

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori TB Paru

2.1.1 Definisi TB Paru

Tuberculosis paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Sebagian besar kuman tuberculosis menyerang paru tetapi juga dapat menyerang organ tubuh lainnya (Depkes, 2008).

Tuberkulosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang pada berbagai organ tubuh mulai dari paru dan organ di luar paruseperti kulit, tulang, persendian, selaput otak, usus serta ginjal yang sering disebut dengan ekstrapulmonal TBC (Chandra, 2012).

2.1.2 Faktor yang mempengaruhi Penularan TB Paru

Faktor resiko yang berperan dalam kejadian penyakit TB Paru adalah faktor karakteristik individu dan faktor karakteristik lingkungan :

1. Faktor Karakteristik Individu

a. Umur

Beberapa faktor resiko penularan penyakit TB Paru di Amerika yaitu umur, jenis kelamin, ras, asal negara bagian, serta infeksi AIDS. Dari hasil penelitian yang dilakukan di negara New York pada panti penampungan orang-orang gelandangan menunjukkan bahwa kemungkinan mendapat infeksi tuberculosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tinggi tuberculosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia

diperkirakan penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif 15-50 tahun (Achmadi, 2007).

b. Jenis Kelamin

Di benua Afrika banyak TB Paru menyerang pada laki-laki. Pada tahun 1996 jumlah penderita TB Paru laki-laki hampir dua kali lipat dibandingkan dengan jumlah penderita TB paru wanita. Tb Paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB Paru (Achmadi, 2007).

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaan (Ahmadi, 2007).

d. Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor resiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadi gejala penyakit gangguan saluran pernafasan dan umumnya TB Paru (Ahmadi, 2007).

e. Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok mempunyai hubungan dengan meningkatkan resiko untuk mendapatkan kanker paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan resiko untuk terkena TB Paru sebanyak 2,2 kali. Prevalensi merokok pada hampir semua negara berkembang lebih dari 50% terjadi pada laki-laki dewasa sedangkan wanita perokok kurang dari 5%. Dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TB Paru (Achmadi, 2007).

f. Status gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dewasa status gizi kurang mempunyai resiko 3,7 kali untuk menderita TB Paru berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit (Achmadi, 2007).

g. Kondisi sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi berkaitan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk maka akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TB Paru (Achmadi, 2007).

h. Perilaku

Perilaku seseorang yang berkaitan dengan TB paru adalah perilaku yang mempengaruhi atau menjadikan seseorang untuk mudah terinfeksi/tertular

kuman TB misalnya kebiasaan membuka jendela setiap hari, menutup mulut bila batuk atau bersin, meludah sembarangan, merokok dan kebiasaan menjemur kasur atau bantal (Edwan, 2008).

2. Faktor Karakteristik Lingkungan

a. Kepadatan Hunian

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas lantai bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan *overload*. Hal ini tidak sehat, sebab disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain (Notoatmodjo, 2011).

b. Pencahayaan

Rumah yang sehat memerlukan cahaya yang cukup, tidak kurang dan tidak terlalu banyak. Kurangnya cahaya yang masuk kedalam rumah, terutama cahaya matahari disamping kurang nyaman, juga merupakan media atau tempat yang baik untuk hidup dan berkembangnya bibit-bibit penyakit. Sebaliknya terlalu banyak cahaya didalam rumah akan menyebabkan silau dan akhirnya dapat merusakkan mata (Notoatmodjo, 2011).

c. Ventilasi

Ventilasi mempunyai fungsi utama untuk menjaga agar aliran udara didalam rumah tersebut tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah, disamping itu kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan

naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan (Notoatmodjo, 2011).

d. Kondisi rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TB Paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat berkembangbiak kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan menjadikan media yang baik bagi perkembangbiakan kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Achmadi, 2007).

e. Kelembaban udara

Kelembaban udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, dimana kelembaban berkisar 40%-50% dengan suhu udara yang nyaman 18-30 oC. Kuman TB Paru akan cepat mati apabila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab (Notoatmodjo, 2011).

f. Suhu

Suhu dalam ruangan harus dapat diciptakan sedemikian rupa sehingga tubuh tidak terlalu banyak kehilangan panas atau sebaliknya tubuh tidak sampai kepanasan. Suhu ruangan dalam rumah yang ideal adalah kisaran antara 18-30 oC dan suhu tersebut di pengaruhi oleh suhu udara luar, pergerakan udara dan kelembaban udara dalam ruangan (Notoatmodjo, 2011).

g. Ketinggian wilayah

Menurut Olander, ketinggian secara umum mempengaruhi kelembaban dan suhu lingkungan. Setiap kenaikan 100 meter selisih suhu udara dengan permukaan air laut sebesar 0,5 oC. Selain itu berkaitan dengan kerapatan

oksigen, *Mycobacterium tuberculosis* sangat aerob, sehingga diperkirakan kepadatan pegunungan akan mempengaruhi viabilitas kuman TBC (Achmadi, 2007).

