

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Lanjut Usia

a. Pengertian

Lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017).

Lansia merupakan tahap akhir dari proses penuaan. Proses menjadi tua akan dialami oleh setiap orang. Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan social secara bertahap sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terkena berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain (Kholifah, 2016).

b. Batasan Lansia

Beberapa pendapat ahli dalam Sunaryo (2016) tentang batasan-batasan umur pada lansia sebagai berikut:

- 1) Undang-undang nomor 13 tahun 1998 dalam bab 1 pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “ lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”.
- 2) *World Health Organization* (WHO), lansia dibagi menjadi 4 kriteria yaitu usia pertengahan (*middle ege*) dari umur 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) dari umur 60-74 tahun, lanjut usia (*old*) dari

umur 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) ialah umur diatas 90 tahun.

- 3) Dra. Jos Mas (Psikologi UI) terdapat empat fase, yaitu : fase invenstus dari umur 25-40 tahun, fase virilities dari umur 40-55 tahun, fase prasenium dari umur 55-65 tahun dan fase senium dari 65 tahun sampai kematian.
- 4) Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro masa lanjut usia (*geriatric age*) dibagi menjadi 3 kriteria, yaitu *young old* dari umur 75-75 tahun, *old* dari umur 75-80 tahun dan *very old* 80 tahun keatas.

c. Masalah Kesehatan Lansia

Aspek kesehatan pada lansia ditandai dengan adanya perubahan faali akibat proses menua yang menurut Notoadmojo (2014) meliputi:

1) Gangguan penglihatan

Biasa disebabkan oleh degenerasi makularsenilis, katarak dan glaukoma. Secara rinci dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Degenerasi makular senilis

Penyebab penyakit ini belum diketahui namun dapat dicetuskan oleh rangsangan cahaya berlebihan. Kelainan ini mengakibatkan distorsi visual, penglihatan menjadi kabur serta dapat timbul distorsi persepsi visual.

b) Katarak

Katarak pada lansia dapat diakibatkan oleh pengobatan steroid yang lama, trauma maupun radiasi. Bila tidak ditemukan penyebabnya, biasanya disebut idiopatik akibat proses menua.

c) Glaukoma

Peningkatan tekanan di dalam bola mata dapat terjadi secara akut maupun mendadak. Gejalanya ada;ah kabur penglihatan disertai pusing, nyeri, muntah dan kemerahan pada mata.

2) Gangguan pendengaran

Gangguan ini meliputi presbikusis (gangguan pendengaran pada lansia) dan gangguan komunikasi.

a) Presbikusis

yaitu gangguan pendengaran yang terjadi pada lansia. Lansia laki-laki cenderung lebih sering menderita presbikusis daripada lansia wanita.

b) Gangguan komunikasi

3) Perubahan komposisi tubuh

Dengan bertambahnya usia maka massa bebas lemak (terutama terdiri atas otot) berkurang 6,3 % berat badan per dekade seiring dengan penambahan massa lemak 2% per dekade. Massa air mengalami penurunan sebesar 2,5% per dekade.

4) Saluran cerna

Dengan bertambahnya usia maka jumlah gigi berangsur-angsur berkurang karena tanggal atau ekstraksi atas indikasi tertentu. Ketidaklengkapan alat cerna mekanik tentu mengurangi kenyamanan makan serta membatasi jenis makanan yang dapat dimakan. Produksi air liur dengan berbagai enzim yang terkandung di dalamnya juga mengalami penurunan. Selain mengurangi kenyamanan makan, kondisi mulut yang kering juga mengurangi kelancaran saat makan.

5) Hepar

Hati mengalami penurunan aliran darah sampai 35% pada usia 80 tahun ke atas, sehingga obat-obatan yang memerlukan proses metabolisme pada organ ini harus ditentukan dosisnya secara seksama agar para lansia terhindar dari efek samping yang tidak diinginkan.

6) Ginjal

Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui air seni. Darah masuk ke ginjal kemudian disaring oleh unit terkecil ginjal yang disebut nefron. Pada lansia terjadi penurunan jumlah nefron sebesar 5 - 7% per dekade mulai usia 25

tahun. Hal ini mengakibatkan sisa metabolisme melalui air seni termasuk sisa obat-obatan.

