

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep *Health Education***

##### **2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Pendidikan kesehatan ialah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, ke mana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit dan sebagainya.

##### **2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan**

Menurut (Notoatmodjo, 2012) ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan diantaranya yaitu :

###### **A. Faktor Pemudah (*Predisposing Factor*)**

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

### B. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor ini mencakup keberhasilan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung.

### C. Faktor Penguat (*Reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (tokoh masyarakat), tokoh agama (tokoh agama), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan.

### **2.1.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan**

Menurut (Notoatmodjo, 2012) berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan ini, maka sasaran dibagi dalam 3 (tiga) kelompok sasaran sebagai berikut :

A. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Masyarakat umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KTA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

B. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat disekitarnya. Disamping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*).

C. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh

masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*).

#### **2.1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Cakupan promosi kesehatan, baik sebagai ilmu maupun seni sangat luas. Cakupan tersebut dapat dilihat dari dua dimensi yakni : (1) ruang lingkup berdasarkan aspek kesehatan, (2) ruang lingkup berdasarkan tatanan pelaksanaan dan (3) ruang lingkup berdasarkan dimensi tingkat pelayanan.

##### **A. Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan**

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat pokok, yakni : promosi kesehatan pada aspek preventif-promotif dan promosi kesehatan pada aspek kuratif-rehabilitatif.

##### **1. Promosi Kesehatan pada Aspek Preventif-Promotif**

Sasaran promosi kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat. Selama ini kelompok orang sehat kurang memperoleh perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Padahal kelompok orang sehat disuatu komunitas sekitar 80-85% dari populasi. Apabila jumlah ini tidak dibina kesehatannya, maka jumlah ini akan meningkat. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan pada kelompok ini perlu ditingkatkan atau dibina agar tetap sehat, lebih meningkat lagi.

2. Promosi Kesehatan pada Aspek Penyembuhan dan Pemulihan  
(*Kuratif - Rehabilitatif*)

Pada aspek ini upaya promosi kesehatan mencakup tiga upaya atau kegiatan, yakni :

- a. Pencegahan Tingkat Pertama (*Primary Prevention*)
- b. Pencegahan Tingkat Kedua (*Secondary Prevention*)
- c. Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*)

3. Ruang Lingkup Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan

Berdasarkan tatanan (setting) atau tempat pelaksanaan promosi atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan ini dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Promosi Kesehatan pada Tatanan Keluarga (Rumah Tangga).
- b. Promosi Kesehatan pada Tatanan Sekolah.
- c. Promosi Kesehatan di Tempat Kerja.
- d. Promosi Kesehatan di Tempat-tempat Umum.
- e. Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

4. Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*), yaitu sebagai berikut :

- a. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*).

- b. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*).
- c. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis And Prompt Treatment*).
- d. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*).
- e. Rehabilitasi (*Rehabilitation*).

### **2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan**

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping masuknya sendiri juga metode, materi atau pesannya, pendidik atau petugas, yang melakukannya, dan alat-alat bantu/alat peraga pendidikan. Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan sebagai berikut :

#### **A. Metode Individual (Perorangan)**

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut (Notoatmodjo, 2012). Bentuk dari pendekatan ini, antara lain :

1. Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh perhatian, akan menerima perilaku baru.

2. Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

## B. Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2012).

1. Keunggulan

- a. Memberi kemungkinan untuk saling mengemukakan pendapat.

- b. Merupakan pendekatan yang demokratis, mendorong rasa kesatuan.
  - c. Dapat memperluas pandangan atau wawasan.
  - d. Membantu mengembangkan kepemimpinan.
2. Kekurangan
- a. Tidak efektif pada kelompok yang lebih besar.
  - b. Keterbatasan informasi yang didapat oleh peserta.
  - c. Membutuhkan pemimpin diskusi yang terampil.
  - d. Kemungkinan didominasi orang yang suka berbicara.
  - e. Biasanya sebagian besar orang menghendaki pendekatan formal.

Dibawah ini merupakan macam-macam metode kelompok, sebagai berikut :

### 1. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain :

#### a. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

#### b. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

## 2. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil, antara lain :

### a. Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/penyuluh juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tepatnya mereka dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok ada kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

### b. Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (cara pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapa pun. baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari dan akhirnya terjadilah diskusi.

c. Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang, 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit, tiap 2 pasang bergabung menjadi 1. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap-tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

d. Kelompok Kecil (*Bruzz Group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*buzz group*) yang kemudian diberikan suatu permasalahan sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

e. Memainkan Peranan (*Role Play*)

Dalam metode ini, beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f. Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini adalah merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa

bentuk permainan seperti permainan monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

### 3. Metode Massa

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awerness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2012). Berikut ini akan dijelaskan beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa sebagai berikut :

#### a. Ceramah Umum (*Public Speaking*)

Pada cara-cara tertentu misalnya pada hari kesehatan nasional menteri kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

#### b. Berbincang-bincang (*Talk Show*)

Tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

c. Simulasi

Dialog antara pasien dengan dokter atau petugas lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan disuatu media massa juga merupakan pendekatan massa.

d. Billboard

Yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

### 2.1.6 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Media pendidikan kesehatan adalah media yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) yang digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media pendidikan ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik dan media papan :

1. Media Cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak terdiri dari berbagai macam sebagai berikut :
  - a. Booklet
  - b. Leaflet
  - c. Flyer (selebaran)
  - d. Foto tentang informasi kesehatan
  - e. Rubrik
  - f. Poster
  - g. Flip chart (lembar balik)
2. Media Elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dandidengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat

bantu elektronik. Media elektronik terdiri dari berbagai macam sebagai berikut :

- a. Televisi
  - b. Radio
  - c. Video
  - e. Slide
  - f. Film Strip
3. Media Papan (*Billboard*) yaitu papan (*Billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

## **2.2 Konsep Perilaku**

### **2.2.1 Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi, dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Sering tidak disadari bahwa interaksi tersebut amat kompleks sehingga kadang-kadang kita tidak dapat sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu. Karena itu amat penting untuk dapat menelaah alasan dibalik perilaku individu sehingga ia mampu mengubah perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan yang dapat diamati langsung maupun

tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010). Selanjutnya menurut (Notoatmodjo, 2010) perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

1. Faktor Predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor Pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat pelindung diri, dan sebagainya.
3. Faktor Pendukung, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, perilaku dari orang tua dan orang yang disekitarnya.

