

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Istilah keluarga didefinisikan berbeda-beda tergantung dari orientasi teoritis yang digunakan. Beberapa definisi keluarga sering menggunakan teori interaksi, system atau tradisional. Berikut ini diuraikan definisi keluarga yang dikemukakan oleh beberapa ahli :

Bailon dan Maglaya (1978) didalam Sudiharto (2007) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih individu yang tergabung 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. Definisi tersebut sejalan dengan definisi keluarga yang dikemukakan oleh Duvall (1986) didalam Andarmoyo (2012) yang mengatakan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling berbagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Definisi lainnya yang juga menekankan pada sudut pandang interaksi yaitu yang dikemukakan oleh Kaakinen et al. (2010) yang mengatakan bahwa keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan

berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama.

Stuart dan Sundeen (1995) dan Fawcett (1991) menggambarkan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang memiliki asal-usul, struktur karakteristik dan pola hubungan serta komunikasi yang anggotanya terkait erat satu sama lain (Kaakinen et al., 2010). Keluarga tradisional di semua kelompok budaya terdiri dari dua orang tua (yaitu, ibu dan ayah), anak-anak dan kerabat lainnya dari kedua keluarga ibu dan ayah. Keluarga modern, juga disebut keluarga inti, terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Setiap anggota keluarga memiliki peran khusus.

Berdasarkan beberapa pengertian tentang keluarga diatas, dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- 2) Anggota keluarga bisanya hidup bersama, atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial, yaitu sebagai suami, isteri, anak, kakak dan adik.
- 4) Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial para anggotanya.

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Tujuan dasar pembentukan keluarga adalah: 1) Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu, 2) Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat, 3) Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-

kebutuhan anggota keruarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual, 4) Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pernbentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri (Andarmoyo, 2012).

Alasan mendasar mengapa keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan adalah :

- 1) Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apa saja (penyakit, cedera, perpisahan) yang memengaruhi satu atau lebih keluarga, dan dalam hal tertentu, sering akan memengaruhi anggota keluarga yang lain, dan unit ini secara keseluruhan.
- 2) Ada hubungan yang kuat dan signifikan antara keluarga dan status kesehatan para anggotanya.
- 3) Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan perawatan diri (*self care*), pendidikan kesehatan, dan konseling keluarga, serta upaya-upaya yang berarti dapat mengurangi risiko yang diciptakan oleh pola hidup keluarga dan bahaya dari lingkungan.
- 4) Adanya masalah-masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan ditemukannya faktor-faktor risiko pada anggota keluarga yang lain.
- 5) Tingkat pemahaman dan berfungsinya seorang individu tidak lepas dari andil sebuah keluarga.
- 6) Keluarga merupakan sistem pendukung yang sangat vital bagi kebutuhan-kebutuhan individu.

2.1.3 Tipe Keluarga

Seiring dengan tuntutan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan sosial dan budaya maka bentuk keluarga pun akan berubah sesuai dengan tuntutan tersebut. Berbagai bentuk keluarga menggambarkan adaptasi terhadap keluarga yang terbebani pada orang dan keluarga. Berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan nontradisional atau sebagai bentuk normatif dan nonnormative serta bentuk keluarga varian. Bentuk keluarga varian digunakan untuk menyebut bentuk keluarga yang merupakan variasi dari bentuk normatif yaitu semua bentuk deviasi dari keluarga inti tradisional (Andarmoyo, 2012). Berikut akan dijelaskan beberapa bentuk keluarga yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan keluarga, sebagai berikut :

- 1) *Tradisional Nuclear / Keluarga Inti*. Merupakan satu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.
- 2) *Keluarga Tanpa Anak atau Dyadic Nuclear*. Adalah keluarga dimana suami-isteri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami-isteri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidakmampuan untuk mempunyai anak.
- 3) *Commuter Family*. Yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.
- 4) *Reconstituted Nuclear*. Adalah pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam satu rumah dengan

anaknyanya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru.

- 5) *Extended family* / Keluarga Besar. Adalah bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dengan demikian, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak-anak. Tipe keluarga besar biasanya bersifat sementara dan terbentuk atas dasar persamaan dan terdiri dari beberapa keluarga inti yang secara adil menghargai ikatan-ikatan keluarga besar.
- 6) *Single Parent* / Keluarga dengan orang tua tunggal. Adalah bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda/duda karena cerai atau ditinggal mati suami/isterinya. Sedangkan varian nontradisional dari keluarga ini adalah *single adult* yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri.
- 7) *Communal* / *Commune Family*. Adalah keluarga dimana dalam satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogamy tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan dimana penduduknya padat.
- 8) *Unmarried Parent and Child*. Adalah keluarga yang terdiri dari ibu-anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.
- 9) *Cohibing Couple*. Merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Keberadaan keluarga pada umumnya untuk memenuhi fungsi-fungsi keluarga. Fungsi keluarga berbeda sesuai dengan sudut pandang terhadap keluarga, dari sudut pandang kesehatan keluarga yang sering digunakan adalah fungsi keluarga yang disusun oleh Friedman. Lima fungsi dasar keluarga (Friedman, 1998), yaitu :

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif keluarga adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasah dan memberikan cinta kasih serta saling menerima dan mendukung. Fungsi afektif ini merupakan sumber kebahagiaan dalam keluarga. Keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman. Perhatian diantara anggota keluarga, membina kedewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psiko sosial. Keberhasilan melakukan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga, dengan demikian keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah :

- (1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat yang pada akhirnya akan tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung.

Hubungan intim di dalam keluarga merupakan modal dasar dalam membina hubungan dengan orang lain di luar keluarga/masyarakat.

- (2) Saling menghargai. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif maka fungsi afektif akan tercapai.
- (3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga, dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. orang tua harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak dapat meniru tingkah laku yang positif dari kedua orang tuanya.

Fungsi afektif merupakan dasar sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga timbul karena fungsi afektif didalam keluarga tidak dapat terpenuhi (Andarmoyo, 2012).

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan ikatan suatu perkawinan yang sah. Selain untuk memenuhi

kebutuhan biologis pada pasangan, tujuan untuk membentuk keluarga adalah untuk meneruskan keturunan.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi akan makanan, pakaian dan tempat tinggal. Banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan isteri hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian.

5) Fungsi Perawatan kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktik asuhan kesehatan, yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan.

2.2 Konsep Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*)

2.2.1 Pengertian

Pemberdayaan adalah suatu proses siklus interaksi sosial bersama yang berlangsung antara petugas kesehatan dan anggota keluarga yang diberdayakan. Dalam proses ini perawat/petugas kesehatan sebagai seorang ahli memberdayakan anggota keluarga yang dianggap sebagai kurang pengetahuan dan keterampilan. Petugas kesehatan dan anggota keluarga yang diberdayakan berpartisipasi aktif dalam penciptaan kesadaran, yang mengarah pada perumusan rencana aksi. Sumber daya dikerahkan untuk memenuhi kebutuhan yang diidentifikasi, melakukan monitoring dan evaluasi. Proses ini mengarah pada kemandirian dan *self-efficacy* keluarga (Laverack, 2005).

