyakit dalam presefektif kesehatan masyarakat, yaitu:

- a. Peningkatan/ promosi kesehatan
- b. Perlindungan khusus melalui imunisasi
- c. Membatasi atau mengurangi masalah
- d. Pemulihan (Pemda Cimahi, 2018)

Promosi Kesehatan adalah peningkatan kesehatan sedangkan Pengertian yang kedua promosi diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenal atau menjual kesehatan, dengan kata lain promosi kesehatan adalah memasarkan atau menjual atau memperkenalkan pesan pesan atau upaya-upaya kesehatan sehingga masyarakat menerima pesan pesan kesehatan tersebut yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat (Perda Cimahi, 2018).

Piagam Ottawa menyebutkan bahwa Promosi Kesehatan adalah proses yang memungkinkan seseorang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan mereka (WHO, 1986)

Lawrence Green, (1984) merumuskan definisi sebagai berikut” Promosi Kesehatan adalah sebagai bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.(Prof.Dr.Soekidjo Notoatmojo, 2010)

2.2.2 Tujuan Promosi Kesehatan

- a. Tersosialisasinya program-program kesehatan
- b. Terwujudnya masyarakat yang berdaya hidup bersih dan sehat
- c. Terwujudnya gerakan hidup sehat di masyarakat untuk menuju terwujudnya kabupaten/kota sehat, provinsi sehat dan MDGs.

2.2.3 Sasaran Promosi Kesehatan

- a. Perorangan / Keluarga

Contoh tindakan: Memperoleh informasi kesehatan melalui berbagai saluran baik langsung maupun melalui media massa. Berperan aktif dalam upaya / kegiatan kesehatan, dll.

- b. Tatanan – Tatanan Lain

Contoh tindakan: Adanya kader kesehatan untuk masing-masing tatanan, mewujudkan tatanan yang sehat untuk menuju terwujudnya kawasan sehat, dan lain-lain.

- c. Ormas/ Organisasi Profesi/ LSM

Contoh tindakan: Menggalang potensi untuk mengembangkan gerakan/ upaya kesehatan, bergotong royong untuk mewujudkan lingkungan sehat, dan lain-lain

- d. Petugas/ Program/ Institusi Kesehatan

Contoh tindakan: Melakukan promosi kesehatan dalam setiap program kesehatan yang diselenggarakan, mendukung tumbuhnya gerakan hidup sehat di masyarakat, dan lain-lain.

- e. Lembaga Pemerintah/ Lintas sektor/ Politis/Swasta

Contoh Tindakan: Peduli dan mendukung upaya kesehatan, minimal dalam mengembangkan lingkungan dan perilaku sehat.

2.2.4 Strategi Promosi Kesehatan

Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit (Permenkes, 2015.No. 74) terdiri dari 3 hal:

a. Advokasi

Merupakan kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu dan mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan berbagai sektor sehingga para pejabat mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan.

b. Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka itu sendiri.

c. Kemitraan (Partnership)

Bekerja sama atas dasar prinsip kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan. Peranannya didukung dengan metode dan media

2.2.5 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai seni (aplikasi) (Notoatmodjo, 2012).

Ruang lingkup promosi Kesehatan berdasarkan :

a. Aspek pelayanan kesehatan, secara garis besarnya terdapat 2 jenis pelayanan kesehatan, yakni:

1) Pelayanan preventif dan promotif

Adalah pelayanan bagi kelompok masyarakat agar kelompok ini tetap sehat dan bahkan meningkat tingkat kesehatannya, pada dasarnya pelayanan ini dilaksanakan oleh kelompok profesi kesehatan masyarakat.

2) Pelayanan Kuratif dan rehabilitatif

Adalah kelompok yang sakit, agar kelompok ini sembuh dari sakitnya dan menjadi pulih kesehatannya, prinsipnya jenis ini dilakukan kelompok profesi Kedokteran.

Maka berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan ini, promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu:

a) Promosi Kesehatan pada tingkat promotif

Sasaran pada kelompok orang sehat dengan tujuan agar mereka mampu untuk meningkatkan kesehatan. Apabila kelompok ini tidak memperoleh promosi kesehatan bagaimana memelihara kesehatan, maka kelompok ini akan menurun dan kelompok orang sakit akan meningkat.

b) Promosi Kesehatan pada tingkat preventif

Disamping kelompok orang yang sehat, sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok yang beresiko tinggi seperti ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas, para pekerja sex, untuk mencegah terjadinya sakit.

c) Promosi Kesehatan pada tingkat kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah pasien terutama penderita penyakit kronik: asma, diabetes mellitus, hipertensi, dan sebagainya, tujuannya mampu mencegah penyakit tersebut tidak bertambah parah.

d) Promosi Kesehatan pada tingkat rehabilitatif

Pada tingkat ini mempunyai sasaran pada kelompok pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit, dengan tujuan utama promosi kesehatan agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya dan atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin.

b. Ruang lingkup promosi Kesehatan berdasarkan tatanan (Soekidjo Notoatmodjo, 2010)

1) Promosi Kesehatan pada tatanan keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat, untuk mencapai perilaku sehat masyarakat harus di mulai dari tatanan masing-masing keluarga. Agar masing-masing keluarga menjadi tempat yang kondusif untuk tumbuhnya perilaku sehat bagi anak-anak sebagai calon anggota masyarakat, maka promosi kesehatan sangatlah berperan, dengan sasaran utamanya adalah orang tua, terutama ibu.

2) Promosi Kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan keluarga, artinya sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku pada anak, termasuk perilaku kesehatan.

3) Promosi Kesehatan pada tatanan tempat kerja

Tempat kerja merupakan tempat dimana orang dewasa memperoleh nafkah untuk kehidupan keluarganya, selama lebih kurang 8 jam pekerja ini menghabiskan untuk menjalankan aktifitas yang beresiko bagi kesehatannya, masing-masing pekerja berbeda. Lebih dari itu perusahaan harus menyediakan unit K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)

4) Promosi Kesehatan di tempat-tempat umum

Tempat-tempat umum adalah tempat dimana orang-orang berkumpul pada waktu-waktu tertentu, seperti: pasar, terminal bus, Stasiun kereta api, bandara dan sebagainya, dan dianggap perlu untuk dilakukannya promosi kesehatan dengan menyediakannya fasilitas-fasilitas yang mendukung perilaku hidup sehat bagi pengunjung, misalnya: tempat sampah, tempat cuci tangan ruang tunggu bagi perokok dan non perokok.

5) Promosi Kesehatan pada di institusi pelayanan kesehatan

Tempat-tempat pelayanan kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, balai pengobatan, dan sebagainya, adalah tempat yang paling strategis untuk promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Ruang lingkup menurut 5 ruang lingkup promosi kesehatan (Ottawa Charter, 1986)

1. Kebijakan berwawasan kesehatan (*Healthy public policy*)

Dalam Dalam proses pembangunan adakalanya aspek kesehatan sering diabaikan, oleh karena itu adanya kebijakan yang berwawasan kesehatan,

diharapkan bisa mengedepankan proses pembangunan dengan tetap memperhatikan aspek-aspek kesehatan. Kegiatan ini ditujukan kepada para pengambil kebijakan (*policy makers*) atau pembuat keputusan (*decision makers*) baik di institusi pemerintah maupun swasta.