### **2.2.2 Macam-macam Perilaku**

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Menurut (Notoatmodjo, 2012) membagi perilaku kedalam tiga domain atau ranah/kawasan yaitu ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas.

Menurut Skinner (1938) dalam (Notoatmodjo, 2010) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan rumus

teori Skinner tersebut maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu :

1. Perilaku Tertutup (*Covertbehavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan.

2. Perilaku Terbuka

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau *observable behavior*.

### **2.2.3 Proses Adopsi Perilaku**

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2010). Menurut penelitian (Rogers, 1986 dalam buku Suryani, 2013) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu tahapan AIETA (*Awereness, Interest, Evaluation, Trial, Adoption*) sebagai berikut :

1. Tahap *Awereness* (Kesadaran) yaitu pada tahap ini dimana orang mengetahui adanya ide-ide baru, tetapi info yang diterima sangat

terbatas. Jadi, orang tersebut menyadari dalam arti mengalami stimulus (obyek) terlebih dahulu.

2. Tahap *Interest* (Menaruh Minat) yaitu pada tahap ini orang mulai menaruh minat terhadap inovasi dan mencari informasi lebih banyak tentang motivasi tersebut. Konsumen akan mencari informasi di media yang biasa digunakan sehari-hari sehingga pada tahap ini orang mulai tertarik pada stimulus.
3. Tahap *Evaluation* (Penilaian) yaitu pada tahap ini orang melakukan penilaian terhadap produk baru berdasarkan pada informasi yang diperolehnya dan mencoba mengaitkannya dengan kondisinya (kebutuhan dan harapannya) sebelum memutuskan untuk mencoba produk. Orang juga akan membandingkan produk baru ini dengan produk yang ada dipasaran, sehingga akan timbul keputusan apakah mencoba produk tersebut.
4. Tahap *Trial* (Percobaan) yaitu pada tahap ini orang menggunakan atau mencoba inovasi (produk baru) untuk memastikan kegunaannya dan kemampuan produk dalam memenuhi harapannya. Maka dimana seseorang telah memulai mencoba perilaku baru.
5. Tahap *Adaption* (Penerimaan) yaitu pada tahap ini orang berdasarkan evaluasinya selama mencoba produk dan merasakan hasilnya akan memutuskan untuk menggunakan produk jika ternyata produk baru dinilai sesuai dengan harapan dan

keinginannya sehingga seseorang telah berperilaku baik sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

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

#### **2.2.4 Proses Pembentukan Perilaku**

Perilaku manusia terbentuk karena adanya kebutuhan. Menurut (Abraham H. Maslow) manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologi atau biologis yang merupakan kebutuhan pokok utama yaitu O<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>O, cairan elektrolit, makanan dan seks. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan fisiologis. Misalnya, kekurangan O<sub>2</sub> yang menimbulkan sesak nafas dan kekurangan H<sub>2</sub>O dan elektrolit yang menyebabkan dehidrasi.
2. Kebutuhan rasa aman, misalnya :
  - a. Rasa aman terhindar dari pencurian, penodongan, perampokan dan kejahatan lain.
  - b. Rasa aman terhindar dari konflik, tawuran, kerusuhan, peperangan dan lain-lain.
  - c. Rasa aman terhindar dari sakit dan penyakit.

- d. Rasa aman memperoleh perlindungan hukum.
3. Kebutuhan mencintai dan dicintai, misalnya :
- a. Mendambakan kasih sayang/cinta kasih orang lain baik dari orang tua, saudara, teman, kekasih, dan lain-lain.
  - b. Ingin dicintai/mencintai orang lain.
  - c. Ingin diterima oleh kelompok tempat ia berada.
4. Kebutuhan harga diri, misalnya :
- a. Ingin dihargai dan menghargai orang lain.
  - b. Adanya respek atau perhatian dari orang lain.
  - c. Toleransi atau saling menghargai dalam hidup berdampingan.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, misalnya :
- a. Ingin dipuja atau disanjung oleh orang lain.
  - b. Ingin sukses atau berhasil dalam mencapai cita-cita.
  - c. Ingin menonjol dan lebih dari orang lain, baik dalam karier, usaha, kekayaan, dan lain-lain.

### **2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku**

#### **A. Faktor Endogen atau Dalam Individu**

##### **1. Faktor Biologis**

Terlibat dalam seluruh kegiatan manusia, bahkan berpadu dengan faktor-faktor sosiopsikologis. Menurut Wilson, perilaku sosial dibimbing oleh aturan-aturan yang sudah di program secara genetis dalam jiwa manusia.

## 2. Faktor Sosiopsikologis

Dapat diklasifikasikan ke dalam tiga komponen, yaitu :

- a. Komponen afektif, merupakan aspek emosional dari faktor sosiopsikologis, didahulukan karena erat kaitannya dengan pembicaraan sebelumnya.
- b. Komponen kognitif, aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia.
- c. Komponen konatif, aspek volisional yang berhubungan dengan kebiasaan dan kemauan bertindak.

## B. Faktor Eksogen atau Luar Individu

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku manusia adalah faktor eksogen. Kaum behaviorisme percaya sekali bahwa lingkungan sangat berpengaruh terhadap bentuk perilaku seseorang. Menurut pendekatan ini, perilaku manusia dipengaruhi oleh lingkungan/situasi. Faktor-faktor eksogen meliputi :

### 1. Faktor-faktor Ekologis

Kondisi alam (geografis) dan iklim (temperatur) dapat mempengaruhi perilaku manusia.

### 2. Faktor rancangan dan arsitektural

Contoh pengaruh rancangan dan arsitektural terhadap perilaku manusia dapat dilihat pada penataan rumah.