2.1.3 Etiologi TB Paru

Myobacterium tuberculosis merupakan jenis kuman berbentuk batang berukuran panjang 1-4mm dengan tebal 0,3-0,6 mm. Sebagian besar komponen *Myobacterium tuberculosis* adalah berupa lemak/lipid sehingga kuman mampu tahan terhadap asam serta sangat tahan terhadap zat kimia dan faktor fisik. Mikroorganisme ini adalah bersifat aerob yakni menyukai daerah yang banyak oksigen. Oleh karena itu, *Myobacterium tuberculosis* senang tinggal di daerah apeks paru-paru yang kandungan oksigennya tinggi. Daerah tersebut menjadi tempat yang kondusif untuk penyakit tuberkulosis (Sumantri, 2010).

2.1.4 Patofisiologi

Infeksi diawali karena seseorang menghirup hasil *Myobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat menumpuk. Perkembangan *Myobacteriumtuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, dan korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya, sistem kekebalan tubuh memerikan respons dengan melakukan reaski inflamasi. Neutrofil dan makrofga melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan brokonpnemonia.

Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Sumantri, 2010).

Interaksi antara *Mycobacterium tuberculosis* dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi masa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut ghon tuberculosis. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakannya seperti keju (*necrotizing caseosa*), hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi nonaktif (Sumantri, 2010).

Setelah infeksi awal, jika respon imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi tulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, *ghon tubercle* mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* didalam bronkus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya (Sumantri, 2010).

Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak didalam sel makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblas akan menimbulkan respons

berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Sumantri, 2010).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau bahkan banyak pasien ditemukan TB paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Menurut Sudoyo (2007) keluhan yang terbanyak adalah demam, batuk/batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, dan malaise. Berikut penjelasan dari masing-masing keluhan tersebut :

1. Demam

Biasanya subfebril meyerupai demam influenza. Tetapi kadangkadang panas badan dapat mencapai 40-41oC. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali.

2. Batuk/Batuk darah

Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif. Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

3. Sesak nafas

Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4. Nyeri dada

Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan napasnya.

5. Malaise

Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak ada nafsu makan, badan makin kurus, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam, dll.

Pada stadium dini penyakit tuberkulosis paru biasanya tidak tampak adanya tanda atau gejala yang khas. Tuberkulosis paru dapat didiagnosis hanya dengan tes tuberkulin, pemeriksaan radiogram dan pemeriksaan bakteriologik.

2.1.6 Klasifikasi

Menurut Sudoyo (2007), klasifikasi tuberkulosis yang banyak dipakai di Indonesia adalah berdasarkan kelainan klinis, radiologis, dan mikrobiologis, meliputi :

1. Tuberkulosis paru
2. Bekas tuberkulosis paru
3. Tuberkulosis paru tersangka, yang terbagi dalam :
 - a. Tuberkulosisi paru tersangka yang diobati. Disini sputum BTA negatif tetapi tana-tanda lain positif.
 - b. Tuberkulosisi paru yang tidak terobati. Disini sputum BTA negatif dan tanda-tanda lain juga meragukan

TB tersangka dalam 2-3 bulan sudah harus dipastikan apakah termasuk TB paru (aktif) atau bekas TB paru. Dalam klasifikasi ini perlu dicantumkan status bakteriologi, mikroskopik sputum BTA (langsung), biakan sputum BTA, status radiologis, kelainan yang relevan untuk tuberkulosis paru, status kemoterapi, riwayat pengobatan dengan obat anti tuberkulosis.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin (2008) penatalaksanaan tuberkulosis paru menjadi tigabagian, yaitu pencegahan, pengobatan, dan penemuan penderita (*activecase finding*).

1. Pencegahan Tuberkulosis Paru

- a. Pemeriksaan kontrak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru *Basil Tahan Asam* (BTA) positif. Pemeriksaan meliputi *tes tuberkulin, klinis, dan radiologi*. Bila tes tuberkulin positif, maka pemeriksaan radiologis foto toraks diulang pada 6 dan 12 bulan mendatang. Bila masih negatif, diberikan *Bacillus Calmette dan Guerin* (BCG) vaksinasi. Bila positif, berarti terjadi konversi hasil tes tuberkulin dan diberikan kemoprofilaksi.
- b. *Mass chest X-ray*, yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompokkelompok populasi tertentu.
- c. Vaksinasi BCG (*Bacillus Calmette dan Guerin*)
- d. Kemoprofilaksis dengan menggunakan INH (*Isoniazid*) 5 % mg/kgBB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi *kemoprofilaksis primer* atau utama ialah bayi menyusui pada ibu dengan BTA positif, sedangkan *kemoprofilaksis sekunder* diperlukan bagi kelompok berikut:
 - 1) Bayi di bawah 5 tahun dengan basil tes tuberkulin positif karena resiko timbulnya TB milier dan meningitis TB.
 - 2) Anak remaja dibawah 20 tahun dengan hasil tuberkulin positif yang bergaul erat dengan penderita TB yang menular

