

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga (Andarmoyo, 2012)

Keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan.

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggotanya.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing, dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Keluarga adalah sebagaimana sebuah kesatuan yang kompleks dengan atribut yang dimiliki, tetapi terdiri dari beberapa komponen yang masing-masing mempunyai sebagaimana individu miliki.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan.

Oleh karena itu, betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat biopsikososial spiritual. Jadi, sangatlah tepat jika keluarga sebagai titik sentral pelayanan

keperawatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota yang sehat dan mewujudkan masyarakat yang sehat pula.

2.1.2 Tipe Keluarga (Setiadi, 2008)

Pembagian keluarga tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan

1. Secara Tradisional

- 1) Keluarga Inti (Nuclear Family) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga Besar (Extended Family) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

2. Secara Modern (berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain di atas adalah :

- 1) Keluarga bentukan kembali (*Dyadic Family*), adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya. Keadaan ini di Indonesia juga menjadi tren karena adanya pengaruh gaya hidup barat yang pada zaman dahulu jarang sekali ditemui sehingga seorang yang telah cerai atau ditinggal pasangannya cenderung hidup sendiri untuk membesarkan anak-anaknya.

- 2) Orang tua tunggal (*single parent family*), adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 3) *The unmarried teenage mother*, ibu dengan anak tanpa perkawinan.
- 4) *The single adult living alone*, orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah. Kecenderungan di Indonesia juga meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan oleh pasangan atau anaknya kelak jika telah menikah.
- 5) Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*The non-marital heterosexual cohabitig family*), biasanya dapat dijumpai pada daerah kumuh perkotaan (besar), tetapi pada akhirnya mereka dinikahkan oleh pemerintah daerah (kabupaten atau kota) merkipun usia pasangan tersebut telah tua demi status anak-anaknya.
- 6) *Gay and lesbian family*, keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.1.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut (Friedman, 1998) adalah:

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi Sosialisai

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

3. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga.

5. Fungsi Perawatan/pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.1.4 Tugas Keluarga

Keluarga memiliki tugas yang harus dikerjakan. (Suprajitno, 2004) membagi tugas keluarga menjadi lima yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit

Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi

4. Mempertahankan suasana dirumah

Mempertahankan suasana yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga,

5. Mempertahankan hubungan timbal balik

Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada)

2.1.5 Peran Keluarga

2.1.5.1 Pengertian Peran

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan – harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. (Setiadi, 2008). Dengan demikian peran adalah bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu (Hariyanto, 2005).

2.1.5.2 Macam-macam Peran Keluarga (Andarmoyo, 2012)

Peran keluarga disini terdapat peran formal dan peran informal, namun peneliti mengambil atau mengamati peran informal keluarga.

1. Peran Formal

Peran ini bersifat eksplisit. Berikut adalah peran-peran formal keluarga:

1) Peran parental dan perkawinan

Ada enam peran dasar yang dapat membentuk posisi sosial sebagai suami, yaitu: peran provider/penyedia, peran pengatur rumah tangga, peran perawatan rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi dan peran persaudaraan/*kindship*, peran terapeutik/memenuhi kebutuhan efektif dari pasangan, dan peran seksual.

2) Peran anak

Peran anak adalah melaksanakan tugas perkembangan dan pertumbuhan.

3) Peran kakek/nenek

Kakek/nenek semata-mata hadir dalam keluarga, mereka memiliki peran sebagai pengawal jika diperlukan, menjadi hakim, dan menjadi partisipasi aktif (menciptakan keterikatan yang lalu dengan sekarang).

2. Peran Informal

Peran ini bersifat implisit dan tidak nampak serta digunakan untuk memenuhi kebutuhan emosional dan/atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Peran-peran informal tidak dapat menghasilkan stabilitas keluarga, ada yang bersifat adaptif dan bersifat merusak kesejahteraan keluarga.

- 1) Pendorong, keluarga menuju dan menerima kontribusi dari orang lain. Sehingga membuat anggota yang lain merasa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengar. Diantaranya, mendukung dan mendorong anggota keluarga untuk tetap semangat sembuh. Mendorong untuk tetap mengonsumsi obatnya dengan teratur dan tetap semangat dalam memelihara kesehatannya.
- 2) Pengharmonis, keluarga sebagai penengah jika terdapat perbedaan antar anggota keluarga yang lain.
- 3) Inisiator-Kontributor, keluarga mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru.
- 4) Pendamai, keluarga menyatakan posisinya dan mengaku atas kesalahannya, atau menawarkan jalan keluar.

- 5) Perawat keluarga, keluarga memiliki tugas untuk merawat anggota keluarga lain yang sakit. Diantaranya melakukan pemeliharaan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit agar tidak terjadi komplikasi penyakit berlanjut, melakukan pemeriksaan anggota keluarga secara rutin, membawa segera anggota keluarga yang sakit ke tempat pelayanan kesehatan terdekat jika terjadi komplikasi penyakit.
- 6) Penyalah, keluarga suka mencari tahu kesalahan dan bersikap diktator
- 7) Penghalang, keluarga cenderung menolak ide tanpa alasan.