### 3. Faktor temporal

Suasana emosi dan bentuk perilaku dipengaruhi oleh faktor waktu (temporal). Misalnya, suasana emosi pagi hari tentu berbeda dengan suasana emosi siang hari dan malam hari.

### 4. Faktor teknologi

Jenis teknologi yang digunakan masyarakat dapat mempengaruhi pola-pola komunikasi masyarakat baik pola pikir maupun pola tindakannya.

### 5. Faktor suasana perilaku

Dalam *public speaking* banyak sekali pembahasan tentang bagaimana suatu bentuk penyampaian pesan harus disesuaikan dengan suasana perilaku pesertanya.

### 6. Faktor-faktor Sosial

Ada tiga hal yang dibahas pada faktor ini, yaitu : sistem peran, struktur sosial dan karakteristik individu.

### 7. Stimuli yang mendorong dan memperteguh perilaku

Pada dasarnya ada sejumlah situasi yang memberi keleluasaan untuk bertindak dan sejumlah lain membatasinya. Jika kita menganggap bahwa pada situasi tertentu kita diperbolehkan/dianggap wajar melakukan perilaku tertentu, maka kita akan terdorong melakukannya.

### 8. Lingkungan Psikososial

Lingkungan psikososial diartikan sebagai persepsi terhadap lingkungan.

### 2.2.6 Bentuk Perilaku

Menurut (Wawan & Dewi, 2011) secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organism atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini berbentuk 2 macam yakni :

#### 1. Bentuk Pasif

Merupakan respon internal yang terjadi didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu sudah tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk imunisasi. Contoh lain seseorang yang menganjurkan orang lain untuk mengikuti KB meskipun ia sendiri tidak ikut KB. Dari kedua contoh tersebut terlihat bahwa ibu telah tahu gunanya imunisasi dan contoh kedua orang tersebut telah mempunyai sikap yang positif untuk mendukung keluarga berencana meskipun mereka sendiri belum melakukan secara konkret terhadap kedua hal tersebut. Oleh sebab itu perilaku mereka ini masih terselubung (*covert behavior*).

#### 2. Bentuk Aktif

Merupakan perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya pada kedua contoh diatas, seorang ibu sudah membawa anaknya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain

untuk imunisasi dan orang pada kasus kedua sudah ikut keluarga berencana dalam arti sudah menjadi akseptor KB, oleh karena perilaku mereka ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata maka disebut *overt behavior*.

### 2.2.7 Domain Perilaku

Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Menurut (Benyamin Blom, 1998) seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku dalam tiga domain (kawasan atau ramah) yang terdiri dari : kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*) (Notoadmodjo, 2010).

#### A. Praktek/Tindakan

##### 1. Pengertian

Suatu sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terbentuknya suatu sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan. Faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain didalam tindakan, atau praktik (Notoatmodjo, 2012).

## 2. Tingkatan Praktek/Tindakan

### a. Persepsi

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan tindakan tingkat pertama.

### b. Respon Terpimpin (*GuidedRespons*)

Melakukan sesuatu sesuai dengan contoh merupakan indikator tindakan tingkat dua.

### c. Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai tindakan tingkat tiga.

### d. Adaptasi (*Adaption*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

### 2.2.8 Teori Perubahan Perilaku

Menurut (Notoatmodjo, 2012) teori tentang perubahan perilaku, antara lain :

#### 1. Teori Stimulus-Organisme-Respon (SOR)

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perilaku tergantung pada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Selanjutnya teori ini menyatakan bahwa perilaku dapat benar-benar melebihi stimulus semula.

#### 2. Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Teori ini sama dengan konsep “*Imbalance*” (tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan “*Cognitive Dissonance*” merupakan keadaan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha mencapai keseimbangan individu, berarti sudah tidak ada ketegangan diri lagi dan keadaan tersebut “*Condonance*” (seimbang). Jadi, dapat disimpulkan bahwa ketidakseimbangan dalam diri seseorang akan menyebabkan perubahan perilaku yang akhirnya menimbulkan konflik dalam dirinya.

#### 3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu itu tergantung kepada kebutuhan, hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku

seseorang apabila stimulus tersebut dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

#### 4. Teori Kurt Lewi

Menurut Kurt Lewin berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restraining forces*)

### 2.2.9 Teori Pencegahan Perilaku

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, Menurut (Notoatmodjo, 2012) perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

#### 1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu :

- a. Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan di sini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
  - c. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri. Menurut Suchman dalam Muzaham (2005), memberikan batasan perilaku sakit sebagai tindakan untuk menghilangkan rasa tidak enak (*discomfort*) atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu. Suchman menganalisa pola proses pencarian pengobatan dari segi individu

maupun pola proses pencarian pengobatannya, terhadap lima macam reaksi dalam proses mencari pengobatan. *Shopping* adalah proses mencari alternatif sumber pengobatan yang menemukan seseorang yang dapat memberikan diagnosa atau pengobatan sesuai dengan harapansi sakit.

- a. *Figmentation* adalah proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama. Contoh : Berobat ke dokter, sekaligus ke sinse dan dukun.
- b. *Procrastination* adalah proses penundaan pencarian pengobatan meskipun gejala penyakitnya sudah dirasakan.
- c. *Self medication* ialah pengobatan sendiri dengan menggunakan berbagairamuan atau obat-obatan yang dinilainya tepat baginya.
- d. *Discontinuity* adalah penghentian proses pengobatan. Dalam menentukan reaksi/tindakan sehubungan dengan gejala penyakit yang dirasakannya, menurut suchman individu berproses melalui tahap-tahap yaitu tahap pengenalan gejala, tahap asumsi peran sakit, tahap kontak dengan pelayanan kesehatan, tahap ketergantungan si sakit, tahap penyembuhan atau rehabilitasi.

### 3. Perilaku Kesehatan Lingkungan (*Enviromental Health Behaviour*)

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan

tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga atau masyarakatnya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas terutama petugas kesehatan dan diperlukan juga undang-undang kesehatan untuk memperkuat perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2010).

