

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu 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, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Salah satu kegiatan promosi kesehatan adalah pemberian informasi atau pesan kesehatan berupa pendidikan kesehatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan agar memudahkan terjadinya perilaku sehat (Notoatmodjo, 2007). Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat (Munijaya, 2004).

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan secara umum adalah mengubah pengetahuan, sikap dan keterampilan individu atau masyarakat di bidang kesehatan, yang dapat dirinci sebagai berikut (Maulana, 2009): menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat dan mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Pendidikan kesehatan merupakan suatu komunikasi untuk mencapai tujuan kesehatan yang positif dan mencegah atau meminimalkan sakit sehat baik dalam individu maupun kelompok yang dipengaruhi oleh kepercayaan, tingkah laku dan kebiasaan yang dapat dijadikan kekuatan untuk komunitas yang lebih besar (Smith, 1979 dalam Moules & Ramsay, 2008).

2.1.3 Manfaat Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat merupakan suatu upaya meningkatkan kesejahteraan anak di dalam keluarga. Orangtua yang telah diberikan pendidikan kesehatan akan lebih mudah dalam merawat anak. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses dan tanggung jawab secara bersama antara individu, keluarga dan komunitas serta memiliki manfaat untuk meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan kesakitan terhadap diri sendiri (WHO, 1986 dalam Moules & Ramsay, 2008).

2.1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan dilihat dari sarasannya dapat diberikan pada individu, kelompok dan masyarakat, sedangkan dilihat dari tempatnya pendidikan kesehatan dapat dilakukan disekolah, di rumah sakit, dan tempat-tempat kerja yang lain (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan kesehatan yang diberikan di rumah sakit mempunyai sasaran klien atau keluarga klien di rumah sakit maupun Puskesmas.

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

1. Metode pendidikan individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling)
- b. Wawancara (Interview)

2. Metode Pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektivitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

1. Ceramah: metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
2. Seminar: hanya cocok untuk sasaran yang berpendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok kecil

1. Diskusi kelompok: dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat.
2. Curah pendapat (Brain Storming): merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapapun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.
3. Kelompok kecil-kecil (Buzz group): kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut.
4. Memainkan peranan (Role play): beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunitas sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

5. Permainan simulasi (Simulation game): merupakan gambaran role play dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

2.1.6 Konsep Dasar Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Alat-alat bantu tersebut mempunyai fungsi sebagai berikut, yaitu menimbulkan minat sasaran pendidikan, mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman, menstimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima orang lain, mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan, mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/masyarakat, mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik (Notoatmodjo, 2012).

2.1.7 Tujuan Media Pendidikan

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
3. Dapat memperjelas informasi
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
6. Dapat menampilkan obyek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
7. Memperlancar komunikasi

2.1.8 Manfaat Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan dapat membangkitkan keinginan dan minat yang baru, membangkitkan motivasi dan rangsangan kegiatan belajar, dan membawa pengaruh-pengaruh psikologis

2.1.9 Alat Bantu Media

1. Alat bantu lihat (visual aids)

Alat bantu lihat berguna dalam membantu menstimulasi indra penglihatan pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Alat bantu lihat dibagi dua bentuk yaitu alat bantu yang diproyeksikan (slide, film, dan film strip) dan alat bantu yang tidak diproyeksikan (Notoatmodjo, 2012).

2. Alat bantu dengar (audio aids)

Alat bantu dengar adalah alat yang membantu untuk menstimulasi indra pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran, misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan lain-lain (Notoatmodjo, 2012).

3. Alat bantu lihat-dengar (audio visual-aids)

Alat bantu audiovisual aids adalah alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan melalui alat bantu lihat-dengar, seperti televisi, video cassette dan DVD. Indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan kedalam otak adalah mata. Kurang lebih 75%-87% pengetahuan manusia diperoleh melalui mata sedangkan 13%-25% lainnya tersalur melalui indra yang lain (Notoatmodjo, 2012).

Jenis media audiovisual dibagi dua yaitu menurut Syaiful Bahri Djamarah dan Aswan Zain (2007:124) :

1. Audio visual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar seperti bingkai suara (sound slide).

Sound slide adalah suatu film berukuran 35 mm, yang biasanya dibungkus bingkai berukuran 2×2 inci tersebut dari karton atau plastik. Sebagai suatu program film bingkai sangat bervariasi. Panjang pendek film bingkai tergantung pada tujuan yang ingin dicapai dan materi yang ingin disajikan. Ada program yang selesai dalam satu menit, tapi ada pula yang hingga satu jam atau lebih. Namun yang lazim, satu film bingkai bersuara (sound slide) lamanya berkisar antara 10-30 menit.

2. Audio visual gerak yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar bergerak seperti film dan video

Film dan video adalah merupakan gambar hidup merupakan gambar-gambar dalam frame di mana frame demi frame diproyeksikan melalui lensa proyektor secara mekanis sehingga pada layar terlihat gambar hidup. Film bergerak dengan cepat dan bergantian sehingga memberikan visual yang continue, sama halnya dengan film, video dapat menggambarkan suatu obek yang bergerak bersama-sama dengan suara alamiah atau suara yang sesuai. Kemampuan film dan visio melukiskan gambar hidup dan suara memberinya daya tarik tersendiri. Kedua jenis media ini pada umumnya digunakan untuk tujuan-tujuan hiburan, dokumentasi dan pendidikan. Mereka dapat menyajikan informasi, memaparkan proses, menjelaskan konsep-konsep yang rumit, mengajarkan keterampilan, menyingkat atau memperpanjang waktu, dan mempengaruhi sikap.