2.2 **Konsep Stroke**

2.2.1 Pengertian penyakit stroke

Stroke disebut sebagai seragan otak. WHO mendefinisikan bahwa stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu. Stroke termasuk penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah (Yulianto, A, 2011)

2.2.2 Tanda dan Gejala Stroke (Junaidi, 2011)

Serangan awal stroke umumnya berupa gangguan kesadaran, tidak sadar, bingung, sakit kepala, sulit konsentrasi, disorientasi atau dalam bentuk

lain. Gejala dan tanda yang sering dijumpai pada penderita dengan stroke akut adalah:

- a. Adanya serangan deficit neurologis / kelumpuhan fokal, seperti:Hemiparesis, yaitu lumpuh sebelah badan yang kanan atau kiri saja.
- b. Baal atau mati rasa sebelah badan kurang, terasa kesemutan, terasa seperti terkena cabai, seperti terbakar.
- c. Mulut mencong, lidah mencong bisa diluruskan
- d. Bicara jadi pelo
- e. Sulit menelan, minum tersedak
- f. Sulit berbahasa, kata yang diucapkan tidak sesuai keinginan atau gangguan berbicara beripa pelo, rero, sengau, dan kata-katanya tidak dimengerti atau tidak dipahami (afasia).
- g. Bicara tidak lancar, hanya sepatah-sepatah kata yang diucapkan.
- h. Bicara tidak ada artinya atau tidak karuan
- i. Tidak memahami pembicaraan orang lain
- j. Tidak mampu membaca dan menulis
- k. Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil.
- l. Tidak dapat berhitung, kepandaian menurun.
- m. Menjadi pelupa (dimensia)
- n. Vertigo (pusing) atau perasaan berputar yang menetap saat tidak beraktifitas.
- o. Awal terjadinya penyakit (onset) cepat, mendadak, dan biasanya terjadi pada saat beristirahat atau bangun tidur.

- p. Hilangnya penglihatan, berupa penglihatan terganggu, sebagian lapang pandang tidak terlihat, gangguan pandangan tanpa rasa nyeri, penglihatan gelap atau ganda sesaat.
- q. Kelopak mata sulit dibuka atau dalam keadaan terjatuh/tertutup.
- r. Pendengaran hilang atau gangguan pendengaran, berupa tuli satu telinga atau kemampuan mendengarnya menurun.
- s. Menjadi lebih sensitive: menjadi lebih mudah menangis atau tertawa.
- t. Kebanyakan tidur atau selalu ingin tidur, mengantuk.
- u. Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, sempoyongan, atau terjatuh.
- v. Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma).

2.2.3 Etiologi Stroke (Kowalak, dkk, 2011)

1. Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan endapan kolesterol dan plak di dalam dinding arteri. Endapan ini berpotensi besar untuk mempersempit lumen pembuluh arteri, mengurangi aliran darah dan menyebabkan arteri tersebut kehilangan kemampuan meregang. Area yang sempit pada pembuluh darah berpotensi tinggi terjadi penyumbatan akibat plak dari kolesterol. Penyumbatan tersebut mengakibatkan stroke iskemik.

2. Thrombus

Thrombus atau bekuan darah terbentuk pada permukaan kasar plak aterosklerosis yang terbentuk pada dinding arteri, thrombus ini dapat membesar dan akhirnya menyumbat lumen arteri sehingga aliran darah ke otak mengalami penurunan dan mengakibatkan terjadinya stroke iskemik.

3. Embolus

Sebagian thrombus dapat terlepas dan menjadi embolus. Embolus berjalan melewati aliran darah dan dapat menyumbat pembuluh arteri yang lebih kecil. Embolus (atau emboli jika berjumlah banyak) umumnya berasal dari jantung. Tempat pembentukan plak yang lazim ditemukan yaitu di arteri serebri media, arteri karotis interna, arteri vertebralis.

2.2.4 Faktor Risiko Stroke (Junaidi, 2011)

Faktor risiko adalah kelainan atau kondisi yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke.

1. Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan

a. Faktor keturunan

Sampai sekarang faktor keturunan masih belum dapat dipastikan gen mana penentu terjadinya stroke.

b. Umur

Insiden stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Setelah umur 55 tahun risiko stroke iskemik meningkat 2 kali lipat tiap decade. Menurut Schutz penderita yang erumur antara 70-79 tahun banyak menderita perdarahan intrakranial.

c. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih cenderung untuk terkena stroke lebih tinggi dibanding wanita, dengan perbandingan 1,3:1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Laki-laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena stroke 25%, sedangkan risiko bagi wanita hanya 20%. Pada laki-laki cenderung terkena stroke

iskemik sedangkan wanita lebih sering terkena perdarahan subarachnoid dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

2. Faktor Risiko yang Dapat Dikendalikan

a. Tekanan darah tinggi (hipertensi)

Hipertensi mempercepat pengerasan pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis. Hipertensi berperan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darahnya 140/90 mmHg atau lebih.

b. Stres

Pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh faktor stress pada proses aterosklerosis adalah melalui peningkatan pengeluaran hormon kewaspadaan pada tubuh. Stress jika tidak dikontrol dengan baik akan menimbulkan kesan pada tubuh adanya keadaan bahaya sehingga direspon oleh tubuh secara berlebihan dengan mengeluarkan hormon-hormon yang membuat tubuh waspada seperti kortisol, katekolamin, epinefrin, dan adrenalin. Dengan dikeluarkannya adrenalin atau hormon kewaspadaan lainnya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung.