## **2.3 Konsep TB**

### **2.3.1 Pengertian**

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yakni bakteri yang mempunyai ukuran 0,5-4 mikron × 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid yang sulit ditembus oleh zat kimiayang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Penyakit ini bisa disembuhkan namun, bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian (Kemenkes RI, 2018).

Tuberkulosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang pada berbagai organ tubuh mulai dari paru dan organ di luar paru seperti kulit, tulang,

persendian, selaput otak, usus serta ginjal yang sering disebut dengan ekstrapulmonal TBC (Chandra, 2012).

### 2.3.2 Klasifikasi TB

Menurut (Pedoman Nasional Penanggulangan TB, 2014) Pasien TB diklasifikasikan menjadi 4 macam yaitu :

#### A. Klasifikasi berdasarkan Lokasi Anatomi dari Penyakit

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier tuberkulosis dianggap sebagai tuberkulosis paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis tuberkulosis dirongga dada (hilus atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung tuberkulosis pada paru, dinyatakan sbagai tuberkulosis ekstra paru. Pasien yang menderita tuberkulosis paru dan sekaligus juga menderita tuberkulosis ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien tuberkulosisi paru.

Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang terjadi pada organ selain paru, misalnya : pleuara, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak, dan tulang. Diagnosis tuberkulosis ekstra paru dapat ditetapkan harus diupayakan berdasarkan penemuan *mycobacterium tuberculosis*.

Pasien tuberkulosis ekstra paru yang menderita tuberkulosis pada beberapa organ, diklasifikasikan sebaga pasien tuberkulosis

ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran tuberkulosis yang terberat.

B. Klasifikasi berdasarkan Riwayat Pengobatan sebelumnya

1. Pasien baru tuberkulosis adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan tuberkulosis sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun, kurang dari 1 bulan (dari 28 dosis).
2. Pasien yang pernah diobati tuberkulosis adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (dari 28 dosis). Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil :
  - a. Pasien kambuh adalah pasien tuberkulosis yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis tuberkulosis berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).
  - b. Pasien yang diobati kembali setelah gagal adalah pasien tuberkulosis yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
  - c. Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*) adalah pasien tuberkulosis yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up* (klasifikasi ini

sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat/*default*).

- d. Lain-lain adalah pasien tuberkulosis yang pernah diobati namun, hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

### C. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis

#### 1. Tuberkulosis BTA positif

- a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- b. 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thorak dada menunjukkan tuberkulosis.
- c. 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman tuberkulosis positif.
- d. 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya setelah 3 spesimen dahak SPS yang pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

#### 2. Tuberkulosis BTA Negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada Tuberkulosis BTA positif. Kriteria diagnostik tuberkulosis BTA negatif harus meliputi :

- a. Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.

- b. Foto thorak abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.
- d. Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

### 2.3.3 Penyebab/Cara Penularan

Menurut (Notoatmodjo, 2011) cara penularannya yaitu daya penularan dari seorang penderita TBC ditentukan oleh :

1. Banyaknya kuman yang terdapat dalam paru penderita.
2. Penyebaran kuman di udara.
3. Penyebaran kuman bersama dahak berupa droplet dan berada di sekitar penderita TB.

Kuman *Mycobacterium tuberculosis* pada penderita TB paru dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada sediaan dahaknya (BTA positif) dan sangat infeksius. Sedangkan penderita yang kumannya tidak dapat dilihat langsung dengan mikroskop pada sediaan dahaknya (BTA negatif) dan sangat kurang menular. Penderita TB ekstra paru tidak menular, kecuali penderita TB paru. Penderita TB BTA positif mengeluarkan kuman-kuman di udara dalam bentuk droplet yang sangat kecil dan pada waktu bersin atau batuk. Droplet yang sangat kecil ini mengering dengan cepat dan menjadi droplet yang mengandung kuman tuberkulosis dan dapat bertahan di udara selama

beberapa jam. Droplet yang mengandung kuman ini dapat terhisap orang lain. Jika kuman tersebut sudah menetap dalam paru orang yang menghirupnya, kuman ini membelah diri (berkembang biak) dan terjadi infeksi. Orang yang serumah dengan penderita TB BTA positif adalah orang yang besar kemungkinannya terpapar kuman tuberkulosis.

#### **2.3.4 Faktor Resiko**

Faktor risiko TB dibagi menjadi faktor host dan faktor lingkungan sebagai berikut :

##### **1. Faktor Host**

- a. Kebiasaan dan paparan, seseorang yang merokok memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena TB.
- b. Status nutrisi, seseorang dengan berat badan kurang memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena TB. Vitamin D juga memiliki peran penting dalam aktivasi makrofag dan membatasi pertumbuhan Mycobacterium. Penurunan kadar vitamin D dalam serum akan meningkatkan risiko terinfeksi TB.
- c. Penyakit sistemik, pasien dengan penyakit-penyakit seperti keganasan, gagal ginjal, diabetes, ulkus peptikum memiliki risiko untuk terkena TB.
- d. Immunocompromised, seseorang yang terkena HIV memiliki risiko untuk terkena TB primer ataupun reaktifasi

TB. Selain itu, pengguna obat-obatan seperti kortikosteroid dan TNF-inhibitor juga memiliki risiko untuk terkena TB.

- e. Usia, di Amerika dan negara berkembang lainnya, kasus TB lebih banyak terjadi pada orang tua daripada dewasa muda dan anak-anak (Horsburgh, 2014).

## 2. Faktor lingkungan

Orang yang tinggal serumah dengan seorang penderita TB akan berisiko untuk terkena TB. Selain itu orang yang tinggal di lingkungan yang banyak terjadi kasus TB juga memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena TB. Selain itu sosioekonomi juga berpengaruh terhadap risiko untuk terkena TB dimana sosioekonomi rendah memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena TB (Horsburgh, 2014).