- 3) Individu yang menunjukkan konversi hasil tes tuberkulin dari negatif menjadi positif
 - 4) Penderita yang menerima *pengobatan steroid* atau *obat immunosupresif* jangka panjang
 - 5) Penderita diabetes melitus.
- e. Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang tuberkulosis kepada masyarakat di tingkat puskesmas maupun petugas LSM (misalnya Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Paru Indonesia-PPTI)

2. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Program nasional pemberantasan tuberkulosis paru, WHO menganjurkan panduan obat sesuai dengan kategori penyakit. Kategori didasarkan pada urutan kebutuhan pengobatan, sehingga

penderita dibagi dalam empat kategori antara lain, sebagai berikut :

a. Kategori I

Kategori I untuk kasus dengan sputum positif dan penderita dengan sputum negatif. Dimulai dengan fase 2 HRZS(E) obat diberikan setiap hari selama dua bulan. Bila setelah 2 bulan sputum menjadi negatif dilanjutkan dengan fase lanjutan, bila setelah 2 bulan masih tetap positif maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu, kemudian dilanjutkan tanpa melihat sputum positif atau negatif. Fase lanjutannya adalah 4HR atau 4H3R3 diberikan selama 6-7 bulan sehingga total penyembuhan 8-9 bulan.

b. Kategori II

Kategori II untuk kasus kambuh atau gagal dengan sputum tetap positif. Fase intensif dalam bentuk 2HRZES-1HRZE, bila setelah fase intensif sputum

negatif dilanjutkan fase lanjutan. Bila dalam 3 bulan sputum masih positif maka fase intensif diperpanjang 1 bulan dengan HRZE (Obat sisipan). Setelah 4 bulan sputum masih positif maka pengobatan dihentikan 2-3 hari. Kemudian diperiksa biakan dan uji resisten lalu diteruskan pengobatan fase lanjutan.

c. Kategori III

Kategori III untuk kasus dengan sputum negatif tetapi kelainan paru tidak luas dan kasus tuberkulosis luar paru selain yang disebut dalam kategori I, pengobatan yang diberikan adalah 2HRZ/6 HE, 2HRZ/4 HR, 2HRZ/4 H3R3

d. Kategori IV

Kategori ini untuk tuberkulosis kronis. Prioritas pengobatan rendah karena kemungkinan pengobatan kecil sekali. Negara kurang mampu dari segi kesehatan masyarakat dapat diberikan H saja seumur hidup, sedangkan negara maju pengobatan secara individu dapat dicoba pemberian obat lapis 2 seperti Quinolon, Ethioamide, Sikloserin, Amikasin, Kanamisin, dan sebagainya (Muttaqin, 2008).

3. Upaya Pengendalian Tuberkulosis Paru

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB, pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu:

- a. Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan
- b. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya
- c. Pengobatan yang standar, dengan supervise dan dukungan bagi pasien
- d. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif

- e. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam pengendalian TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang secara ekonomis sangat efektif (*cost-effective*). Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya. Satu studi *cost benefit* yang dilakukan di Indonesia menggambarkan bahwa dengan menggunakan strategi DOTS, setiap dolar yang digunakan untuk membiayai program pengendalian TB, akan menghemat sebesar US\$ 55 selama 20 tahun.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini memutuskan rantai penularan TB dan dengan demikian menurunkan insiden TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB (Kemenkes, 2014).

2.2 Konsep Promosi Kesehatan

2.2.1 Definisi Promosi Kesehatan

Ottawa Charter (1986) dalam Notoatmodjo (2012) mengatakan, “*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment*”.

Dari kutipan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara

dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan social, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, dan sebagainya). (Notoatmodjo, 2012).

Promosi kesehatan menurut Departemen Kesehatan RI (2004) adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kholid, 2014).

2.2.2 Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009, maupun WHO, yakni meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial. Promosi kesehatan di semua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya bermuara pada kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, baik kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat.

Untuk mencapai visi tersebut, perlu upaya-upaya yang harus dilakukan, dan inilah yang disebut “misi”. Jadi yang dimaksud misi pendidikan kesehatan adalah upaya yang harus dilakukan untuk mencapai visi tersebut. Misi promosi kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi tiga butir.