Selain itu, kecenderungan dari orang yang sedang stress umumnya mendorong seseorang melakukan tindakan yang merugikan diri seperti banyak minum-minuman keras, merokok, makan, dan ngemil secara berlebihan. Orang stress makanannya pun cenderung yang manis dan

berlemak karena pengaruh hormon kortisol yang dikeluarkan berlebihan saat stress.

c. Merokok

Merokok mengurangi kemampuan seseorang dalam menanggulangi stress karena zat kimia dalam rokok terutama karbonmonoksida akan mengikat oksigen dalam darah sehingga kadar oksigen dalam darah berkurang. Akibat yang ditimbulkan metabolisme tidak berjalan dengan semestinya. Kita ketahui bahwa otaklah yang bekerja keras dalam menghadapi stress. Otak hanya dapat berfungsi dengan optimal bila tersedia cukup oksigen dan energi.

d. Peminum alkohol

Mengonsumsi alkohol mempunyai dua sisi yang saling bertolak belakang, yaitu efek yang menguntungkan dan yang merugikan. Apabila minum sedikit alkohol secara merata setiap hari akan mengurangi kejadian stroke dengan jalan meningkatkan kadar HDL dalam darah. Tetapi, bila minum banyak alkohol yaitu lebih dari 60 gram sehari akan meningkatkan risiko stroke. Alkohol merupakan racun pada otak dan pada tingkatan yang tinggi dapat mengakibatkan otak berhenti berfungsi.

e. Aktivitas fisik rendah

Aktifitas fisik yang cukup terutama berhubungan dengan menurunnya tingkat kematian karena penyakit koroner yang diduga bermanfaat pada penurunan proses aterosklerosis. Aktifitas fisik secara teratur dapat menurunkan tekanan darah dan gula darah, meningkatkan kadar kolesterol HDL, dan menurunkan kolesterol LDL, menurunkan berat badan,

mendorong berhenti merokok. Hidup secara aktif dapat membantu tubuh mengontrol berat badan serta mengurangi risiko serangan jantung dan stroke.

f. Diabetes

Kencing manis menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Bagi penderita diabetes peningkatan kadar lemak darah sangat meningkatkan risiko penyakit jantung pada stroke. Diabetes mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pembuluh darah besar (makroangiopati) di seluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi pada stroke akan memperbesar meluasnya area infark (sel mati) karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob (oksigen sedikit) yang merusak jaringan otak. Peningkatan stroke pada pasien diabetes diduga karena hiperinsulinemia, peningkatan kadar trigliserida total, kolesterol HDL turun, hipertensi dan gangguan toleransi glukosa, serta berkurangnya fungsi vasodilatasi arteriolar serebral.

g. Kegemukan (obesitas)

Obesitas atau kegemukan dapat meningkatkan kejadian stroke terutama bila disertai dengan dislipidemia dan atau hipertensi, melalui proses aterosklerosis. Obesitas juga dapat menyebabkan terjadinya stroke lewat efek snoring atau mendengkur dan sleep apnea, karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak di otak.

2.2.5 **Komplikasi Stroke**

2.2.5.1 Pengertian Komplikasi (Sutrisno, 2007)

Komplikasi stroke merupakan diagnosis- diagnosis atau penyakit-penyakit yang muncul pada pasien stroke setelah dirawat. Komplikasi stroke meliputi infeksi thorax, konstipasi, pneumonia, UTI (Urinary Tract Infection), Depresi, Kejang, stroke berulang, jantung kongestif, luka tekan (Dekubitus).

2.2.5.2 Beberapa Penyakit yang Termasuk Komplikasi Stroke

a. Infeksi Thorax

Infeksi adalah peristiwa masuk dan penggandaan mikroorganisme pada penjamu rentan yang terjadi melalui kode transmisi kuman yang tertentu, cara transmisi mikroorganisme dapat terjadi melalui darah, udara baik droplet maupun airborne, dan dengan kontak langsung yang terjadi di thorax.

Central Periodic Breathing (CPB), termasuk pernapasan Cheyne-Stokes dan Central Sleep Apnea (CSA) ditemukan pada penderita stroke. Pernapasan Cheyne-Stokes adalah suatu pola pernapasan yang amplitudonya mula-mula naik kemudian turun bergantian dengan periode apnea. Pola pernapasan ini sering dijumpai pada pasien stroke, akan tetapi tidak memiliki korelasi anatomis yang spesifik. Salah satu penelitian melaporkan CPB terjadi pada kurang lebih 53% pasien penderita stroke.

Selain menimbulkan gangguan kontrol respirasi sentral, hemiplegi akut pada stroke berhubungan dengan risiko kematian akibat infeksi paru. Kemungkinan infeksi paru cukup besar pada pasien dengan aspirasi dan hipoventilasi. Kontraksi otot diafragma pada sisi yang lumpuh akibat stroke

akan berkurang pada pernapasan volunter, tidak berpengaruh pada pernapasan involunter. Emboli paru juga pernah dilaporkan terjadi pada 9% kasus stroke

b. Pneumonia

Pneumonia dalam arti umum adalah peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur, parasit. Namun pneumonia juga dapat disebabkan oleh bahan kimia ataupun karena paparan fisik seperti suhu atau radiasi. Peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh penyebab lain selain mikroorganisme (fisik, kimiawi, alergi) sering disebut sebagai pneumonitis.