2.1.10 Media Audio Visual

Definisi media audio visual apabila dilihat dari etimologi “kata media berasal dari bahasa latin dan merupakan bentuk jamak dari kata “medium” yang secara harfiah berarti perantara atau pengantar, maksudnya sebagai perantara atau alat menyampaikan sesuatu” (Salahudin,1986: 3).

Media audio visual merupakan salah satu jenis media pembelajaran yang dapat digunakan dalam proses pembelajaran. Media audio visual yaitu jenis media yang selain mengandung unsur suara juga mengandung unsur gambar yang bisa dilihat, misalnya rekaman video, berbagai ukuran film, slide suara, dan lain sebagainya. Kemampuan media ini dianggap lebih baik dan lebih menarik, sebab mengandung kedua unsur jenis media auditif dan visual. Media audio visual adalah jenis media yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan melibatkan pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses atau kegiatan. Pesan dan informasi yang dapat disalurkan melalui media ini dapat berupa pesan verbal dan non verbal yang mengandalkan baik penglihatan maupun pendengaran. Beberapa contoh media audio visual adalah film, video, program tv, dan lain-lain

Media audio visual yaitu media yang merupakan kombinasi audio dan visual atau bisa disebut media pandang-dengar. Contoh dari media audio visual adalah program video/televise pendidikan, video/televise instruktural, dan program slide suara

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa media audio visual merupakan media yang dapat digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan

melibatkan pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses atau kegiatan, contoh media audio visual adalah film, video, program Tv, slide suara dan lain-lain

1. Karakteristik media audio visual

Pembelajaran menggunakan teknologi audio visual adalah satu cara menyampaikan materi dengan menggunakan mesin-mesin mekanis dan elektronik untuk menyajikan pesan-pesan audio visual. Media audio visual memiliki karakteristik yaitu bersifat linear, menyajikan visual yang dinamis, digunakan dengan cara yang telah ditetapkan sebelumnya oleh perancang / pembuatnya, merupakan gambaran fisik dari gagasan real atau abstrak, dikembangkan menurut prinsip psikologis behaviorisme dan kognitif, menggunakan perangkat keras selama proses belajar, seperti mesin proyektor film, televisi, tape recorder, dan proyektor visual yang lebar.

2. Jenis media audio visual

Media audio visual dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

1. Audio visual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film, bingkai suara, film rangkai suara, cetak suara.
2. Audio visual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan video-cassette.

3. Kelebihan dan kelebihan penggunaan media audio visual (Sadiman,2005)

a. Kelebihan audio visual

1. Menarik perhatian sasaran
2. Sasaran atau responden dapat memperoleh informasi melalui berbagai sumber

3. Dapat mempersiapkan atau merekam demonstrasi yang sulit sebelumnya, sehingga saat proses menyampaikan pesan dapat memusatkan perhatian pada penyajiannya.
4. Menghemat waktu dan diulangkapan saja
5. Volume audio dapat disesuaikan apabila ketika penyajian ingin menjelaskan sesuatu

b. Kelemahan

1. Kurang dapat menguasai perhatian peserta
2. Komunikasi bersifat satu arah
3. Detail dari objek yang disajikan kurang mampu ditampilkan secara sempurna
4. Membutuhkan peralatan yang mahal dan kompleks
5. Dapat bergantung pada energi listrik
6. Memerlukan keahlian dalam penyajiannya
7. Dapat dilakukan duplikasi oleh pihak yang tidak diinginkan.

1. Jenis- jenis Media

- 1) *Media berbasis manusia*, merupakan media tertua yang digunakan untuk mengirimkan dan mengkomunikasikan pesan atau informasi. Salah satu contoh yang terkenal adalah gaya tutorial Socrates. Sistem ini tentu dapat menggabungkan dengan media visual lain. Media ini bermanfaat khususnya bila tujuan kita adalah mengubah sikap atau ingin secara langsung terlibat dengan pemantauan pembelajaran siswa.
- 2) *Media berbasis Cetakan*, yang paling dikenal adalah buku teks, buku penuntun, jurnal, majalah, dan lembaran lepas. Teks berbasis cetakan menuntut 6 elemen

yang perlu diperhatikan pada saat merancang, yaitu konsistensi, format, organisasi, daya tarik, ukuran huruf, dan penggunaan spasi kosong.

- 3) *Media berbasis visual*, media ini memegang erat yang sangat penting dalam proses belajar. Media visual dapat memperlancar pemahaman (misalnya melalui elaborasi struktur dan organisasi) dan memperkuat ingatan. Visual dapat pula menumbuhkan minat siswa dan dapat memberikan hubungan antara isi materi pelajaran dengan dunia nyata.

2. Fungsi Media Audio Visual

Levie & Lentz (1982) mengemukakan 4 fungsi media audio visual untuk pembelajaran yaitu fungsi atensi, fungsi afektif, fungsi kognitif, dan fungsi kompensatoris.

- 1) *Fungsi atensi* media audio visual merupakan inti, yaitu menarik dan mengarahkan perhatian siswa untuk berkonsentrasi kepada isi pelajaran yang berkaitan dengan makna audio visual yang ditampilkan atau menyertai teks materi pelajaran, khususnya gambar yang diproyeksikan melalui *overhead Projector* dapat menenangkan dan mengarahkan perhatian mereka kepada pelajaran yang akan mereka terima. Dengan demikian, kemungkinan untuk memperoleh dan mengingat isi pelajaran semakin besar.
- 2) *Fungsi afektif* media audio visual dapat terlihat dari kenikmatan siswa ketika belajar (atau membaca) teks yang bergambar. Gambar atau lambang visual dapat mengubah emosi dan sikap siswa, misalnya informasi yang menyangkut masalah sosial atau ras.