7) Sistem kardiovaskular

Perubahan pada jantung yang pernah terlihat dari bertambahnya jaringan kolagen, ukuran miokard bertambah, jumlah miokard berkurang dan jumlah air jaringan berkurang. Selain itu, akan terjadi pula penurunan jumlah sel-sel pacu jantung serta serabut berkas His dan Purkinje. Keadaan tersebut akan mengakibatkan menurunnya kekuatan dan kecepatan kontraksi miokard disertai memanjangnya waktu pengisian diastolik. Hasil akhirnya adalah berkurangnya fraksi ejeksi sampai 10-20%.

8) Sistem pernafasan

Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia. Sendi-sendi tulang iga akan menjadi kaku. Keadaan-keadaan tersebut mengakibatkan penurunan laju ekspirasi paksa satu detik sebesar $\pm 0,2$ liter/dekade serta berkurangnya kapasitas vital. Sistem pertahanan yang terdiri atas gerak bulu getar, leukosit dan antibodi serta refleks batuk akan menurun. Hal tersebut menyebabkan warga usia lanjut lebih rentan terhadap infeksi.

9) Sistem hormonal

Produksi testosteron dan sperma menurun mulai usia 45 tahun tetapi tidak mencapai titik nadir. Pada usia 70 tahun, seorang laki-laki masih memiliki libido dan mampu melakukan kopulasi. Pada wanita, karena jumlah ovum dan folikel yang sangat rendah maka kadar estrogen akan sangat menurun setelah menopause (usia 45-50 tahun). Keadaan ini menyebabkan dinding rahim menipis, selaput lendir mulut rahim dan saluran kemih menjadi kering. Pada wanita yang sering melahirkan keadaan di atas akan memperbesar kemungkinan terjadinya inkontinensia.

10) Sistem muskuloskeletal

Dengan bertambahnya usia maka jelas terhadap sendi dan sistem muskuloskeletal semakin banyak. Sebagai respon reparatif maka dapat terjadi pembentukan tulang baru, penebalan selaput sendi dan fibrosin. Ruang lingkup gerak sendi yang berkurang dapat diperberat pula dengan tendon yang semakin kaku.

2. Posyandu Lansia

a. Pengertian Posyandu Lansia

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat yang sudah berusia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati dan digerakkan oleh masyarakat dimana masyarakat yang berusia lanjut bisa mendapatkan pelayanan kesehatan (Khadijah, 2014).

Posbindu adalah pos pembinaan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah yang digerakkan oleh masyarakat, dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan dan diselenggarakan melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya (Sunartyasih & Linda, 2012).

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Lanjut Usia adalah suatu wadah pelayanan kepada lanjut usia di masyarakat, yang proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama lembaga swadaya masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non-pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitikberatkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif. Disamping pelayanan kesehatan, di Posyandu Lanjut Usia juga dapat diberikan pelayanan sosial, agama, pendidikan, ketrampilan, olah raga dan seni budaya serta pelayanan lain yang dibutuhkan para lanjut usia dalam rangka meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Selain itu mereka dapat beraktifitas dan mengembangkan potensi diri (Kemenkes RI, 2013).

b. Tujuan Posyandu Lansia

Menurut Hidayah (2016) Pembentukan Posyandu Lansia memiliki beberapa tujuan, tujuan dibentuknya posyandu lansia yaitu:

- 1) Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas fisik sesuai kemampuan dan aktifitas yang mendukung.
- 2) Memelihara kemandirian secara maksimal.
- 3) Melaksanakan diagnose dini secara tepat dan memadai.
- 4) Melaksanakan pengobatan secara tepat.
- 5) Membina lansia dalam bidang kesehatan fisik.
- 6) Sarana untuk menyalurkan minat lansia.
- 7) Meningkatkan kebersamaan antar lansia.
- 8) Meningkatkan kemampuan lansia untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan lain yang sesuai kebutuhan lansia

c. Sasaran Posyandu Lansia

Sasaran dari posyandu lansia adalah sasaran langsung yaitu kelompok prausia lanjut (45-59 tahun), kelompok usia lanjut (60 tahun keatas). Kelompok usia lanjut yang memiliki resiko tinggi (70 tahun keatas). Sasaran tidak langsung yaitu keluarga lansia, masyarakat umum, organisasi social dalam bidang lansia (Hidayah, 2016).

d. Kegiatan Poyandu Lansia

Pelayanan dalam posyandu lansia pertama pemeriksaan kegiatan sehari-hari seperti: makan, minum, mandi, berpakaian dan naik turun tempat tidur, dan buang air. Pemeriksaan kedua memeriksa status gizi dengan menimbang berat badan dan tinggi badan dengan dilakukan pencatatan dalam grafik indeks massa tubuh (IMT). Pemeriksaan status mental dan tekanan darah menggunakan tensi meter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama 1 menit (Deri, 2016).