1. Advokat (*Advocate*)

Melakukan kegiatan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.

2. Menjembatani (*Mediate*)

Menjadi jembatan dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.

3. Memampukan (*Enable*)

Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri (Notoatmodjo, 2012).

2.2.3 Strategi Promosi Kesehatan

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa Canada tahun 1986 menghasilkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter), dan salah satunya rumusan strategi promosi kesehatan yang dikelompokkan menjadi 5 butir.

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

Kegiatan ini ditujukan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan, sehingga dikeluarkan atau dikembangkannya kebijakan-kebijakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.

2. Lingkungan yang mendukung (*supportive environment*)

Kegiatan untuk mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung. Kegiatan ini ditujukan kepada para pemimpin organisasi masyarakat serta pengelola tempat-tempat umum (*public places*).

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

Kesehatan masyarakat bukan hanya masalah pihak pemberi pelayanan (*provider*), baik pemerintah maupun swasta saja, melainkan juga masalah masyarakat sendiri (konsumer).

4. Keterampilan individu (*personal skill*)

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat, yang terdiri dari kelompok, keluarga, dan individu. Oleh sebab itu kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok, kesehatan masing-masing keluarga, dan kesehatan individu terwujud. Maka dari itu meningkatkan keterampilan setiap anggota masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*personal skill*), adalah sangat penting.

5. Gerakan Masyarakat (*community action*)

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan efektif apabila unsur-unsur yang ada di masyarakat (kelompok, keluarga, dan individu) bergerak bersama-sama (Notoatmodjo, 2012).

2.2.4 Sasaran Promosi Kesehatan

1. Individu
2. Keluarga
3. Kelompok sasaran khusus, misalnya:
 - a. Kelompok berdasarkan pertumbuhan, mulai dari anak sampai manula
 - b. Kelompok yang memiliki perilaku merugikan kesehatan
 - c. Kelompok yang memiliki penyakit kronis
 - d. Kelompok yang ditampung di lembaga tertentu, seperti panti asuhan, lembaga masyarakat, panti jompo

4. Masyarakat
 - a. Masyarakat binaan puskesmas
 - b. Masyarakat pedesaan
 - c. Masyarakat nelayan
 - d. Masyarakat yang terkena wabah (Fitriani, 2011)

2.2.5 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksanaan):

1. *Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)*

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga.

2. *Promosi kesehatan pada tatanan sekolah*

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

3. *Promosi kesehatan pada tempat kerja*

Tempat kerja adalah tempat di mana orang dewasa memperoleh nafkah untuk kehidupan keluarganya, melalui produktivitas atau hasil kerjanya. Selama lebih kurang 8 jam perhari para pekerja ini menghabiskan waktunya untuk menjalankan aktivitasnya yang berisiko bagi kesehatannya.

4. *Promosi kesehatan di tempat-tempat umum (TTU)*

Tempat-tempat umum adalah tempat di mana orang-orang berkumpul pada waktu-waktu tertentu, misalnya: pasar, terminal bus, stasiun kereta api, bandara, mall, dan sebagainya.

5. *Promosi kesehatan di institusi pelayanan kesehatan*

Tempat-tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, tempat praktik dokter, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

2.2.6 Materi / Pesan Promosi Kesehatan

Materi atau pesan yang disampaikan hendaknya memenuhi persyaratan berikut:

1. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti
2. Materi tidak sulit dan mudah dipahami
3. Menggunakan alat peraga
4. Materi sesuai kebutuhan (Fitriani, 2011).

2.2.7 Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Penyuluhan

1. Faktor penyuluh
 - a. Persiapan
 - b. Penguasaan materi
 - c. Penampilan
 - d. Penggunaan bahasa
 - e. Intonasi
 - f. Cara penyampaian
2. Faktor sasaran
 - a. Tingkat pendidikan
 - b. Tingkat sosial
 - c. Kepercayaan dan adat
 - d. Kondisi lingkungan

3. Faktor proses penyuluhan
 - a. Pilihan waktu
 - b. Tempat
 - c. Jumlah sasaran
 - d. Alat peraga
 - e. Metode (Fitriani, 2011).

2.3 Konsep Media Kalender

2.3.1 Pengertian Media Pendidikan Kesehatan

Media Pendidikan atau promosi kesehatan atau biasanya dikenal dengan *Health Education* adalah suatu sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuan yang akhirnya diharapkan dapat merubah perilakunya kearah yang lebih positif terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media, karena dari media pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut, sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif.

Materi penyuluhan diberikan selama 10 sampai 15 menit karena materi dapat diserap oleh otak secara maksimal, jika lebih dari 15 menit terjadi penurunan penyerapan materi oleh otak (Effendy, 1998).