3) *Fungsi kognitif* media audio visual terlihat dari temuan-temuan penelitian yang mengungkapkan bahwa lambang visual atau gambar memperlancar pencapaian atau tujuan untuk memahami dan mengingat informasi atau pesan yang terkandung dalam gambar.

4) *Fungsi kompensatoris* media pembelajaran terlihat dari hasil penelitian bahwa media audio visual yang memahami konteks untuk memahami teks membantu siswa yang lemah dalam membaca untuk mengorganisasikan informasi dalam teks dan mengingatkannya kembali. Dengan kata lain, media pembelajaran berfungsi mengakomodasikan siswa yang lemah dan lambat menerima dan memahami isi pelajaran yang disajikan dengan teks atau disajikan secara verbal.

Dale (1969:180) mengemukakan bahwa bahan-bahan audio visual dapat memberikan banyak manfaat berperan aktif dalam proses pembelajaran merupakan elemen paling penting dalam sistem pendidikan moderen saat ini.harus selalu hadir untuk menyajikan materi pelajaran dengan bantuan media apa saja agar manfaat berikut dapat terealisasi ;

1. Meningkatkan rasa saling pengertian dan simpati .
2. Membuahkan perubahan signifikan tingkah laku .
3. Menunjukkan hubungan antar kebutuhan dan minat dengan meningkatkannya Motivasi belajar.
4. Membawa kesegaran dan variasi bagi pengalaman belajar .
5. Membuat hasil belajar lebih bermakna bagi berabagai kemampuan .

6. Mendorong pemanfaatan yang bermakna dari mata pelajaran dengan jalan melibatkan imajinasi dan partisipasi aktif yang mengakibatkan meningkatnya hasil belajar.
7. Memberikan umpan balik yang diperlukan yang dapat membantu menemukan seberapa banyak telah mereka pelajari
8. Melengkapi pengalaman yang kaya dengan pengalaman itu konsep-konsep yang bermakna dapat dikembangkan.
9. Memperluas wawasan dan pengalaman yang mencerminkan pembelajaran non verbalistik dan membuat generalisasi yang tepat.
10. Meyakinkan diri bahwa urutan dan kejelasan pikiran yang dibutuhkan jika mereka membangun struktur konsep dan sistem gagasan yang bermakna.

Dari uraian dan pendapat beberapa ahli di atas, dapatlah disimpulkan beberapa manfaat praktis dari penggunaan media pembelajaran audio visual di dalam proses belajar mengajar sebagai berikut :

1. Media pembelajaran audio visual dapat memperjelas penyajian pesan dan informasi sehingga dapat memperlancar dan meningkatkan proses dan hasil belajar.
2. Media pembelajaran audio visual dapat meningkatkan dan mengarahkan perhatian anak sehingga dapat menimbulkan motivasi belajar, interaksi yang lebih langsung dan lingkungannya, dan kemungkinan untuk belajar mandiri sesuai dengan minatnya.

3. Media pembelajaran audio visual dapat mengatasi keterbatasan indera, ruang dan waktu

5. Ciri-ciri Media Audio Visual

Ciri-ciri utama teknologi audio visual adalah sebagai berikut :

1. Biasanya bersifat linear.
2. Biasanya menyajikan visual yang dinamis.
3. Digunakan dengan cara yang telah ditetapkan sebelumnya oleh perancang/pembuatnya.
4. Merupakan representasi fisik dari gagasan real atau gagasan abstrak.
5. Dikembangkan menurut prinsip psikologis behaviorisme dan kognitif.
6. Umumnya berorientasi kepada guru dengan tingkat partisipasi interaktif murid yang rendah.

6. Kegunaan Media Audio Visual dalam Proses Belajar Mengajar

Secara umum media pendidikan mempunyai kegunaan-kegunaan sebagai berikut :

- 1) Memperjelas penyajian pengajaran agar tidak terlalu bersifat verbalistik (dalam bentuk kata-kata tertulis atau lisan belaka)
- 2) Mengatasi keterbatasan ruang, waktu dan daya indera.
- 3) Penggunaan media ini secara tepat dan bervariasi dapat mengatasi sikap pasif pada anak didik. Dalam hal ini media berguna untuk : menimbulkan kegairahan belajar, memungkinkan interaksi yang lebih langsung antara anak didik dengan lingkungan dan kenyataan, memungkinkan anak didik belajar diri sendiri menurut kemampuan dan minatnya.

- 4) Dengan sifat yang unik pada tiap siswa ditambah lagi dengan lingkungan dan pengalaman yang berbeda, sedangkan kurikulum dan materi pendidikan ditentukan sama untuk setiap siswa, maka guru banyak mengalami kesulitan bilamana semua itu harus diatasi sendiri. Hal ini akan lebih sulit bila latar belakang lingkungan guru dan murid juga berbeda. Masalah ini dapat diatasi dengan media pendidikan ini, yaitu dalam kemampuannya dalam : memberikan perangsang yang sama, mempersamakan pengalaman, dan menimbulkan persepsi yang sama.

7. Macam Media Audio Visual

1) Film

Film adalah gambar hidup, atau sering disebut *movie*, film secara kolektif disebut sinema. Sinema itu sendiri bersumber dari kata kinematik atau gerak. Sedangkan pengertian secara harfiah film (sinema) adalah *cinematographie* yang berasal dari kata *cinema* jadi pengertian dari film adalah melukis gerak dengan cahaya (Sukiman,2012). Film merupakan media komunikasi sosial yang terbentuk dari penggabungan dua indra, penglihatan dan pendengaran yang memiliki inti atau tema sebuah cerita yang banyak mengungkapkan realita sosial yang terjadi di sekitar lingkungan tempat di mana film itu tumbuh.