Pemeriksaan hemoglobin, gula darah sebagai deteksi awal adanya penyakit diabetes mellitus. Pemeriksaan kandungan zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit

ginjal dan pelaksanaan rujukan pukesmas bila ada rujukan. Kegiatan penyuluhan dilakukan diluar atau didalam posyandu atau kelompok lansia. Kunjungan rumah oleh kader dan didampingi tenaga kesehatan dari puskesmas bagian anggota lansia yang tidak pernah hadir di posyandu (Hidayah, 2016).

e. Pemanfaatan Posyandu Lansia

Menurut Rosmery (2015) Pembentukan Posyandu Lansia memberi manfaat kepada para lansia, manfaat mengikuti Posyandu Lansia antara lain,

- 1) Kesehatan fisik usia lanjut dapat dipertahankan.
- 2) Kesehatan tetap terpelihatra.
- 3) Menyalurkan minat dan bakat untuk mengisi waktu luang.
- 4) Meningkatkan komunikasi antar lansia

f. Faktor yang mempengaruhi lansia dalam mengikuti posyandu lansia

Faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya kunjungan lansia ke posyandu lansia menurut Juniardi (2012), antara lain:

- 1) Pengetahuan, merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.
- 2) Jarak rumah dengan lokasi posyandu, jarak antara rumah tempat tinggal dan tempat layanan kesehatan (dalam km) dan biaya transport adalah biaya yang dikeluarkan dari rumah menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan (dalam rupiah).
- 3) Dukungan keluarga, dukungan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.
- 4) Sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan posyandu, sarana prasarana dapat diartikan sebagai suatu aktifitas maupun materi yang berfungsi melayani kebutuhan individu atau kelompok di dalam suatu lingkungan kehidupan.

- 5) Sikap dan perilaku lansia, sikap sebagai suatu pola perilaku tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana. Sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisi. Hubungan Sikap dan
- 6) Penghasilan atau ekonomi, penghasilan menentukan tingkat hidup seseorang terutama dalam kesehatan. Apabila penghasilan yang didapat berlebih, maka seseorang lebih cenderung untuk menggunakan fasilitas kesehatan yang lebih baik, contohnya seperti rumah sakit dengan fasilitas yang ada di lingkungan tempat tinggalnya.

g. Teori keaktifan kunjungan posyandu lansia

Keaktifan dapat diasumsikan bahwa lansia yang aktif mengikuti setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh posyandu lansia. Seperti olahraga senam lansia, pendidikan dan jalan santai, menjalani pengobatan pemeriksaan kesehatan secara berkala, pemberian makanan tambahan maka lansia tersebut termasuk dalam lansia yang aktif (Ismawati 2012). Namun apabila lansia tidak mengikuti setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh posyandu lansia maka mereka tergolong yang tidak aktif. Keaktifan lansia dalam mengikuti setiap kegiatan yang dilaksanakan di posyandu lansia dapat menurunkan angka kesakitan pada lansia (DepKes RI, 2015).

3. Konsep Dukungan Keluarga

a. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Orang yang berada dalam lingkungan sosial

yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini, karena dukungan keluarga dianggap dapat mengurangi atau menyangga efek kesehatan mental individu menurut (Friedman, 2013).