Menurut gejala kliniknya, pneumonia dibedakan menjadi pneumonia klasik dan pneumonia atipik. Adanya batuk yang produktif adalah ciri pneumonia klasik, sedangkan pneumonia atipik mempunyai ciri berupa batuk nonproduktif.

Peradangan paru pada pneumonia atipik terjadi pada jaringan interstitial sehingga tidak menimbulkan eksudat. Menurut lingkungan kejadiannya, pneumonia dibedakan menjadi community acquired pneumonia, hospital acquired, serta pneumonia pada pasien immunocompromised. Pembagian ini dibuat untuk memudahkan dalam menentukan jenis mikroorganisme penyebabnya.

Bakteri penyebab pneumonia adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Yersinia pestis*.

c. Infeksi saluran kemih

Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang terjadi di sepanjang saluran kemih, termasuk ginjal itu sendiri, akibat poliferasi suatu mikroorganisme. Sebagian besar infeksi saluran kemih disebabkan oleh bakteri, tetapi jamur dan virus juga dapat menjadi penyebabnya. Infeksi bakteri tersering disebabkan oleh *Escherichia coli*, suatu kontaminan tinja yang sering ditemukan di daerah anus. Dikatakan terinfeksi apabila terdapat kuman pada kultur urin $>100.000/ml$ urin.

Infeksi saluran kemih sering terjadi pada anak perempuan dan wanita. Salah satu penyebabnya adalah uretra. Uretra wanita yang lebih pendek sehingga bakteri kontaminan lebih mudah memperoleh akses ke kandung kemih. Faktor lain yang berperan meningkatkan infeksi saluran kemih adalah kecenderungan untuk menahan urin. Pada laki laki juga dapat terjadi infeksi saluran kemih walaupun lebih jarang daripada wanita.

d. Konstipasi

Konstipasi adalah perubahan dalam frekuensi dan konsistensi dibandingkan dengan pola defekasi individu yang bersangkutan, yaitu frekuensi defekasi kurang dari tiga kali per minggu dan konsistensi tinja lebih keras dari biasanya. Konstipasi fungsional didasarkan atas tidak dijumpainya kelainan organik ataupun patologis yang mendasarinya walau telah dilakukan pemeriksaan objektif yang menyeluruh. Pasien yang mengalami konstipasi memiliki persepsi gejala yang berbeda-beda. Menurut World Gastroenterology Organization (WGO) beberapa pasien (52%) mendefinisikan konstipasi sebagai defekasi keras, tinja seperti pil atau butir

obat (44%), ketidakmampuan defekasi saat diinginkan (34%), atau defekasi yang jarang (33%).

Menurut North American Society of Gastroenterology and Nutrition, konstipasi didefinisikan dengan kesulitan atau lamanya defekasi, timbul selama 2 minggu atau lebih, dan menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien.

Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology menjelaskan definisi konstipasi sebagai defekasi yang terganggu selama 8 minggu dengan mengikuti minimal dua gejala sebagai berikut: defekasi kurang dari 3 kali per minggu, inkontinensia, frekuensi tinja lebih besar dari satu kali per minggu, massa tinja yang keras yang dapat mengetuk kloset, massa tinja teraba di abdomen, perilaku menahan defekasi, nyeri saat defekasi.

Penyebab terjadinya konstipasi dapat dibedakan berdasarkan struktur atau gangguan motilitas dan fungsi atau gangguan bentuk pelvik. Gangguan motilitas dapat disebabkan oleh nutrisi tidak adekuat, motilitas kolon melemah, dan faktor psikiatri. Gangguan bentuk pelvik dapat berupa fungsi pelvik dan sfingter melemah, obstruksi pelvik, prolapsus rektum, enterokel, intususepsi rektum, dan rektokel.

e. Kejang

Kejang terjadi akibat lepas muatan paroksismal yang berlebihan dari suatu populasi neuron yang sangat mudah terpicu (fokus kejang) sehingga mengganggu fungsi normal otak. Namun, kejang juga terjadi dari jaringan otak normal di bawah kondisi patologik tertentu, seperti perubahan keseimbangan asam-basa atau elektrolit.

Kejang dapat terjadi sekali atau berulang. Kejang rekuren, spontan dan tidak disebabkan oleh kelainan metabolisme yang terjadi bertahun-tahun disebut epilepsi. Epilepsi dapat diklasifikasikan sebagai tipe idiopatik atau simtomatik. Pada epilepsi idiopatik atau esensial, tidak dapat dibuktikan adanya suatu lesi sentral. Pada epilepsi simtomatik atau sekunder, terdapat kelainan serebrum yang mendorong terjadinya respon kejang. Di antara berbagai penyakit yang mungkin menyebabkan epilepsi sekunder adalah cedera kepala, gangguan metabolik dan gizi (hipoglikemi, fenilketouria defisiensi vitamin B6), faktor toksik (intoksikasi alkohol, putus obat narkotik, uremia), ensefalitis, hipoksia, gangguan sirkulasi, gangguan keseimbangan elektrolit (terutama hiponatremi dan hipokalsemi) dan neoplasma.

Kejang pasca stroke dan epilepsi merupakan penyebab tersering dari sebagian besar pasien yang masuk rumah sakit, baik sebagai gejala klinis ataupun sebagai komplikasi pasca stroke. Faktor usia menjadi faktor risiko independen untuk stroke, dengan kecenderungan terjadinya peningkatan kejadian dan prevalensi kejang pasca stroke dan epilepsi pasca stroke.