Menurut UU8/1992 definisi film adalah karya cipta seni dan budaya yang merupakan media komunikasi massa pandang- dengar yang dibuat berdasarkan asas sinemografi dengan direkam pada pita seluloid, pita suara, piringan video, atau bahan hasil penemuan teknologi lainnya dalam segala bentuk, jenis, dan ukuran melalui proses kimiawi, proses elektronik, atau proses lainnya, dengan

suara, yang dapat dipertunjukkan atau ditayangkan dengan sistem proyeksi mekanik, elektronik, atau lainnya (Sukiman,2012).

2) Video

Media video juga mampu menampilkan gambar bergerak (gambar hidup) disertai suara. Secara empiris kata video berasal dari sebuah singkatan yang dalam bahasa Inggris yaitu visual dan audio. Kata *vi* adalah singkatan dari *visual* yang berarti gambar, kemudian pada kata *deo* adalah singkatan dari *audio* yang berarti suara. Ada juga pendapat yang mengemukakan bahwa video berasal dari bahasa Latin, *video-vidi-visum* yang berarti melihat (mempunyai daya penglihatan) dapat melihat K. Prent dkk, Kamus Latin-Indonesia, 1969 : 926 dalam buku Sukiman, (2012 : 187).

Munurut KBBI (1990), dalam buku Sukiman (2012) video diartikan dengan bagian yang memancarkan gambar pada pesawat televisi, rekaman gambar hidup untuk ditayangkan pada pesawat televisi.

3) Vcd

Gambar bergerak yang disertai dengan unsur suara dan dapat ditayangkan melalui medium video dan *video compact disk* (VCD).

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2012).

2.2.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Kholid dan Notoadmodjo (2012) terdapat 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi *real* (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.2.3 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Budiman & Riyanto, 2013).

2. Informasi/ Media Massa

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam-macam media massa sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat.

Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

3. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang

dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

4. Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang didapatkan akan baik tapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

5. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama.

6. Usia

Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

2.2.4 Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal-hal berikut :

1. Bobot I : tahap tahu dan pemahaman.
2. Bobot II : tahap tahu, pemahaman, aplikasi dan analisis
3. Bobot II : tahap tahu, pemahaman, aplikasi, analisis sintesis dan evaluasi

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden.

Menurut Arikunto (2006) terdapat 3 kategori tingkat pengetahuan yang didasarkan pada nilai presentase sebagai berikut :

1. Tingkat Pengetahuan kategori Baik jika nilainya $\geq 75\%$.
2. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya 56 – 74%
3. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya $< 55\%$

2.2.5 Proses Adopsi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), adopsi adalah perilaku baru seseorang sesuai dengan latar belakang pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap rangsangan/stimulus. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi telah melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang

positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama.

Rogers dan Shoemaker (1971) mengatakan adopsi adalah proses mental, dalam mengambil keputusan untuk menerima atau menolak ide baru dan menegaskan lebih lanjut tentang penerimaan dan penolakan ide baru tersebut. Di lain pihak Samsudin (1994) menyatakan bahwa adopsi adalah suatu proses dimulai dan keluarnya ide-ide dari suatu pihak, disampaikan kepada pihak kedua, sampai ide tersebut diterima oleh masyarakat sebagai pihak kedua.

2.2.6 Tahapan Proses Adopsi

Menurut Rogers (1983) proses keputusan adopsi inovasi memiliki lima tahap, yaitu :*knowledge* (pengetahuan), *persuasion* (kepercayaan), *decision* (keputusan), *implementation* (penerapan) dan *confirmation* (penegasan/pengesahan). Kelima langkah ini dapat diuraikan seperti di bawah ini :

1. Knowledge Stage (Tahap Pengetahuan)

Awareness-knowledge merupakan pengetahuan akan keberadaan suatu inovasi. Pengetahuan jenis ini akan memotivasi individu untuk belajar lebih banyak tentang inovasi dan kemudian akan mengadopsinya. Pada tahap ini inovasi mencoba diperkenalkan pada masyarakat tetapi tidak ada informasi yang pasti tentang produk tersebut. Karena kurangnya informasi tersebut maka masyarakat tidak merasa memerlukan akan inovasi tersebut. Rogers menyatakan bahwa untuk menyampaikan keberadaan inovasi akan lebih efektif disampaikan melalui media massa seperti radio,

televisi, koran, atau majalah. Sehingga masyarakat akan lebih cepat mengetahui akan keberadaan suatu inovasi.

How-to-knowledge, yaitu pengetahuan tentang bagaimana cara menggunakan suatu inovasi dengan benar. Rogers memandang pengetahuan jenis ini sangat penting dalam proses keputusan inovasi. Untuk lebih meningkatkan peluang pemakaian sebuah inovasi maka individu harus memiliki pengetahuan ini dengan memadai berkenaan dengan penggunaan inovasi ini.

Principles-knowledge, yaitu pengetahuan tentang prinsip-prinsip keberfungsian yang mendasari bagaimana dan mengapa suatu inovasi dapat bekerja. Suatu inovasi dapat diterapkan tanpa pengetahuan ini, akan tetapi penyalahgunaan suatu inovasi akan mengakibatkan berhentinya inovasi tersebut.

Peranan para agen perubahan dalam menghasilkan ketiga jenis pengetahuan tersebut kebanyakan memusatkan perhatian pada usaha untuk menciptakan *awareness-knowledge* yang sebenarnya untuk tujuan ini akan lebih efisien dengan menggunakan jalur media masa.