Pada anak, faktor risiko terjadinya infeksi TB antara lain adalah anak yang terpajan dengan orang dewasa dengan TB aktif (kontak TB positif), daerah endemis, kemiskinan, lingkungan yang tidak sehat (hygiene dan sanitasi tidak baik), dan tempat penampungan umum (panti asuhan, penjara, atau panti perawatan lain), yang banyak terdapat pasien TB dewasa aktif. Sumber infeksi TB pada anak yang terpenting adalah pajanan terhadap orang dewasa yang infeksius, terutama dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif. Berarti bayi dari seorang ibu dengan BTA sputum positif memiliki risiko tinggi terinfeksi TB. Semakin erat bayi

tersebut dengan ibunya, semakin besar pula kemungkinan bayi tersebut terpajan percik renik (droplet nuclei) yang infeksius (Kartasasmita, 2014).

### **2.3.5 Tanda dan Gejala**

Pada stadium awal penyakit TB paru tidak menunjukkan tanda dan gejala yang spesifik. Namun seiring dengan perjalanan penyakit akan menambah jaringan parunya mengalami kerusakan, sehingga dapat meningkatkan produksi sputum yang ditunjukkan dengan seringnya klien batuk sebagai bentuk kompensasi pengeluaran dahak (Manurunget al, 2013). Selain itu, klien dapat mersa letih, lemah, berkeringat pada malam hari dan mengalami penurunan berat badan yang berarti. Secara rinci tanda dan gejala TB paru ini dapat dibagi atas 2 (dua) golongan yaitu gejala sistemik dan gejala respiratorik :

#### **1. Gejala Sistemik**

##### **a. Demam**

Demam merupakan gejala pertama dari tuberkulosis paru, biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat mirip demam influeza yang segera mereda. Tergantung dari daya tahan tubuh dan virulensi kuman, serangan demam yang berikut dapat terjadi setelah 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan. Demam seperti influenza ini hilang timbul dan semakin lama makin panjang masa serangannya,

sedangkan masa bebas serangan akan makin pendek.

Demam dapat mencapai suhu tinggi yaitu 40°-41°C.

- b. Malaise Karena tuberkulosis bersifat radang menahun, maka dapat terjadi rasa tidak enak badan, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan makin kurus, sakit kepala, mudah lelah dan pada wanita kadang-kadang dapat terjadi gangguan siklus haid.

## 2. Gejala Respiratorik

### a. Batuk

Batuk baru timbul apabila proses penyakit telah melibatkan bronkhus. Batuk mula-mula terjadi oleh karena iritasi bronkhus; selanjutnya akibat adanya peradangan pada ronkhus, batuk akan menjadi produktif. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk-produk ekskresi peradangan. Dahak dapat bersifat mukoid atau purulen.

### b. Batuk darah

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. Berat dan ringannya batuk darah yang timbul, tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding kavitas, juga dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkhus. Batuk darah inilah yang paling sering membawa penderita berobat ke dokter.

c. Sesak Nafas

Gejala ini ditemukan pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang cukup luas. Pada awal penyakit gejala ini tidak pernah ditemukan.

d. Nyeri Dada

Gejala ini timbul apabila sistem persyarafan yang terdapat di pleura terkena, gejala ini dapat bersifat lokal atau pleuritik.

### **2.3.6 Organ Tubuh yang Sakit**

Penyakit Tuberkulosis (TB) terdiri atas 2 golongan besar (Kemenkes RI, 2011) sebagai berikut :

1. Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
2. Tuberkulosis ekstra paru adalah Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. Pasien dengan TB paru dan TB ekstraparu diklasifikasikan sebagai TB paru.

### **2.3.7 Diagnosis Tuberkulosis**

Menurut (Alsagaff, 2017) pemeriksaan yang perlu dilakukan untuk memberikan daignosa yang tepat antara lain :

1. Anamnesis baik terhadap pasien maupun keluarganya  
Identifikasi keluhan seperti batuk, batuk berdarah, sesak nafas, nyeri dada dan nafas berbunyi yang berlangsung lama.
2. Pemeriksaan fisik secara langsung  
Pemeriksaan pertama terhadap keadaan umum pasien dengan penemuan konjungtiva pucat atau kulit yang pucat karena anemia, badan kurus atau berat badan menurun. Kelainan paru pada umumnya terjadi di daerah lobus superior terutama daerah apeks dan segmen posterior, serta daerah apeks lobus inferior. Pemeriksaan pada perkusi didapatkan suara redup dan auskultasi suara nafas bronchial.
3. Pemeriksaan laboratorium  
Bahan pemeriksaan adalah dahak pasien. Cara pengambilan dahak ada 2 kali (SP/SS) :
  - a. Sewaktu/spot (dahak waktu saat kunjungan).
  - b. Sewaktu/spot (pada saat mengantarkan dahak pagi).
4. Interpretasi hasil pemeriksaan dahak dari 3 kali pemeriksaan :
  - a. 3 kali positif atau 2 kali positif, 1 kali negatif artinya BTA positif.
  - b. 1 kali positif, 2 kali negatif artinya ulang BTA 3 kali, kemudian bila 1 kali positif, 2 kali negatif artinya BTA positif.
  - c. Bila 3 kali negatif, artinya BTA negatif.

## 5. Rontgen dada

Sesuai dengan gambaran tuberkulosis paru. Lokasi lesi tuberkulosis umumnya didaerah apeks paru, tetapi bisa juga mengenai lobus bawah (inferior). Awal ditemukan penyakit lesi merupakan sarang-sarang pneumonia, gambaran radiologis berupa bercak-bercak seperti awan dan dengan batas tidak tegas. Pada kavitas bayangannya berupa cincin yang mula-mula berdinding tipis. Dalam waktu lama, dinding akan menjadi sklerotik dan terlihat menebal. Bila terdapat fibrosis terlihat bayangan yang bergaris-garis.