Baku emas untuk diagnosis epilepsi adalah pemantauan video EEG secara simultan, yang mengkaitkan temuan EEG dengan serangan. Pasien dipantau 2 jam dengan radiotelemetri yang dipasang di kepala pasien.

f. Stroke Berulang

Kejadian Stroke yang terjadi setelah stroke pertama. Serangan stroke ulang masih sangat mungkin terjadi dalam kurun waktu 6 bulan pasca serangan stroke yang pertama.

Serangan stroke ulang pada umumnya lebih berakibat fatal daripada serangan stroke yang pertama. Penelitian Xu,dkk memperlihatkan bahwa serangan stroke ulang pada tahun pertama dijumpai pada 11,2% kasus. Pengendalian faktor resiko yang tidak baik merupakan penyebab utama munculnya serangan stroke ulang. Penelitian diatas menunjukkan bahwa serangan stroke ulang pada umumnya dijumpai pada individu dengan hipertensi yang tidak terkontrol dan merokok.

Pada pengamatan selama lima tahun pasca serangan stroke, serangan stroke ulang dijumpai pada 32 kasus. Hal ini berarti sepertiga pasien stroke akan mengalami serangan stroke ulang dalam lima tahun pasca serangan stroke yang pertama.

g. Dekubitus

Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka karena trauma dan pembedahan, namun juga dapat disebabkan karena tertekannya kulit dalam waktu lama yang menyebabkan iritasi dan akan berkembang menjadi luka tekan atau dekubitus. Bagian tubuh yang sering mengalami dekubitus adalah siku, tumit, punggung, pinggul, pergelangan kaki dan tulang belakang.

Dekubitus merupakan masalah yang serius karena dapat mengakibatkan meningkatkan biaya, lama perawatan di rumah sakit serta memperlambat program rehabilitasi bagi penderita. Selain itu dekubitus juga dapat menyebabkan nyeri yang berkepanjangan, rasa tidak nyaman, meningkatkan biaya dalam perawatan dan penanganannya serta menyebabkan komplikasi berat yang mengarah ke sepsis, infeksi kronis, sellulitis, osteomyelitis, dan meningkatkan prevalensi mortalitas pada klien lanjut usia.

Dekubitus sering terjadi pada pasien tirah baring seperti pada pasien stroke. Pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi, pasien hanya berbaring saja tanpa mampu untuk mengubah posisi. karena keterbatasan tersebut. Tindakan pencegahan dekubitus harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus, sebab pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi yang mengalami tirah baring di tempat tidur dalam waktu yang cukup lama tanpa mampu untuk merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya luka tekan (dekubitus).

2.3 Konsep Dekubitus

2.3.1 Definisi Ulkus Dekubitus (smeltzer, 2002)

Menurut sjamsuhidayat (2011:398) dekubitus sendiri diartikan luka tekan pada posisi tubuh terlentang, jaringan lunak daerah sakrum tertekan antara tempat tidur dan tulang sakrum. Bila tekanan terjadi berkelanjutan, misalnya pada keadaan koma atau sakit berat, jaringan lunak yang tertekan akan mengalami iskemia yang berkepanjang; perubahan yang terjadi mulai dari perubahan warna kulit menjadi kemerahan dan tidak hilang dengan penekanan hingga kematian kulit.

Luka tekan adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan yang lunak diatas tulang yang menonjol (bony prominince) dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan pada suplai darah pada daerah yang tertekan. Apabila ini berlangsung lama, hal ini dapat menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemik jaringan

dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian sel (www.inna-ppni.or.id diakses pada tanggal 26 November 2016).

2.3.2 Etiologi Ulkus Dekubitus (Smeltzer, 2002)

Faktor-faktor yang teridentifikasi sebagai penunjang terhadap terjadinya dekubitus mencakup imobilitas, kerusakan persepsi sensori dan/atau kognisi, penurunan perfusi jaringan, penurunan status nutrisi, friksi dan daya tarikan, peningkatan kelembaban, dan perubahan kulit yang berhubungan dengan usia.

a. Imobilitas

Bila seseorang tidak bergerak dan tidak aktif, jaringan kulit dan subkutan mengalami penekanan oleh benda di mana orang tersebut beristirahat, seperti kasur, tempat duduk atau traksi. Terjadinya dekubitus secara langsung berhubungan dengan lamanya imobilitas. Jika penekanan berlanjut cukup lama, akan terjadi trombosis pembuluh darah kecil dan nekrosis jaringan, yang mengakibatkan dekubitus.

b. Kerusakan persepsi sensori dan/atau kognisi

Pasien yang mengalami kehilangan sensori, penurunan tingkat kesadaran, atau paralisis dapat tidak merasakan ketidaknyamanan yang berkaitan dengan tekanan berkepanjangan pada kulit. Oleh karenanya, mereka tidak akan mengubah posisi mereka untuk menghilangkan tekanan. Tekanan berkepanjangan ini mengganggu aliran darah, sehingga mengurangi pengiriman nutrisi pada kulit. Dekubitus dapat terjadi dengan periode yang sangat singkat.

c. Penurunan perfusi jaringan

Segala kondisi yang menurunkan sirkulasi dan nutrisi pada kulit dan jaringan subkutan (gangguan perfusi jaringan perifer) meningkatkan risiko terjadinya luka dekubitus.