2. Persuasion Stage (Tahap Persuasi)

Tahap persuasi terjadi ketika individu memiliki sikap positif atau negatif terhadap inovasi. Tetapi sikap ini tidak secara langsung akan menyebabkan apakah individu tersebut akan menerima atau menolak suatu inovasi. Suatu individu akan membentuk sikap ini setelah dia tahu tentang inovasi, maka tahap ini berlangsung setelah *knowledge stage* dalam proses keputusan inovasi. Rogers menyatakan bahwa *knowledge stage* lebih bersifat kognitif (tentang pengetahuan), sedangkan *persuasion stage* bersifat afektif karena menyangkut perasaan individu, karena itu pada tahap ini

individu akan terlibat lebih jauh lagi. Tingkat ketidakpercayaan pada fungsi-fungsi inovasi dan dukungan sosial akan mempengaruhi pendapat dan kepercayaan individu terhadap inovasi.

3. *DecisionStage* (Tahap Keputusan)

Pada tahapan ini individu membuat keputusan apakah menerima atau menolak suatu inovasi. Menurut Rogers *adoption* (menerima) berarti bahwa inovasi tersebut akan digunakan secara penuh, sedangkan menolak berarti “*not to adopt an innovation*”. Jika inovasi dapat dicobakan secara parsial, umpamanya pada keadaan suatu individu, maka inovasi ini akan lebih cepat diterima karena biasanya individu tersebut pertama-tama ingin mencoba dulu inovasi tersebut pada keadaannya dan setelah itu memutuskan untuk menerima inovasi tersebut. Walaupun begitu, penolakan inovasi dapat saja terjadi pada setiap proses keputusan inovasi ini. Rogers menyatakan ada dua jenis penolakan, yaitu *active rejection* dan *passive rejection*.

Activerejection terjadi ketika suatu individu mencoba inovasi dan berfikir akan mengadopsi inovasi tersebut namun pada akhirnya dia menolak inovasi tersebut. *passive rejection* individu tersebut sama sekali tidak berfikir untuk mengadopsi inovasi.

4. *Implementation Stage* (Tahap Implementasi)

Pada tahap *implementasi*, sebuah inovasi dicoba untuk dipraktekkan, akan tetapi sebuah inovasi membawa sesuatu yang baru apabila tingkat ketidakpastiannya akan terlibat dalam difusi. Ketidakpastian dari hasil-hasil inovasi ini masih akan menjadi masalah pada tahapan ini. Maka si pengguna akan memerlukan bantuan teknis dari agen perubahan untuk mengurangi tingkat ketidakpastian dari akibatnya.

Apalagi bahwa proses keputusan inovasi ini akan berakhir. Permasalahan penerapan inovasi akan lebih serius terjadi apabila yang mengadopsi inovasi itu adalah suatu organisasi, karena dalam sebuah inovasi jumlah individu yang terlibat dalam proses keputusan inovasi ini akan lebih banyak dan terdiri dari karakter yang berbeda-beda.

5. Confirmation Stage (Tahap Konfirmasi)

Ketika keputusan inovasi sudah dibuat, maka si pengguna akan mencari dukungan atas keputusannya ini. Menurut Rogers keputusan ini dapat menjadi terbalik apabila si pengguna ini menyatakan ketidaksetujuan atas pesan-pesan tentang inovasi tersebut. Akan tetapi kebanyakan cenderung untuk menjauhkan diri dari hal-hal seperti ini dan berusaha mencari pesan-pesan yang mendukung yang memperkuat keputusan itu. Jadi dalam tahap ini, sikap menjadi hal yang lebih krusial. Keberlanjutan penggunaan inovasi ini akan bergantung pada dukungan dan sikap individu.

2.3 Konsep Tuberkulosis (TBC)

2.3.1 Definisi TBC

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini mampu hidup selama berbulan-bulan di tempat yang sejuk dan gelap, terutama ditempat yang lembab.

Kuman TB dapat menimbulkan infeksi pada paru-paru sehingga disebut TB paru. Selain menginfeksi paru, kuman TB bis masuk ke pembuluh darah dan menyebar ke seluruh tubuh. Penyebaran ini menimbulkan penyakit TB di bagian

tubuh yang lain, seperti tulang, sendi, selaput otak, kelenjar getah bening, dan lainnya. Penyakit TB diluar paru disebut TB *extrapulmoner*.

Kuman tuberkulosis menular melalui udara. Dalam dahak penderita TB terdapat banyak sekali kuman TB. Ketika seorang penderita TB batuk atau bersin, ia akan menyebarkan 3.000 kuman ke udara. Kuman tersebut ada dalam percikan dahak, yang disebut dengan *droplet nuclei* atau percikan renik (percikan halus).

Percikan dahak yang amat kecil ini melayang-layang di udara dan mampu menembus dan bersarang dalam paru orang-orang di sekitarnya. Penularan ini bisa terjadi di mana saja, termasuk perumahan yang bersih sekalipun.

Bagi orang yang memiliki kekebalan baik, kuman TB yang ada di tubuhnya tidak aktif, atau berada dalam keadaan tidur (*dormant*). Dengan kondisi demikian, orang tersebut mengidap infeksi TB laten sehingga tidak ditemukan gejala apapun. Penderita TB laten juga tidak dapat menularkan kuman TB kepada orang lain. Namun patut diingat, jika daya tahan tubuh penderita TB laten menurun, kuman TB akan menjadi aktif.