Pemberdayaan adalah upaya meningkatkan kemampuan kelompok sasaran sehingga kelompok sasaran mampu mengambil tindakan tepat atas berbagai permasalahan yang dialami (Notoatmodjo, 2010). Pemberdayaan keluarga adalah suatu proses atau upaya untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

2.2.2 Tujuan Pemberdayaan

Tujuan pemberdayaan adalah membantu klien memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan ia lakukan yang terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam pengambilan tindakan (Notoatmodjo, 2010). Adapun tujuan pemberdayaan keluarga dalam bidang kesehatan adalah :

- 1) Menumbuhkan pengetahuan, pemahaman, kesadaran kesehatan bagi anggota keluarga. Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan. Kemampuan ini diperoleh melalui proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar. Oleh karena itu, kemampuan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan diperoleh melalui proses belajar dari petugas kesehatan.
- 2) Kemauan atau kehendak untuk melakukan tindakan kesehatan, yaitu merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Kemauan kemungkinan dapat dilanjutkan ketindakan, tetapi mungkin juga tidak, atau terhenti pada kemauan saja. Berlanjut atau tidaknya kemauan menjadi tindakan sangat tergantung pada beberapa faktor. Faktor utama yang mendukung berlanjutnya kemauan menjadi tindakan adalah sarana dan prasana untuk mendukung tindakan.

3) Keluarga mampu untuk melakukan tindakan perilaku sehat. Menurut Lawrence Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2007), untuk dapat terwujudnya perilaku hidup sehat ditunjang oleh faktor : (1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap keluarga terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan keluarga terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut di masyarakat. tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi. (2) Faktor pemungkin (*enabling factors*), faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk perilaku sehat keluarga memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya Rumah sakit, Puskesmas, Pustu, dokter praktik, klinik perawatan. (3) Faktor penguat (*reinforcing factors*), faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku petugas kesehatan termasuk perawat, undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari daerah yang terkait dengan kesehatan.

2.2.3 Proses Pemberdayaan

Konsep pemberdayaan mengemuka sejak dicanangkannya Strategi Global WHO tahun 1984, yang ditindak lanjuti dengan rencana aksi dalam piagam Ottawa (1986). Dalam deklarasi tersebut dinyatakan tentang perlunya mendorong terciptanya: (1) kebijakan berwawasan kesehatan, (2) lingkungan yang mendukung (3) reorientasi dalam pelayanan kesehatan, (4) keterampilan individu dan (5) gerakan masyarakat (Notoatmodjo, 2010). Pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan kemampuannya, diantaranya melalui pendayagunaan potensi keluarga dan lingkungan.

Ada tiga syarat dalam proses pemberdayaan keluarga/masyarakat, yaitu :

- 1) Kesadaran, kejelasan serta pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan.
- 2) Pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak (termasuk keluarga) tentang hal-hal apa, dimana, dan siapa yang akan diberdayakan.
- 3) Adanya kemauan dan keterampilan kelompok sasaran untuk menempuh proses pemberdayaan.

Kemampuan keluarga dalam bidang kesehatan sesungguhnya mempunyai pengertian yang sangat luas. Keluarga dikatakan mampu atau mandiri dibidang kesehatan apabila :

- 1) Mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan, terutama di lingkungan keluarga. Agar keluarga mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, keluarga harus mempunyai pengetahuan kesehatan yang baik (*heath literacy*).
- 2) Mampu mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Keluarga mandiri adalah keluarga yang mampu menggali potensi-potensi keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan.
- 3) Mampu memelihara dan melindungi seluruh anggota keluarga dari ancaman-ancaman kesehatan, dengan pengetahuan keluarga yang tinggi tentang kesehatan keluarga mampu memelihara dan melindunginya dari segala bentuk ancaman kesehatan. Oleh karena itu, keluarga dapat melakukan tindakan antisipasi masalah kesehatan dengan upaya pencegahan.
- 4) Mampu meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarga. Tujuan akhir dari pemberdayaan keluarga adalah keluarga yang mandiri atau berdaya dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan anggota keluarganya. Pemberdayaan keluarga merupakan proses, sedangkan kemandirian keluarga merupakan

hasilnya. Oleh karena itu kemandirian keluarga dapat diartikan sebagai kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan tindakan untuk pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang ada di dalam keluarga tanpa bantuan dari pihak luar.

2.2.4 Prinsip Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga adalah proses memampukan keluarga dari, oleh, dan untuk keluarga itu sendiri berdasarkan kemampuan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2007). Prinsip-prinsip pemberdayaan keluarga dibidang kesehatan meliputi :

1. Menumbuhkembangkan potensi keluarga

Potensi adalah suatu kekuatan atau kemampuan yang masih terpendam, Setiap anggota keluarga mempunyai potensi yang berbeda. Potensi itu meliputi sumber daya manusia, keuangan, fasilitas, sumber daya alam disekitar keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk kesehatan. Peran perawat adalah memampukan keluarga mengenal potensi mereka sendiri. Perawat membimbing keluarga untuk mengembangkan potensinya berdasarkan kemampuan yang dimiliki.

2. Mengembangkan kerja sama

Berbagai potensi keluarga dikelola secara bersama untuk kepentingan semua anggota keluarga. Peran perawat adalah memotivasi dan memfasilitasi agar terjadi kerjasama yang harmonis dalam upaya pemberdayaan kesehatan keluarga.

3. Menggali kontribusi keluarga

Menggali dan mengembangkan potensi anggota keluarga dalam bentuk tenaga, pemikiran, ide-ide baru dan sebagainya. Perawat membantu menggali kontribusi semua anggota keluarga.

4. Menjalin kemitraan

Keluarga yang mandiri merupakan perwujudan dari kemitraan diantara anggota keluarga dengan petugas kesehatan (dokter, perawat, ahli gizi). Peran perawat adalah memotivasi dan memfasilitasi keluarga untuk menjalin kemitraan dengan petugas kesehatan yang lain.

2.2.5 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan

Hubley (2002) dalam (Notoatmodjo, 2010) mengatakan bahwa pemberdayaan kesehatan (*health empowerment*), sadar kesehatan (*health literacy*) dan promosi kesehatan (*health promotion*) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (*self-efficacy*) dari teori belajar sosial. Pemberdayaan masyarakat biasanya dilakukan dengan pendekatan pengembangan masyarakat. Pengembangan masyarakat biasanya berisi bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuan serta bagaimana meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengambilan keputusan.

Health literacy adalah kondisi tingkat pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan. *Health literacy* juga bermakna bahwa masyarakat harus memahami tentang berbagai jenis penyakit, termasuk bagaimana berjangkitnya, bagaimana penularannya serta bagaimana pengobatannya. Selanjutnya setelah memahami, maka nantinya masyarakat bisa mengambil keputusan dengan benar tentang tindakan yang harus dilakukan. Berikutnya anggota masyarakat diharapkan mampu mengkomunikasikan isu-isu kesehatan kepada masyarakat lain (Notoatmodjo, 2010).

Adapun yang dimaksud dengan *self efficacy* adalah kemampuan untuk menolong dirinya sendiri, mandiri, serta tidak menunggu bantuan orang / pihak lain. Beberapa komponen yang penting dalam menumbuhkan *self efficacy* adalah meningkatnya pengetahuan dan sikap, tingginya harga diri, merasa mempunyai kemampuan yang cukup, mempunyai keyakinan untuk mengambil tindakan, serta kepercayaan akan kemampuan untuk mengubah situasi (Notoatmodjo, 2010).

