

**PERBANDINGAN PENGARUH METODE PENYULUHAN KESEHATAN
DAN KONSELING TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU
PENCEGAHAN PENULARAN PADA PENDERITA TBC**

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat Magister Kesehatan
Program Studi Magister Kedokteran Keluarga
Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan



OLEH :

**NI PUTU WIDARI
S 540809116**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2010**

**PERBANDINGAN PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DAN
KONSELING TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU PENCEGAHAN
PENULARAN PADA PENDERITA TBC**

Disusun oleh :

NI PUTU WIDARI

S 540809116

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof.Dr.Bhisma Murti,MPH,MSc,PhD

dr.Pancrasia.Murdani K,MHPed

Mengetahui

Ketua Prodi Magister Kedokteran Keluarga

Prof.Dr.Didik Tamtomo,dr.PAK,MM,M.Kes

commit to user

PERBANDINGAN PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DAN KONSELING TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN PADA PENDERITA TBC

**Disusun oleh :
NI PUTU WIDARI
S 540809116**

Telah disetujui oleh Tim Penguji

| Jabatan | Nama | Tanda Tangan |
|------------|---|--------------|
| Ketua | Prof.DR.dr Didik Tamtomo,MM, M.Kes,PAK | |
| Sekretaris | DR. Nunuk Suryani, M.Pd | |
| Anggota | 1. Prof.Dr.Bhisma Murti,MPH,MSc,PhD | |
| | 2. dr.Pancrasia.Murdani K,MHPed | |

Surakarta, November 2010

Mengetahui
Direktur PPs UNS

Ketua Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga

Prof. Drs. Suranto,Msc,PhD

Prof.DR.dr Didik Tamtomo,MM, M.Kes,PAK

commit to user

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kasih, atas berkat dan rahmat-Nya, akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis **“Perbandingan Pengaruh Metode Penyuluhan Kesehatan dan Konseling dalam Perubahan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Penderita TBC”**. Tesis ini dibuat untuk memenuhi sebagian syarat mencapai derajat Magister Kedokteran Keluarga Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Dalam proses penyusunan tesis ini, penulis mendapat banyak bantuan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat :

1. Prof.Dr.Muhammad Syamsulhadi, dr.SpKJ selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta
2. Prof.Drs.Suranto,Msc,PhD selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta
3. Prof.Dr.Didik Gunawan Tamtomo,dr.PAK, MM, M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta
4. dr.Esty Martiana Rachmie, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang telah memberikan ijin dilakukannya penelitian di Puskesmas Sawahan dan Puskesmas Putat Jaya Surabaya

commit to user

5. Pankrasia Murdani K, dr.MHPed selaku Ketua Minat Pelayanan Profesi Kedokteran Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Pascasarjana UNS dan juga sebagai pembimbing dan pengarah dalam penyusunan tesis ini
6. Prof.Dr Bhisma Murti, MPH, MSc, PhD selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan pengarah dalam penyusunan tesis ini
7. Segenap dosen Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Program Pascasarjana UNS yang telah membekali ilmu pengetahuan yang sangat berarti bagi penulis.
8. Nancye Pandeirot, M.Kep.,Sp Jiwa selaku direktur AKPER William Booth Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan motivasi penulis untuk menyelesaikan tesis ini.
9. Teman teman dosen AKPER William Booth Surabaya yang banyak memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini
10. Suami dan anak anaku Intan, Krisna dan Pandu yang sangat aku kasihi, yang senantiasa *support* dan setia mendampingi, terimakasih atas pengorbanan, pengertian, dorongan, dukungan dan doanya untuk mama segera menyelesaikan tesis ini.
11. Keluarga besar di Bali dan di Ponorogo, yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas semua dukungannya hingga terselesaikannya tesis ini

commit to user

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu masukan dan saran sangat penulis harapkan demi penyempurnaan proposal tesis ini.

Surakarta, Nopember, 2010

Penulis



DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN | |
| SAMPUL..... | i |
| PENGESAHAN PEMBIMBING..... | ii |
| PENGESAHAN PENGUJI..... | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| DAFTAR ISI..... | vi |
| DAFTAR TABEL..... | viii |
| DAFTAR GAMBAR | ix |
| ABSTRAK | x |
| ABSTRACT..... | xi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 3 |
| C. Tujuan Penelitian | 3 |
| D. Manfaat Penelitian | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| A. Kajian Teori..... | 5 |
| 1. Konsep Dasar Perilaku Kesehatan | 6 |
| 2. Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan | 14 |
| 3. Konsep Konseling | 17 |
| 4. Konsep Tuberkulosis..... | 23 |
| B. Penelitian yang Relevan | 27 |
| C. Kerangka Pemikiran | 29 |
| D. Hipotesis Penelitian..... | 30 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 31 |
| A. Jenis Penelitian..... | 31 |
| B. Lokasi Penelitian..... | 31 |
| C. Populasi Penelitian..... | 31 |

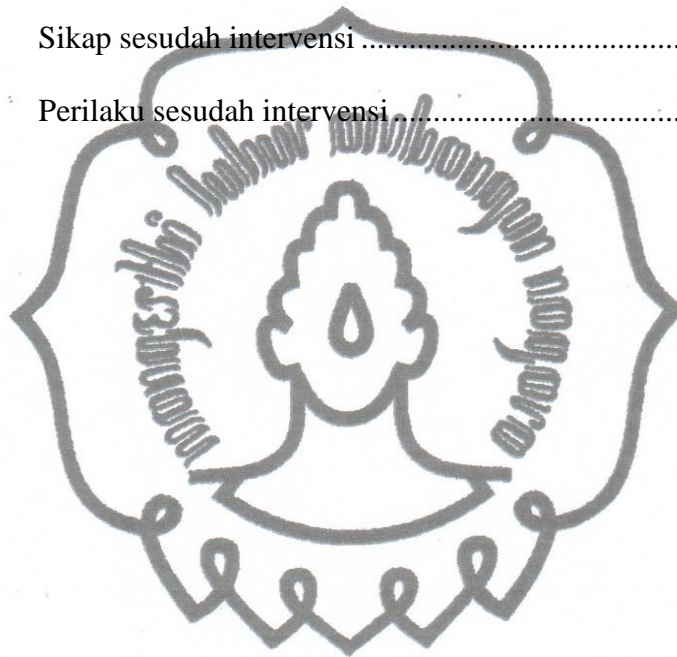
| | |
|--|-----------|
| D. Sampel Dan Tehnik Sampling | 32 |
| E. Kriteria Penelitian | 32 |
| F. Variabel Penelitian | 32 |
| G. Defenisi Operasional Variabel | 32 |
| H. Instrumen Penelitian | 35 |
| I. Analisis Data | 35 |
| J. Rancangan Penelitian | 36 |
| K. Etika Penelitian | 36 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 38 |
| A. Uji validitas dan reabilitas | 38 |
| B. Karakteristik Responden | 38 |
| C. Analisis Data | 40 |
| D. Pembahasan | 44 |
| E. Keterbatasan Penelitian | 46 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 47 |
| A. Kesimpulan | 47 |
| B. Saran | 48 |
| DAFTAR | |
| PUSTAKA | 49 |
| LAMPIRAN | 51 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Tujuan Konseling..... | 19 |
| Tabel 2.2 | Perbedaan antara Konseling dengan Penyuluhan Kesehatan..... | 23 |
| Tabel 4.1 | Karakteristik sampel penelitian berdasarkan umur..... | 39 |
| Tabel 4.2 | Karakteristik sampel penelitian berdasarkan jenis kelamin..... | 39 |
| Tabel 4.3 | Karakteristik sampel penelitian berdasarkan tingkat pendidik | 40 |
| Tabel 4.4 | Hasil statistik t tentang beda <i>Mean</i> pengetahuan kelompok sampel dengan penyuluhan kesehatan dan konseling | 41 |
| Tabel 4.5 | Hasil statistik t tentang beda <i>Mean</i> sikap kelompok sampel dengan penyuluhan kesehatan dan konseling | 42 |
| Tabel 4.6 | Hasil statistik t tentang beda <i>Mean</i> perilaku kelompok sampel dengan penyuluhan kesehatan dan konseling | 43 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|-------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 | Kerangka pemikiran | 29 |
| Gambar 3.1 | Rancangan penelitian | 36 |
| Gambar 4.1 | Pengetahuan sesudah intervensi..... | 41 |
| Gambar 4.2 | Sikap sesudah intervensi | 42 |
| Gambar 4.3 | Perilaku sesudah intervensi | 43 |



ABSTRAK

NI PUTU WIDARI S 540809116. **Perbandingan Pengaruh Metode Penyuluhan dan Konseling Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Penderita TBC di Surabaya.** Tesis Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Konsentrasi Pendidikan Profesi Kesehatan, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret Surakarta, 2010.

Latar Belakang. Insidensi tuberkulosis (TBC, TB) masih tinggi di wilayah kerja Puskesmas Putat Jaya dan Puskesmas Sawahan, meskipun telah dilakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat. Penelitian ini.

Tujuan. Meneliti pengaruh konseling dibandingkan dengan penyuluhan kesehatan secara kelompok untuk mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku penderita TB.