### **2.3.8 Pencegahan**

Pencegahan TB cara terbaik untuk mencegah TB adalah dengan pengobatan terhadap pasien yang mengalami infeksi TB sehingga rantai penularan terputus. TB bisa diobati, asalkan benar-benar mempunyai keinginan dan semangat yang besar untuk sembuh. Dorongan dari keluarga dan orang disekitar sangatlah diperlukan. Pemeriksaan yang intensif dan teliti serta disiplin minum obat yang diberikan dokter harus dilakukan penderita agar penyakit yang dideritanya segera sembuh. Pengobatan yang dilakukan bertujuan untuk menyembuhkan, mencegah kematian, dan kekambuhan.

Tiga topik dibawah ini merupakan topik yang penting untuk pencegahan TB sebagai berikut :

## 1. Proteksi terhadap paparan TB

Diagnosis dan tatalaksana dini merupakan cara terbaik untuk menurunkan paparan terhadap TB. Risiko paparan terbesar terdapat di bangsal TB dan ruang rawat, dimana staf medis dan pasien lain mendapat paparan berulang dari pasien yang terkena TB.

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kemungkinan transmisi, antara lain :

### a. Cara batuk

Cara ini merupakan cara yang sederhana, murah, dan efektif dalam mencegah penularan TB dalam ruangan. Pasien harus menggunakan sapu tangan untuk menutupi mulut dan hidung, sehingga saat batuk atau bersin tidak terjadi penularan melalui udara.

### b. Menurunkan konsentrasi bakteri

#### ➤ Sinar Matahari dan Ventilasi

Sinar matahari dapat membunuh kuman TB dan ventilasi yang baik dapat mencegah transmisi kuman TB dalam ruangan.

#### ➤ Filtrasi Penyaringan udara tergantung dari fasilitas dan sumber daya yang tersedia.

#### ➤ Radiasi UV bakterisidal

*M.tuberculosis* sangat sensitif terhadap radiasi UV bakterisidal. Metode radiasi ini sebaiknya digunakan

di ruangan yang dihuni pasien TB yang infeksius dan ruangan dimana dilakukan tindakan induksi sputum ataupun bronkoskopi.

c. Masker

Penggunaan masker secara rutin akan menurunkan penyebaran kuman lewat udara. Jika memungkinkan, pasien TB dengan batuk tidak terkontrol disarankan menggunakan masker setiap saat. Staf medis juga disarankan menggunakan masker ketika paparan terhadap sekret saluran nafas tidak dapat dihindari.

d. Rekomendasi NTP (*National TB Prevention*) terhadap

paparan TB : Segera rawat inap pasien dengan TB paru BTA (+) untuk pengobatan fase intensif, jika diperlukan.

- Pasien sebaiknya diisolasi untuk mengurangi risiko paparan TB ke pasien lain.
- Pasien yang diisolasi sebaiknya tidak keluar ruangan tanpa memakai masker.
- Pasien yang dicurigai atau dikonfirmasi terinfeksi TB sebaiknya tidak ditempatkan di ruangan yang dihuni oleh pasien yang immunocompromised, seperti pasien HIV, transplantasi, atau onkologi.

## 2. Vaksinasi BCG (*Bacillus Calmette Guerin*)

BCG merupakan vaksin hidup yang berasal dari *M.bovis*. Fungsi BCG adalah melindungi anak terhadap TB diseminata dan TB ekstra paru berat (TB meningitis dan TB milier). BCG tidak memiliki efek menurunkan kasus TB paru pada dewasa. BCG diberikan secara intradermal kepada populasi yang belum terinfeksi.

### a. Tes Tuberkulin

Neonatus dan bayi hingga berusia 3 bulan tanpa adanya riwayat kontak dengan TB, dapat diberikan vaksinasi BCG tanpa tes tuberkulin sebelumnya.

### b. Vaksinasi Rutin

Pada negara dengan prevalensi TB yang tinggi, WHO merekomendasikan pemberian vaksinasi BCG sedini mungkin, terutama saat baru lahir. Pada bayi baru lahir hingga usia 3 bulan, dosisnya adalah 0,05 ml sedangkan untuk anak yang lebih besar diberikan 0,1 ml.

## 3. Terapi Pencegahan

Tujuan terapi pencegahan adalah untuk mencegah infeksi TB menjadi penyakit, karena penyakit TB dapat timbul pada 10 % orang yang mengalami infeksi TB. Kemoprofilaksis dapat diberikan bila ada riwayat kontak dengan tes tuberkulin positif tetapi tidak ada gejala atau bukti radiologis TB. Obat yang

digunakan biasanya adalah isoniazid (5 mg/kg) selama 6 bulan. Jika memungkinkan, dilakukan dengan pengamatan langsung. Kelompok yang mendapat profilaksis, yaitu :

- Bayi dengan ibu yang terinfeksi TB paru Bayi yang sedang mendapat ASI dari ibu dengan TB paru, sebaiknya mendapat isoniazid selama 3 bulan. Setelah 3 bulan, dilakukan tes tuberkulin. Jika hasil negatif maka diberikan vaksinasi, jika positif maka dilanjutkan isoniazid selama 3 bulan lagi. Jika terdapat adanya bukti penyakit, maka perlu diberikan pengobatan penuh.
- Anak dengan riwayat kontak, tuberkulin negatif, tampak sehat, tanpa riwayat BCG, sama seperti di atas.
- Anak dengan riwayat kontak, tuberkulin positif (tanpa riwayat BCG).

Pencegahan tuberkulosis dengan cara lain yaitu :

1. Tindakan pencegahan tuberkulosis oleh orang yang belum terinfeksi
  - a. Berusaha mengurangi kontak dengan penderita TB paru aktif.
  - b. Selalu menjaga standar hidup yang baik, caranya bisa dengan mengkonsumsi makanan yang bernilai gizi tinggi, menjaga lingkungan selalu sehat baik itu dirumah maupun ditempat kerja (kantor) dan menjaga kebugaran tubuh dengan cara menyempatkan dan meluangkan waktu untuk berolah raga.

- c. Pemberian vaksin BCG, tujuannya untuk mencegah terjadinya kasus infeksi tuberkulosis yang lebih berat. Vaksin BCG secara rutin diberikan kepada semua balita.