Dukungan keluarga adalah bantuan yang dapat diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan tenteram. Dukungan ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan. Dukungan keluarga yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat dalam sebuah keluarga. Bentuk dukungan keluarga terhadap anggota keluarga adalah secara moral atau material. Adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakitnya (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

b. Bentuk dukungan keluarga

Bentuk dukungan keluarga memiliki beberapa bentuk, bentuk dukungan keluarga dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

- 1) Dukungan Fisiologis Dukungan fisiologis merupakan dukungan yang dilakukan dalam bentuk pertolongan-pertolongan dalam aktivitas sehari-hari yang mendasar, seperti dalam hal mandi menyiapkan makanan dan memperhatikan gizi, toileting, menyediakan tempat tertentu atau ruang khusus, merawat seseorang bila sakit, membantu kegiatan fisik sesuai kemampuan, seperti senam, menciptakan lingkungan yang aman, dan lain-lain
- 2) Dukungan Psikologis Dukungan psikologis yakni ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang pada anggota keluarga, memberikan rasa aman, membantu menyadari, dan

memahami tentang identitas. Selain itu meminta pendapat atau melakukan diskusi, meluangkan waktu bercakap-cakap untuk menjaga komunikasi yang baik dengan intonasi atau nada bicara jelas, dan sebagainya.

- 3) Dukungan Sosial Dukungan sosial diberikan dengan cara menyarankan individu untuk mengikuti kegiatan spiritual seperti pengajian, perkumpulan arisan, memberikan kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan keinginan sendiri, tetap menjaga interaksi dengan orang lain, dan memperhatikan norma-norma yang berlaku (Indriyani, 2013).

c. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga yang lebih besar. Selain itu dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas dan otokrasi. Selain itu orang tua dan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. Faktor lainnya adalah adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit (Friedman,2013)

d. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua individu atau lebih yang terikat oleh darah, perkawinan, atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama lain (Muhlisin, 2012). Duvall dan Miller dalam Abi (2012) menerangkan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari setiap anggota keluarganya. Dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih dalam suatu ikatan darah, perkawinan, maupun pengadopsian yang bertujuan untuk membentuk perkembangan bio, psiko, sosio dan spiritual dan bersama dalam satu rumah.

e. Fungsi Keluarga

Terdapat beberapa fungsi dasar keluarga menurut Friedman (2013) yaitu:

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan dimiliki, perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang "*reinforcement*" dukungan yang semuanya di pelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dengan keluarga. Komponen yang harus dipenuhi oleh keluarga untuk fungsi afektif adalah memelihara saling asuh, keseimbangan saling menghargai, pertalian dan identifikasi, dan keterpisahan serta kepaduan.

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi di mulai pada saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan kemampuan suatu proses yang

belangsur seumur hidup dimana individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial, yang mereka alami. Keluarga merupakan tempat individu melakukan sosialisasi. Pada setiap tahap perkembangan keluarga dan individu (anggota keluarga) dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

3) Fungsi Reproduksi

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

4) Fungsi Ekonomi

5) Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti makanan, pakaian, rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sukar di penuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan.

4. Pendidikan kesehatan

a. Pengertian edukasi kesehatan

Edukasi kesehatan Menurut Notoatmodjo (2010) pendidikan kesehatan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan - tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan taraf kesehatannya. Jadi dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk kegiatan dengan menyampaikan materi tentang kesehatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku sasaran.

b. Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan (Nursalam dan Efendi, 2013) yaitu: Terjadi perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat dalam membina serta memelihara

perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

c. Sasaran pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu :

1) Sasaran primer (*Primary Target*)

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

2) Sasaran sekunder (*Secondary Target*)

Yang termasuk dalam sasaran ini adalah para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk nantinya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya.

3) Sasaran tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak langsung terhadap perilaku tokoh masyarakat dan kepada masyarakat umum.

d. Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari 3 dimensi menurut Fitriani (2011) yaitu;

- 1) Dimensi sasaran
 - a) Pendidikan kesehatan individu dengan sasarannya adalah individu.
 - b) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasarannya adalah kelompok masyarakat tertentu.
 - c) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasarannya adalah masyarakat luas.
 - 2) Dimensi tempat pelaksanaan
 - a) Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasarannya adalah pasien dan keluarga
 - b) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasarannya adalah pelajar.
 - c) Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasarannya adalah masyarakat atau pekerja.
 - 3) Dimensi tingkat pelayanan kesehatan
 - a) Pendidikan kesehatan untuk promosi kesehatan (*Health Promotion*), misal : peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.
 - b) Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (*Specific Protection*) misal : imunisasi
 - c) Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (*Early diagnostic and prompt treatment*) misal : dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan.
 - d) Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi (*Rehabilitation*) misal : dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan - latihan tertentu.
- e. Langkah-langkah dalam pendidikan kesehatan
- Menurut Subari (2016) ada beberapa langkah yang harus ditempuh dalam melaksanakan pendidikan kesehatan, yaitu :
- 1) Tahap I. Perencanaan dan pemilihan strategi