Metode. Penelitian ini merupakan *randomized controlled trial*, melibatkan 20 pasien TB di Puskesmas Sawahan dan 20 pasien TB di puskesmas Putat Jaya, Surabaya. Pasien di masing-masing puskesmas tersebut dialokasikan secara random ke dalam kelompok penyuluhan kesehatan kelompok dan kelompok konseling. Variabel dependen yang diteliti adalah pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien TB tentang pencegahan penularan TB. Variabel independen yang diteliti adalah metode pendidikan kesehatan. Kuesioner dibuat untuk mengukur variabel penelitian. Data dianalisis dengan uji t.

Hasil. Hasil uji t tidak menunjukkan adanya perbedaan mean yang secara statistik signifikan antara kelompok penyuluhan dan kelompok konseling, baik dalam aspek perubahan pengetahuan ($p=0.890$), sikap ($p=0.332$), maupun perilaku ($p=0.503$). Studi kualitatif menunjukkan bahwa pasien TB lebih menyukai penyuluhan kesehatan kelompok daripada konseling, karena memungkinkan sosialisasi kelompok dan berbagi pengalaman emosional tentang pemeriksaan dan pengobatan dengan sesama pasien.

Kesimpulan. Penelitian ini menyimpulkan tidak terdapat pengaruh yang secara statistik signifikan metode konseling dibandingkan dengan penyuluhan kesehatan kelompok. Penyuluhan kesehatan kelompok dapat diteruskan dengan memberikan kesempatan bagi pasien TB untuk berbagi pengalaman emosional tentang pemeriksaan dan pengobatan TB.

Kata kunci: penyuluhan, konseling, pengetahuan, sikap, perilaku, penderita tuberkulosis

ABSTRACT

NI PUTU WIDARI S 540809116. **Comparison of The Effect of Group Health Education and Counseling on Behavior Changes among TBC Patients in Surabaya.** Thesis submitted to The Masters Program in Family Medicine with Concentration in Health Professional Education, Postgraduate Program, SebelasMaret University, Surakarta 2010.

Background. Incidence of tuberculosis (TBC, TB) remains high in the working areas of Putat Jaya dan Sawahan Health Centers, Surabaya, although health education has been conducted to the community.

The purpose of the researche to examine the effect of counseling in comparison with group health education on behavior changes among TBC patients.

Methods. This study was a randomized controlled trial, involving 20 TB patients in Sawahan and 20 patients in Putat Jaya health centers, Surabaya. Patients in each health center was allocated at random to health education group and counseling group. The dependent variables under study were knowledge, attitude, and behavior of TB patients in the prevention of TB transmission. The independent variable under study was method of health education. A questionnaire was developed to measure knowledge, attitude, and behavior. The data was analyzed by t test.

Results. T test results did not show statistically significant difference in mean between health education group and counseling group, both in terms of changes in knowledge ($p=0.890$), attitude ($p=0.332$), and behavior ($p=0.503$). Qualitative study showed that patients preferred group health education to counseling since it allowed social gathering and peer group emotional sharing.

Conclusion. This study concludes that there is no statistically significant difference in the effect of conseling in comparison with group health education. Group health education can be continued that allows TB patients to share emotional experience in TB examination and treatment with peer patients.

Key words: health education, counseling, knowledge, attitude, behavior, tuberculosis patients.

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC atau TB) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri mikrobakterium tuberkulosa dimana bakteri ini merupakan bakteri basil yang sangat kuat sehingga memerlukan waktu yang lama untuk mengobatinya.

Insiden TBC dilaporkan meningkat secara drastis pada dekade terakhir ini di seluruh dunia. Demikian pula di Indonesia, TBC merupakan masalah kesehatan, baik dari sisi angka kematian (mortalitas), angka kejadian penyakit (morbiditas), maupun diagnosis dan terapinya. Dengan penduduk lebih dari 200 juta orang, Indonesia menempati urutan ke tiga setelah India dan China. Hasil survey Kesehatan Rumah Tangga Depkes RI tahun 1992, menunjukkan bahwa Tuberkulosis/TBC merupakan penyakit kedua penyebab kematian, pada tahun 1999 WHO *Global Surveillance* memperkirakan di Indonesia terdapat 583.000 penderita dengan BTA positif atau insidens rate kira kira 130 per 100.000 penduduk, dan di Indonesia saat ini setiap menit muncul satu penderita baru TBC paru, setiap dua menit muncul satu penderita baru TBC paru yang menular, bahkan setiap empat menit sekali satu orang meninggal akibat TBC (TBC Indonesia.or.id)

Dalam usaha pemberantasan TB, Indonesia telah berhasil melampaui target yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health*
commit to user

Organization (WHO). WHO menargetkan angka capaian temuan kasus (*Case Detektion Rate/CDR*) sebesar 70% sementara CDR TB di Indonesia pada tahun 2006 telah mencapai 74%. Data ini menunjukkan jumlah kasus TB di Indonesia masih tergolong tinggi. Selama 2006, menurut data Departemen Kesehatan jumlah total kasus TB BTA (basil tahan asam) positif yang ditemukan sebanyak 286.481 kasus pertahun dengan rata-rata angka kejadian TB di tanah air sebesar 107 per 100 ribu penduduk (Depkes,2007).

Faktor-faktor yang menyebabkan masih tingginya jumlah kasus TB di Indonesia karena masih rendahnya pengetahuan, sikap maupun perilaku dari penderita dan masyarakat tentang TB, tingkat pendidikan dan sosio ekonomi yang rendah serta kurangnya dukungan politis pemerintah tentang TB (Dinkes Provinsi,2007).

Sumber penularan penyakit TBC adalah penderita TBC itu sendiri. Dengan perilaku yang tidak sehat yang meliputi: tidak menutup mulut saat batuk walaupun hanya dengan sapu tangan, membuang dahak di sembarang tempat dan tidak di tempat khusus yang tertutup, tidak membuka jendela sehingga rumah kurang sinar matahari, ventilasi udara kurang baik, lingkungan lembab, ketidakteraturan minum obat maupun kontrol dapat menyebabkan penularan kepada orang lain (Misnadiarly, 2006).

Selama ini, sosialisasi pencegahan penularan TBC dilakukan dengan metode penyuluhan kesehatan kepada penderita dan keluarga dengan harapan penderita akan dapat merubah perilaku yang negatif menjadi perilaku yang positif

dengan dukungan dari keluarga sehingga penularan penyakit tidak terjadi pada anggota keluarga yang lain.

Dalam praktek dokter keluarga konseling merupakan sebuah pelayanan yang bertujuan membantu penderita atau keluarga dalam memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi. Konseling telah terbukti efektif dalam memperbaiki perilaku pencegahan penularan TBC. Melalui pendekatan konseling diharapkan proses edukasi lebih intens, sehingga hasil yang didapatkan tidak sebatas transfer informasi, tetapi juga dapat merubah perilaku penderita. Dengan perubahan perilaku tersebut, diharapkan pencegahan penularan TBC lebih berhasil dan bertahan lama. Namun belum diketahui apakah konseling lebih berpengaruh dari pada penyuluhan kesehatan dalam memperbaiki perilaku pencegahan penularan TBC. Untuk itu penulis akan mencoba meneliti tentang perbandingan pengaruh metode penyuluhan kesehatan dan konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC.

B. Rumusan Masalah

Adakah perbedaan pengaruh penyuluhan kesehatan dan konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC?

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui perbedaan pengaruh penyuluhan kesehatan dan konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti penelitian ilmiah tentang perbedaan pengaruh penyuluhan kesehatan dan konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan khususnya tentang TBC sehingga mampu meningkatkan kepedulian anggota keluarga terhadap pencegahan penularan TBC.

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan masyarakat mengenai penyakit TBC serta upaya – upaya yang bisa dilakukan dalam rangka pencegahan penularan penyakit yang ada dilingkungannya.

c. Bagi Petugas Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan tentang alternatif pendidikan kesehatan yang baik kepada masyarakat sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam program Puskesmas khususnya dalam mengurangi kejadian penyakit tuberkulosis.

d. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti tentang metode pendidikan yang lebih baik kepada masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003). Perilaku pencegahan adalah perbuatan seseorang atau sekelompok orang yang bertujuan untuk mencegah timbulnya atau menularnya suatu penyakit (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2009). Berdasarkan definisi tersebut, perilaku pencegahan penularan TBC adalah perilaku kesehatan yang bertujuan mencegah timbulnya penularan penyakit TBC.

Faktor faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya perilaku dibagi menjadi dua, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.

Dalam Notoatmodjo (2003), Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yakni :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*): merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang mempermudah

individu untuk berperilaku seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi dan keyakinan.

b. Faktor-faktor yang mendukung (*enabling factors*): merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku karena tersedianya sumber daya, fasilitas, ketergantungan, tujuan dan ketrampilan.

c. Faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong (*reinforcing factors*): perilaku seperti sikap dan ketrampilan petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, dan majikan.

2. Bentuk perilaku (Herawani, 2001: 14)

- a. Bentuk pasif adalah respon internal yaitu terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan.
- b. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku tersebut jelas dapat diobservasi secara langsung atau tampak dalam bentuk tindakan nyata.