2. Tindakan pencegahan tuberkulosis oleh penderita agar tidak menular

Bagi mereka yang sudah terlanjur menjadi penderita tuberkulosis aktif tindakan yang bisa dilakukan adalah menjaga kuman (bakteri) dari diri sendiri, hal ini biasanya membutuhkan waktu lama sampai beberapa minggu untuk masa pengobatan dengan obat tuberkulosis hingga penyakit tuberkulosis sudah tidak bersifat menular lagi.

Menurut (Priyoto, 2016) adapun cara untuk membantu menjaga pencegahan tuberkulosis agar infeksi bakteri tidak menular kepada orang-orang disekitar baik itu teman atau keluarga dirumah :

- a. Selama beberapa minggu menjalani pengobatan sebaiknya tidak tidur sekamar dengan orang lain meskipun keluarga sendiri sebagai usaha pencegahan TB agar tidak menular.
- b. Selalu menggunakan masker untuk menutup mulut, hal ini merupakan langkah pencegahan TB secara efektif dan jangan membuang masker yang sudah tidak dipakai lagi pada tempat yang tepat dan aman dari kemungkinan terjadinya penularan TB ke lingkungan sekitar.
- c. Jangan meludah disembarang tempat.
- d. Menghindari udara dingin dan selalu mengusahakan agar pancaran sinar matahari dan udara segar.

- e. Masuk sinar matahari secukupnya ke ruangan tempat tidur. Usahakan selalu menjemur kasur, bantal, dan tempat tidur terutama di pagi dan sore hari di tempat yang tepat.
- f. Tidak melakukan kebiasaan sering penggunaan barang atau alat. Semua barang yang digunakan penderita TB harus terpisah dan tidak boleh digunakan oleh orang lain.
- g. Mengonsumsi makanan yang mengandung banyak kadar karbohidrat dan protein tinggi.

### **2.3.9 Pengobatan**

#### **A. Tujuan Pengobatan**

Pengobatan tuberkulosis (TB Paru) bertujuan untuk menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktifitas serta kualitas hidup, mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya, mencegah terjadinya kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah resistensi M. Tuberkulosis terhadap obat anti tuberkulosis (Kemenkes RI, 2014).

#### **B. Prinsip Pengobatan**

Prinsip pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB adalah merupakan salah satu upaya paling efisien untuk

mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip (Kemenkes RI, 2014).

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk oaduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
2. Diberikan dalam dosis yang tepat.
3. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO sampai selesai pengobatan.
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

### C. Tahapan Pengobatan

Menurut (Kemenkes RI, 2014) pengobatan tuberkulosis harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud :

#### 1. Tahap Awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Panduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada

umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu.

Jika pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

## 2. Tahap Lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman presister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister (dormant) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

## D. Hasil Pengobatan Pasien Tuberkulosis

### 1. Sembuh

Pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan apusan dahak ulang (*Follow-up*) hasilnya negatif pada AP dan pada satu pemeriksaan sebelumnya.

## 2. Pengobatan lengkap

Pasien yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak ada hasil pemeriksaan apusan dahak ulang pada AP dan pada satu pemeriksaan sebelumnya.

## 3. Meninggal

Pasien yang meninggal dari masa pengobatan karena sebab apapun.

## 4. Pindah (*Transfer out*)

Pasien yang dipindah ke unit pencatatan dan pelaporan (register) lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui.

## 5. Putus berobat (*Defaulted*)

Pasien yang tidak berobat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

## 6. Gagal

Pasien yang pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

## 7. Keberhasilan Pengobatan (*Treatment success*)

Jumlah yang sembuh dan pengobatan lengkap. Digunakan pada pasien dengan BTA+ atau biakan positif (Kemenkes RI, 2011).

### 2.3.10 Komplikasi

Menurut (Basiroh, 2014) penanganan pada penderita tuberculosis yang tidak benar akan menimbulkan komplikasi sebagai berikut :

1. Komplikasi dini yaitu emfisema, efusi pleura, laringitis, usus, pleuritis, dan *Poncet's arthropathy*.
2. Komplikasi lanjut yaitu Sindrom Obstruksi Pasca Tuberculosis (SPOT), obstruksi jalan nafas, kerusakan parenkim berat, kor pulmonal, karsinoma paru, fibrosis paru, amiloidosis, sindrom gagal nafas dewasa (ARDS), sering terjadi pada TB milier dan kavitas TB.

## 2.4 Konsep *Kasemsem TB Book*

### 2.4.1 Pengertian *Kasemsem TB Book*

Kartu Kasugi merupakan media yang berisi pesan dan informasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat. Pesan yang ada dalam kartu kasugi didukung berbagai gambar yang menarik dan sesuai dengan topik di masing-masing kartu (Kristyawan dkk, 2016).

Jadi, *Kasemsem TB Book* merupakan sebuah buku saku bergambar beserta ada keterangannya dengan menggunakan bahasa jawa suroboyo-an dan bahasa indonesia bagi yang tidak mengerti dimana didalamnya terdapat isi tentang TB seperti pengertian, penyebab, pemeriksaan, pencegahan, pengobatan dan komplikasi serta buku ini boleh digunakan untuk semua kalangan usia 15-50 tahun.

#### **2.4.2 Manfaat Permainan *Kasemsem TB Book***

Manfaat dari *Kasemsem TB Book* sebagai berikut :

1. Memberikan ilmu pengetahuan dan menambah wawasan kepada pasien TB melalui proses pembelajaran didalam buku.
2. Agar dapat mengetahui dan mencegah terjadinya penyakit TB.

#### **2.4.3 Karakteristik *Kasemsem TB Book***

Pada buku ini berbentuk persegi panjang dengan ukuran A5 (14,8 cm x 21 cm) dengan berisi gambar dan juga keterangan 2 bahasa (bahasa indonesia dan bahasa jawa) yang mudah dimengerti di kalangan masyarakat. Adapun isi daribuku *Kasemsem TB Book* yaitu pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pemeriksaan, pencegahan, pengobatan, dan komplikasi.