Kelompok orang yang berisiko besar terinfeksi dan sakit TB adalah orang yang erat berinteraksi dengan TB paru yang belum diobati atau menjalankan pengobatan tidak tuntas, seperti tinggal satu rumah, bekerja di satu kantor, dan sebagainya. Resiko ini lebih meningkat pada :

1. Kelompok usia yang memiliki kekebalan tubuh rendah, yaitu bayi, anak-anak, dan orang lanjut usia

2. Orang yang memiliki kekebalan tubuh rendah, seperti penderita *Diabetes Mellitus* (kencing manis), penderita gizi buruk, atau terinfeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).
3. Perokok. Lebih dari 20% kasus TB terjadi pada orang yang merokok.

2.3.2 Klasifikasi TB Paru

Berdasarkan penyebab dikenal 3 jenis hipertensi, yaitu :

1. Tuberkulosis paru:

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

2. Tuberkulosis ekstra paru :

Adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya : pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan berdasarkan penemuan *Mycobacterium tuberculosis*.

3. Kriteria TB paru

- a. Batuk dengan Dahak Banyak

Gejala ini yang paling banyak muncul pada kasus penyakit TBC dimana penderitanya biasanya akan mengalami batuk kira-kira lebih dari tiga minggu disertai dengan dahak yang cukup banyak

b. Dada Nyeri Saat Bernafas

Seperti yang telah disebutkan di atas bahwa salah satu ciri dari adanya penyakit TBC adalah rasa sakit dan sesak di dalam dada. TBC pada paru-paru ini akan menimbulkan rasa sakit terutama ketika bernafas.

2.3.3 Etiologi

Penyebab TB menurut (Horsburgh, 2009) diantaranya:

1. Faktor host terdiri dari:

- 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

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, 2009)

2.3.4 Patofisiologi

Menurut Somantri (2008), infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari 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 (lobus atas). Selanjutnya sistem kekebalan tubuh memberikan respons dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri. 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 massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut ghon tubercle. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri yang menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang berbentuk seperti keju (necrotizing caseosa). Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemudian bakteri menjadi nonaktif.

2.3.5 Faktor-Faktor Resiko TB Paru

1. Faktor Umur.

Beberapa faktor resiko penularan penyakit tuberculosis yaitu umur, orang-orang gelandangan menunjukkan bahwa kemungkinan mendapat infeksi tuberculosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi tuberculosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu 15-50 tahun.(Achmadi, 2005)

2. Faktor Jenis Kelamin.

TB paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru.

3. 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 pekerjaannya

4. Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko 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 terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB Paru.

5. Kebiasaan Merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan resiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan resiko untuk terkena TB paru sebanyak 2,2 kali.

6. Pencahayaan

Untuk memperoleh cahaya cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% luas lantai. Jika peletakan jendela kurang baik atau kurang leluasa maka dapat dipasang genteng kaca. Cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TB, karena itu rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup.

7. Ventilasi

Ventilasi mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah 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. Kelembaban ini akan merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit, misalnya kuman TB.

8. Kondisi rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TBC. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembangbiaknya kuman *Mycrobacterium tuberculosis*.

9. Kelembaban udara

Kelembaban udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, dimana kelembaban yang optimum berkisar 60% dengan temperatur kamar 22° – 30°C. Kuman TB Paru akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab.

10. Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan 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.

11. Keadaan Sosial Ekonomi

Keadaan 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.

12. Perilaku

Perilaku dapat terdiri dari pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan penderita TB Paru yang kurang tentang cara penularan, bahaya dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular bagi orang disekelilingnya.

2.3.6 Gejala Penyakit TB

Pertama-tama harus diketahui bahwa TB paru lebih sering ditemui dibandingkan TB ekstra paru. TB paru dapat dideteksi awal dari gejala berikut :

1. Batuk lebih dari dua minggu beturut-turut kadang disertai darah
2. Nyeri dada
3. Sesak nafas
4. Berkeringat di malam hari
5. Demam
6. Serta nafsu makan berkurang disertai penurunan

2.3.7 Tindakan Setelah Tertular TB

Setelah dinyatakan positif TB paru, pasien harus melakukan pengobatan. Bagi banyak pasien, masa pengobatan menjadi berat karena efek obat yang menyiksa dan lamanya waktu pengobatan.

Seorang pasien TB paru harus menghabiskan waktu minimal 6 bulan untuk pengobatan. Belum lagi efek samping obat yang sering dialami pasien TB paru. Di antaranya :

1. Rasa mual yang sangat tidak enak setelah meminum obat, selain penurunan nafsu makan

2. Gangguan penglihatan

3. Gatal-gatal pada kulit

Mual dan sakit perut sebagai efek samping OAT (obat anti tuberculosis) bisa diatasi dengan meminum OAT sebelum tidur, atau meminum OAT dengan sedikit makan. Namun jika pasien mengalami gangguan penglihatan atau pendengaran, harus dilaporkan ke dokter. Meski demikian, pasien tidak boleh meninggalkan pengobatan karena kuman TB paru bisa menjadi kebal. Kuman TB paru yang kebal bisa berakibat fatal

2.3.8 Pencegahan Penularan Penyakit TBC

Pencegahn penularan dimaksudkan agar tidak terjadi penularan pada anggota keluarga dan orang lain. Pencegahan penularan ini meliputi :

1. Menutup mulut pada waktu batuk dan bersin menggunakan sapu tangan atau tisu serta tidak berbicara keras di depan umum
2. Membuang dahak pada satu tempat khusus yang tertutup
3. Membuka jendela rumah ventilasi yang ada agar udara tidak lembab dan pencahayaan yang baik untuk ruangan rumah
4. Berobat dan minum obat secara teratur
5. Menjalankan pola hidup sehat
6. Menggunakan alat-alat makan dan kamar tidur tersendiri yang terpisah dari anggota keluarga yang lain