2.3.2 Penggolongan Media

Menurut Notoatmodjo (2010), penggolongan media pendidikan kesehatan antara lain:

1. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya

- a. Bahan bacaan: modul, buku rujukan atau bacaan, folder, leaflet, majalah, bulletin
 - b. Bahan peragaan: poster tunggal, poster seri, flipchart, transparan, slide, film
2. Berdasarkan cara produksi
- a. *Media cetak*, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada dasarnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar, atau foto dalam tata warna. Adapun macam-macamnya yaitu: poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, sticker, dan pamflet.
 - b. *Media elektronika*, yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Adapun macam-macam media tersebut adalah: radio, TV, film, video film, cassette, CD, VCD.
 - c. *Media luar ruang*, yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya: papan reklame, spanduk, pameran, banner, TV layar lebar dan lain sebagainya.

Menurut Kustandi dan Sutjipto (2013), pengklasifikasian media pembelajaran dapat didasarkan pada sifat atau jenisnya, dapat dikelompokkan seperti berikut:

1. Kelompok media yang hanya dapat didengar atau media yang mengandalkan kemampuan suara, disebut media auditif. Media ini meliputi media radio, *audio* atau *tape recorder*.

2. Kelompok media yang hanya mengandalkan indera penglihatan disebut dengan media visual, seperti gambar, foto, *slide*, kartun, model, dan sebagainya.
3. Kelompok media yang dapat didengar dan dilihat disebut dengan media *audio visual*, seperti *soundslide*, film, TV, video, dan *filmstrip*.

Menurut Kustandi dan Sutjipto (2013), salah satu ragam media pembelajaran lain adalah multimedia. Multimedia adalah alat bantu penyampaian pesan yang menggabungkan dua elemen atau lebih media, meliputi teks, gambar, grafik, foto, suara, film, dan animasi secara terintegrasi.

Menurut Sutopo dalam Juhaeri (2007) objek multimedia terbagi menjadi:

1. Teks

Hampir semua orang yang biasa menggunakan komputer sudah terbiasa dengan teks. Teks merupakan dasar dari pengolahan kata dan informasi berbasis multimedia. Dalam kenyataannya multimedia menyajikan informasi kepada audiens dengan cepat, karena tidak diperlukan membaca secara rinci dan teliti.

2. Animasi

Animasi adalah pembentukan gerakan dari berbagai media atau objek yang divariasikan dengan gerakan transisi, efek-efek, juga suara yang selaras dengan gerakan animasi tersebut atau animasi merupakan penayangan frame-frame gambar secara cepat untuk menghasilkan kesan gerakan.

3. Video

Video merupakan elemen multimedia paling kompleks karena penyampaian informasi yang lebih komunikatif dibandingkan gambar biasa. Walaupun

terdiri dari elemen-elemen yang sama seperti grafik, suara dan teks, namun bentuk video berbeda dengan animasi. Perbedaan terletak pada penyajiannya. Dalam video, informasi disajikan dalam kesatuan utuh dari objek yang dimodifikasi sehingga terlihat saling mendukung penggambaran yang seakan terlihat hidup.

4. *Image*

Menurut Kustandi dan Sutjipto (2013), gambar atau foto adalah berfungsi menyampaikan pesan melalui gambar yang menyangkut indera penglihatan. Pesan yang disampaikan dituangkan ke dalam simbol-simbol komunikasi visual. Simbol-simbol tersebut perlu dipahami dengan benar agar proses penyampaian pesan dapat berhasil dan efisien. Media grafis mempunyai tujuan untuk menarik perhatian, memperjelas materi, mengilustrasikan fakta atau informasi yang mungkin akan cepat jika diilustrasikan dengan gambar.

5. *Audio*

Menurut Sutopo dalam Juhaeri (2007), penyajian audio atau suara merupakan cara lain untuk lebih memperjelas pengertian suatu informasi. Contohnya, narasi merupakan kelengkapan dari penjelasan yang dilihat melalui video. Suara dapat lebih menjelaskan karakteristik suatu gambar, misalnya musik dan suara efek. Salah satu bentuk bunyi yang bisa digunakan dalam produksi multimedia adalah *Waveform Audio* yang merupakan format file audio yang berbentuk digital.

6. *Interactive Link*

Beberapa dari multimedia adalah interaktif, dimana pengguna tersebut dapat menekan mouse atau objek pada screen seperti button atau teks dan menyebabkan program melakukan perintah tertentu.