d. Friksi dan Gaya Tarikan

Gaya mekanis mendukung terjadinya dekubitus. Friksi adalah tahanan terhadap gerakan yang terjadi bila dua permukaan digesekkan satu sama lain. Gaya Tarikan ditimbulkan oleh interaksi gaya gravitasi (gaya yang mendorong tubuh ke bawah) dan friksi. Bukti adanya kerusakan jaringan profunda mungkin lambat dan dapat timbul melalui terjadinya gerakan merosot. Luka dekubitus akibat friksi dan gaya tarikan terjadi ketika pasien “merosot” di tempat tidur.

e. Peningkatan Kelembaban

Kontak berkepanjangan dengan kelembaban akibat perspirasi, urine, feses, atau drainase menyebabkan maserasi (pelunakan) kulit. Kulit bereaksi terhadap bahan kaustik dalam ekskreta atau drainase dan mengalami iritasi. Basah, kulit yang teriritasi lebih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan.

f. Pertimbangan Gerontologi

Pada lansia kulit mengalami penurunan ketebalan epidermal, kolagen dermal, dan elastisitas jaringan. Kulit lebih kering sebagai akibat hilangnya sebasea dan aktivitas kelenjar keringat. Perubahan kardiovaskular mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Atropi otot dan struktur tulang menjadi fokus perhatian. Menurunnya persepsi sensoris dan berkurangnya

kemampuan mengatur posisi sendiri menunjang tekanan pada kulit yang berkepanjangan. Oleh karena itu, lansia lebih rentan terhadap luka dekubitus, yang menyebabkan nyeri dan penderitaan serta menurunkan kualitas hidup.

2.3.3 Klasifikasi Dekubitus (smeltzer, 2002)

Jika ditemukan area yang tertekan, perawat memperhatikan ukuran dan lokasinya dan dapat menggunakan sistem peringkat untuk menguraikan keparahannya. Berikut adalah klasifikasi luka dekubitus :

1. Luka dekubitus tahap I

Area eritema yang tidak memucat, pembengkakan jaringan, dan kongesti, dan pasien mengeluh tidak nyaman. Suhu kulit meningkat karena peningkatan vasodilatasi. Kemerahan berubah menjadi lebih gelap, tampak sianotik biru keabuan, yang diakibatkan oleh oklusi pada kapiler kulit dan melemahnya subkutan.

2. Luka dekubitus tahap II

Menunjukkan luka pada kulit epidermis dan/atau dermis. Abrasi, lepuh atau lubang yang dalam. Terjadi nekrosis. Terjadi penebalan vena dan trombosis serta edema dengan ekstravasasi selular dan infiltrasi.

3. Luka dekubitus tahap III

Meluas sampai jaringan subkutan. Secara klinis terdapat lubang yang dalam dengan atau tanpa erosi jaringan yang berdekatan.

4. Luka dekubitus tahap IV

Meluas ke dalam struktur di bawahnya, termasuk otot dan kemungkinan tulang. Lesi kulit hanya menggambarkan “puncak dari gunung

es” karena permukaan ulkus yang kecil mungkin timbul di atas area erosi yang luas.

Adanya drainase purulen atau yang berbau menunjukkan adanya infeksi. Dengan luka dekubitus yang luas, kantung infeksi yang dalam sering dijumpai. Eksudat yang mengering dan mengeras dapat ditemukan. Infeksi luka dekubitus dapat mengakibatkan pembentukan pus di dalam rongga sendi atau sepsis generalisata.

2.3.4 Penatalaksanaan atau Pencegahan Ulkus Dekubitus (smeltzer, 2002)

1. Menghilangkan Tekanan

Pasien harus sering mengubah posisi untuk menghilangkan dan mendistribusi tekanan pada kulit dan untuk mencegah menurunnya aliran darah yang lama ke kulit dan jaringan subkutan. Hal ini dapat dicapai dengan membalik dan mengatur posisi pasien. Keluarga pasien dirumah harus diajarkan cara memposisikan dan membalik pasien untuk mencegah luka dekubitus.

Dengan demikian pasien harus:

- a. Dibalik dan diatur kembali posisi dengan interval setiap 1-2 jam
- b. Berikan dorongan pada pasien untuk secara memindahkan beban berat badan setiap 15 menit

Mengubah posisi. Pasien harus diposisikan secara lateral, prone, dan secara dorsal secara berurutan kecuali tidak ditoleransi atau menjadi kontraindikasi. Posisi rekumben lebih dipilih dibanding posisi semi fowler, karena meningkatkan sanggan area permukaan tubuh dalam posisi ini.

Cara lain untuk menghilangkan tekanan di atas tonjolan tulang adalah dengan teknik *memasang jembatan*, yang dapat dicapai dengan mengatur posisi bantal yang tepat. Meletakkan bantal sebelah superior dan inferior terhadap sakrum dapat menghilangkan tekanan pada sakral. Menyangga pasien dalam posisi miring 30 derajat mencegah penekanan pada trokanter.

Pertimbangan gerontologi. Pada pasien usia lanjut, sedikit memindahkan beban berat badan mungkin efektif. Meletakkan handuk yang digulung atau kulit domba di bawah bahu atau panggul akan memungkinkan aliran darah balik ke kulit, di mana pasien duduk atau terbaring. Handuk atau kulit domba dipindahkan sekitar titik-titik tekanan searah perputaran jarum jam.

Alat Penghilang Tekanan. Pada saatnya, peralatan khusus dan tempat tidur khusus diperlukan untuk membantu menghilangkan tekanan pada kulit. Pasien yang duduk di kursi untuk waktu yang lama harus mempunyai bantal kursi dan disesuaikan dengan kebutuhan individual, menggunakan teknik pengukuran tekanan sebagai pedoman untuk memilih dan mengepas. Tujuannya adalah untuk mendistribusikan tekanan menjauhi area yang berisiko terhadap ulkus. Pasien harus diingatkan untuk memindahkan beban berat badan secara teratur dan bangun selama beberapa detik setiap 15 menit ketika duduk di kursi.

2. Perbaikan mobilitas

Pasien diberi semangat untuk tetap aktif dan dilakukan ambulasi jika memungkinkan. Saat duduk, pasien diingatkan untuk sering mengubah

posisi untuk menyebarkan beban berat badannya. Latihan pasif dan aktif meningkatkan tonus, otot, kulit, dan vaskular. Sirkulasi distimulasi dengan aktivitas, yang dapat menghilangkan iskemia jaringan, pertanda luka akibat penekanan.

Berdasarkan hasil penelitian dari (Sari, 2012), menyatakan bahwa telah dilakukan penelitian dengan mobilisasi pasif di rumah sakit HKBP Balige mampu mencegah terjadinya dekubitus.

3. Peningkatan persepsi sensoris

Perawat membantu pasien untuk mengenali dan mengkompensasi gangguan persepsi sensoris. Tergantung pada asal dari gangguan tersebut (misal, menurunnya tingkat kesadaran, lesi medula spinalis), dipilih intervensi yang spesifik. Strategi untuk meningkatkan persepsi sensoris dan kognitif dapat meliputi menstimulasi pasien untuk meningkatkan kesadaran diri dalam lingkungan, meningkatkan partisipasi pasien dalam perawatan diri, atau mendukung usaha-usaha pasien untuk melakukan kompensasi secara aktif terhadap hilangnya sensasi.

4. Peningkatan perfusi jaringan

Latihan dan reposisi meningkatkan perfusi jaringan. Hindari pemijatan pada daerah eritema, karena dapat mengakibatkan kerusakan kapiler dan jaringan yang lebih dalam.

- Area yang mengalami kemerahan jangan dipijat, hal ini dapat meningkatkan kerusakan pada kulit yang sudah mengalami trauma.

Jika pasien mengalami gangguan sirkulasi perifer seperti edema, mengatur posisi dan meninggikan bagian tubuh yang mengalami edema untuk

meningkatkan aliran darah balik dan menghilangkan kongesti akan meningkatkan perfusi jaringan. Disamping itu, perawat atau keluarga harus waspada terhadap faktor-faktor lingkungan (misal, spreng yang kusut, tekanan oleh selang) yang dapat mendukung terjadinya penekanan pada kulit dan mengurangi sirkulasi; sumber tekanan harus disingkirkan.

5. Mengurangi Friksi dan Gaya Tarikan

Gaya tarikan terjadi ketika pasien ditarik, dibiarkan merosot atau bergerak ke atas dengan menggunakan tumit atau siku di atas matras. Meninggikan kepala dari tempat tidur walaupun beberapa sentimeter dapat mengakibatkan lecet di daerah sakrum. Oleh karena itu hindari posisi setengah berbaring pada pasien berisiko. Pasien dapat dilindungi dari melorot ditempat tidur dengan menggunakan footboard yang berbatalan dan dengan meletakkan perlindungan ekstra pada tumit.

6. Meminimalkan kelembaban

Kelembaban yang kontinu pada kulit harus dicegah dengan tindakan hygiene yang cermat. Perspirasi, urin, feses, dan drainase, dan drainase harus segera dicuci dengan sabun ringan dan air dan dikeringkan dengan cara menepuk-nepukkan handuk kering. Preparat pengering dan bedak tabur jangan digunakan. Salep barrier topikal (misal, vaselin) mungkin membantu dalam melindungi kulit pasien yang inkontinen.

Menurut penelitian (Yolanda, 2013) didapatkan data bahwa terdapat 30 responden yang terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu 15 responden kelompok kontrol dan 15 responden kelompok eksperimen. Dimana didapatkan hasil bahwa kelompok eksperimen memiliki risiko rendah untuk

terkena ulkus dekubitus dikarenakan dalam uji tersebut bahwa kelompok eksperimen diberikan pemberian minyak zaitun.

2.4 **Konsep Pendidikan Kesehatan**

2.4.1 **Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan oleh seseorang untuk mempengaruhi orang lain, baik itu individu, kelompok, maupun masyarakat secara luas sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Kesehatan adalah keadaan sehat baik fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan seseorang untuk hidup secara produktif, dapat diartikan juga bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan bebas dari penyakit ataupun cacat, sehingga pendidikan kesehatan adalah aplikasi, upaya maupun kegiatan pendidikan dalam bidang kesehatan yang mana aplikasi, upaya maupun kegiatan tersebut berupa kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, dan praktek/aktivitas serta menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan dalam arti perilaku individu, kelompok, maupun masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

2.4.2 **Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Undang-undang kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun WHO (1954) dalam Mubarak & Chayatin (2009) tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental dan sosial, sehingga seorang individu, kelompok maupun masyarakat dapat produktif secara

ekonomi maupun secara social, pendidikan kesehatan dilakukan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit, sanitasilingkungan, pencegahan penyakit, gizi masyarakat, maupun program kesehatan lainnya.

Tujuan ini dapat terperinci sebagai berikut :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Mendorong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Sehinga dapat disimpulkan bahwa tujuan dari pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah pemahaman seorang individu, kelompok, maupun masyarakat dalam hal kesehatan agar menjadi kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai hidup yang lebih sehat serta dapat menggunakan fasilitas kesehatan dengan tepat.

Tujuan pendidikan kesehatan dalam dunia keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, mencegah bertambahnya masalah kesehatan lainnya, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, dan memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga mengatasi masalah kesehatannya (Suliha Dkk,2002)..

2.4.3 Ruang lingkup Pendidikan Kesehatan

Mubarak & Chayatin (2009) Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan,

dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

2.4.4 Dimensi sasaran pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu:

1. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

2.4.5 Dimensi tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan:

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung dimana saja, sehingga dengan sendirinya sasarannya juga berbedabeda. Misalnya:

1. Pendidikan kesehatan disekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan dirumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran keluarga pasien dan sebagainya.
3. Pendidikan kesehatan ditempat kerja, dilakukan ditempat kerja dengan sasaran para karyawan yang bersangkutan.
4. Dan sebagainya

2.4.6 Dimensi tingkat pelayanan pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan, menurut leavel dan clark adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan kesehatan (Helath promotion).

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan menentukan peningkatan status kesehatan seseorang, pendidikan kesehatan pada tingkat dapat dilakukan melalui beberapa kegiatan:

- A. Penyuluhan.
- B. Pengamatan tumbuh kembang.
- C. Pengadaan rumah sehat.
- D. Pendidikan kesehatan.
- E. Pengendalian lingkungan.
- F. Program P2M.
- G. Stimulasi dan bimbingan dini dalam kesehatan keluarga.

2. Perlindungan umum dan khusus (general & specific protection).

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk memberikan perlindungan umum dan khusus kepada masyarakat dan juga pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, bentuk perlindungan dan penyadaran itu adalah sebagai berikut :

- A. Imunisasi dan personal hygiene.
- B. Perlindungan diri dari kecelekaan.
- C. Kesehatan kerja.
- D. Pengendalian sumber-sumber pencemaran lingkungan.
- E. Menjaga pola makan sehat, dan sebagainya.

3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit sehingga sering kesulitan mendeteksi penyakit yang terjadi di masyarakat, karena pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang kurang maka masyarakat tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya, hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal, bentuk usaha kegiatan pada tingkat ini adalah sebagai berikut :

- A. Penemuan kasus secara dini.
- B. Pemeriksaan umum lengkap.
- C. Pemeriksaan massal (mass screening).
- D. Survei terhadap kontak, sekolah, rumah dan sebagainya.
- E. Penanganan kasus dan pengobatan adekuat.

4. Pembatasan kecacaran (disability limitation)

Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat juga menyebabkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatan maupun perilaku sehat yang telah masyarakat lakukan sebelumnya, atau tidak melaksanakan pengobatan secara tuntas, oleh karena itu pendidikan kesehatan diperlukan pada tahap ini, bentuk pendidikan kesehatan pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- A. Penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan.
- B. Pencegahan komplikasi.
- C. Perbaikan fasilitas kesehatan.
- D. Pencegahan komplikasi yang lebih lanjut, dan sebagainya.

5. Rehabilitasi (rehabilitation)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena setelah sembuh dari penyakit tertentu, seseorang kadang menjadi cacat atau perlu penanganan lebih lanjut. Oleh karena itu, kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tidak mau atau enggan melakukan latihan-latihan yang telah dianjurkan guna menyempurnakan kesembuhannya, oleh sebab itu pendidikan kesehatan diperlukan pada tahap ini.

2.4.7 Metode Pendidikan Kesehatan

Pendidikan dalam rangka meningkatkan pengetahuan terhadap kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara, menurut Achmadi (2014) metode pendidikan kesehatan yang paling umum dilakukan adalah sebagai berikut :

2.4.7.1 Metode Individual

Metode individual adalah metode yang bersifat individual atau hanya satu orang saja. Metode ini biasanya menggunakan cara ceramah atau bisa juga menggunakan cara bimbingan (counseling).

2.4.7.2 Metode Kelompok

1. Kelompok besar.

Cara yang biasanya digunakan dalam metode kelompok besar adalah ceramah dan atau seminar

2. Kelompok kecil.

Untuk kelompok kecil cara yang biasanya digunakan adalah :

A. Diskusi kelompok.

B. Bola salju.

- C. Bermain peran.
- D. Permainan simulasi.

2.4.7.3 Metode Pendidikan Massa

Cara yang sering dilakukan pada metode ini adalah:

- A. Ceramah umum (public speaking).
- B. Talk show.
- C. Dialog yang membahas masalah kesehatan dalam suatu program TV ataupun radio.
- D. Drama, sinetron, atau film yang bernuansa kesehatan.
- E. Aitikel-artikel kesehatan.
- F. Spanduk dan poster tentang kesehatan