

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Tuberkulosis

1. Definisi tuberkulosis

Tuberkulosis penyakit yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis biasanya menyerang paru, kemudian menyerang kesemua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi 2-10 minggu. setelah 10 minggu, klien akan muncul manifestasi penyakit gangguan, ketidakefektifan respons imun. Tuberkulosis (TB) paru merupakan infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang jaringan parenkim paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk bakteri aerob yang sering menginfeksi jaringan yang memiliki kandungan oksigen tinggi. *Mycobacterium tuberculosis* merupakan batang tahan asam gram positif, serta dapat diidentifikasi dengan pewarnaan asam yang secara mikroskopi disebut Basil Tahan Asam (BTA). Dinding sel M. Tuberculosis kaya lipid dan lapisan tebal peptidoglikan yang mengandung asam mikolik yang menyebabkan pertumbuhan mycobacterium tuberculosis menjadi lambat. (Wahdi and Puspitosari, 2021).

2. Etiologi tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut mycobacterium tuberculosis. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang dikeluarkan yang mengandung bakteri TB. TBC menyebar dengan cara yang sama dengan flu, penyakit ini tidak menular dengan mudah. Seseorang harus kontak waktu dalam beberapa jam dengan orang yang terinfeksi. Infeksi TBC biasanya menyebar antara anggota keluarga yang tinggal di rumah yang sama. Tidak semua orang dengan TB dapat menularkan

TB. Anak dengan TB atau orang dengan infeksi TB yang terjadi di luar paru-paru (TB ekstrapulmoner) tidak menyebabkan infeksi. (Puspasari, 2019). Infeksi disebabkan oleh penghisapan air liur yang berisi bakteri tuberkulosis yaitu *mycobacterium tuberculosis*. Seseorang yang terkena infeksi dapat menyebarkan partikel kecil melalui batuk, bersin, atau berbicara. Berhubungan dekat dengan mereka yang terinfeksi meningkatkan kesempatan untuk transmisi. Begitu terhisap, organisme secara khas diam di dalam paru-paru, tetapi dapat menginfeksi anggota tubuh lainnya. (Prabantini, 2014)

3. Klasifikasi tuberkulosis

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014) pasien TB dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu:

- a. Klasifikasi pertama berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit yaitu TB paru yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru dan TB paru ekstra yang terjadi pada organ selain paru, misalnya : pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang.
- b. Klasifikasi kedua berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya yang terdiri dari pasien baru adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) namun kurang dari 1 bulan (< dari 28 dosis) dan pasien yang pernah diobati TB adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (> dari 28 dosis). Pasien yang pernah diobati TB ini kembali di klasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir yaitu pasien kambuh adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini masih di diagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis, pasien

yang diobati kembali setelah gagal adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal dalam pengobatan terakhir, pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*) adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow-up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat) dan untuk klasifikasi lainnya adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

- c. Klasifikasi ketiga berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat yang dikelompokkan menjadi mono resistan (TB MR) adalah resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja, poli resistan (TB PR) adalah resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifamfisina (R) secara bersamaan, *Multi Drug Resistan* (TB MDR) adalah resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifamfisina (R) secara bersamaan, *Extensif Drug Resistan* (TB XDR) adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin) dan resistan rifamfisina (TB RR) adalah resistan terhadap rifamfisina dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).
- d. Klasifikasi keempat berdasarkan status HIV, yaitu pasien TB Paru dengan HIV positif adalah pasien TB paru dengan hasil tes HIV positif sebelumnya atau hasil tes HIV positif pada saat diagnosis TB paru, pasien TB Paru dengan HIV negatif adalah pasien TB Paru dengan hasil tes HIV negatif sebelumnya atau hasil tes HIV negatif pada saat diagnosis TB Paru dan pasien TB Paru dengan status HIV

tidak diketahui adalah pasien TB Paru tanpa ada bukti pendukung hasil tes HIV saat diagnosis TB paru di tetapkan.