3. Domain perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003: 121- 128)

Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku ke dalam 3 domain (ranah/kawasan) yang meliputi: ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan ketiga domain ini diukur dari:

- a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
- b. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).

commit to user

- c. Praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Terbentuknya perilaku baru terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek di luarnya. Dengan pengetahuan baru selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap dan akhirnya menimbulkan respon yang lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan (*action*) sehubungan dengan stimulus atau objek tadi. Namun dalam kenyataan ada stimulus yang diterima oleh subjek dapat langsung menimbulkan tindakan.

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yakni:

- a. Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) termasuk suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

- b. Memahami

commit to user

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut dengan benar.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

d. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus

commit to user

tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku. Sikap ini terdiri atas tiga komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan (keyakinan) ide dan konsep terhadap suatu objek (*kognitif*).
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek (*afektif*)
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*konatif*)

Ketiga komponen diatas bersama sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari beberapa tingkatan antara lain :

- 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

- 2) Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengajarkan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

- 3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

- 4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

commit to user

3. Praktek atau tindakan (*practise*)

Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Tingkat – tingkat praktek meliputi :

a. Persepsi (*perception*)

Menyesal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah praktek pada tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guided respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek dua.

c. Mekanisme (*mecanism*)

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

d. Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang lalu. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

commit to user

4. Perubahan perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku adalah merupakan bagian dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program – program kesehatan yang lainnya (Notoatmodjo, 2007: 187). Terbentuknya perilaku dapat terjadi karena proses kematangan dan dari proses interaksi dengan lingkungan. Cara ini yang paling besar pengaruhnya terhadap perilaku manusia. Terbentuknya perubahan perilaku karena proses interaksi antara individu dengan lingkungan ini melalui suatu proses yakni proses belajar. Oleh sebab itu perubahan perilaku dari proses belajar itu sangat erat kaitannya. Perubahan perilaku adalah merupakan hasil dari proses belajar (Nototmodjo, 2003: 134).

Beberapa strategi menurut Notoatmodjo, untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut dikelompokkan menjadi tiga yang meliputi:

a. Menggunakan kekuatan/ kekuasaan atau dorongan.

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan.

b. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi tentang cara – cara mengenai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit akan meningkatkan pengetahuan masyarakat yang nantinya menimbulkan kesadaran mereka dan

commit to user

pada akhirnya menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Perubahan melalui cara ini memakan waktu lama, tetapi bersifat langgeng.

c. Diskusi partisipasi

Cara ini dengan memberikan informasi – informasi tentang kesehatan tetapi tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi tetapi harus aktif berpartisipasi melalui diskusi tentang informasinya yang diterimanya. Pengetahuan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam dan perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga bahkan merupakan referensi perilaku orang lain.

5. Bentuk – bentuk perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2007: 188)

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi 3 yakni :

a. Perubahan alamiah

Perilaku manusia selalu berubah dimana sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi maka anggota – anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

b. Perubahan rencana

commit to user

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subyek.

c. Kesiediaan untuk berubah

Apabila terjadi suatu inovasi atau program – program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagai orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya) tetapi sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. (Notoatmodjo, 2003: 144).

6. Faktor – faktor yang menyebabkan perubahan perilaku dilihat dari faktor sasaran (Nasrul, 1998: 248)

- a. Tingkat pendidikan yang terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan kesehatan yang disampaikan.
- b. Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak terlalu memperhatikan pesan – pesan kesehatan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan – kebutuhan lain yang lebih mendesak.
- c. Kepercayaan dan adat istiadat yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubah misalnya makan ikan dapat menimbulkan cacangan dan masih banyak lainnya.
- d. Kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang mungkin terjadi perubahan perilaku. Misalnya masyarakat yang tinggal didaerah tandus yang sulit akan air akan sangat sukar untuk memberikan penyuluhan tentang higiene sanitasi perseorangan

7. Pendidikan kesehatan sebagai proses perubahan perilaku.

commit to user

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat menuju hal – hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Hasil pengubahan perilaku yang diharapkan melalui proses pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah perilaku sehat. Perilaku sehat dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Herawani,2001: 14)

2. Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesempatan pembelajaran (Green (1972) dikutip oleh Notoatmojo (1997) dikutip oleh Herawani (2001:2)).

Menurut Stuart (1968) dalam definisi yang dikemukakan, dikutip oleh staf jurusan PK. IP FKMUI (1984) dikutip oleh Herawani (2001) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berfikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat.

Dengan demikian dapat diketahui bahwa pendidikan kesehatan merupakan usaha / kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam

meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal.

2. Tujuan pendidikan kesehatan.

Tujuan pendidikan yang paling pokok (Nasrul Effendy, 1998:233) meliputi:

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- c. Menurut WHO tujuan pendidikan ialah mengubah perilaku individu/ masyarakat dalam bidang kesehatan.

3. Metode pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan yaitu individu, kelompok/ keluarga dan masyarakat (Herawani, 2001: 20). Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan Notoatmodjo (2003: 57) meliputi :

a. Metode pendidikan individual (perorangan)

Metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan metode pendidikan individual meliputi:

commit to user

1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

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

2) Wawancara (*Interview*)

Cara ini digunakan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

b. Metode pendidikan kelompok

- 1) Ceramah adalah suatu cara dalam menjelaskan suatu ide, pesan secara lisan kepada kelompok sasaran untuk memperoleh informasi
- 2) Diskusi kelompok adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan tentang suatu topik pembicaraan di antara 5-20 orang sasaran dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.
- 3) Curah pendapat adalah suatu bentuk pemecahan masalah dimana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah.
- 4) Bermain peran adalah memerankan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan pemikiran oleh kelompok.

commit to user

- 5) Demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.
- 6) Simposium adalah serangkaian ceramah yang diberikan oleh 2-5 orang dengan topik yang berlebihan tetapi saling berhubungan.
- 7) Seminar adalah suatu cara dimana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang menguasai bidangnya.

3. Konsep Konseling

1. Pengertian

Berikut ini pengertian konseling menurut beberapa ahli:

1. “....proses interaksi antara dua orang individu (konselor dan klien), dalam suasana profesional, yang berfungsi dan bertujuan untuk memudahkan perubahan tingkah laku klien” (Prayitno dan Amti, cit Pepinsky. 2006).
2. Konseling merupakan pendekatan yang paling banyak digunakan dalam pendidikan kesehatan bagi individu dan keluarga (WHO,1992). Selama konseling, seseorang atau keluarga yang membutuhkan dan seseorang yang memebrikan dukungan dan dorongan (konselor) bertemu dan berbicara sedemikian rupa sehingga orang yang membutuhkan

commit to user

pertolongan akan memperoleh kepercayaan dalam kemampuannya untuk mendapatkan pemecahan dari masalah yang dihadapinya.

4. Berdasarkan definisi konseling di atas, konseling keluarga berarti konseling yang dilakukan pada keluarga untuk membantu keluarga tersebut memecahkan persoalan yang dihadapi berdasarkan kemampuan dan pemahaman keluarga terhadap diri dan permasalahannya.

2. Tujuan dan Hasil Konseling

Tujuan konseling secara umum adalah membantu individu mengembangkan diri secara optimal sesuai dengan tahap perkembangan dan predisposisi yang dimilikinya, serta sesuai dengan tuntutan positif lingkungannya. Secara khusus tujuan konseling berkaitan langsung dengan individu yang bersangkutan, sesuai dengan kompleksitas permasalahannya. Oleh karena itu, tujuan khusus konseling untuk masing-masing individu bersifat unik pula. (Prayitno dan Amti, 2006).

Berikut ini beberapa tujuan konseling yang didukung secara eksplisit maupun implisit oleh para ahli (McLeod; 2008):

Tabel 2.1 Tujuan konseling

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------|
| 1. Pemahaman | 6. Pencerahan | 11. Perubahan tingkah laku |
| 2. Berhubungan dengan orang lain | 7. Pemecahan masalah | 12. Perubahan sistem |
| 3. Kesadaran diri | 8. Pendidikan psikologi | 13. Penguatan |
| 4. Penerimaan diri | 9. Memiliki ketrampilan sosial | 14. Restitusi |
| 5. Aktualisasi diri | 10. Perubahan kognitif <i>commit to user</i> | 15. Reproduksi dan aksi sosial |

Hasil konseling secara umum dapat dibagi menjadi tiga kategori (Mc Leod; 2008):

a. Resolusi terhadap sumber masalah dalam hidup.

Resolusi dapat mencakup pencapaian pemahaman atau perspektif terhadap masalah tersebut, mencapai penerimaan pribadi terhadap permasalahan atau dilema tersebut dan mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang merupakan sumber permasalahan tersebut.

b. Belajar.

Mengikuti konseling memungkinkan seseorang untuk mendapatkan pemahaman keterampilan dan strategi baru yang membuat diri mereka dapat menangani masalah serupa dengan lebih baik di masa yang akan datang.

c. Inklusi sosial.

Konseling menstimulasi energi dan kapasitas personal sebagai seseorang yang dapat memberikan kontribusi terhadap makhluk lain dan kepentingan sosial.

3. Metode dan Proses Konseling

Metode konseling sangat beragam. Menurut Karasu, terdapat lebih dari empat ratus model konseling dan psikoterapi (Mc Leod, 2008). Secara umum terdapat tiga pendekatan inti, yaitu psikodinamik, kognitif-behaviorial, dan humanistik. Terdapat pula keragaman dalam praktik konseling. Ada yang melakukan dengan bertatap muka, dalam group, dengan pasangan dan keluarga, lewat telepon, dan bahkan melalui materi tertulis, seperti buku dan panduan mandiri (Mc Leod; 2008). Pemilihan metode konseling ditentukan oleh masing-masing konselor yang disesuaikan dengan tujuan konseling.

commit to user

4. Proses Konseling

Dalam praktik dokter keluarga, proses konseling dapat digambarkan sebagai suatu proses yang terdiri dari tiga tahapan:

Tahap 1 : Membangun hubungan

Tahap yang pertama dari konseling adalah membangun hubungan. Penting bahwa waktu di korbankan di dalam membangun hubungan ini. Untuk membuat hal ini mungkin konselor harus siap dan berkeinginan mengindahkan atau memperhatikan klien. Pada tahap ini diperlukan keterampilan mendengarkan dengan seksama dan mencoba untuk memahami perasaan dan pemikiran klien. Tujuannya untuk memberi perhatian pada klien dan mengembangkan hubungan yang mendukung konseling.

Tahap 2 : Mengeksplorasi dan Memahami

Pada fase ini, konselor masuk lebih jauh kedalam dunia klien. Untuk melakukan ini, konselor harus berusaha untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang klien. Hal ini dicapai dengan menerapkan ketrampilan menyelidik, pemberian informasi, klarifikasi untuk meyakinkan arti dari pesan-pesan dan perasaan yang disampaikan klien. Tujuan dari fase ini membuat klien mampu mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang dirinya, keadaannya dan masalah yang dihadapi. Konselor juga harus membantu klien dan memotifasi untuk terlibat dalam diskusi rasional untuk memecahkan masalahnya.

Tahap 3 : Diskusi Rasional

Tujuan dari diskusi rasional adalah membantu klien memandang masalahnya dengan cara yang sehat dan masuk akal. Hal ini secara umum terbagi menjadi tiga fase, yaitu : pernyataan masalah dan penatalaksanaan, penentuan sasaran pengobatan dan implementasinya, serta evaluasi yang meliputi:

a. Pernyataan masalah dan penatalaksanaan

Tidak mudah mendefinisikan masalah. Petugas dihadapkan dengan keluhan yang jenisnya sangat beragam dan kompleks. Misalnya pada dihadapi penyakit kronis atau rasa sedih karena di tinggal orang yang dicintai.

b. Penentuan sasaran pengobatan dan implementasinya

Pada tahap ini dirumuskan pemecahan masalah dengan jelas dan spesifik sesuai yang diharapkan pasien yang mungkin diterapkan. Konselor dan klien dapat juga bernegosiasi untuk memodifikasi harapan yang tidak realitis, dan mengarahkannya pada tujuan yang saling menguntungkan dan dapat di sepakati. Setelah tujuan terapi jelas, langkah selanjutnya adalah membuat kontrak terapi. Selama fase ini konselor melibatkan klien untuk mengeksplorasi cara-cara baru dalam berfikir dan bersikap untuk mencapai tujuan terapi yang telah dibuat. Klien sering membuat perubahan yang substansif pada fase ini.

c. Penutupan dan evaluasi

Mengakhiri pertemuan dengan pasien dan konselor mengevaluasi dan memberikan penilaian akan perkembangan pasien.

5. Mengubah Perilaku dengan Konseling

Prochaska dan DiClemente mengidentifikasi empat tahap dalam proses perubahan perilaku sehat (Gan, dkk; 2004) :

- a. Prekontemplasi yaitu ketika seseorang tidak tertarik dan tidak berpikir tentang perubahan
- b. Kontemplasi yaitu ketika seseorang memiliki kesadaran yang serius untuk melakukan perubahan perilaku
- c. Aksi
- d. Pemeliharaan

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi konseling

Beberapa faktor penting yang mempengaruhi konseling adalah sebagai berikut (Azwar, 1996) :

- a. Sarana konseling; seperti ruangan yang nyaman, tidak bising, dan bila perlu terjaga privasinya.
- b. Suasana konseling; suasana yang baik untuk dapat membantu tumbuhnya kepercayaan dan keterbukaan klien terhadap konselor.
- c. Pelaksana konseling; tenaga pelaksana konseling yang baik, selain dapat menimbulkan kepercayaan dan keterbukaan pasien, juga dapat menyampaikan penjelasan tentang masalah kesehatan, tanpa maksud untuk menggurui, sesuai dengan kebutuhan.

7. Perbedaan Konseling dengan Penyuluhan Kesehatan

Tabel 2.2 Perbedaan antara konseling keluarga dengan penyuluhan kesehatan

| Aspek | Penyuluhan | Konseling |
|--------------------------------------|--|--|
| 1. Jumlah anggota | Tidak terlalu dibatasi; dapat sampai 60-80 orang | Terbatas: 5-10 orang |
| 2. Kondisi dan karakteristik anggota | Relatif heterogen | Hendaknya homogen; dapat pula heterogen terbatas |
| 3. Tujuan yang ingin dicapai | Penguasaan informasi untuk tujuan yang lebih luas | a. Pemecahan masalah b. Pengembangan kemampuan komunikasi dan interaksi sosial |
| 4. Pemimpin kelompok | Konselor atau narasumber | Konselor |
| 5. Peranan anggota | Menerima informasi untuk tujuan kegiatan tertentu | a. berpartisipasi dalam dinamika interaksi sosial b. Menyumbang pengentasan masalah c. Menyerap bahan untuk pemecahan masalah |
| 6. Suasana interaksi | a. Monolog atau dialog terbatas b. Dangkal | a. Interaksi multiarah b. Mendalam dengan melibatkan aspek emosional |
| 7. Sifat isi pembicaraan | Tidak rahasia | Rahasia |
| 8. Frekuensi kegiatan | Kegiatan berakhir apabila informasi telah disampaikannya | Kegiatan berkembang sesuai dengan tingkat kemajuan pemecahan masalah. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tingkat kemajuan pemecahan masalah. |

Sumber McLeod, 2008

4. Konsep Tuberkulosis (TBC)

1. Pengertian

Tuberkulosis merupakan infeksi bakteri kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan ditandai oleh pembentukan granuloma pada jaringan yang terinfeksi dan hipersensitivitas yang diperantai sel (*cell-mediated hypersensitivity*) (Horison, 1999: 799).

TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TBC yang menyerang paru dan dapat disembuhkan dengan pengobatan yang tepat, bila tidak dapat menyebabkan kematian (Misnadiarly, 2006: XIV).

2. Penyebab

Penyebab Tuberkulosis paru adalah kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang berbentuk batang lurus atau agak bengkok dengan ukuran 0,2 – 0,4 x 1-4 cm. Suhu optimum 37⁰C, tidak tumbuh pada suhu 25⁰C atau lebih dari 40⁰C. Kuman ini akan mati pada suhu 6⁰C selama 15 – 20 menit. Biakan dapat mati jika terkena sinar matahari langsung selama 2 jam. Basil dalam percikan dahak dapat bertahan 8-10 hari, dalam suhu kamar dapat hidup 6-8 bulan (Hiswani, 2007) .

3. Gejala TBC (Misnadiarly, 2006: XV)

- a. Batuk disertai dahak lebih dari 3 minggu
- b. Sesak nafas dan nyeri dada
- c. Badan lemas, kurang enak badan
- d. Berkeringat pada malam hari walau tanpa kegiatan
- e. Berat badan menurun.

4. Penularan penyakit TBC (Misnadiarly, 2006: XV, 82).

Pada dasarnya penularan penyakit TBC disebabkan oleh penderita yang dahaknya mengandung kuman. Penyakit ini dapat menular dan menyerang siapa saja (laki – laki, perempuan, tua, muda, miskin, kaya). Penularan ini terjadi disebabkan oleh:

- a. Penderita tidak menutup mulut saat batuk dan bersin.

commit to user

- b. Meludah disembarang tempat.
- c. Tidak membuka jendela maupun ventilasi rumah sehingga cahaya matahari tidak bisa masuk.
- d. Penderita berbicara keras saat berbicara dengan orang lain sehingga terdapat percikan dahak yang keluar.
- e. Tidak adekuatnya jadwal kontrol pada petugas kesehatan (puskesmas)
- f. Ketidakteraturan minum obat yang telah ditentukan.

5. Pencegahan Penularan Penyakit TBC (Hiswani, 2007)

- a. Pencegahan oleh penderita (Misnadiarly, 2006: XIV, 82).

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

- 1) Menutup mulut waktu batuk, bersin dan tidak berbicara keras didepan umum
- 2) Membuang dahak pada satu tempat khusus yang tertutup
- 3) Membuka jendela rumah atau 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

- b. Pencegahan oleh masyarakat

commit to user

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah agar tidak terjadi penularan penyakit TBC adalah vaksinasi BCG terutama pada bayi maupun keluarga pasien, di samping penyuluhan untuk perubahan sikap hidup dan perbaikan lingkungan demi tercapainya masyarakat sehat.

c. Pencegahan oleh petugas kesehatan.