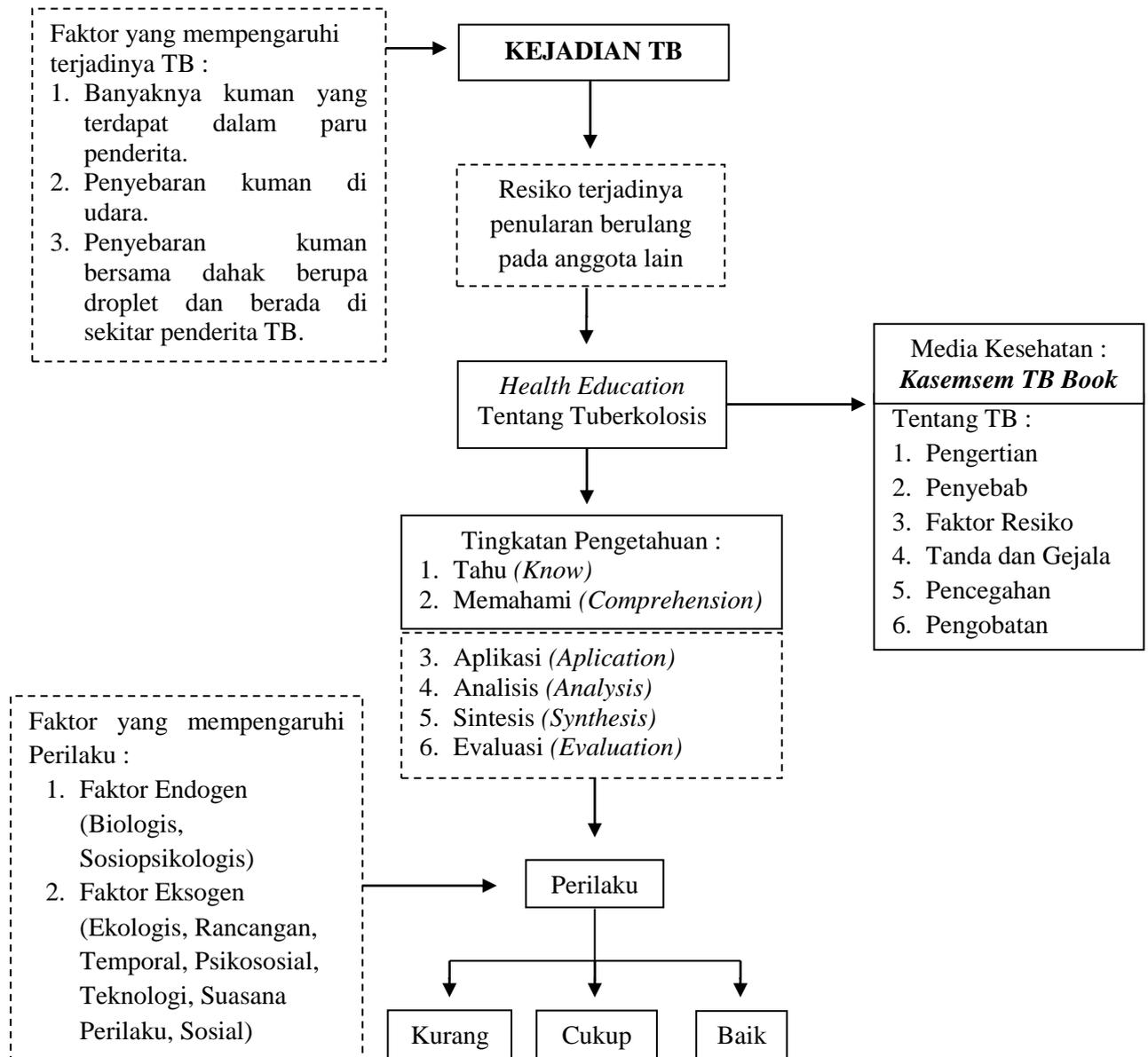
#### **2.4.4 Kelebihan *Kasemsem TB Book***

1. Pada buku ini mampu menambah wawasan dan pengetahuan pada semua orang.
2. Buku ini dapat digunakan dikalangan semua umur mulai usia anak sampai lanjut usia.
3. Media ini sangat praktis dan ekonomis serta mudah untuk dibawa kemana-mana.
4. Buku ini akan dapat mudah dipelajari, dipahami, dan diingat dikalangan semua orang.

#### **2.4.5 Kekurangan *Kasemsem TB Book***

Kekurangan pada buku ini yaitu akan mudah sobek dan rusak karena terbuat dari bahan kertas, hanya digunakan dikalangan usia 15-50 tahun saja.

## 2.5 Kerangka Teori



### Keterangan :

   = Variabel yang tidak diteliti

   = Variabel yang diteliti

**Gambar 2.1** Kerangka Teori Studi Kasus Penerapan *Health Education* dengan Media *Kasemsem TB Book* dalam Peningkatan Perilaku Pencegahan Penularan TB di Wilayah Kerja Puskesmas Keputih Surabaya.

Pada Kerangka Konseptual diatas maka dapat dijelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya TB yaitu banyaknya kuman yang terdapat dalam paru penderita, penyebaran kuman di udara, penyebaran kuman bersama dahak berupa droplet dan berada di sekitar penderita TB. Dengan adanya faktor yang mempengaruhi terjadinya TB maka akan resiko terjadinya penularan berulang pada anggota lain sehingga diperlukan *Health Education* tentang TB dengan menggunakan Media *Kasemsem TB Book* tentang TB yang berisikan Pengertian, penyebab, faktor resiko, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan, dan komplikasi. Dari adanya *Health Education* maka didapatkan pengetahuan responden yang akan mempengaruhi perilaku sehingga dapat berubah lebih baik. Namun, faktor yang dapat mempengaruhi perilaku antara lain faktor endogen (biologis, sosiopsikologis) dan faktor eksogen (ekologis, rancangan, temporal, psikososial, teknologi, suasana perilaku, sosial). Setelah itu dilakukan pengamatan atau observasi selama  $\pm 1$  bulan dan akan diberi kesimpulan pada perilaku terhadap penceghan penularan TB dengan kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.