2.3.9 Upaya Pencegahan TB

Beberapa cara dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan TB paru ke orang lain (Depkes RI, 2007), diantaranya :

1. Menutup mulut bila batuk dan bersin
2. Meludah pada wadah tertutup yang telah diberikan desinfektan
3. Penjemuran kasur dan bantal terutama pada pagi hari
4. Ventilasi yang cukup agar sinar matahari dan udara segar masuk ketempat tidur
5. Memisahkan peralatan makan dan minum

Tindakan pencegahan penularan TB paru yang dapat dilakukan oleh keluarga atau penderita TB paru adalah :

1. Menutup mulut bila batuk dan bersin
2. Tidak membung ludah disembarang tempat
3. Tidak tinggal sekamar dengan anggota keluarga yang lain
4. Jemur kasur bekas tempat tidur penderita secara teratur
5. Minum obat secara teratur sampai selesai program pengobatan
6. Memisahkan alat makan dan minum dengan anggota keluarga yang lain

2.3.10 Upaya Pencegahan Tuberculosis Di Rumah

1. Upaya promotif

Upaya ini dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan memberikan :

- a. Penyuluhan kesehatan masyarakat mengenai TB paru
- b. Peningkatan gizi pada pasien TB paru
- c. Pemeliharaan kesehatan perorangan
- d. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- e. Olahraga teratur

2. Upaya preventif

Ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit gangguan terhadap gangguan kesehatan individu, keluarga, kelompok masyarakat melalui kegiatan :

- a. Imunisasi pada bayi, balita dan ibu hamil
- b. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, pukesmas maupun kunjungan rumah
- c. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas atau di rumah

3. Upaya kuratif

Upaya kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan :

- a. Perawatan prang sakit di rumah
- b. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawat dari puskesmas atau rumah sakit

4. Upaya rehabilitative

Upaya ini merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat, maupun pada kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misal : tuberculosi, kusta, cacat fisik, dan lainnya dilakukan melalui latihan fisik, dan pengobatan rutin

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Menurut departemen kesehatan (1988), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Bailon dan Maglaya (1978) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka hidup dalam satu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama lain menurut peran masing-masing, serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya. Menurut friedman (1998), definisi keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Menurut BKKBN (1999), keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

2.4.2 Tipe Keluarga

Beberapa tipe keluarga adalah sebagai berikut :

1. **Keluarga inti** (*nuclear family*), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.
2. **Keluarga asal** (*family of origin*), merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
3. **Keluarga besar** (*extended family*), keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibik, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*guy/lesbian families*).

4. **Keluarga berantai** (*social family*), keluarag yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
5. **Keluarga duda dan janda**, keluarag yang terbentuk karena perceraian dan/atau kematian pasangan yang dicintai.
6. **Keluarga komposit** (*composite family*), keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama
7. **Keluarga kohabitasi** (*cohabitation*), dua orang menjadi satu keluarga tanpa perkawinan, bisa memiliki anak atau tidak. Di Indonesia bentuk keluarga ini tidak lazim dan bertentangan dengan budaya timur. Namun, lambat laun keluarga kohabitasi ini mulai dapat diterima.
8. **Keluarga inses** (*incest family*), seiring dengan masuknya nilai-nilai global dan pengaruh informasi yang sangat dahsyat, dijumpai bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya anak perempuan menikah dengan ayah kandungnya, ibu menikah dengan anak kandungnya laki-laki, paman menikah dengan keponakannya, kakak menikah dangan adik dari satu ayah dan satu ibu, dan ayah menikah dengan anak perempuan tirinya. Walaupun tidak lazim dan melanggar niali-nilai budaya, jumlah keluarga inses semakin hari semakin besar. Hal tersebut dapat kita cermati melalui pemberitaan dari berbagai media cetak dan elektronik.
9. **Keluarga tradisional dan nontradisional**, dibedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan, sedangkan keluarga nontradisional tidak diikat olek perkawinan. Contoh keluarga tradisional adalah ayah-ibu dan anak dari hasil perkawinan atau adopsi. Contoh keluarga nontradisional adalah sekelompok orang tinggal di sebuah asrama.

2.4.3 Struktur Dan Fungsi Keluarga

Setiap anggota keluarga mempunyai struktur peran formal dan informal. Misalnya, ayah mempunyai peran formal sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah. Peran informal ayah adalah sebagai panutan dan pelindung keluarga.

Struktur kekuatan keluarga meliputi kemampuan berkomunikasi, kemampuan keluarga untuk saling berbagi, kemampuan sistem pendukung di antara anggota keluarga, kemampuan perawatan diri, dan kemampuan menyelesaikan masalah. Menurut Friedman (1999), lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut.

1. **Fungsi afektif**, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta fungsi menerima dan mendukung.
2. **Fungsi sosialisasi**, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
3. **Fungsi reproduksi**, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
4. **Fungsi ekonomi**, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.
5. **Fungsi perawatan kesehatan**, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2.4.4 Peran Perawat Keluarga

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memerhatikan prinsip-prinsip berikut :

1. Melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif
2. Memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga
3. Menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga
4. Menerima dan mengakui struktur keluarga
5. Menekankan pada kemampuan keluarga

Peran perawat keluarga adalah sebagai berikut :

1. **Sebagai pendidik**, perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan.
2. **Sebagai coordinator pelaksana pelayanan keperawatan**, perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit).
3. **Sebagai pelaksana pelayanan perawatan**, pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga yang sakit dapat menjadi “*entry point*” bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif.
4. **Sebagai supervisor pelayanan keperawatan**, perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur,

baik terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak.