Lebih lanjut Notoamodjo (2010) merumuskan hubungan antara *health empowerment*, *self efficacy* dan *health literacy* sebagai berikut :

Health Empowerment	
Self Efficacy	Health Literacy
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Affective/cognitive</i> - <i>High self esteem</i> - <i>Feeling of power and control</i> - <i>Confidence to take action</i> - <i>Beliefs about ability to change situation</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cognitive/Communication</i> - <i>Understanding of health and disease</i> - <i>Decision-making skills</i> - <i>Ability to communicate health issues</i>

Gambar 2.1 : Kerangka Hubungan antara *health empowerment*, *self efficacy* dan *health literacy* (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan kerangka diatas, maka yang dimaksud dengan upaya pemberdayaan berarti serangkaian upaya untuk :

1. *Self efficacy*, maka upaya yang dapat dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan yang terus menerus menggunakan beberapa metode yang cocok, kombinasi komunikasi massa, komunikasi kelompok serta komunikasi interpersonal. Yang lain adalah memberikan pelatihan tentang tindakan-tindakan yang diperlukan dalam kesehatan, meliputi upaya-upaya peningkatan (*promotif*), upaya pencegahan (*preventif*), upaya pengobatan (*curative*), maupun upaya pemulihan (*rehabilitatif*) sehingga masyarakat mempunyai kemampuan dan kepercayaan diri untuk mengambil tindakan yang rasional.

2. *Health literacy*, dimana pada bidang ini diperlukan upaya pendidikan masyarakat tentang pengenalan tema-tema dan isu kesehatan tertentu dan terkini, serta memberikan pelatihan sehingga masyarakat yang sudah memahaminya mampu dan mau mengkomunikasikannya kepada anggota masyarakat lain. Sebagai contoh masyarakat mulai perlu diperkenalkan dengan penyakit-penyakit akibat gaya hidup, mislanya akibat merokok, akibat minum minuman keras, akibat penyalahgunaan narkotika, dan isu-isu lain.

Dengan demikian sebenarnya pemberdayaan adalah suatu proses membantu memperkuat kemampuan masyarakat, sehingga menjembatani jarak komunikasi antara petugas (*provider*) dan kelompok sasaran (*target audiences/communities*).

2.3 Konsep *Self Efficacy*

2.3.1 Definisi

Self Efficacy didefinisikan sebagai rasa percaya diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melakukan dan melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai sebuah tujuan (Bandura, 1978). *Self efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak dan berperilaku.

2.3.2 Dimensi *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1978), *self efficacy* terdiri dari 3 dimensi :

1) *Magnitude* (Tingkat)

Dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

2) *Generality* (Keadaan umum)

Berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self efficacy* seseorang.

3) *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1978) *self efficacy* seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Self efficacy* tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat faktor yang terdiri atas :

1) *Performance accomplishment*

Suatu pengalaman menguasai suatu prestasi atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut di masa lalu. Faktor ini adalah pembentuk *self efficacy* yang paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh subyek akan membuat peningkatan pada *efficacy expectation*, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan *self efficacy* seseorang.

2) *Vicarious experience*

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. *Self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain,

sebaliknya *self efficacy* akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap *self efficacy* adalah berdasarkan kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamat itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya, maka semakin besar potensi *self efficacy* yang akan disumbangkan oleh faktor ini.

3) *Verbal persuasion*

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitupun sebaliknya. Faktor ini sifatnya dapat berasal dari luar atau dalam diri individu sendiri, namun yang membedakan dengan *vicarious experience* adalah pada faktor ini subjek mendapatkan *feedback* langsung dari pihak lain, sedangkan pada *viscariousexperience* subjek sendirilah yang secara aktif mengamati pihak lain tanpa intervensi dari pihak yang diamati. Besarnya pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi dipengaruhi adanya rasa percaya kepada pemberi persuasi serta kriteria kerealistisan tentang apa yang dipersuasikan. Selain itu, subjek dapat memberikan persuasi kepada dirinya sendiri semacam *self talk* kepada dirinya.

4) *Emotional arousal*

Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy* nya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi *self*

efficacy seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimaksudkan adalah emosi yang kuat seperti takut, stres, cemas dan gembira. Emosi-emosi tersebut dapat meningkatkan ataupun menurunkan *self efficacy* seseorang.

2.3.4 Pengaruh *Self efficacy* Terhadap Proses Dalam Diri Manusia

Self efficacy akan mempengaruhi proses dalam diri manusia (Bandura, 1978), yaitu :

1) Proses kognitif

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

2) Proses motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Di samping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi turun.

3) Proses afektif

Self efficacy berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya

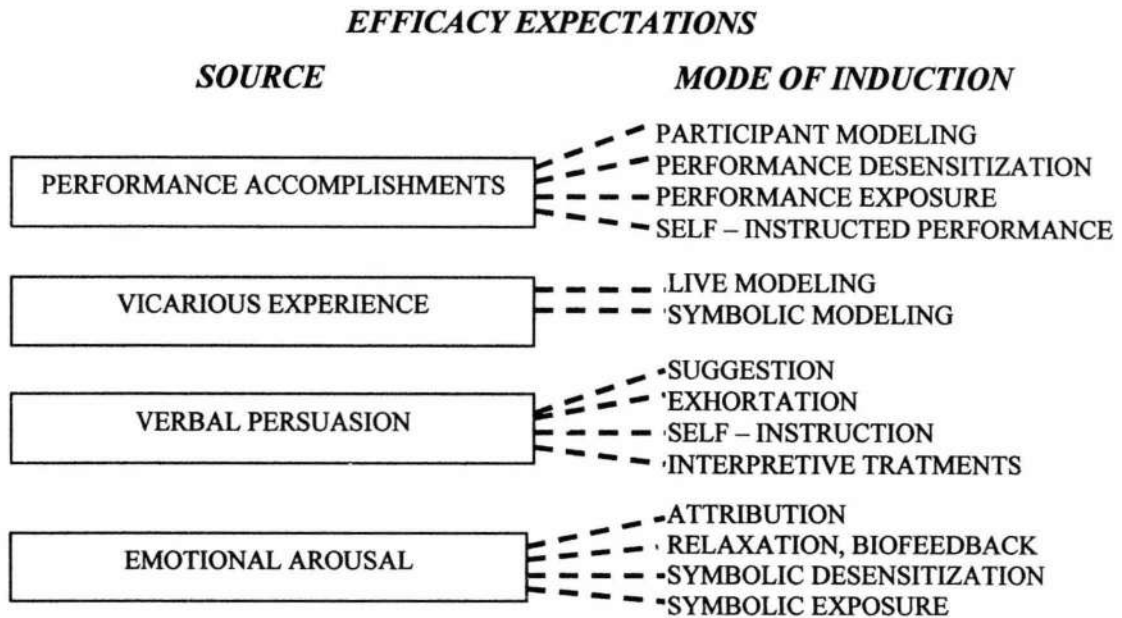
bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya *self efficacy* seseorang yang tinggi dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.3.5 Proses Perubahan *Self-efficacy*

Suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan. Perubahan *self efficacy* perlu dilakukan untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku individu yang memiliki masalah perilaku (Bandura, 1978).



Gambar 2.2 : Sumber-sumber self-efficacy (Bandura, 1978)

Self efficacy dapat diubah dengan menggunakan 4 faktor yang membentuknya, yaitu :

1. *Performance accomplishment*

- 1) *Participant modeling* : hal ini dilakukan dengan menirukan model yang telah berprestasi atau sukses dalam bidang tertentu
- 2) *Performance desensilization* : menghilangkan pengaruh buruk akibat kegagalan pada masa lalu seperti mencari cara untuk dapat bangkit kembali dari kebangkrutan. Apabila cara yang ditempuh berhasil untuk bangkit dari kebangkrutan terdahulu, maka *self efficacy* akan meningkat.
- 3) *Performance exposure* : menonjolkan keberhasilan yang pernah diraih dibandingkan dengan kegagalan dimasa lalu. Contohnya jika seseorang pernah tidak naik kelas, maka hal yang dilakukan adalah dengan mengingatkan kembali prestasi lain pada masa lalu yang pernah dicapainya.

- 4) *Self instructed performance* : melatih diri untuk melakukan yang terbaik sehingga seseorang mampu untuk meningkatkan kemampuan dirinya sendiri sampai kebatas maksimalnya. Jika hasil yang didapatkannya maksimal pula maka *self efficacy* akan meningkat.
2. *Vicarious experience*
 - 1) *Live modeling* : mengamati model yang nyata yang eksis di dunia ini.
 - 2) *Symbolic modeling* : mengamati model simbolik, film, komik, cerita.
 3. *Verbal persuasion*
 - 1) *Suggestion* : mempengaruhi dengan kata-kata berdasar kepercayaan subjek terhadap pemberi persuasi.
 - 2) *Exhortation* : nasihat atau peringatan yang mendesak / memaksa.
 - 3) *Self instruction* : selain dapat diberikan oleh orang lain, persuasi juga dapat diberikan oleh subjek kepada dirinya sendiri dengan berkomunikasi dengan dirinya sendiri untuk dapat melakukan sesuatu.
 - 4) *Interpretative treatment* : menggunakan interpretasi baru yang berdasarkan fakta lebih meyakinkan daripada memperbaiki interpretasi lama yang salah dan cenderung menurunkan *self efficacy*.
 4. *Emotional arousal*
 - 1) *Attribution* : mengubah atribusi atau penanggung jawab suatu kejadian emosional. Hal ini berkaitan dengan cara pandang yang biasa digunakan oleh subjek.
 - 2) *Relaxation biofeedback* : relaksasi digunakan untuk menurunkan gelombang otak subjek sehingga lebih mudah untuk menerima sesuatu dibandingkan

seseorang berada pada kondisi sadar penuh (gelombang otak *beta*). Dengan melakukan relaksasi, gelombang otak akan turun sampai ke level *alpha*.

- 3) *Symbolic desensilization* : menghilangkan sikap emosional dengan modeling simbolik seperti benda-benda mati yang memiliki karakteristik sama dengan sikap emosional positif yang diharapkan.
- 4) *Symbolic exposure* : memunculkan emosi secara simbolik yang menguntungkan (meningkatkan *self efficacy*) meskipun sedang tidak dalam kondisi yang semestinya.

2.4 Teori Keperawatan Dorothea E. Orem

2.4.1 Definisi

Model konseptual keperawatan Orem dikenal sebagai *self care deficit theory of nursing* (SCDTN) terdiri dari tiga teori yang saling berhubungan yaitu teori perawatan diri yang menggambarkan mengapa dan bagaimana manusia melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri, teori deficit perawatan diri yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa manusia dapat dibantu melalui keperawatan, dan teori sistem keperawatan yang menggambarkan dan menjelaskan bagaimana asuhan keperawatan dapat diterapkan pada pasien (Tomey & Alligood, 2010).

2.4.2 Asumsi Dasar Teori Orem

Orem di dalam (Parker & Smith, 2010) menetapkan lima asumsi dasar dari teorinya, yaitu :

- 1) Manusia membutuhkan masukan secara kontinyu untuk dirinya dan lingkungannya sehingga dapat memenuhi kebutuhan alaminya.

- 2) *Human agency*, yaitu kemampuan manusia dilatih untuk melaksanakan perawatan pada dirinya sendiri dan orang lain serta mengenali dan menyediakan kebutuhan yang diperlukan.
- 3) Manusia dewasa mengalami kekurangan dalam bentuk ketidakmampuan melaksanakan perawatan diri sendiri dan orang lain serta terlibat dalam mempertahankan kehidupan dan pengaturan fungsi masukan.
- 4) *Human agency* dilatih untuk menemukan, mengembangkan, dan menyampaikan cara dan maksud dalam mengidentifikasi kebutuhan dan memenuhi kebutuhan untuk diri sendiri dan orang lain.
- 5) Kelompok manusia yang berhubungan satu dengan lainnya mempunyai tugas dan kewajiban untuk memenuhi perawatan diri bagi anggota kelompok yang mengalami kekurangan.

2.4.3 Teori *self care deficit theory of nursing*

2.4.3.1 Teori perawatan diri (*self care theory*)

Self care merupakan sesuatu yang dapat dipelajari dan kemampuan individu untuk menentukan tindakan yang diambil sebagai respon dari adanya kebutuhan. Teori ini memandang bahwa seorang individu akan selalu menginginkan adanya keterlibatan dirinya terhadap perawatan diri, dan bahwa individu tersebut juga mempunyai keinginan untuk dapat merawat dirinya secara mandiri. Kebutuhan seorang individu untuk terlibat dan merawat dirinya sendiri inilah yang disebut sebagai *self care therapeutic demand* atau disebut juga *self care requisites* (Parker & Smith, 2010).

Menurut Orem dalam (Parker & Smith, 2010) *Self care requisite* terdapat tiga macam yaitu: *universal self care requisite*, *developmental self care requisite*, dan

health deviation self care requisite. *Universal self-care requisites* adalah kebutuhan dasar setiap manusia yaitu kebutuhan akan: udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi sosial, bebas dari ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu (Tomey & Alligood, 2010). *Developmental self-care requisites* terbagi atas tiga bagian yaitu: penurunan kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi yang mengancam pengembangan diri (Tomey & Alligood, 2010). *Health deviation of self-care requisites* adalah kebutuhan akan *self-care* yang muncul karena seseorang dalam keadaan sakit atau terluka, mempunyai bentuk patologis yang spesifik termasuk ketidakmampuan dan berada pada diagnose dan penatalaksanaan medis tertentu (Tomey & Alligood, 2010).

Kebutuhan *self-care* yang harus dipenuhi dalam jangka waktu tertentu disebut dengan *therapeutic self-care demand*. Untuk memenuhi *therapeutic self-care demand* digunakan 2 metode yaitu: mengatur faktor yang diidentifikasi mengalami kekurangan yang akan mengganggu fungsi seorang manusia (air, udara, makanan), dan memenuhi elemen aktifitas (maintenance, promosi, preventif, dan provision).

Seorang individu mempunyai kekuatan untuk melaksanakan perawatan diri sendiri, kekuatan tersebut dinamakan *self care agency*. *Self care agency* dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seorang individu. Ketika terjadi ketidakseimbangan antara *self care agency* dengan *therapeutic self-care demand*, maka terjadilah *self care deficit* (Parker & Smith, 2010). Seseorang yang mempunyai kemampuan untuk melakukan tindakan *self-care* disebut sebagai agen. Seorang manusia dewasa yang dapat memenuhi *therapeutic self-care demand* bagi

dirinya maupun orang lain yang tergantung padanya disebut dengan *dependent-care agent*.

2.4.3.2 Teori *Self Care Defisit*

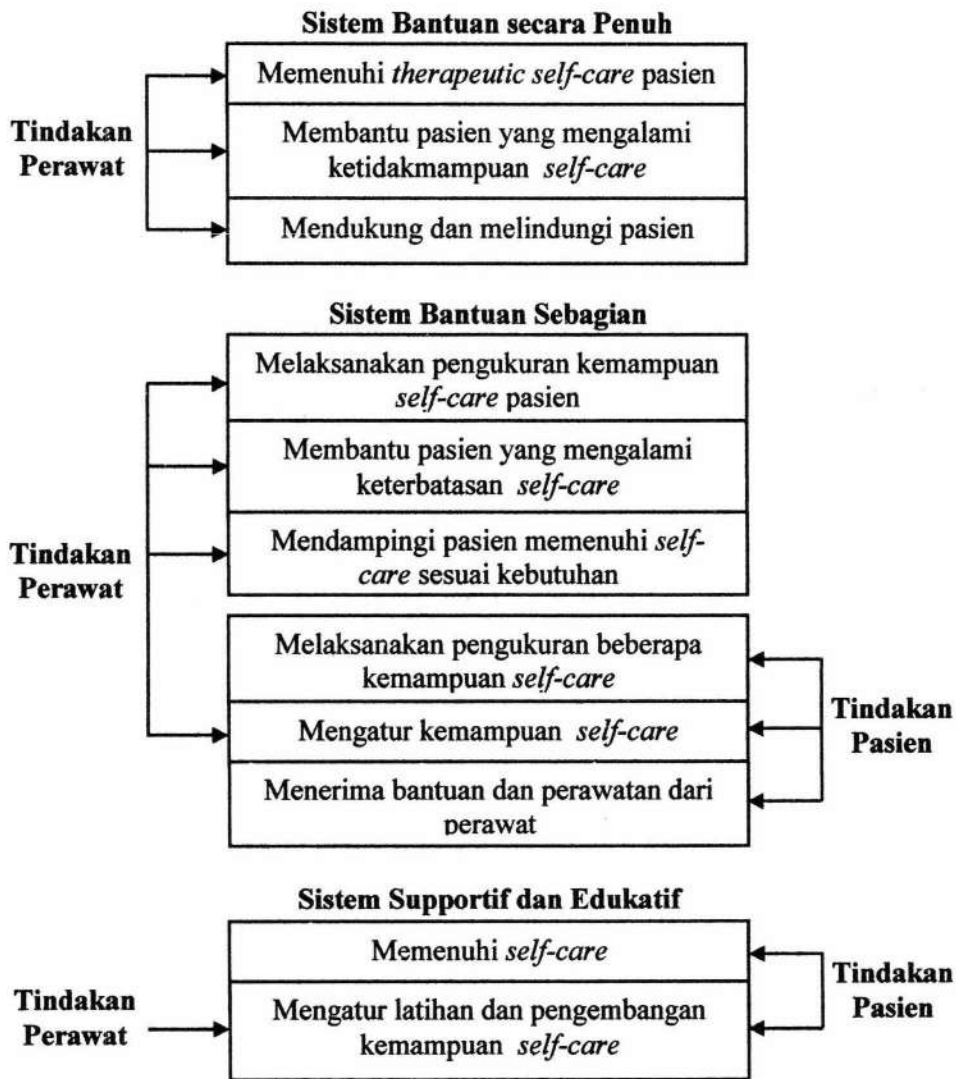
Self Care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self care*nya secara terus menerus. *Self care defisit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self care*, baik secara kualitas maupun kuantitas (Tomey & Alligood, 2010). Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain (Parker & Smith, 2010).

2.4.3.3 Teori Sistem Keperawatan

Kemampuan yang berkembang dari seseorang yang mempunyai pendidikan perawat untuk membantu pemenuhan *therapeutic self-care demand* dan melatih kemampuan *self-care* dari seseorang yang mempunyai penurunan kemampuan *self-care*. Komponen dari *self-care* dan *self-care defisit* tergabung dalam teori sistem keperawatan. Teori sistem keperawatan inilah yang menghubungkan antara tindakan dan peran perawat dengan tindakan dan peran pasien. Sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan akan *therapeutic self-care* serta menjaga

kemampuan pasien untuk melaksanakan *self-care* (Tomey & Alligood, 2010). Teori sistem keperawatan ingin menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu tindakan manusia; sistem keperawatan adalah sistem tindakan yang direncanakan dan dihasilkan oleh perawat. Sistem keperawatan tersebut dihasilkan melalui pengalaman mereka merawat orang dengan penurunan kesehatan atau ketidakmampuan berhubungan dengan kesehatan dalam merawat diri sendiri, atau orang yang mengalami ketergantungan (Tomey & Alligood, 2010).

Teori sistem keperawatan merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri. Dalam pandangan sistem ini, Orem di dalam (Parker & Smith, 2010) memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan diantaranya adalah sistem bantuan penuh (*wholly compensatory system*) yang merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri, contoh: pemberian bantuan pada pasien koma. Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*), merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal, contohnya perawatan pada pasien setelah operasi abdomen dimana pasien tidak memiliki kemampuan untuk perawatan luka. Dan sistem suportif dan edukatif (*supportive and educative system*), merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukakan pembelajaran. Contoh pemberian informasi penatalaksanaan penyakit kronis.

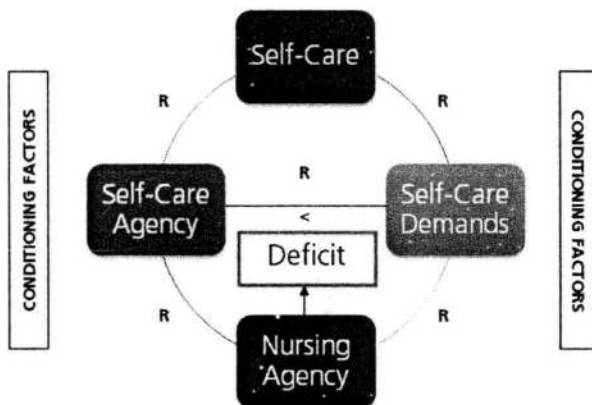


Gambar 2.3 : Pelaksanaan System Asuhan Keperawatan Menurut Orem
Sumber : (Parker & Smith, 2010).

2.4.4 Regulasi sistem *self care deficit theory of nursing*

Pengaturan system *self care deficit theory of nursing* dilakukan dengan mengaplikasikan tiga teori utama yang mendasari teori Orem, yaitu teori perawatan diri (*self care theory*), teori deficit perawatan diri (*self care deficit theory*), dan teori system keperawatan (*nursing system theory*) seperti yang digambarkan *conceptual framework for nursing* berikut ini :

Conceptual framework of Orem's theory



Gambar 2.4 : Conceptual Framework For Nursing dari Dorothea E. Orem (2001)
 Dalam (Tomey & Alligood, 2010).

Setiap orang mempunyai kebutuhan dalam melakukan perawatan dirinya, kebutuhan perawatan diri (*self care demand*) menuntut seseorang untuk dapat melakukan pemenuhan terhadap perawatan dirinya secara mandiri dan bertindak sebagai agen perawatan diri (*self care agency*). Namun demikian ketika suatu kondisi dimana seseorang mengalami keterbatasan dalam melakukan perawatan diri (*deficit self care*), maka seseorang memerlukan bantuan dari orang lain dalam memenuhi perawatan dirinya, yang salah satunya adalah dari perawat yang disebut *nursing agency*. Dalam melakukan bantuan perawatan terhadap pasien, perawat melakukan tiga jenis bantuan, yaitu system bantuan penuh (*wholly compensatory system*), sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*), dan sistem supportif dan edukatif (*supportive and educative system*). Ketiga jenis bantuan tersebut diharapkan dapat membantu pasien untuk dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya, sehingga terpenuhi kebutuhan perawatan diri pasien.

2.5 Konsep Tuberkulosis

2.5.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes RI, 2007).

Tuberkulosis adalah penyakit infeksius yang terutama menyerang parenkim paru. Tuberculosis dapat juga ditularkan ke bagian tubuh lainnya, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Agen infeksius utama *Mycobacterium tuberculosis*, adalah batang aerobik tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitive terhadap panas dan sinar ultraviolet (Smeltzer & Bare, 2001).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat diambil suatu kesimpulan bahwa tuberculosis adalah suatu penyakit menular terutama menyerang paru tetapi juga dapat menyerang organ tubuh lainnya yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*.

2.5.2 Penularan dan Faktor-Faktor Resiko

Tuberculosis ditularkan dari orang ke orang oleh transmisi melalui udara. Individu terinfeksi, melalui berbicara, batuk, bersin, tertawa atau bernyanyi melepaskan droplet nuclei ke udara dan dihirup oleh individu yang rentan (Smeltzer & Bare, 2001).

Individu yang beresiko tinggi untuk tertular tuberculosis (Smeltzer & Bare, 2001), adalah :

- 1) Mereka yang kontak dekat dengan seseorang yang menderita TB aktif.
- 2) Individu *immunosupresif* (termasuk lansia, pasien dengan kanker, mereka yang dalam terapi kortikosteroid, atau mereka yang terinfeksi HIV).

- 3) Setiap individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (misalnya: diabetes, gagal ginjal kronis, penyimpangan gizi).
- 4) Imigran dari Negara dengan insidensi TB yang tinggi (Asia Tenggara, Afrika, Amerika Latin, Karibia).
- 5) Setiap individu yang tinggal di institusi (misalnya: fasilitas perawatan jangka panjang, institusi psikiatrik, penjara).
- 6) Individu yang tinggal di daerah perumahan substandard atau kumuh
- 7) Petugas kesehatan.

Resiko untuk tertular tuberculosis juga tergantung pada banyaknya organisme yang terdapat di udara.

2.5.3 Tanda dan Gejala

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Depkes RI, 2007).

Menurut Smeltzer & Bare (2001), sebagian besar pasien TB paru menunjukkan gejala demam tingkat rendah, kelelahan, anoreksia, penurunan berat badan, berkeringat malam hari, nyeri dada dan batuk menetap. Batuk pada awalnya mungkin nonproduktif, tapi dapat berkembang kearah pembentukan sputum mukopurulen dengan hemoptisis.

2.5.4 Penemuan Penderita TB

Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjarangan suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien. Penemuan pasien merupakan langkah

pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular, secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat (Depkes RI, 2007).

2.5.4.1 Strategi Penemuan

- 1) Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Penjarangan tersangka pasien dilakukan di unit pelayanan kesehatan (UPK); didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka pasien TB.
- 2) Pemeriksaan terhadap kontak pasien TB, terutama mereka yang BTA positif dan pada keluarga/anak yang menderita TB yang menunjukkan gejala sama, harus diperiksa dahaknya.
- 3) Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah, dianggap tidak *cost* efektif.

2.5.4.2 Pemeriksaan dahak mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) :

- 1) **S (sewaktu):** dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- 2) **P (Pagi):** dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di UPK.

- 3) **S (sewaktu):** dahak dikumpulkan di UPK pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

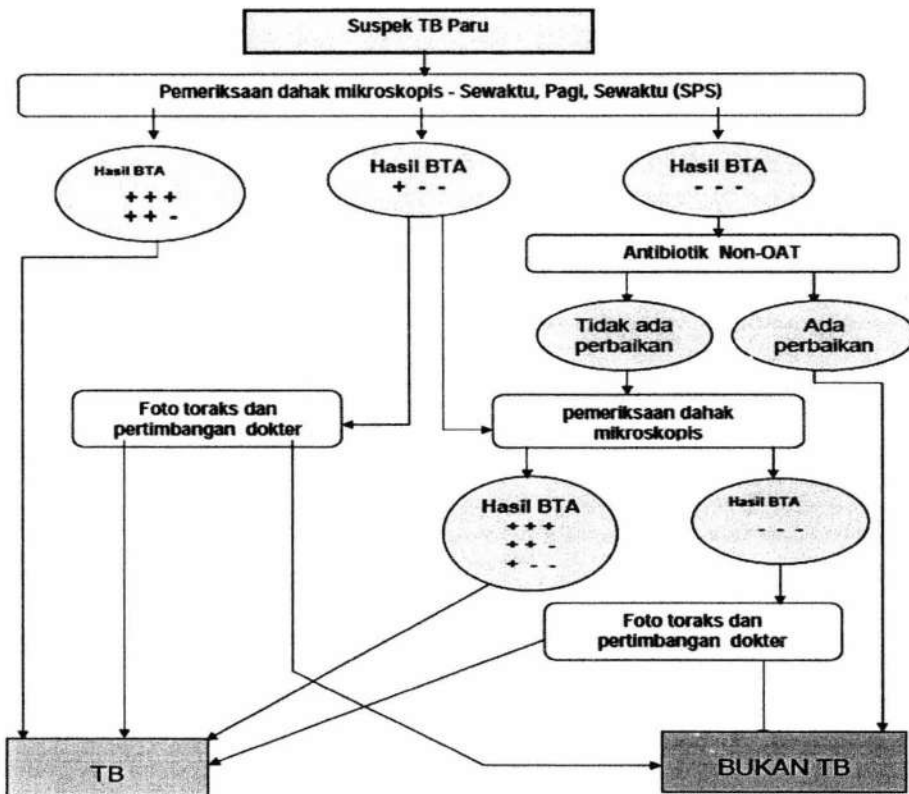
2.5.4.3 Diagnosis

Diagnosis tuberculosis ditegakan dengan mengumpulkan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, rontgen dada, usap basil tahan asam (BTA), kultur sputum, dan tes tuberculin. Rontgen dada biasanya akan menunjukkan lesi pada lobus atas. Sputum pagi hari untuk kultur BTA dikumpulkan, usap BTA akan menunjukan apakah terdapat mikobakterium yang menandakan diagnosis dari tuberculosis (Smeltzer & Bare, 2001).

Menurut Depkes RI (2007), kriteria diagnosis penyakit tuberculosis paru adalah sebagai berikut :

- 1) Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu - pagi - sewaktu (SPS).
- 2) Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
- 3) Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis*.
- 4) Gambaran kelainan radiologik Paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit.

Untuk lebih jelasnya lihat alur prosedur diagnostik untuk suspek TB paru berikut ini.



Gambar 2.5 : Alur Diagnosis TB Paru (Depkes RI, 2007).

2.5.5 Klasifikasi Penderita TB Paru

2.5.5.1 Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena

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

2.5.5.2 Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis

- 1) Tuberkulosis paru BTA positif.
 - (1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.

- (2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- (3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
- (4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- (1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative
- (2) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- (3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- (4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

2.5.5.3 Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:

- 1) Kasus baru : adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
- 2) Kasus kambuh (*Relaps*) : adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif.
- 3) Kasus setelah gagal (*Failure*) : adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

- 4) Kasus setelah putus berobat (*Default*) : adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
- 5) Kasus Pindahan (*Transfer In*) : adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.
- 6) Kasus lain : adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

2.5.6 Upaya Penanggulangan TB Dengan Strategi DOTS

Pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD (*International Union Against TB and Lung Diseases*) telah mengembangkan strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) dan telah terbukti sebagai strategi penanggulangan yang secara ekonomis paling efektif (*cost-effective*). Strategi ini dikembangkan dari berbagai studi, uji coba klinik (*clinical trials*), pengalaman terbaik (*best practices*), dan hasil implementasi program penanggulangan TB selama lebih dari dua dekade (WHO, 2006). Penerapan strategi DOTS secara baik, disamping secara cepat menekan penularan, juga mencegah berkembangnya MDR-TB (Depkes RI, 2007).

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB. WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam penanggulangan TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi ke dalam

pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya.

Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci (WHO, 2006), yaitu :

- 1) Komitmen politis yang berkesinambungan.
- 2) Akses terhadap pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- 3) Kemoterapi standar jangka pendek untuk semua kasus TB dengan manajemen kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan.
- 4) Keteraturan penyediaan obat OAT yang terjamin kualitasnya.
- 5) Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Strategi DOTS di atas telah dikembangkan oleh Kemitraan global dalam penanggulangan TB (*stop TB partnership*) dengan memperluas strategi DOTS (WHO, 2008), sebagai berikut :

- 1) Mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS
- 2) Merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya
- 3) Berkontribusi dalam penguatan system kesehatan
- 4) Melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
- 5) Memberdayakan pasien dan masyarakat
- 6) Melaksanakan dan mengembangkan riset

2.5.7 Pengawasan Menelan Obat

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas

kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

Persyaratan menjadi PMO adalah : (1) Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien; (2) Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien; (3) Bersedia membantu pasien dengan sukarela; dan (4) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien (Depkes RI, 2007).

Tugas seorang PMO : (1) Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan; (2) Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur; (3) Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan; (4) Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.

Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya : (1) TB disebabkan kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan; (2) TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur; (3) Cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya; (4) Cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan); (5) Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat secara teratur; (6) Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke UPK.

2.5.8 Pengobatan TB

Riwayat alamiah penderita TB yang tidak diobati setelah 5 tahun, 50% akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi, dan 25% akan menjadi kasus kronis yang tetap menular (Depkes RI, 2007).

2.5.8.1 Tujuan pengobatan

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

2.5.8.2 Jenis, sifat dan dosis OAT

Tabel 2.1 : Jenis, sifat dan dosis OAT

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3x seminggu
Isoniazid (H)	Bakterisid	5 (4 – 6)	10 (8 – 12)
Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8 – 12)	10 (8 – 12)
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	25 (20 – 30)	35 (30 – 40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12 – 18)	15 (12 – 18)
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15 – 20)	30 (20 – 35)

Sumber : Depkes RI (2007).

2.5.8.3 Prinsip pengobatan

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut :

- 1) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- 2) Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- 3) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

2.5.8.4 Paduan OAT yang digunakan di Indonesia

Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia (Depkes RI, 2007), adalah :

- 1) Kategori 1 : 2(HRZE) / 4(HR) 3.
- 2) Kategori 2 : 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)3E3.

Disamping kedua kategori ini, disediakan paduan obat sisipan (HRZE)

- 3) Kategori Anak: 2HRZ / 4HR

Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT), sedangkan kategori anak sementara ini disediakan dalam bentuk OAT kombipak. Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien.

Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan untuk digunakan dalam pengobatan pasien yang mengalami efek samping OAT KDT.

Paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu (1) paket untuk satu (1) pasien dalam satu (1) masa pengobatan.

1. Kategori-1 (2HRZE/ 4H3R3)

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien dengan kriteria : (1) Pasien baru TB paru BTA positif; (2) Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif; dan (3) Pasien TB ekstra paru

Tabel 2.2 : Dosis untuk paduan OAT KDT untuk Kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 – 54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

Sumber : Depkes RI (2007).

Tabel 2.3 : Dosis paduan OAT-Kombipak untuk Kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @300 mg	Kaplet Rifampisin @ 450 mg	Tablet Pirazinamid @ 500 mg	Tablet Etambutol @ 250 mg	
Intensif	2 Bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	5 Bulan	2	1	-	-	48

Sumber : Depkes RI (2007).

2. Kategori -2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya, dengan kriteria : (1) pasien kambuh; (2) pasien gagal; dan (3) pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*).

Tabel 2.4 : Dosis untuk paduan OAT KDT untuk Kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	selama 20 minggu
30 – 37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38 – 54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55 – 70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥ 71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

Sumber : Depkes RI (2007).

3. OAT Sisipan (HRZE)

Paket sisipan KDT adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).

Tabel 2.5 : Dosis KDT untuk Sisipan

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT
38 – 54 kg	3 tablet 4KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT

Sumber : Depkes RI (2007).

2.5.9 Pemantauan dan Hasil Pengobatan TB

2.5.9.1 Pemantauan kemajuan pengobatan TB

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif.

2.5.9.2 Hasil Pengobatan Pasien TB BTA positif

- 1) Sembuh : Pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) hasilnya negatif pada Akhir Pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan follow-up sebelumnya negatif.
- 2) Pengobatan Lengkap : Adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal.
- 3) Meninggal : Adalah pasien yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.
- 4) Pindah : Adalah pasien yang pindah berobat ke unit dengan register TB 03 yang lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui.
- 5) *Default* (Putus berobat) : Adalah pasien yang tidak berobat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.
- 6) Gagal : Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

2.5.10 Pencegahan Penularan TB

Pencegahan terjadinya penularan penyakit TB paru dapat dilakukan melalui upaya sebagai berikut :

- 1) Memastikan bahwa penderita TB menyelesaikan pengobatan yang efektif, pasien TB dengan BTA positif biasanya menderita sakit dan membutuhkan pengobatan dengan segera agar nyawa mereka dapat diselamatkan.
- 2) Sterilisasi dahak, seprei, sarung bantal : sinar matahari langsung membunuh kuman dalam waktu 5 menit, maka memanfaatkan sinar matahari adalah cara yang paling cocok untuk dilakukan di daerah tropis. Sodium hipokrit 1% melarutkan dahak dan membunuh kuman TB secara cepat, tetapi harus digunakan diwadah gelas. Tambahkan hipokrit dua kali volume dahak, kuman TB dapat bertahan beberapa jam dalam fenol 5%. Kuman TB mati dalam waktu 20 menit pada suhu 60°C. Menjemur diudara dan di bawah sinar matahari semua bahan-bahan seperti selimut, wol, katun, dll, merupakan metode yang baik dan sederhana terutama di daerah tropis (Crofton et al., 1999).
- 3) Kesehatan lingkungan. Tujuannya adalah mengurangi resiko dari dahak pasien infeksius yang belum terdiagnosis. Sedapat mungkin hindari kerumunan orang banyak yang terlalu padat sekaligus untuk mengurangi penularan penyakit pernapasan lain. Tingkatkan ventilasi rumah dan jangan meludah sembarangan tempat (Crofton et al., 1999).
- 4) Gizi. Terdapat bukti sangat jelas bahwa kelaparan atau kurang gizi mengurangi daya tahan tubuh terhadap penyakit ini. Factor ini sangat penting pada masyarakat miskin baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Penderita TB yang sakit berat dan kurang gizi mungkin menolak untuk makan. Berikan

makanan dalam jumlah sedikit tapi sering yang mengandung tinggi kalori tinggi protein (TKTP) (Crofton et al., 1999). Tujuan dari diet TKTP adalah untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat, untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh dan menambah berat badan hingga mencapai normal. Bahan makanan sumber kalori/karbohidrat seperti nasi, roti, mie dan hasil olahan tepung (seperti cake, pudding), dodol, ubi serta gula pasir. Bahan makanan sumber protein hewani seperti daging sapi, ayam, ikan, telur, susu dan hasil olahan keju. Bahan makanan sumber protein nabati seperti semua jenis kacang-kacangan dan hasil olahan seperti tahu dan tempe (Almatseir, 2004).

2.5.11 Lingkungan Rumah Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian TB

Pada umumnya, lingkungan rumah yang buruk (tidak memenuhi syarat kesehatan) akan berpengaruh pada penyebaran penyakit menular termasuk penyakit TB. Berikut ini akan diuraikan mengenai lingkungan fisik dan sosial rumah yang berpengaruh terhadap kejadian TB paru.

1) Kelembaban Udara

Kelembaban udara dalam rumah yang baik adalah 40%-70% (Keman, 2005). Bakteri *mycobacterium tuberculosis* seperti halnya bakteri lain, akan tumbuh dengan subur pada lingkungan dengan kelembaban tinggi, karena air membentuk lebih dari 80% volume sel bakteri dan merupakan hal yang esensial untuk pertumbuhan dan kelangsungan hidup bakteri (Gould & Brooker, 2003). Selain itu, menurut Notoatmodjo (2007), kelembaban udara yang meningkat merupakan media yang baik untuk bakteri-bakteri pathogen termasuk bakteri *mycobacterium tuberculosis*.

2) Ventilasi Rumah

Ventilasi (lubang hawa) adalah proses penyediaan udara segar dan pengeluaran udara kotor secara alamiah atau mekanis (Mukono, 2008). Lebih lanjut Mukono (2008), menjelaskan bahwa lubang ventilasi harus memenuhi persyaratan : (1) Luas bersih dari jendela/lubang hawa sekurang-kurangnya 1/10 dari luas lantai rumah; (2) Jendela / lubang hawa harus meluas kearah atas sampai setinggi minimal 1,95 meter dari permukaan lantai; dan (3) Adanya lubang hawa yang berlokasi dibawah langit-langit sekurang-kurangnya 0,35% luas lantai ruang yang bersangkutan.

Menurut Notoatmodjo (2007), fungsi ventilasi adalah untuk menjaga agar aliran udara didalam rumah tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan O_2 yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O_2 di dalam rumah yang berarti kadar CO_2 yang bersifat racun bagi penghuninya menjadi meningkat. Disamping itu, tidak cukupnya ventilasi akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadi proses penguapan cairan. Ventilasi juga berfungsi untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri terutama bakteri patogen. Ada 2 macam ventilasi :

- (1) Ventilasi alamiah yaitu aliran udara di dalam ruangan tersebut secara alamiah melalui jendela, pintu, lubang angin, lubang-lubang pada dinding dan sebagainya.
- (2) Ventilasi buatan yaitu menggunakan alat-alat khusus untuk mengalirkan udara, misalnya kipas angin dan mesin penghisap udara.

3) Suhu Rumah

Suhu adalah panas atau dinginnya udara yang dinyatakan dengan satuan derajat tertentu. Menurut Mukono (2008) suhu rumah yang ideal adalah berkisar antara 18-20⁰C. Suhu dalam rumah akan membawa pengaruh pada penghuninya. Suhu berperan penting dalam proses metabolisme tubuh, konsumsi oksigen dan tekanan darah. Bakteri *mycobacterium tuberculosis* memiliki rentang suhu yang disukai, tetapi di dalam rentang ini terdapat suatu suhu optimum saat mereka tumbuh pesat. *Mycobacterium tuberculasa* merupakan bakteri mesofilik yang tumbuh subur dalam rentang suhu 25-40⁰C, akan tetapi akan tumbuh secara optimal pada suhu 31-37⁰C (Gould & Brooker, 2003).

4) Pencahayaan Rumah

Pencahayaan alami ruangan rumah adalah penerangan yang bersumber dari sinar matahari (alami), yaitu semua jalan yang memungkinkan untuk masuknya cahaya matahari alamiah, misalnya melalui jendela atau genting kaca (Notoatmodjo, 2007). Cahaya berdasarkan sumbernya dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

(1) Cahaya Alamiah

Cahaya alamiah yakni matahari. Cahaya ini sangat penting, karena dapat membunuh bakteri-bakteri berbahaya di dalam rumah, misalnya kuman TBC. Oleh karena itu, rumah yang cukup sehat seyogyanya harus mempunyai jalan masuk yang cukup (jendela), luasnya sekurang-kurangnya 15%-20% dari luas lantai. Perlu diperhatikan agar sinar matahari dapat langsung ke dalam ruangan, tidak terhalang oleh bangunan lain. Fungsi jendela disini selain sebagai ventilasi, juga sebagai jalan masuk cahaya.

Selain itu jalan masuknya cahaya alamiah juga diusahakan dengan genteng kaca (Notoatmodjo, 2007).

(2) Cahaya Buatan

Cahaya buatan yaitu cahaya yang menggunakan sumber cahaya yang bukan alamiah, seperti lampu minyak tanah, listrik, api dan lain-lain. Kualitas dari cahaya buatan tergantung dari terangnya sumber cahaya (*brightness of the source*). Kuman tuberkulosa hanya dapat mati oleh sinar matahari langsung. Oleh sebab itu, rumah dengan standar pencahayaan yang buruk sangat berpengaruh terhadap kejadian tuberkulosis (Notoatmodjo, 2007).

5) Kepadatan Penghuni Rumah

Kepadatan penghuni dalam satu rumah tinggal akan memberikan pengaruh bagi penghuninya. Luas rumah yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan perjubelan (*overcrowded*). Hal ini tidak sehat karena disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, terutama tuberkulosis akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain.

Kepadatan penghuni merupakan luas lantai dalam rumah dibagi dengan jumlah anggota keluarga penghuni tersebut. Kepadatan penghuni dikategorikan menjadi memenuhi standar 2 orang per 8 m², dan kepadatan tinggi > 2 orang per 8 m² dengan ketentuan anak < 1 tahun tidak dapat diperhitungkan dan anak 1-10 tahun dihitung setengah (Mukono, 2008).

2.5.12 Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan TB Paru

Keberhasilan pemberantasan penyakit TB paru di Indonesia dipengaruhi oleh banyak faktor yang meliputi faktor medis dan non medis. Faktor medis meliputi: (1)

keluhan utama sebelum pengobatan; (2) penyakit penyerta; (3) efek samping obat; dan (4) resistensi obat. Sedangkan faktor non medis meliputi : (1) umur; (2) jenis pekerjaan; (3) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE); (4) sikap petugas kesehatan; (5) kemudahan jangkauan berobat; dan (6) pengawas menelan obat (PMO) dan keteraturan minum obat (Erawatiningsih et al., 2009). Lebih lanjut Erawatiningsih et al. (2009) menjelaskan masalah yang dihadapi oleh pemerintah Indonesia adalah sebagian besar penderita TB paru merupakan rakyat miskin dengan tingkat sosial ekonomi, pendidikan, serta pengetahuan tentang kesehatan yang sangat minim.

Salah satu faktor penentu keberhasilan dalam pengobatan penderita TB paru adalah Pengawas Menelan Obat (PMO), PMO dapat diambil dari orang yang tinggal satu rumah dengan penderita atau tinggal dalam Dasa Wisma. Selain itu juga dapat diawasi oleh anggota keluarga, kader dasa wisma, kader PPTI, PKK, guru, teman tokoh masyarakat dan petugas sosial kecamatan (Depkes RI, 2007).

Kesembuhan penderita TB paru dapat ditentukan oleh perilaku dari penderita sendiri, banyak hal yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Bertambahnya umur seseorang akan berakibat pada kemunduran dalam sistem pertahanan tubuh, sehingga mudah terserang berbagai penyakit. Tingkat pendidikan akan memberikan pengalaman seseorang terhadap sesuatu hal bagaimana cara mengatasi masalah yang dihadapi, sehingga dapat memilih jalan yang terbaik guna mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi. Pada umumnya, penderita yang terserang TB paru adalah golongan masyarakat berpenghasilan rendah, kebutuhan primer sehari-hari lebih penting dari pada pemeliharaan kesehatan. Hal ini

dikarenakan kemiskinan dan jauhnya jangkauan pelayanan kesehatan dapat menyebabkan penderita tidak mampu membiayai transportasi ke pelayanan kesehatan dan ini menjadi kendala dalam melakukan pengobatan, sehingga dapat mempengaruhi keteraturan berobat (Erawatiningsih et al., 2009).

Adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai dan ketersediaan obat serta jumlah tenaga yang cukup belum cukup menjamin keberhasilan dalam pengobatan, keteraturan dan ketaatan penderita untuk berobat sampai dengan waktu pengobatan yang telah ditentukan merupakan faktor pendorong dalam keberhasilan pengobatan. Lamanya pengobatan TB paru akan mengurangi kepatuhan penderita dalam melakukan pengobatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan (Erawatiningsih et al., 2009).