Tindakan yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan adalah dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TB antara lain meliputi gejala, bahaya, penularan dan akibat yang ditimbulkannya, pengobatan. Penyuluhan itu dapat dilakukan secara berkala melalui tatap muka, ceramah dan mass media yang tersedia di wilayah tersebut tentang cara pencegahan TB paru. Memberikan penyuluhan ini dapat dilakukan juga perorangan secara khusus kepada penderita agar mau berobat rajin untuk mencegah penyebaran penyakit kepada orang lain maupun keluarga agar tercipta rumah sehat sebagai upaya mengurangi penyebaran penyakit.

B. Penelitian Yang Relevan

Penelitian yang relevan dalam penelitian ini adalah “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Pasien TBC Di Puskesmas Dawarblandong Mojokerto”.

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang mudah menular melalui dahak penderita yang mengandung basil tuberkulosis. Penyebab peningkatan angka kejadian penularan dari seorang kepada orang lain adalah perilaku yang tidak sehat dari penderita terutama untuk mencegah penularan.

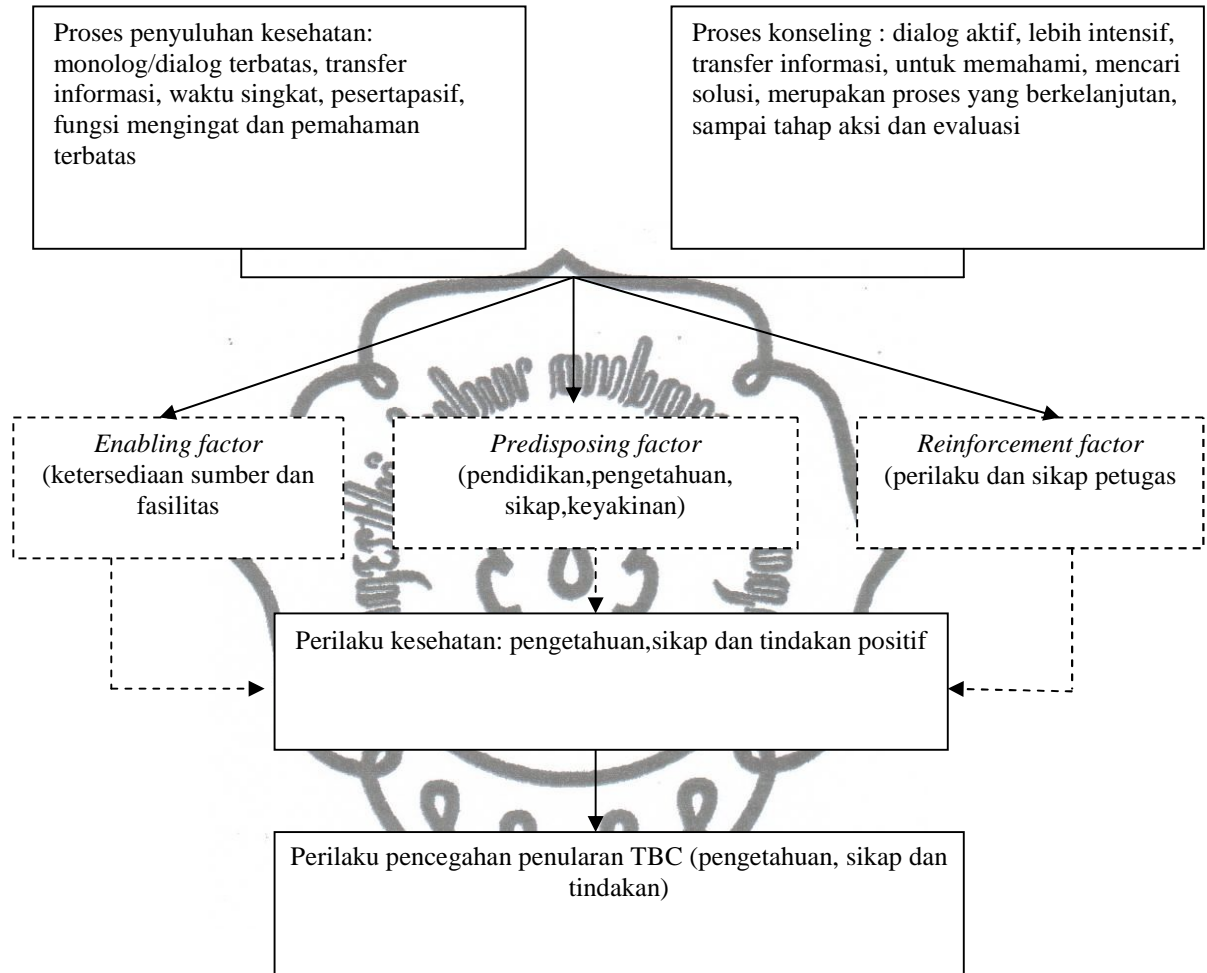
commit to user

Untuk meningkatkan perilaku pencegahan penularan dapat dilakukan dengan pemberian pendidikan kesehatan sehingga perilaku pasien tuberkulosis akan berubah dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

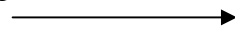
Penelitian ini menggunakan desain pra eksperimen dengan rancangan *one group pra test – post test design*, jumlah sampel 35 dengan menggunakan teknik *random sampling*. Variabel independent adalah pendidikan kesehatan, variabel dependent adalah perubahan perilaku pencegahan penularan penyakit TBC. Pengumpulan data dengan lembar observasi dan wawancara dengan check list. Data dianalisis menggunakan uji T pair/ related dengan angka signifikansi 0,05.

Dari hasil penelitian didapatkan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberkulosis memperoleh skor tertinggi 34 dan skor terendah 12, setelah mendapat pendidikan kesehatan tentang perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberkulosis skor responden tertinggi 43 dan terendah 24 dari skor total 50. Setelah dianalisis dengan uji T pair didapatkan $\rho = 0,000$ berarti $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak atau H_1 diterima. Hal ini menunjukkan ada beda perilaku pencegahan penularan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada pasien Tuberkulosis di Puskesmas Dawarblandong Mojokerto (Prasetyo Wijar,2008)

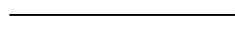
C. Kerangka Pemikiran



Keterangan :



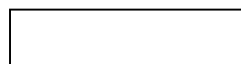
: Mempengaruhi



: Berhubungan



: Tidak diteliti



: Diteliti

Gambar 2.1 Kerangka pemikiran
commit to user

Keterangan

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha atau kegiatan yang dilakukan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun ketrampilan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Sedangkan konseling adalah proses interaksi antara dua orang individu yang bertujuan untuk memudahkan adanya perubahan tingkah laku. Proses perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor: 1. *Enabling factor* (ketersediaan sumber dan fasilitas), 2. *Predisposing factor* (pendidikan, pengetahuan, sikap, keyakinan) dan 3. *Reinforcement factor* (perilaku dan sikap petugas). Ketiga faktor tersebut dapat mempengaruhi perilaku pasien dan keluarga yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang positif dalam mencegah penularan TBC

D. Hipotesis Penelitian

Terdapat perbedaan pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dan konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC :

1. Pengetahuan penderita TBC yang mendapat konseling lebih baik daripada yang mendapat penyuluhan kesehatan.
2. Sikap penderita TBC yang mendapat konseling lebih baik daripada yang mendapat penyuluhan kesehatan.
3. Perilaku penderita TBC yang mendapat konseling lebih baik dari pada yang mendapat penyuluhan kesehatan.

commit to user

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain *Randomized Controlled Trial Study* yaitu suatu penelitian dimana peneliti memberikan intervensi atau pengaruh pada subjek penelitian dan mengukur serta membandingkannya dengan kelompok intervensi yang lain kemudian diamati hasil perlakuan dan dibandingkan antara sebelum dan sesudah perlakuan. Perlakuan dalam hal ini adalah pemberian penyuluhan kesehatan dan konseling tentang penyakit TB dan pencegahan penularannya.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Putat Jaya dan Puskesmas Sawahan yang berada di satu Kecamatan Sawahan Surabaya pada bulan September sampai dengan November 2010

C. Populasi Penelitian

1. Populasi Sasaran

Semua penderita TBC dengan BTH positif di Puskesmas Putat Jaya dan Puskesmas Sawahan Surabaya

2. Populasi Sumber

Sebagian penderita TBC dengan BTH positif di Puskesmas Putat Jaya dan Puskesmas Sawahan Surabaya *commit to user*

D. Sampel dan Tehnik Sampling

Tehnik pengambilan sampel adalah *simple random sampling*. Besar sampel penelitian adalah (n=40) penderita, ditentukan berdasarkan rasio jumlah subjek dan jumlah variabel, yang akan digunakan adalah 20 subjek per variabel. Alokasi subjek kedalam kelompok penyuluhan kesehatan dan konseling dilakukan secara *random*.

E. Kriteria Penelitian

1. Penderita TB dengan BTA positif
2. Bersedia untuk diteliti dan kooperatif

F. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : Metode pendidikan kesehatan :
 - a. Penyuluhan kesehatan pencegahan penularan TB
 - b. Konseling pencegahan penularan TB
2. Variabel terikat : Perilaku penderita pencegahan penularan TB
3. Variabel Perancu :
 - a. Tingkat pendidikan
 - b. Sosial ekonomi
 - c. Kondisi lingkungan

G. Definisi Operasional

1. Penyuluhan: Proses pendidikan kesehatan untuk kelompok (kurang lebih 20-30 orang) dengan metode ceramah dan tanya jawab yang dilaksanakan
commit to user

satu kali dengan menggunakan media *power point* yang meliputi pengertian penyakit TBC, penyebab penyakit TBC, klasifikasi penyakit TBC, gejala penyakit TBC, penularan penyakit TBC, komplikasi penyakit TBC, penatalaksanaan penyakit TBC, pencegahan penyakit TBC, pencegahan penularan penyakit TBC

2. **Konseling keluarga:** Konseling untuk membantu keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai diri dan keluarganya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan pencegahan penularan TBC, dilakukan sebanyak dua sesi konseling kepada masing masing penderita tersebut (panduan dan materi konseling terlampir)
3. Perilaku/tindakan pencegahan penularan TBC terdiri atas pengetahuan, sikap dan tindakan penderita dalam pencegahan penularan TBC:
 - a. Pengetahuan tentang pengertian penyakit TBC, penyebab penyakit TBC, klasifikasi penyakit TBC, gejala penyakit TBC, penularan penyakit TBC, komplikasi penyakit TBC, penatalaksanaan penyakit TBC, pencegahan penyakit TBC, pencegahan penularan penyakit TBC data tentang pengetahuan dikumpulkan dengan kuisisioner yang berisi pertanyaan terbuka, bila jawaban benar diberi nilai 1, bila jawaban salah diberi nilai 0 dan dinyatakan dalam skala pengukuran kontinyu.
 - b. Sikap terhadap pencegahan penularan TBC adalah sikap penderita terhadap pencegahan penularan TBC.

Data tentang sikap dikumpulkan dengan kuisioner yang berisi pertanyaan dengan lima kemungkinan jawaban menurut skala Likert dengan skor :

- 1) Pada pertanyaan positif : nilai 5 bila sangat setuju (SS), nilai 4 bila setuju (S), nilai 3 bila ragu ragu (R), nilai 2 bila tidak setuju (TS), dan nilai 1 bila sangat tidak setuju (STS).
 - 2) Pada pernyataan negatif ; nilai 5 bila sangat tidak setuju (STS), nilai 4 bila tidak setuju (TS), nilai 3 bila ragu ragu (RR), nilai 2 bila setuju (S), dan nilai 1 bila sangat setuju (SS). Skala pengukuran kontinyu.
- c. Prilaku/tindakan dalam upaya pencegahan TBC adalah tindakan penderita dalam upaya pencegahan penularan TBC.

Data tentang tindakan dikumpulkan dengan kuisener dikumpulkan dengan pertanyaan dengan lima kemungkinan jawaban dengan menggunakan skala Likert dengan skor :

- 1) Pada pernyataan positif : nilai 5 bila selalu, nilai 4 bila sering, nilai 3 bila kadang kadang, nilai 2 bila jarang dan nilai 1 bila tidak pernah
- 2) Pada pernyataan negatif : nilai 5 bila tidak pernah, nilai 4 bila jarang, nilai 3 bila kadang kadang, nilai 2 bila sering, nilai 1 bila selalu. Skala pengukuran kontinyu.

H. Instrumen Penelitian

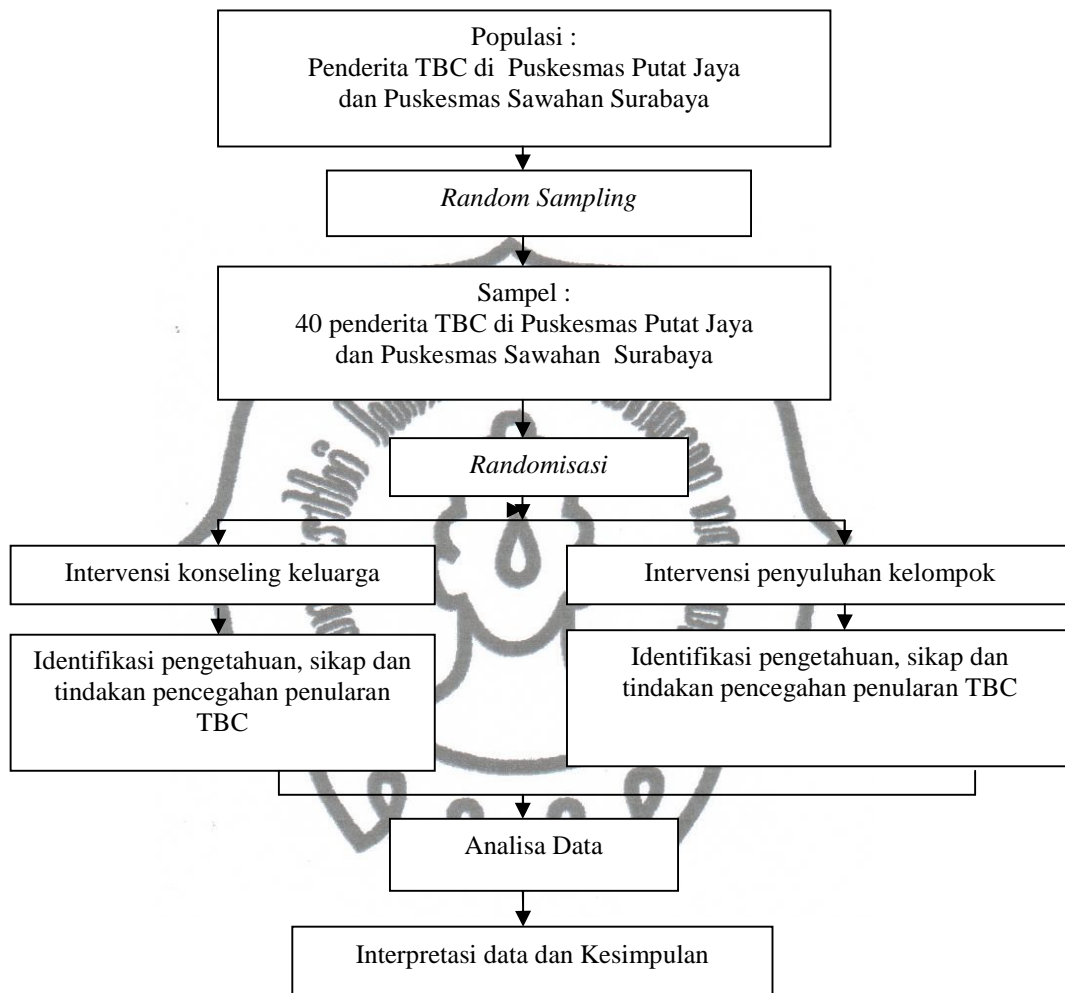
Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah diperoleh dari lembar kuesioner dan *checklist*. Kuesioner terdiri atas beberapa pertanyaan yang meliputi :

1. Identitas responden
2. Pertanyaan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan penularan TB

I. Analisis Data

Untuk menunjang kearah pembuktian hipotesis dan mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan dan konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan TB maka dikaji melalui analisis data. Data sampel berskala kontinyu dideskripsikan dalam parameter Mean, SD, Minimal dan Maksimal. Sedangkan data sampel berskala kategorikal dideskripsikan dalam bentuk frekuensi dan persen. Untuk mengetahui keefektifan penyuluhan dan konseling dalam memperbaiki perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan, dianalisis dengan *t test*, dengan menggunakan *software* SPSS versi 17.0.

J. Rancangan Penelitian



Gambar 3.1 Rancangan penelitian

K. Etika Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian dengan judul “Perbandingan Pengaruh Metode Penyuluhan Kesehatan dan Konseling terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan pada penderita TBC” perlu peneliti lampirkan:

1. Lembar Persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)
commit to user

Merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden sebelum mengisi format data. Sebelumnya peneliti memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari penelitian. Bila subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, jika menolak untuk diteliti maka tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencatumkan nama subyek pada formulir persetujuan menjadi responden dan pada lembar kuisisioner sehingga untuk mengetahui keikutsertaan responden peneliti cukup memberi kode pada lembar persetujuan,

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua data yang diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Data yang disajikan hanya pada kelompok data tertentu.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Validitas dan Reabilitas

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri yang akan mengukur variable perilaku pencegahan penularan TBC yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan. Sebelum digunakan, kuisisioner terlebih dahulu diuji validitas dan reabilitasnya. Uji validitas dengan metode *one shot* atau satu kali pengukuran, menggunakan tehnik korelasi *Pearson Product Moment*, kemudian diuji reliabilitasnya (Hastono,2007)

Dari uji validitas kuisisioner sikap terdapat tiga pertanyaan yang tidak valid dari tigabelas pernyataan. Untuk kuisisioner pernyataan tindakan, lima pernyataan tidak valid dari seluruhnya berjumlah lima belas sehingga masing masing kuisisioner berisi sepuluh pernyataan.

B. Karakteristik Responden

Pupulasi dari penelitian ini adalah penderita TB paru di Puskesmas Putat Jaya dan Puskesmas Sawahan Surabaya yang berada di wilayah Kecamatan Sawahan Surabaya. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2010.

Sampel penelitian terbagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan penyuluhan kesehatan dan kelompok perlakuan konseling yang terdiri dari masing masing kelompok 20 responden yang dipilih secara random dari dua puskesmas. Kelompok penyuluhan kesehatan diberikan penyuluhan kesehatan
commit to user

dengan metode ceramah dengan media *power point* dan kelompok konseling dengan panduan konseling dan *leaflet* tentang TB dan pencegahan penularannya. Sebelum perlakuan diberikan pretest terlebih dahulu dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reabilitasnya dan setelah perlakuan diberikan posttest dengan kuesioner yang sama. Karakteristik subjek penelitian ini seperti dalam tabel berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik sampel penelitian (data kontinu)

| Variabel | N | Mean | SD | Minimal | Maksimal |
|----------|----|------|------|---------|----------|
| Umur | 40 | 40,9 | 13,9 | 13,0 | 65,0 |

Karakteristik sampel penelitian berdasarkan kelompok umur seperti yang tertulis pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa jumlah sampel terbanyak dari kelompok penyuluhan kesehatan maupun konseling, berasal dari kelompok umur yang sama yaitu 40-50 tahun.

Tabel 4.2 Karakteristik sampel penelitian (data kontinu)

| Variabel | N | Mean | SD | Minimal | Maksimal |
|---------------|----|------|------|---------|----------|
| Jenis Kelamin | 40 | 1,59 | 0,50 | 1 | 2 |

Karakteristik sampel penelitian berdasarkan kelompok jenis kelamin seperti yang tertulis pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa jumlah sampel terbanyak adalah laki laki.

Tabel 4.3 Karakteristik sampel penelitian berdasarkan tingkat pendidikan (data katagorikal)

| Variabel | N | Persen |
|------------|----|--------|
| Pendidikan | | |
| SD | 11 | 27,5 |
| SMP | 10 | 25 |
| SMA | 19 | 47,5 |
| Total | 40 | 100 |

Karakteristik sampel penelitian berdasarkan tingkat pendidikan seperti yang tertulis pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dari SMA sebanyak 19 sampel (47,5%).

C. Analisis Data

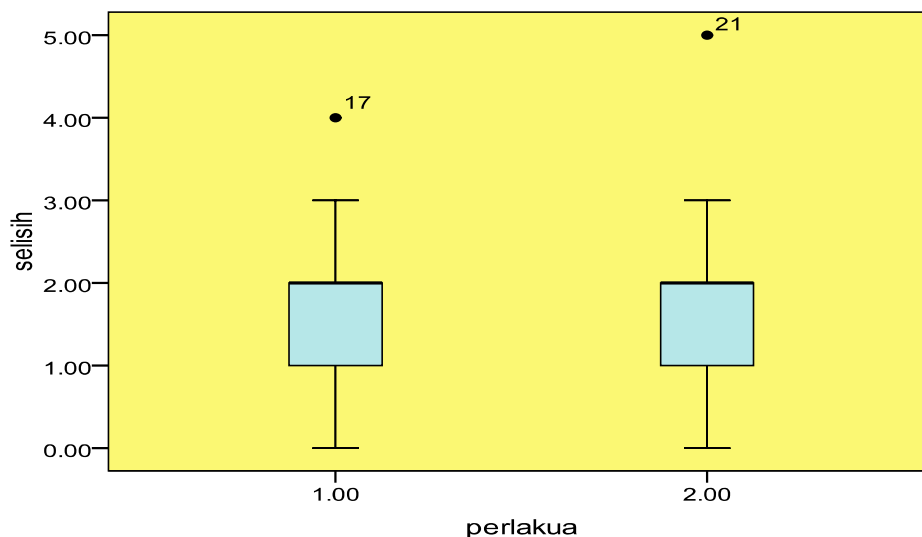
Data diperoleh dengan menggunakan kuisisioner untuk mengukur perilaku pencegahan penularan TBC yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengukuran dilakukan sebelum sesudah perlakuan (*before and after*). Dari 40 subjek penelitian dibagi dua kelompok perlakuan masing masing 20 orang. Kemudian pengolahan data dilakukan dengan SPSS (*Statistical Package for the Social Sciaence*) versi 17.0 *for Windows*. Hasil analisis data adalah sebagai berikut:

commit to user

Tabel 4.5 Hasil uji statistik t tentang beda Mean pengetahuan kelompok sampel dengan penyuluhan kesehatan dan konseling

| Kelompok | N | Mean | SD | t | p |
|------------|----|------|-----|------|-------|
| Penyuluhan | 20 | 1,6 | 1,1 | 0,14 | 0,890 |
| Konseling | 20 | 1,7 | 1,2 | | |

Pada Tabel 4.5 menunjukkan bahwa nilai rata rata variabel pengetahuan dari hasil penghitungan pengurangan antara data sebelum dan data sesudah perlakuan maka didapat variabel pengetahuan mempunyai rata rata 1,6 yang mendapat penyuluhan kesehatan sedangkan yang mendapatkan konseling nilai rata rata sebesar 1,7. Sedangkan nilai t sebesar 0,14 dengan $p = 0,890 > \alpha = 0,05$. Maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan subjek tentang pencegahan penularan TB yang mendapat penyuluhan kesehatan dan konseling



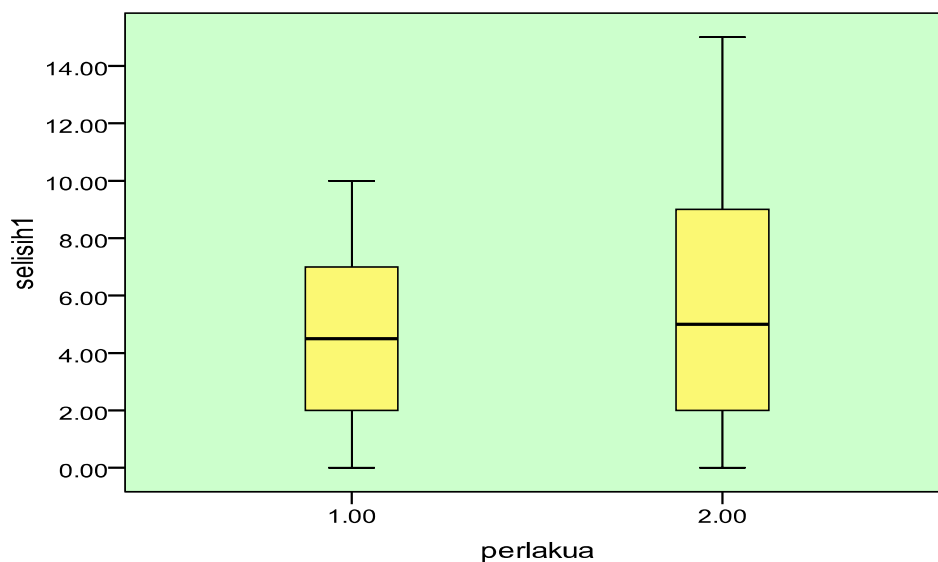
Gambar 4.1 Pengetahuan sesudah intervensi $p=0,89$ $t=0,14$

commit to user

Tabel 4.6 Hasil uji statistik t tentang beda Mean sikap kelompok sampel dengan penyuluhan kesehatan dan konseling

| Kelompok | N | Mean | SD | t | p |
|------------|----|------|-----|------|-------|
| Penyuluhan | 20 | 4,6 | 3,1 | 0,10 | 0,332 |
| Konseling | 20 | 5,8 | 4,4 | | |

Pada Tabel 4.6 menunjukkan bahwa nilai rata rata variabel sikap dari hasil penghitungan pengurangan antara data sebelum dan data sesudah perlakuan maka didapat variabel sikap mempunyai rata rata 4,6 yang mendapat penyuluhan kesehatan sedangkan yang mendapatkan konseling nilai rata rata sebesar 5,8. Sedangkan nilai t sebesar 0,10 dengan $p = 0,333 > \alpha = 0,05$. Maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara sikap subjek tentang pencegahan penularan TB yang mendapat penyuluhan kesehatan dan konseling