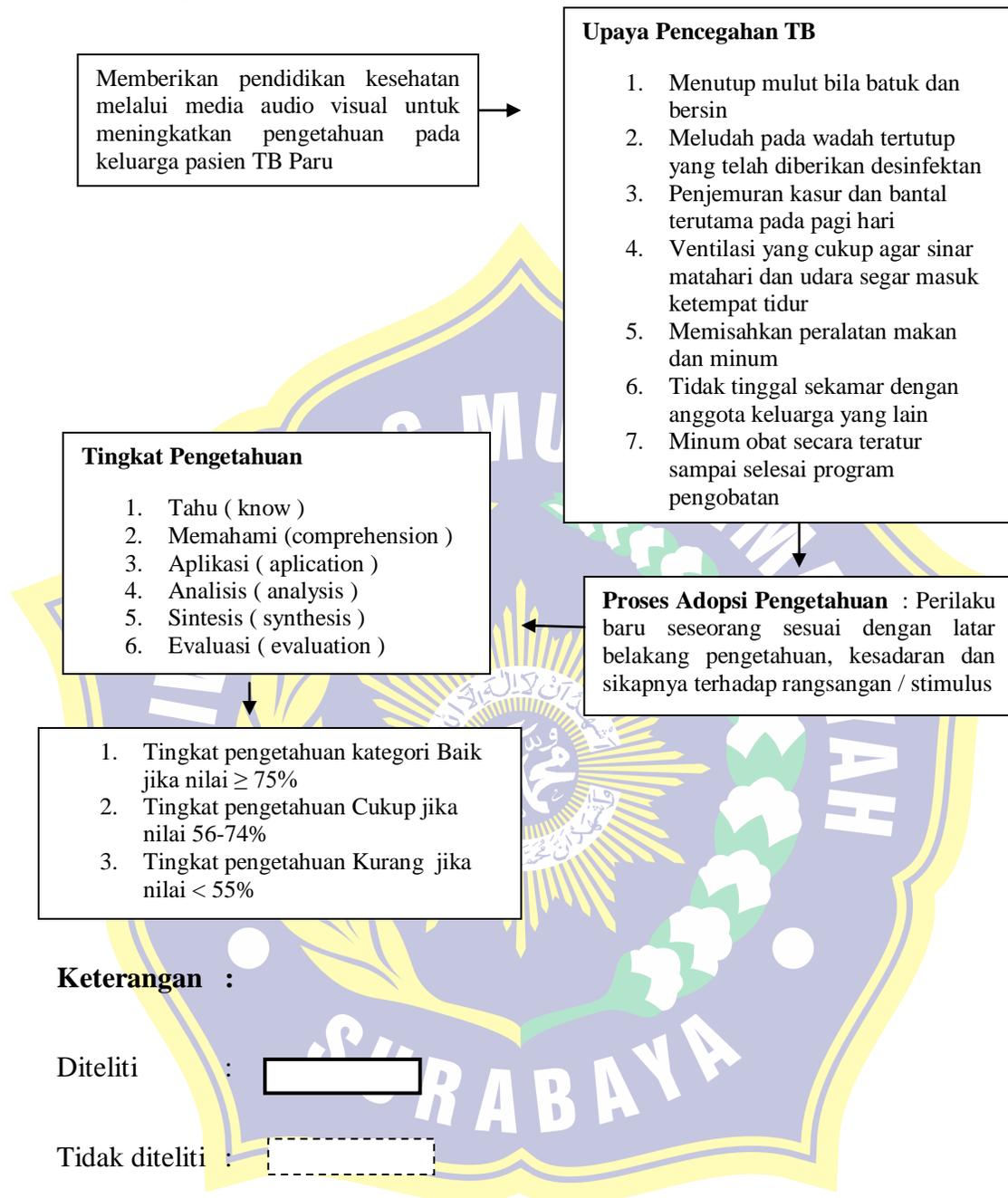
5. **Sebagai pembela (advokat)**, perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga sebagai klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi system pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.
6. **Sebagai fasilitator**, perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga, dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu memberikan jalan keluar dalam mengatasi masalah.
7. **Sebagai peneliti**, perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga. Misalnya, diare pada balita terjadi karena budaya menjaga kebersihan makanan dan minuman kurang diperhatikan. Peran sebagai peneliti difokuskan kepada kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi penyebab, menanggulangi, dan melakukan promosi kepada anggota keluarganya. Selain itu, perawat perlu mengembangkan asuhan keperawatan keluarga terhadap binaanya.

Peran perawat keluarga dalam asuhan keperawatan berpusat pada keluarga sebagai unit fungsional terkecil dan berjuang memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tingkat

keluarga sehingga tercapai kesehatan yang optimal untuk setiap anggota keluarga. Melalui asuhan keperawatan keluarga, fungsi keluarga menjadi optimal. Bila keluarga dapat menjalankan fungsinya secara optimal, setiap individu di dalam keluarga tersebut memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi oleh hal-hal yang sifatnya negative sehingga memiliki kemampuan berpikir yang cerdas, dan pada akhirnya memiliki daya saing yang tinggi terutama di era kompetisi yang semakin sengit.



2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 :Kerangka teori tentang pendidikan kesehatan melalui media audio visual dalam meningkatkan pengetahuan pencegahan penularan pada keluarga pasien TB paru di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya