

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar *Health Belief Model* (HBM)**

##### **2.1.1 Pengertian**

HBM dikemukakan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori HBM telah menjadi perhatian para peneliti. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka. Variabel yang dinilai meliputi keinginan individu untuk menghindari kesakitan, kepercayaan mereka bahwa terdapat usaha agar menghindari penyakit tersebut. HBM merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). HBM juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005).

HBM adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. HBM ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori HBM digunakan sebagai prediksi

berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Konsep utama dari HBM adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit. Dari pengertian-pengertian mengenai HBM yang sudah dijelaskan di atas dapat disimpulkan bahwa HBM adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit.

#### 2.1.2 Gambaran *Health Belief Model* (HBM)

Gambaran HBM terdiri dari 4 dimensi, diantaranya:

- a. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal. Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko 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.
- b. *Perceived benefits*, manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau

keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

- c. *Health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta *health value* (Conner, 2005).
- d. *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidak pastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

### 2.1.3 *Health Belief Model (HBM)* dipengaruhi oleh beberapa faktor

- a. Faktor demografis yang mempengaruhi HBM individu adalah usia, gender, kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994).

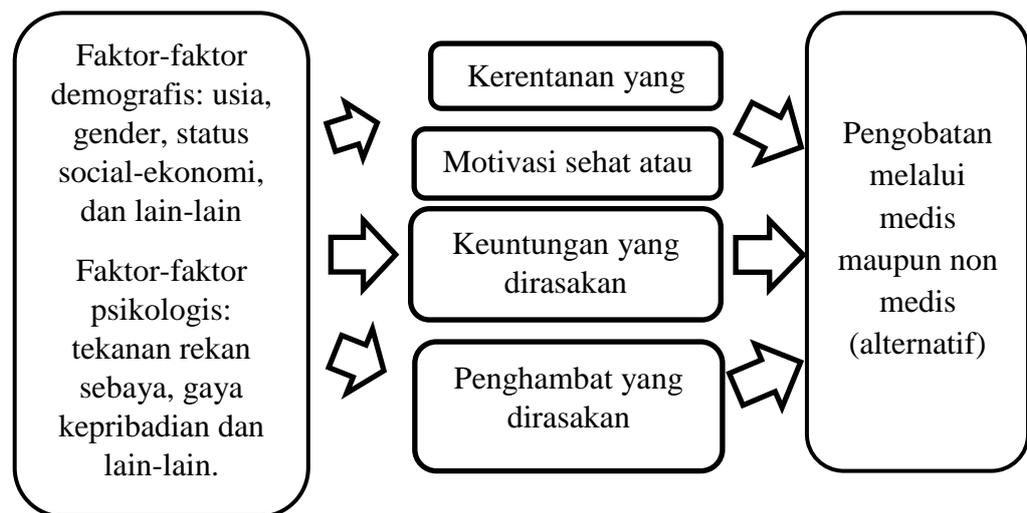
b. Edukasi

Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi HBM individu (Bayat dkk, 2013). Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan (Edmonds dkk, 2012)

c. Psikologis

Tekanan rekan sebaya, gaya kepribadian dan lain-lain.

2.1.4 Gambaran *Health belief model*



**Gambar 2.1** Gambaran *Health Belief Model* (Janz dan Backer, 1984)

## 2.2 Konsep Dasar Ginekologi

### 2.2.1 Pengertian

Ginekologi adalah ilmu yang mempelajari kewanita (*Science of women*). Secara khusus ginekologi adalah ilmu yang mempelajari dan menangani kesehatan alat reproduksi wanita (organ kandungan yang terdiri atas rahim, vagina, dan indung telur).

#### a. Endometriosis

Endometriosis merupakan pertumbuhan abnormal endometrium diluar lokalisasi yang wajar didalam kavum uteri. Sebagian besar endometriosis dijumpai pada cavum peritoneum. Akibat dari regurgitasi darah menstruasi. (Ida Ayu dkk. 2010).

#### 1) Pembagian klinik

Pembagian klinik menurut buku Penuntun Kuliah Ginekologi Ida Ayu dkk, dibagi menjadi 3, yaitu:

##### a) Endometriosis ringan

Endometriosis ringan tersebar dengan bentuk implantasi baru, tidak terjadi perlekatan, retraksi sekitar periovarial. Tidak terdapat perlekatan peritubal.

##### b) Endometriosis sedang

Endometriosis sedang endometriosis pada satu-kedua ovarium, terdapat jaringan sikatrik, terjadi retraksi atau dijumpai timbunan endometriosis kecil. Perlekatan periovarial kerusakan

ovarium minimal. Implantasi pada permukaan anterior atau posterior kavum douglas atau keduanya.

c) Endometriosis berat

Endometriosis berat endometriosis meliputi satu atau kedua ovarium, satu atau kedua ovarium diliputi oleh perlekatan, satu atau kedua tuba diliputi perlekatan, terjadi obstruksi tuba. Penebalan ligamentum sakrouterinum dan kerusakan kavum douglas karena invansi endometriosis. Invansi sudah mencapai usus atau vesika urinaria.

2) Gejala klinik endometriosis

Gejala utama endometriosis adalah rasa sakit dan infertilitas. Rasa nyerinya konstan dibagian bawah abdomen. Rasa nyerinya menjelang menstruasi dan berkurang setelah menstruasi. Dapat terjadi perdarahan saat menstruasi , rasa sakit tumpul atau kemeng, timbunan darah kavum douglas atau endometriosis ovarium.

3) Terapi endometriosis

Terapi pada penyakit endometriosis di golongan menurut pembagian kliniknya

a) Endometriosis ringan

Terapi pada Endometriosis ringan dapat dilakukan elektrokauter tanpa hormonal

b) Endometriosis sedang

Terapi yang dilakukan pada penyakit Endometriosis sedang yaitu elektrokauter/laser laparoscopi, operasi konservatif diikuti hormonal.

c) Endometriosis berat

Pada endometriosis berat terapinya yaitu operasi konservatif diikuti terapi hormonal. Pada endometriosis berat, salah satu penatalaksanaannya adalah dilakukan histerektomi. Namun sebelum dilakukan histerektomi perlu diperhitungkan keinginan pasien untuk memiliki keturunan.

b. Mioma uteri

Mioma uteri adalah berasingan, bulat, berbatas tegas, warna putih hingga merah jambu pucat, bersifat jinak dan terdiri dari otot polos dengan kuantiti jaringan penghubung fibrosa yang berbeda-beda. Sebanyak 95% mioma uteri berasal dari corpus uteri dan lagi 5% berasal dari serviks. Mioma uteri juga adalah tumor pelvis yang sering terjadi dan diperkirakan sebanyak 10% kasus ginekologi umumnya.

1) Pembagian Klinik

Pembagian klinik mioma uteri dijabarkan sesuai dengan bentuk tindakan

a) Konservatif

Pada kasus mioma uteri dengan bentuk tindakan konservatif yaitu tindakan terapi hormonal yang besarnya mioma kurang

atau sama dengan umur kehamilan 12 minggu. Pasien masih masa reproduktif aktif, tidak memiliki banyak keluhan dan diupayakan pasien bisa hamil

b) Miomektomi

Tindakan miomektomi adalah sebuah operasi untuk mengangkat tumor jinak. Tindakan ini dilakukan pada pasien dengan diagnosa mioma multiple intra mural atau subserosa yang mengalami perdarahan, rasa nyeri dengan usia yang masih reproduktif dengan syarat pasien tidak dalam kondisi hamil dikarenakan akan terjadi resiko perdarahan besar.

c) Histerektomi

Dilakukan tindakan histerektomi yaitu pengangkatan rahim atau uterus. Bila besarnya mioma uterus melebihi 14 minggu umur hamil, dengan indikasi pendesakan pembesaran, perdarahan, dapat disertai komplikasi, disminorea yang berat, DUB yang tidak sembuh dengan pengobatan medikamentosa. Dampak dari histerektomi ini adalah selain mengganggu keharmonisan rumah tangga (vagina kering, gairah seksual hilang, vagina turun), kepercayaan diri menurun, infertil.

2) Gejala Klinik

Gambaran gejala klinik mioma uteri tergantung dari :

- a) Besarnya mioma uteri
- b) Letaknya mioma uteri

c) Komplikasi

c. Kista Ovarium

Kista ovarium adalah tumor ovarium yang bersifat neoplastik dan non neoplastik. Kista ovarium merupakan jenis yang paling sering terjadi terutama yang bersifat non neoplastik, seperti kista retensi yang berasal dari korpus luteum. (Wiknjosastro, 2005)

1) Pembagian Klinik

Pembagian klinik Kista ovarium dijabarkan sesuai dengan bentuk tindakan

a) Konservatif

Konservatif ini diberikan terapi hormonal. Bila besarnya kista sama atau kurang dari 5 cm, tidak terlalu banyak keluhan bisa nyeri atau tidak.

b) Laparaskopi

Tindakan laparskopi adalah pembedahan tanpa melukai jaringan abdomen, tindakan ini dilakukan lewat vagina. Bila besarnya kista diatas 5 cm, sudah mulai ada keluhan nyeri

c) Laparotomi

Tindakan laparatomi adalah operasi yang dilakukan pada daerah abdomen, untuk mengambil cairan kiste. Apabila kista sudah mengakibatkan komplikasi dengan keluhan nyeri perut mendadak, perdarah, suhu tubuh meningkat, nyeri dilokasi kista saat dipegang atau digoyangkan.

## 2) Gejala Klinik

Gejala klinik kista ovarium tergantung dari :

- a) Besarnya kista ovarium
- b) Letaknya kista ovarium
- c) Komplikasi yang dialami

## d. Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan keganasan yang berasal dari serviks. Serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus, berbentuk silindris, menonjol dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri eksternum (Kemenkes RI, 2011).

### 1) Pembagian Stadium

Pembagian Stadium menurut FIGO (*Federation of Gynecology and Obstetrics*):

#### a) Stadium 0

Karsinoma in situ (neoplasma di mana sel-sel tumor masih terbatas pada epitel asal tanpa invasi ke membran basal)

#### b) Stadium I

Karsinoma terbatas hanya pada serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan)

#### c) Stadium Ia

Karsinoma invasif didiagnosis hanya dengan mikroskop. Semua lesi yang terlihat secara makroskopik, meskipun invasi hanya superfisial, dimasukkan ke dalam stadium Ib

d) Stadium Ia1

Invasi stroma tidak lebih dari 3,0 mm kedalamannya dan 7,0 mm atau kurang pada ukuran secara horizontal

e) Stadium Ia2

Invasi stroma lebih dari 3,0 mm dan tidak lebih dari 5,0mm dengan penyebaran horizontal 7,0 mm atau kurang

f) Stadium Ib

Lesi terlihat secara klinik dan terbatas di serviks atau secara mikroskopik lesi lebih besar dari Ia2

g) Stadium Ib1

Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang

h) Stadium Ib2

Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0 cm

i) Stadium II

Invasi tumor keluar dari uterus tetapi tidak sampai ke dinding panggul atau mencapai 1/3 bawah vagina

j) Stadium IIa

Tanpa invasi ke parametrium

k) Stadium IIa1

Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang

## l) Stadium IIa2

Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0 cm

## m) Stadium IIb

Tumor dengan invasi ke parametrium

## n) Stadium III

Tumor meluas ke dinding panggul/ atau mencapai 1/3 bawah vagina dan/atau menimbulkan hidronefrosis atau afungsi ginjal

## o) Stadium IIIa

Tumor mengenai 1/3 bawah vagina tetapi tidak mencapai dinding panggul

## p) Stadium IIIb

Tumor meluas sampai ke dinding panggul dan / atau menimbulkan hidronefrosis atau afungsi ginjal

## q) Stadium IVa

Tumor menginvasi mukosa kandung kemih atau rektum dan/atau meluas keluar panggul kecil (*true pelvis*)

## r) Stadium IVb

Metastasis jauh (termasuk penyebaran pada peritoneal, keterlibatan dari kelenjar getah bening supraklavikula, mediastinal, atau para aorta, paru, hati, atau tulang)

## 2) Gejala Klinik Kanker Serviks

Gejala klinik kanker serviks tergantung dari stadium

### a) Stadium dini

Pada stadium ini gejalanya adalah leukorea bau, perdarahan irregular

### b) Stadium lebih lanjut

Perdarahan post coitus, leukorea bau dan irregular bleeding

### c) Mestatase lokal atau langsung

Uretra tertutup, kencing berdarah, mual muntah, nyeri, feses bercampur darah, fistula rektrovaginal, Mestatase jauh small karsinoma menuju paru tulang dan liver

## 3) Terapi pada kanker serviks

Terapi pada kanker serviks di tentukan berdasarkan stadium, stadium awal (stadium 0 dan stadium I) dilakukan histerektomi sederhana dan konisasi ( mengangkat jaringan yang mengandung selaput lendir serviks dan epitel gepeng serta kelenjarnya), terapi pada Stadium 0 dan stadium I rata-rata mengalami kesembuhan 100 % . Terapi yang diberikan pada Stadium lanjut (Stadium IIB, Stadium III dan Stadium IV) yaitu dengan pengobatan radiasi yang diberikan secara intra kaviter dan eksternal (Ida Ayu dkk.2010).

## 2.3 Konsep sistem rujukan pada kasus ginekologi

### 2.3.1 Pengertian

Rujukan kebidanan adalah kegiatan pemindahan tanggung jawab terhadap kondisi klien atau pasien kefasilitas pelayanan yang lebih memadai (tenaga atau pengetahuan, obat, dan peralatannya) (Endang, 2015).

### 2.3.2 Jenis rujukan

#### a. Rujukan medik

Rujukan medik yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertika maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional (Endang, 2015)

Jenis rujukan medic antara lain:

- 1) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dll. Rujukan ginekologi ini termasuk *transfer of patient* karena Penderita datang untuk melakukan pemeriksaan, pengobatan dan tindakan operasi.
- 2) *Tranfes of specimen*. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap
- 3) *Tranfer of knowlage / personal*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

#### b. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen kefasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini

adalah yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional (Endang, 2015)

### 2.3.3 Tujuan sistem rujukan

Tujuan umum sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

Tujuan Khusus sistem rujukan adalah

- a. Setiap penderita mendapatkan perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya
- b. Menjalinkan kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap keunit yang lebih lengkap fasilitasnya.
- c. Menjalinkan pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (*transfer of knowlage and skill*) melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat dan daerah.

### 2.3.4 Keuntungan sistem rujukan

Keuntungan sistem rujukan antara lain :

- a. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ketempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah, dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarganya.

- b. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga semakin banyak kasus yang dapat dikelola di daerah masing-masing.
- c. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli

#### 2.3.5 Hirarki pelayanan kesehatan

Pelayanan kebidanan dilakukan sesuai dengan hirarki pelayanan yang ada mulai dari :

##### a. Pelayanan kesehatan tingkat primer

Meliputi : puskesmas dan jaringannya termasuk polindes / poskesdes, bidan praktek mandiri, klinik bersalin, serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah maupun swasta. Memberikan pelayanan kebidanan esensial, melakukan promotif preventif, deteksi dini dan memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan obstetri, untuk tindakan pra rujukan dan PONEB di puskesmas serta pembinaan UKBM termasuk posyandu.

##### b. Pelayanan kegiatan tingkat sekunder

Meliputi : Rumah sakit umum dan khusus baik milik pemerintah maupun milik swasta yang setara dengan RSUD kelas D, C dan B non pendidikan, termasuk rumah sakit bersalin(RSB), serta rumah sakit ibu dan anak (RSIA). Memberikan pelayanan kebidanan esensial, melakukan promotif, Preventif, deteksi dini, melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi mencegah terjadinya keterlambatan

penanganan dan kolaborasi dengan nakes lain dalam penanganan kasus (PONEK).

c. Pelayanan kesehatan tingkat tersier

Meliputi: Rumah Sakit yang setara dengan rumah sakit umum dan rumah sakit khusus kelas A, kelas B pendidikan, Milik pemerintah maupun swasta.

Memberikan pelayanan kebidanan esensial melakukan promotif, Preventif, deteksi dini, melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi mencegah terjadinya keterlambatan penanganan dan kolaborasi dengan nakes lain dalam penanganan kasus (PONEK) dan asuhan kebidanan / penatalaksanaan kegawatdaruratan pada kasus-kasus kompleks sebelum mendapat penanganan lanjut.

2.3.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan menurut Kemenkes disebut 3 terlambat. 3 terlambat yaitu:

a. Terlambat mengenal tanda bahaya

Terlambat mengenal tanda bahaya misalnya kelainan atau penyakit.

Kebanyakan disebabkan oleh taraf pendidikan yang rendah.

b. Terlambat dalam mengambil keputusan untuk mencari Pertolongan

Terlambat mengambil keputusan dalam mencari pertolongan, yang akhirnya terlambat menuju kerumah sakit.