2. Lingkungan yang mendukung (*Supportive environment*)

Aspek lingkungan juga perlu diperhatikan. Lingkungan disini diartikan dalam pengertian luas. Baik lingkungan fisik (biotik, non biotik), dan lingkungan non fisik. Diharapkan tercipta lingkungan yang kondusif yang dapat mendukung terwujudnya masyarakat yang sehat

3. Reorientasi pelayanan kesehatan (*Reorient health service*)

Adanya kesalahan persepsi mengenai pelayanan kesehatan, tanggung jawab pelayanan kesehatan kadang hanya untuk pemberi pelayanan (*health provider*), tetapi pelayanan kesehatan juga merupakan tanggung jawab bersama antara pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pihak yang mendapatkan pelayanan. Bagi pihak pemberi pelayanan diharapkan tidak hanya sekedar memberikan pelayanan kesehatan saja, tetapi juga bisa membangkitkan peran serta aktif masyarakat untuk berperan dalam pembangunan kesehatan. dan sebaliknya bagi masyarakat, dalam proses pelayanan dan pembangunan kesehatan harus menyadari bahwa perannya sangatlah penting, tidak hanya sebagai subyek, tetapi sebagai obyek. Sehingga peranserta masyarakat dalam pembangunan kesehatan sangatlah diharapkan

4. Ketrampilan individu (*personnel skill*)

Dalam mewujudkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, masyarakat secara keseluruhan, ketrampilan individu mutlak diperlukan. Dengan harapan semakin banyak individu yang terampil akan pelihara diri dalam bidang kesehatan, maka akan memberikan cerminan bahwa dalam kelompok dan masyarakat tersebut semuanya dalam keadaan yang sehat. ketrampilan individu sangatlah diharapkan dalam mewujudkan keadaan masyarakat yang sehat. Sebagai dasar untuk terapil tentunya individu dan masyarakat perlu dibekali dengan berbagai pengetahuan mengenai kesehatan, selain itu masyarakat juga perlu dilatih mengenai cara-cara dan pola-pola hidup sehat.

5. Gerakan masyarakat (*community action*)

Adanya gerakan ini dimaksudkan untuk menunjukan bahwa kesehatan tidak hanya milik pemerintah, tetapi juga milik masyarakat. Untuk dapat menciptakan gerakan kearah hidup sehat, masyarakat perlu dibekali dengan pengetahuan dan ketrampilan. selain itu masyarakat perlu diberdayakan agar mampu berperilaku hidup sehat. Kewajiban dalam upaya meningkatkan kesehatan sebagai usaha untuk mewujudkan derajat setinggi-tingginya, ternyata bukanlah semata-mata menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan. Masyarakat justru yang berkewajiban dan berperan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Hal ini sesuai yang tertuang dalam Pasal 9 , UU N0. 36 tahun 2009 Tentang kesehatan, yang berbunyi: “Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setia

2.2.6 Promosi Kesehatan dan Prilaku

Masalah kesehatan masyarakat, termasuk penyakit, ditentukan oleh dua actor utama, yaitu faktor prilaku dan non prilaku (Fisik, sosial ekonomi, politik, dan sebagainya). Upaya Intervensi terhadap faktor prilaku dapat dilakukan melalui dua pendekatan:

a. Pendidikan

Sebagai upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melaksanakan tindakan – tindakan untuk memelihara atau mengatasi masalah-masalah dan meningkatkan kesehatannya, yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini berdasarkan kepada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pelajaran.

b. Paksaan dan Tekanan

Paksaan atau tekanan yang dilakukan kepada masyarakat agar mereka melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap 31actor perilaku kesehatan, maka kegiatannya tidak terlepas dari 31actor-faktor yang menentukan perilaku tersebut, kegiatan promosi kesehatan harus disesuaikan diterminan (31actor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri. Menurut Lawrence Green (1980) perilaku ditentukan 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor Fredisposisi (Predisposing factors)

Faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat adalah pengetahuan dan sikap

seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang dilakukan. Misalnya perilaku ibu memeriksakan kehamilannya akan dipermudah perilaku ibu memeriksakan kehamilannya akan dipermudah apabila ibu tersebut tahu apa manfaat periksa kehamilannya.

2. Faktor pemungkin (enabling factors)

Faktor pemungkin atau pendukung (enabling) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

3. Faktor penguat (reinforcing factors)

Faktor penguat terjadinya perilaku diantaranya tokoh masyarakat, peraturan, undang-undang surat keputusan dari para pejabat pemerintah pusat atau daerah (Notoatmodjo, 2012).