7. Kalender

Sebuah kalender adalah sebuah sistem untuk memberi nama pada sebuah periode waktu (seperti hari contohnya). Nama-nama ini dikenal sebagai tanggal kalender. Tanggal ini bisa didasarkan dari gerakan-gerakan benda angkasa seperti matahari dan bulan. Kalender juga dapat mengacu kepada alat yang mengilustrasikan sistem tersebut (sebagai contoh, sebuah kalender meja ataupun kalender dinding). Kalender Rukyatul Hilal Indonesia (2008) menyebutkan bahwa pada dasarnya, di dunia ini ada tiga macam bentuk kalender yang dikelompokkan berdasarkan pergerakan matahari dan bulan yaitu:

- a. Kalender Matahari = Solar Calendar
- b. Kalender Bulan = Lunar Calendar
- c. Kalender Bulan-Matahari = Luni-Solar Calendar

Menurut Titik (2016) kalender dapat digunakan sebagai pengembangan peran serta masyarakat dengan dukungan alat bantu tersebut, dan dapat digunakan sebagai monitoring yang terpadu dan diharapkan mampu membuat pasien TB aktif dalam meminum obat yang sudah disediakan oleh pemerintah di Kota Surabaya. Titik (2016) juga menjelaskan bahwasanya kelebihan kalender selain digunakan sebagai sarana edukasi, dan ini tentunya membutuhkan kerjasama yang sangat baik antara kader, peneliti dan

masyarakat untuk mensosialisasikan kalender tersebut, masyarakat juga harus mau, sadar dan mampu berpartisipasi aktif.

Menurut penelitian Pratiwi (2017) pemberian “Kalender Menuju Bebas Kusta 2017” dalam bentuk kalender meja berfungsi untuk mengontrol kepatuhan pasien setelah minum obat yaitu dengan cara mencentrang kotak yang sudah disediakan di kalender, kotak dapat dicentrang setelah pasien minum obat, bukan sebelum atau akan meminum obat, tanggal-tanggal yang sudah terlewat dan tercentrang dapat digunakan sebagai bukti bahwa penderita telah meminum obat tepat waktu ketika penderita datang ke dokter untuk check up. “Kalender Menuju Bebas Kusta 2017” dapat digunakan selama satu tahun penuh, karena selain digunakan untuk mengontrol pengobatan pasien, media kalender juga bisa digunakan untuk melihat kalender masehi selama ssatu tahun penuh, yang sudah dilengkapi dengan hari libur, dan hari peringatan kesehatan Nasional. Dalam “Kalender Menuju Bebas Kusta 2017” juga terdapat penjelasan tentang epidemiologi, definisi, etiologi, manifestasi klinis, klasifikassi, penularan, pencegahan, terapi, bahaya putus obat, serta menghilangkan stigma buruk di masyarakat tentang kusta.

2.3.3 Tujuan Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010), tujuan media pendidikan kesehatan yaitu:

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi kepada audient
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
3. Dapat memperjelas informasi yang ada
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Mengurangi komunikasi yang verbalistic

6. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
7. Memperlancar komunikasi antar individu dan kelompok

2.4 Konsep Teori Perilaku

2.4.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Skinner yang dikutip Notoatmodjo (2010), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respon.

Dilihat dari bentuk respon selama ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notomatmodjo, 2010) :

1. Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010) faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap perilaku kesehatan.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling factor*)

Faktor ini mencakup sarana dan prasarana atau fasilitas yang tersedia bagi masyarakat. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing*)

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang tua atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas dan sikap serta perilaku para petugas kesehatan, orangtua terhadap kesehatan anaknya dan saling mendukung dan memperkuat bentuknya perilaku.

2.4.2 Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) menungkapkan sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam orang tersebut terjadi proses yang beruntun, yaitu :

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation* (menimbang – nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, orang telah mencobaperilaku.
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap – tahap diatas. Apabila perubahan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

2.4.3 Domain Perilaku

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu ke dalam tiga domain (ranah/kawasan) meskipun kawasan – kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini

dilakukan untuk tujuan kepentingan pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut yang terdiri dari : ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah efektif (*affective domaine*), ranah psikomotor (*psychomotor domain*).

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2010). Pengetahuan yang dicapai di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yakni :

- a. *Know* (tahu), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali atau *recall* terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- b. *Comprehension* (memahami), diartikan sebagai sesuatu untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat meninterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. *Application* (aplikasi). Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil atau sebenarnya.

- d. *Analysis* (analisis), adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen–komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. *Syntheticis* (sintesis), menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian–bagian di dalam bentuk suatu usaha keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi–formulasi yang ada.
- f. *Evaluation* (evaluasi), berkaitan dengan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian–penilaian itu berdasarkan suatu kriteria tersendiri atau menggunakan kriteria–kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2010).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penilaian atau responden. Kedalaman pengetahuan orangtua yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan di atas.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Ciri – ciri sikap adalah sebagai berikut :

- a. Sikap seseorang tidak dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang tersebut.