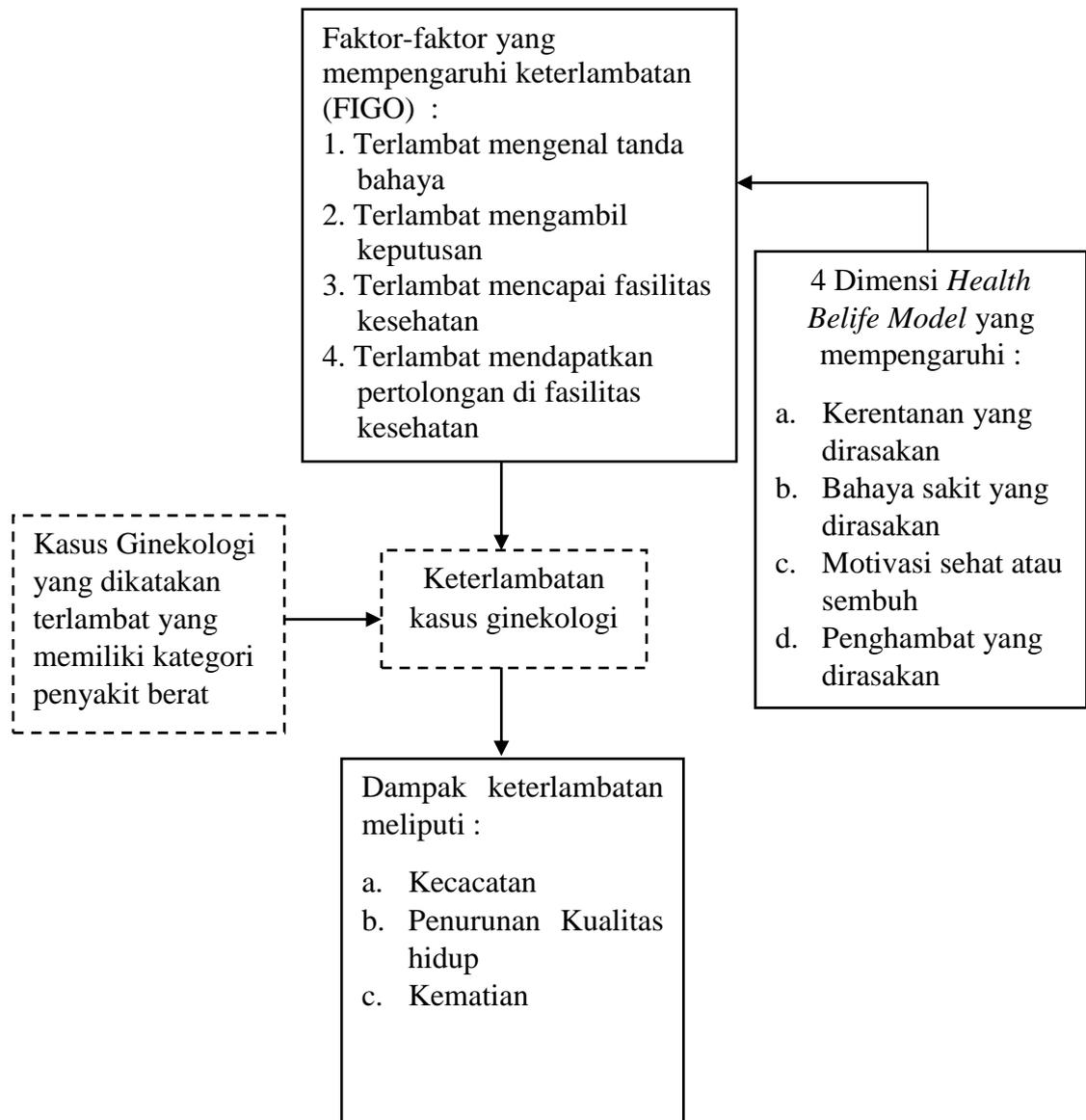
c. Terlambat dalam mengirim dan menerima perawatan yang sesuai di fasilitas kesehatan.

Terlambat mengirim dan menangani. Karena sudah terlambat sampai di tempat rujukan, kondisi ibu sudah makin melemah. Ditambah lagi bila sesampainya disana, fasilitasnya kurang lengkap atau tenaga medisnya kurang. Akhirnya benar-benar terlambat ditangani.

Sedangkan menurut “*Population Reference Bureau Mahmoud Fathlalla mantan president FIGO (Federation International of Gynecology and Obstetrics)*” di sebutkan mengenai 4 Terlambat yaitu:

- a) Terlambat mengenal tanda bahaya
- b) Terlambat mengambil keputusan
- c) Terlambat mencapai fasilitas kesehatan
- d) Terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan

## 2.4 Kerangka Konsep



### Keterangan :

———— = Diteliti

----- = Tidak diteliti

**Gambar 2.2 Kerangka Konsep Hubungan *Health Belief Model* dengan Keterlambatan Rujukan Kasus Ginekologi.**

## 2.5 Hipotesis

$H_0$  = tidak ada hubungan *health belief model* dengan keterlambatan rujukan kasus ginekologi

$H_1$  = ada hubungan *health belief model* dengan keterlambatan rujukan kasus ginekologi.