Tahap ini merupakan dasar dari proses komunikasi yang akan dilakukan oleh pendidik kesehatan dan juga merupakan kunci penting untuk memahami kebutuhan belajar sasaran dan mengetahui sasaran atau pesan yang akan disampaikan. Tindakan perawat yang perlu dilakukan pada tahap ini antara lain:

- a) *Review data* yang berhubungan dengan kesehatan, keluhan, kepastakaan, media massa, dan tokoh masyarakat.
 - b) Cari data baru melalui wawancara, fokus grup (dialog masalah yang dirasakan).
 - c) Bedakan kebutuhan sasaran dan persepsi terhadap masalah kesehatan, termasuk identifikasi sasaran.
 - d) Identifikasi kesenjangan pengetahuan kesehatan tulis tujuan yang spesifik, dapat dilakukan, menggunakan prioritas, dan ada jangka waktu.
 - e) Kaji sumber - sumber yang tersedia (dana, sarana dan manusia)
- 2) Tahap II. Memilih saluran dan materi/media.

Pada tahap pertama diatas membantu untuk memilih saluran yang efektif dan materi yang relevan dengan kebutuhan sasaran. Saluran yang dapat digunakan adalah melalui kegiatan yang ada di masyarakat. Sedangkan materi yang digunakan disesuaikan dengan kemampuan sasaran. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah :

- a) Identifikasi pesan dan media yang digunakan.
 - b) Gunakan media yang sudah ada atau menggunakan media baru.
 - c) Pilihlah saluran dan caranya.
- 3) Tahap III. Mengembangkan materi dan uji coba

Materi yang ada sebaiknya diuji coba (diteliti ulang) apakah sudah sesuai dengan sasaran dan mendapat respon atau tidak.

Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah:

- a) Kembangkan materi yang relevan dengan sasaran.
 - b) Uji terlebih dahulu materi dan media yang ada. Hasil uji coba akan membantu apakah meningkatkan pengetahuan, dapat diterima, dan sesuai dengan individu.
- 4) Tahap IV. Implementasi
- Merupakan tahapan pelaksanaan pendidikan kesehatan. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:
- a) Bekerjasama dengan organisasi yang ada di komunitas agar efektif.
 - b) Pantau dan catat perkembangannya.
 - c) Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan.
- 5) Tahap V. Mengkaji efektifitas
- Mengkaji keefektifan program dan pesan yang telah disampaikan terhadap perubahan perilaku yang diharapkan. Evaluasi hasil hendaknya berorientasi pada kriteria jangka waktu (panjang / pendek) yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi proses dan hasil.
- 6) Tahap VI. Umpan balik untuk evaluasi program
- Langkah ini merupakan tanggung jawab perawat terhadap pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Apakah perlu diadakan perubahan terhadap isi pesan dan apakah telah sesuai dengan kebutuhan sasaran. Informasi dapat memberikan gambaran tentang kekuatan yang telah digunakan dan memungkinkan adanya modifikasi. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:
- a) Kaji ulang tujuan, sesuaikan dengan kebutuhan.
 - b) Modifikasi strategi bila tidak berhasil.
 - c) Lakukan kerjasama lintas sektor dan program.
 - d) Catatan perkembangan dan evaluasi terhadap pendidikan kesehatan yang telah dilakukan.
 - e) Pertahankan alasan terhadap upaya yang akan dilakukan.

- f) Hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan.
- f. Faktor - faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam Pendidikan Kesehatan. Subari (2016) mengelompokkan faktor- faktor yang mempengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan yaitu:
- 1) Faktor materi atau hal yang dipelajari yang meliputi kurangnya persiapan, kurangnya penguasaan materi yang akan dijelaskan oleh pemberi materi, penampilan yang kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara pemberi materi yang terlalu kecil, dan penampilan materi yang monoton sehingga membosankan.
 - 2) Faktor lingkungan, dikelompokkan menjadi dua yaitu :
 - a) Lingkungan fisik yang terdiri atas suhu, kelembaban udara, dan kondisi tempat belajar.
 - b) Lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dan sebagainya
 - 3) Faktor instrument yang terdiri atas perangkat keras (*hardware*) seperti perlengkapan belajar alat - alat peraga dan perangkat lunak (*software*) seperti kurikulum (dalam pendidikan formal), pengajar atau fasilitator belajar, serta metode belajar mengajar.
 - 4) Faktor kondisi individu subjek belajar, yang meliputi kondisi fisiologis seperti kondisi panca indra (terutama pendengaran dan penglihatan) dan kondisi psikologis, misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, motivasi, dan sebagainya.
- g. Media dalam pendidikan kesehatan
- 1) Media cetak
 - a) *Booklet* : digunakan untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
 - b) *Leaflet* : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau pun keduanya.

- c) *Flyer* (selebaran) ; seperti *leaflet* tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
 - d) *Flip chart* (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
 - e) Rubrik/tulisan-tulisan : pada surat kabar atau majalah mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
 - f) Poster : merupakan suatu bentuk media cetak berisi pesan - pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok - tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
 - g) Foto : digunakan untuk mengungkapkan informasi - informasi kesehatan.
- 2) Media elektronik
- a) Televisi : dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, quiz, atau cerdas cermat.
 - b) Radio : bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, ceramah. c) *Video Compact Disc (VCD)*
 - c) *Slide* : digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
 - d) Film strip : digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.
- 3) Media papan (*Bill Board*)
- Papan / *bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan - pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

h. Strategi dan metode pendidikan kesehatan

1) Strategi pendidikan kesehatan

Strategi pendidikan kesehatan adalah cara-cara yang dipilih untuk menyampaikan materi dalam lingkungan pendidikan kesehatan yang meliputi sifat, ruang lingkup dan urutan kegiatan yang dapat memberikan pengalaman belajar kepada klien. Strategi pendidikan kesehatan tidak hanya terbatas pada prosedur kegiatan, melainkan juga termasuk di dalamnya materi atau paket pendidikan kesehatannya (Ririn,2013).

2) Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi :

a) Metode pendidikan individu. Metode ini bersifat individual digunakan untuk membina perilaku atau membina seseorang yang mulai tertarik untuk melakukan sesuatu perubahan perilaku. Bentuk pendekatan ini antara lain:

(1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance* dan *counselling*)

Dengan cara ini kontak antara keluarga dengan petugas lebih intensif. Klien dengan kesadaran dan penuh pengertian menerima perilaku tersebut.

(2) Wawancara (*interview*)

Wawancara petugas dengan klien untuk menggali informasi, berminat atau tidak terhadap perubahan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian atau dasar yang kuat.

b) Metode pendidikan kelompok

Metode tergantung dari besar sasaran kelompok serta pendidikan formal dari sasaran.

(1) Kelompok besar

(2) Kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar adalah

- (a) Seminar yaitu metode yang baik untuk sasaran dengan pendidikan menengah keatas berupa presentasi dari satu atau beberapa ahli tentang topik yang menarik dan aktual.
- (b) Ceramah, yaitu metode yang baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi atau rendah

(3) Kelompok kecil

Jumlah sasaran kurang dari 15 orang, metode yang cocok untuk kelompok ini adalah:

- (a) Diskusi kelompok, kelompok bisa bebas berpartisipasi dalam diskusi sehingga formasi duduk peserta diatur saling berhadapan.
- (b) Curah pendapat (*brain storming*) merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Usulan atau komentar yang diberikan peserta terhadap tanggapan-tanggapannya, tidak dapat diberikan sebelum pendapat semuanya terkumpul.
- (c) Bola salju, kelompok dibagi dalam pasangan kemudian dilontarkan masalah atau pertanyaan untuk diskusi mencari kesimpulan.
- (d) Memainkan peran yaitu metode dengan anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan.
- (e) Simulasi merupakan gabungan antara *role play* dan diskusi kelompok.

c) Metode pendidikan massa

Metode ini menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat umum (tidak membedakan umur,

jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi dan sebagainya). Pada umumnya pendekatan ini tidak langsung, biasanya menggunakan media massa, beberapa contoh metode ini antara lain:

- (1) Ceramah umum, metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- (2) Pidato atau diskusi melalui media elektronik.
- (3) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter / petugas kesehatan tentang suatu penyakit.
- (4) Artikel/tulisan yang terdapat dalam majalah atau Koran tentang kesehatan.
- (5) Bill board yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya

5. Kunjungan lansia

a. Definisi

Kunjungan posyandu adalah kedatangan atau pergi untuk melakukan kunjungan posyandu, dengan tujuan memeriksakan kondisi kesehatannya. Kunjungan ke Posyandu idealnya dalam satu tahun minimal frekuensi kunjungannya dilaksanakan sebanyak 12 kali kunjungan. Hal ini karena seharusnya posyandu menyelenggarakan kegiatan setiap bulan, jadi bila teratur akan ada 12 kali setiap tahun. Dalam kenyataannya tidak semua posyandu dapat berfungsi setiap bulan. (Novi, 2007).

b. Kendala posyandu lansia

Erfandi (2008) mengemukakan ada lima faktor kendala dalam pelaksanaan Posyandu Lansia yaitu:

- 1) Pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu. Pengetahuan lansia akan manfaat posyandu ini dapat diperoleh dari pengalaman pribadi dalam kehidupan sehari-harinya. Dengan menghadiri kegiatan posyandu, lansia akan mendapat penyuluhan tentang cara hidup sehat dengan segala keterbatasan atau masalah

kesehatan yang melekat pada mereka. Dengan pengalaman ini, pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi mereka untuk selalu mengikuti Posyandu Lansia.

- 2) Jarak rumah lansia dengan lokasi Posyandu Lansia jauh atau sulit dijangkau. Jarak posyandu yang dekat akan membuat lansia mudah menjangkau posyandu tanpa harus mengalami kelelahan atau kecelakaan fisik karena penurunan daya tahan atau kekuatan fisik tubuh. Kemudahan dalam menjangkau lokasi posyandu ini berhubungan dengan faktor keamanan atau keselamatan bagi lansia. Jika lansia merasa aman atau merasa mudah untuk menjangkau lokasi posyandu tanpa harus menimbulkan kelelahan atau masalah yang lebih serius, maka hal ini dapat mendorong minat atau motivasi lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan demikian, keamanan ini merupakan faktor eksternal dari terbentuknya motivasi untuk menghadiri Posyandu Lansia.
- 3) Kurangnya dukungan keluarga untuk mengantar maupun mengingatkan lansia untuk datang ke Posyandu Lansia. Dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan Posyandu Lansia. Keluarga bisa menjadi motivator kuat bagi lansia apabila selalu menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar lansia ke posyandu, mengingatkan lansia jika lupa jadwal posyandu, dan berusaha membantu mengatasi segala permasalahan bersama lansia.
- 4) Sikap lansia yang kurang baik terhadap petugas posyandu yaitu ketidaksiapan atau ketidaksediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia, karena sikap seseorang adalah suatu cermin kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek.
- 5) Kader Posyandu Lansia. Kader juga harus mampu berkomunikasi dengan efektif, baik dengan individu atau kelompok maupun masyarakat, kader juga harus dapat membina kerjasama dengan

semua pihak yang terkait dengan pelaksanaan posyandu, serta untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan lansia pada hari buka posyandu yaitu pendaftaran, penimbangan, pencatatan/pengisian KRS, penyuluhan dan pelayanan kesehatan sesuai kewenangannya dan pemberian PMT, serta dapat melakukan rujukan jika diperlukan.

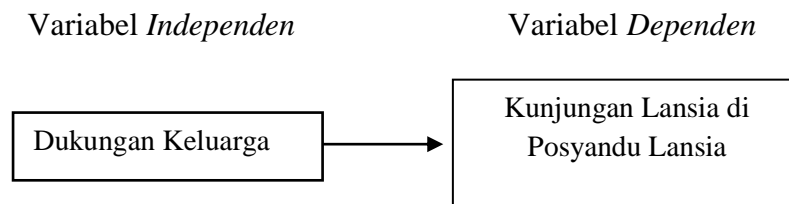
B. Kerangka Teori



Tabel 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Junaidi (2012), Notoadmojo (2014)

C. Kerangka Konsep



Tabel 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

- Ha : Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang dukungan keluarga terhadap peningkatan kunjungan lansia di Posyandu Lansia Kelurahan Cabeankunti Cepogo Boyolali.
- Ho : Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang dukungan keluarga terhadap peningkatan kunjungan lansia di Posyandu Lansia Kelurahan Cabeankunti Cepogo Boyolali.