- b. Sikap tidak berdiri sendiri melainkan senantiasa mengandung relasi terhadap suatu objek. Dengan kata lain sikap terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- c. Sikap dapat berubah–ubah oleh karena itu dipelajari oleh sebagian orangtua.
- d. Sebaliknya objek sikap dapat merupakan satu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal – hal tersebut. Jadi sikap dapat berkenaan dengan satu objek saja tetapi juga berkenaan dengan sederetan objek – objek yang serupa.
- e. Sikap mempunyai segi – segi motivasi dan segi – segi perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dengan kecakapan – kecakapan atau pengetahuan – pengetahuan yang dimiliki seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Nurasyah (2007), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yakni : kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep suatu objek, kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama–sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2010).

Sebagai halnya dengan pengetahuan sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

- a. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang atau objek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

- b. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap ini, karena dengan suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan terlepas pekerjaan itu benar atau salah adalah bahwa orang menerima ide tersebut.
- c. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat ini.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi dalam tingkatan ini (Notoatmodjo, 2010).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek.

3. Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain (Notoatmodjo, 2010).

Selanjutnya tingkat – tingkat tindakan secara teoritis adalah :

- a. Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

- b. Respon terpimpin (*guided respons*), dalam melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar, sesuai dengan contoh adalah merupakan praktik indikator tingkat dua.
- c. Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar maka secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat ketiga.
- d. Adaptasi (*adaptation*), merupakan suatu tindakan yang sudah berkembang baik, artinya tindakan ini sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan mewawancarai terhadap kegiatan – kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2010).

2.5 Konsep Kepatuhan

2.5.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan merupakan derajat dimana pasien mengikuti perintah klinis dari dokter yang sedang mengobatinya (Walgito, B 2000). Kepatuhan adalah suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2007).

2.5.2 Faktor-faktor yang mendukung kepatuhan pasien

Menurut Feuerstein *et all* yang dikutip Niven (2008) terdapat 5 faktor yang mendukung kepatuhan pasien antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa Pendidikan tersebut merupakan Pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu, harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan cara meyakinkan dia atau dengan Teknik-teknik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan.

4. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

5. Meningkatkan interaksi professional kesehatan dengan pasien

Adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang diagnosisnya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu.

Menurut Permatasari (2005) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan penderita TB dalam menjalani program pengobatannya antara lain sebagai berikut:

a. Rasa bosan

Seseorang yang telah didiagnosa suatu penyakit yang memerlukan pengobatan dalam jangka waktu yang lama pasti akan merasa bosan dengan terapi atau pengobatan yang dijalani. Pengobatan pada TB memerlukan waktu yang lama dalam pengobatannya. Waktu yang paling cepat untuk pengobatan TB adalah 6 bulan yaitu pengobatan secara intensif.

b. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan masyarakat tentang TB sampai saat ini masih kurang. Hal ini diketahui dari banyaknya anggapan yang salah di masyarakat yang dapat menghambat program pengobatan dan pemberantasannya. Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit TB merupakan penyakit kutukan dan keturunan atau karena guna-guna. Untuk itu diperlukan penyuluhan pada masyarakat tentang penyakit TB, bagaimana cara penularannya dan bagaimana cara pengobatannya. Dan tidak kalah pentingnya dalam penyuluhan yaitu memberikan penjelasan kepada masyarakat bahwa pengobatan TB memang memerlukan waktu yang lama.

c. Tempat atau jarak pelayanan kesehatan

Jika jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap kepatuhan berobat pada pasien TB. Bagi

penderita yang berada di kota mudah untuk melakukan pengobatan dikarenakan jarak antara tempat tinggal dengan tempat pengobatan dekat.

d. Budaya

Masih banyak anggapan masyarakat tentang TB merupakan penyakit keturunan yang sulit disembuhkan, hal ini membuat penderita menjadi malu untuk berinteraksi dengan orang lain dan malu untuk berobat, untuk itu masyarakat perlu mengenal tentang TB secara jelas (Permatasari, 2005).

2.5.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pengobatan menurut Niven (2004) antara lain sebagai berikut:

1) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan professional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

2) Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3) Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima

4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Bukti hasil penelitian bahwa hubungan antara professional kesehatan dan pasien, keluarga dan teman, keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan (Niven, 2004).

Kepatuhan dalam perawatan kesehatan harus dapat dilakukan pengukuran sebab bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan (memantau kepatuhan merupakan salah satu intervensi medis) atau melakukan studi penelitian yang berfokus terhadap besaran, efek, maupun pergerakan kepatuhan. Menurut Nursiwati (2010), cara pengukuran/variabel kepatuhan adalah:

- a) Keteraturan minum obat
- b) Ketepatan dosis
- c) Ketepatan waktu

2.5.4 Tingkat Kepatuhan Pengobatan Tuberculosis

Niven (2000) berpendapat bahwa tingkat kepatuhan pengobatan tuberculosis paru adalah sebagai berikut:

1. Minum obat secara teratur dan benar

Obat yang diminum sesuai dengan petunjuk yang telah diberikan oleh petugas kesehatan meliputi dosis, jumlah, jenis dan waktu minum obat.