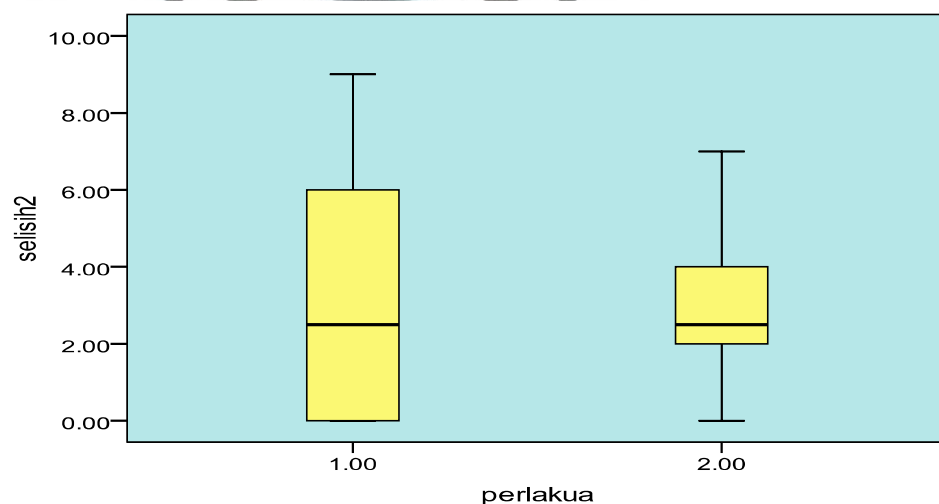
Gambar 4.2 Sikap setelah intervensi $p=0,333$ $t=0,10$

commit to user

Tabel 4.7 Hasil uji statistik t tentang beda Mean perilaku kelompok sampel dengan penyuluhan kesehatan dan konseling

| Kelompok | N | Mean | SD | t | p |
|------------|----|------|-----|------|-------|
| Penyuluhan | 20 | 3,4 | 3,2 | 0,67 | 0,505 |
| Konseling | 20 | 2,8 | 1,7 | | |

Pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa nilai rata rata variabel perilaku dari hasil penghitungan pengurangan antara data sebelum dan data sesudah perlakuan maka didapat variabel perilaku mempunyai rata rata 3,4 yang mendapat penyuluhan kesehatan sedangkan yang mendapatkan konseling nilai rata rata sebesar 2,8. Sedangkan nilai t sebesar 0,67 dengan $p = 0,505 > \alpha = 0,05$. Maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara sikap subjek tentang pencegahan penularan TB yang mendapat penyuluhan kesehatan dan konseling.



Gambar 4.3 Perilaku setelah intervensi $p = 0,505, t = 0,67$

D. Pembahasan

Konseling tidak terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan subjek penelitian tentang pencegahan penularan TBC karena efektifitas tersebut kurang signifikan dengan nilai $p=0,890 > \alpha=0,05$. Tetapi baik penyuluhan maupun konseling telah meningkatkan pengetahuan subjek penelitian tentang pencegahan penularan TB sebelum dan sesudah perlakuan secara signifikan. Hal ini disebabkan karena pada proses penyuluhan kesehatan maupun konseling terjadi transfer informasi yang cukup tentang pencegahan penularan TB baik secara kualitas maupun kuantitas. Transfer informasi terjadi melalui penginderaan manusia terhadap objek (informasi). Dalam hal ini pengetahuan penderita TBC tentang pencegahan penularan TBC penularan.

Konseling tidak terbukti lebih efektif dalam meningkatkan sikap subjek penelitian tentang pencegahan penularan TBC karena efektifitas tersebut kurang signifikan dengan nilai $p=0,033 > \alpha=0,05$. Berdasarkan dari definisi sikap antara lain sikap dapat diartikan sebagai penilaian seseorang terhadap sesuatu secara positif atau negatif (Natawidjaya,1985). Sikap juga merupakan hasil belajar, sikap dapat berubah, memiliki objek mempunyai segi segi motivasi dan perasaan. Dengan demikian, sikap terbentuk melalui proses belajar dalam kurun waktu tertentu, bersifat kompleks yang terbentuk dari akumulasi penilaian psikologis individu dan pengaruh lingkungan, yaitu pengalaman individu terhadap objek ataupun pengaruh orang orang sekitar melalui interaksi sosial.

Konseling juga tidak terbukti lebih efektif dalam meningkatkan perilaku subjek penelitian tentang pencegahan penularan TBC karena efektifitas tersebut

commit to user

juga kurang signifikan dengan nilai $p=0,505 > \alpha=0,05$. Tetapi baik penyuluhan maupun konseling telah meningkatkan perilaku subjek penelitian tentang pencegahan penularan TB sebelum dan sesudah perlakuan secara signifikan. Seperti diketahui bahwa tindakan atau perilaku adalah wujud dari sikap yang dapat dilihat bila berinteraksi dengan lingkungan. Dengan demikian sikap telah terbentuk ketika berinteraksi atau berhadapan dengan bahaya penularan TBC misalnya, maka bentuk nyata dari sikap akan terlihat dari tindakan pencegahan penularan TBC.

Seerti disebutkan sebelumnya bahwa perilaku kesehatan selain dipengaruhi oleh faktor predisposisi seperti pengetahuan, sikap dan keyakinan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor pendukung dan faktor penguat antara lain dari petugas kesehatan. Petugas kesehatan sangat memegang peranan penting dalam memberikan penyuluhan kesehatan dalam menyebarkan informasi tentang pencegahan penularan TBC. Dari hasil penelitian ini konseling tidak begitu memberikan hasil yang lebih baik dari penyuluhan kesehatan tentang pencegahan penularan TBC karena konseling mungkin masih belum begitu disukai oleh masyarakat khususnya penderita TBC karena proses konseling memerlukan waktu yang lebih lama dalam pelaksanaannya, berada diruangan yang digunakan untuk melindungi kerahasiaan saat konseling dianggap sebagai tempat yang seakan akan dianggap sebuah ruangan isolasi karena karena selalu ada pertanyaan kenapa saya dibawa keruangan ini dan kenapa pasien lain tidak. Hal ini juga dikarenakan dalam proses konseling pasien cenderung dituntun dengan pertanyaan dan penderita cenderung menjawab dengan jawaban pendek. Tidak ada teman senasib

commit to user

yang diajak berdiskusi untuk menjawab pertanyaan dan pasien cenderung bersikap kaku.

Berbeda dengan penyuluhan kesehatan yang dilakukan pada kelompok besar (20-30 orang), hal ini memungkinkan terjadinya proses tranfer informasi yang lebih santai, waktu yang lebih pendek, tempat terbuka dan suasana lebih santai. Saat penyuluhan kelompok penderita cenderung lebih berani untuk bertanya dan menjawab pertanyaan dengan lebih terbuka. Disamping itu dalam penyuluhan kesehatan memungkinkan terjadinya sosialisasi kelompok dan berbagi pengalaman emosional sesama penderita. Penderita mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak dan nyata dari pengalaman pasien lain yang sudah mendapatkan pengalaman yang positif maupun negatif dari proses penyembuhan penyakitnya sehingga pengetahuan, sikap dan perilaku penderita bersifat lebih langgeng.

E. Keterbatasan Penelitian

1. Sampel penelitian hanya berasal dari dua puskesmas, sedangkan untuk meningkatkan kuasa statistik (*statistik power*) sampel sebaiknya berasal dari beberapa puskesmas dengan kasus terbanyak penderita TBC BTA positif di Surabaya.
2. Pengukuran paska intervensi baik setelah penyuluhan maupun konseling, hanya dilakukan satu kali sehingga tidak diketahui perbedaan lamanya efek intervensi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa konseling tidak memberikan pengaruh yang secara statistik signifikan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan penularan TBC dibandingkan dengan penyuluhan kesehatan.

B. Implikasi

Konseling tidak memberikan pengaruh dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan penularan TBC, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti sarana konseling antara lain:

1. Ruang yang tidak nyaman, bising dan tidak terjaga privasinya memungkinkan pasien tidak merasa nyaman dalam mengungkapkan masalah kesehatannya.
2. Suasana konseling; suasana yang tidak baik dapat menghambat tumbuhnya kepercayaan dan keterbukaan klien terhadap konselor.
3. Pelaksana konseling; tenaga pelaksana konseling yang baik selain dapat menimbulkan kepercayaan dan keterbukaan pasien, juga dapat menyampaikan penjelasan tentang masalah kesehatan, tanpa maksud untuk menggurui sesuai dengan kebutuhan.

commit to user

C. Saran

1. Dalam pemberantasan dan mengurangi angka kejadian penyakit TBC Puskesmas khususnya tenaga kesehatan yang ada perlu melibatkan bukan saja penderita, keluarga penderita tetapi juga masyarakat disekitar untuk berperan aktif dalam mendeteksi bila ditemukan anggota masyarakat yang memiliki karakteristik TBC agar segera melaporkannya ke petugas kesehatan.
2. Disediakan ruang konseling yang cukup memadai agar pasien yang mendapatkan layanan konseling merasa nyaman untuk mengungkapkan masalah kesehatan yang dihadapi tanpa merasa berbeda dari pasien yang lain dan terjaga kerahasiaannya.
3. Diadakan pelatihan tentang konseling bagi petugas kesehatan yang nantinya petugas kesehatan akan memiliki kemampuan sebagai *konselor* yang baik dalam memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien maupun keluarga pasien.
4. Dibentuknya paguyuban penderita yang sudah sembuh dari TBC sehingga apabila diadakan penyuluhan paguyuban ini terlibat untuk dapat memberikan pengalamannya dalam program penyembuhan penyakitnya.
5. Penyuluhan kesehatan secara berkala tentang TBC masih perlu ditingkatkan terutama dalam hal media karena penderita cenderung lebih menyukai media penyuluhan yang berpariatif serta komunikasi dua arah akan memberikan kesempatan pasien untuk menceritakan pengalamannya dalam penyembuhan penyakitnya.