2.2.7 Prilaku Pencegahan

Hal yang terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari promosi atau pendidikan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya (Edberg, 2007).

Health Belief Model adalah perubahan perilaku kesehatan dan model psikologis dikembangkan oleh M. Rosenstock pada tahun 1966 untuk mempelajari dan mempromosikan peningkatan pelayanan kesehatan. Model ini ditindaklanjuti oleh Becker dan rekan pada 1970-an dan 1980-an.

Teori Health Belief Model didasarkan pada pemahaman bahwa seorang akan mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan kesehatan.

Komponen-komponen Model Hubungan Kesehatan dengan kepercayaan Health Belief Model, dikenal sebagai model pengharapan akan suatu nilai, yang intinya mengacu pada asumsi bahwa orang akan melibatkan akan melibatkan diri dalam perilaku sehat apabila:

- 1) Mereka menilai hasil (menjadi sehat) terkait dengan perilakunya.
- 2) Mereka pikir bahwa perilaku sehat sepertinya dapat memberikan hasil tersebut.

Dalam membuat kerangka pikir, peneliti menggunakan reori model perubahan perilaku Health Belief Model (Becker dan Rosenstock, 1987). Model Kepercayaan Kesehatan (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat penanganan medis. Oleh karena itu lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan. Kepercayaan seseorang tentang mereka rentan atau tidak rentan terhadap penyakit, dan persepsi mereka tentang manfaat dari pencegahan penyakit yang dipengaruhi oleh kesiapan seseorang untuk bertindak. Keputusan seseorang mengenai seseorang akan memutuskan mengambil tindakan untuk mencegah, melindungi dan mengendalikan penyakit dipengaruhi oleh enam konsep. Enam konsep tersebut juga dipengaruhi oleh faktor peubah, seperti demografi (umur dan jenis kelamin), sosiopsikologika (individu, kelas sosial, teman sebaya dan penekan rujukan), dan

struktural (pengetahuan tentang penyakit dan kontak sebelumnya dengan penyakit). Enam konsep seseorang melakukan tindakan pencegahan, perlindungan, dan pengendalian penyakit, yaitu:

Teori Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Dalam membuat kerangka pikir, peneliti menggunakan reori model perubahan perilaku *Health Belief Model* (Becker dan Rosenstock, 1987). Model perubahan perilaku *Health Belief Model* (Becker dan Rosenstock, 1987). Model Kepercayaan Kesehatan (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat penanganan medis. Oleh karena itu lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan.

Kepercayaan seseorang tentang mereka rentan atau tidak rentan terhadap penyakit, dan persepsi mereka tentang manfaat dari pencegahan penyakit yang dipengaruhi oleh kesiapan seseorang untuk bertindak. Keputusan seseorang mengenai seseorang akan memutuskan mengambil tindakan untuk mencegah, melindungi dan mengendalikan penyakit dipengaruhi oleh enam konsep. Enam konsep tersebut juga dipengaruhi oleh faktor peubah, seperti demografi (umur dan jenis kelamin), sosiopsikologika (individu, kelas sosial, teman sebaya dan penekan rujukan), dan struktural (pengetahuan tentang penyakit dan kontak

sebelumnya dengan penyakit). Enam konsep seseorang melakukan tindakan pencegahan, perlindungan, dan pengendalian penyakit, yaitu:

1) Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*)

Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut resiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum

2) Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Saverity/Seriousness*)

Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh: kematian, cacat dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*)