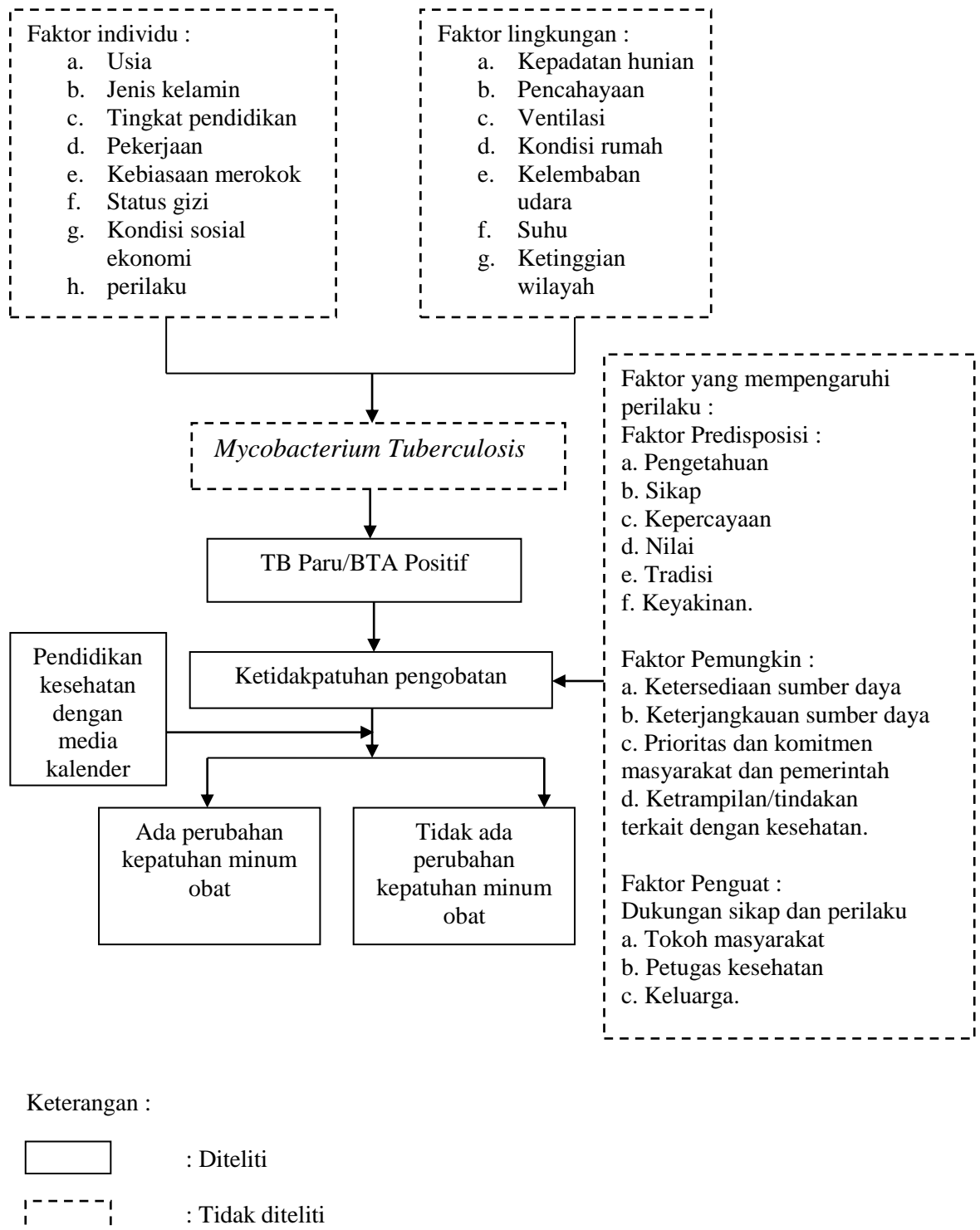
2. Menyelesaikan pengobatan sesuai anjuran petugas

Pengobatan TBC minimal 6 bulan, lama pengobatan selama 6 bulan ini akan mempengaruhi rasa bosan penderita untuk berobat

3. Tidak lalai dalam berobat

Pengambilan obat tidak boleh terlambat. Apabila penderita telah minum obat dikhawatirkan akan terjadi resistensi obat.

2.6 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 : Kerangka Teori Studi Kasus Penerapan Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Medokan Ayu Surabaya