3) Ancaman yang dirasakan

Pertama, persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*). Mereka yang merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat merasa terancam. Kedua, pandangan individu tentang beratnya penyakit tersebut (*perceived seriousness*), yaitu risiko dan kesulitan apa saja yang akan dialaminya dari penyakit itu. Makin berat risiko suatu penyakit, dan makin besar kemungkinannya bahwa individu itu terserang penyakit penyakit tersebut. Ketiga, makin dirasakan besar ancamannya (*perceived threats*). Ancaman ini

mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Namun ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut dalam diri individu yang justru menghambatnya untuk melakukan tindakan karena individu itu merasa tidak berdaya melawan ancaman tersebut. Guna mengurangi rasa terancam itu, ditawarkanlah suatu alternatif tindakan oleh petugas kesehatan. Apakah individu akan menyetujui alternatif yang diajukan petugas itu, tergantung pada pandangannya tentang manfaat dan hambatan dari pelaksanaan alternatif tersebut. Individu akan mempertimbangkan, apakah alternatif itu memang dapat mengurangi ancaman penyakit dan akibatnya yang merugikan. Namun sebaliknya, konsekuensi negatif dari tindakan yang dianjurkan itu (biaya yang mahal, rasa malu, takut akan rasa sakit, dsb) seringkali menimbulkan keinginan individu untuk justru menghindari alternatif yang dianjurkan petugas kesehatan. Keempat, menunjukkan *perceived benefits* dan *barriers* dari tindakan yang dianjurkan. Untuk akhirnya memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut (Rosenstock, 1982 dalam Noorkasiani, 2009).

4) Manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefits*)

Percaya mengambil tindakan pencegahan, perlindungan dan pengendalian penyakit akan mengurangi kerentanan mereka terhadap penyakit atau keparahan penyakit (*perceived benefits*). Keyakinan efektifitas pengambilan tindakan pencegahan, perlindungan dan pengendalian penyakit untuk mengurangi risiko dan keseriusan penyakit.

5) Penghalang atau Hambatan yang dirasa (*Perceived Barriers*)

Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti : Ketidakpastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti : khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

6) Isyarat bertindak atau *cue to action*

yaitu faktor pencetus tindakan (*cues to action*) yang dapat datang dari diri individu (munculnya gejala-gejala penyakit itu) ataupun dari luar (nasihat orang lain, kampanye kesehatan, terserangnya/ tertularnya seorang teman atau anggota keluarga oleh penyakit yang sama, dan sebagainya). Bagi mereka yang memiliki motivasi yang rendah untuk bertindak (misalnya yang tidak percaya bahwa dirinya akan terserang penyakit itu, yang menganggap remeh akibat dari penyakit tersebut atau yang takut menerima pengobatan) diperlukan rangsangan yang lebih intensif untuk mencetuskan respons yang diinginkan, sebab bagi kelompok semacam ini penghayatan subyektif terhadap hambatan risiko negatif dari pengobatan penyakitnya, jauh lebih kuat daripada gejala obyektif dari penyakit itu ataupun pandangan/ saran profesional petugas kesehatan. Tetapi bagi mereka yang sudah termotivasi untuk bertindak, maka rangsangan sedikit saja sudah cukup untuk menimbulkan respons tersebut (Rosenstock, 1982 dalam Noorkasiani, 2009).

7). Keyakinan yang dirasakan

keyakinan adalah perasaan individu mengenai kemampuan dirinya untuk membentuk perilaku yang relevan dalam situasi-situasi khusus yang mungkin tidak dapat diramalkan, pengaruh kognitif berkaitan dengan keyakinan diri

seseorang dalam berperilaku. Keyakinan dalam melakukan suatu perilaku akan memberikan pengaruh dalam melakukan suatu tindakan tertentu (Santrock, 2010).

Hubungan keyakinan dengan minat test merupakan suatu kepercayaan dan kemauan atau dapat juga disebut sebagai kecenderungan perilaku, sehingga faktor keyakinan merupakan variabel kunci dalam hubungan antara suatu organisasi dengan mitra kerjanya, petugas kesehatan dianggap memiliki pelayanan yang baik, ramah, tanggap dan senantiasa mendengarkan keluhan pasien dan menjelaskan dengan baik tentang penyakit yang diderita pasien sehingga pasien merasa.