4. Manifestasi klinis tuberkulosis

Pasien TB paru memiliki gejala utama yaitu batuk berdahak selama 2 sampai dengan 3 minggu atau lebih. Batuk dapat disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, rasa nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik dan demam meriang lebih dari satu bulan. Batuk yang berlangsung selama 2-3 minggu atau lebih terjadi karena adanya iritasi pada bronkus dengan sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Proses tersebut dapat menyebabkan adanya dahak bercampur darah atau batuk darah (haemoptoe) karena terdapat pembuluh darah yang pecah, apabila batuk bercampur darah telah terjadi, keadaan yang lebih lanjut penderita TBC akan mengalami sesak napas, dimana infiltrasi kumannya sudah setengah bagian paru-paru. Gejala sistemik yang akan dirasakan adalah demam yang dipengaruhi oleh daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman yang masuk. Rasa kurang enak badan (malaise) yang sering ditemukan berupa anoreksia, berat badan menurun, sakit kepala, meriang, dan berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas.(Puspasari, 2019).

5. Faktor risiko tuberkulosis

- a. Kontak yang dekat dengan seseorang yang memiliki TB aktif
- b. Status imunocompromized (penurunan imunitas) misalnya, lansia, kanker, terapi kortikosteroid, dan HIV)

- c. Penggunaan narkoba suntikan dan alkoholisme
- d. Orang yang kurang mendapat perawatan kesehatan yang memadai (misalnya, tunawisma atau miskin, minoritas, anak-anak, dan orang dewasa muda).
- e. Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya termasuk diabetes, gagal ginjal kronis, silicosis, dan kekurangan gizi.
- f. Imigran dari Negara-negara dengan tingkat TBC yang tinggi (misalnya, Haiti, Asia Tenggara).
- g. Pelembagaan (misalnya, fasilitas perawatan jangka panjang, penjara).
- h. Tinggal di perumahan yang dapat dan tidak sesuai standar.
- i. Pekerjaan (misalnya, petugas layanan kesehatan, terutama mereka yang melakukan kegiatan berisiko tinggi).

Kemenkes RI (2016) menyatakan bahwa salah satu faktor risiko tuberkulosis adalah daya tahan tubuh yang menurun. Secara epidemiologi, kejadian penyakit merupakan hasil dari interaksi tiga komponen, yaitu *agent*, *host*, dan *environment*. Pada komponen *host*, kerentanan seseorang terkena bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dipengaruhi oleh daya tahan tubuh seseorang.

6. Patogenesis tuberkulosis

Penderita tuberkulosis saat bersin atau batuk menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Bakteri kemudian menyebar dan terhirup melalui jalan nafas ke alveoli, pada daerah tersebut bakteri bertumpuk dan berkembang biak. Penyebaran basil ini dapat juga melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, korteks serebri) dan area lain dari paru-paru. Pada saat kuman tuberkulosis berhasil berkembang biak dengan cara membelah diri di paru, terjadilah infeksi yang mengakibatkan peradangan pada

paru, dan ini disebut kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah 4-6 minggu. Setelah terjadi peradangan pada paru, mengakibatkan terjadinya penurunan jaringan efektif paru, peningkatan jumlah secret, dan menurunnya suplai oksigen (Yulianti, 2014). Tuberkulosis adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel. Sel efekturnya adalah makrofag, sedangkan limfosit (biasanya sel T) adalah sel imunoresponsifnya. Tipe imunitas seperti ini biasanya lokal, melibatkan makrofag yang diaktifkan di tempat infeksi oleh limfosit dan limfokinnya. Respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitivitas (lambat).

7. Diagnosis tuberkulosis

Pemeriksaan suspek TB yaitu diperiksanya tiga specimen dahak dalam waktu dua hari, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS). Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB. Penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama pada program TB nasional. Pemeriksaan lain seperti foto *thoraks*, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Mendiagnosis TB Paru hanya berdasarkan pemeriksaan foto *thoraks* saja tidak dibenarkan. Foto *thoraks* tidak selalu benar memberikan gambaran yang khas pada TB Paru, sehingga kemungkinan terjadi *overdiagnosis*.

8. Komplikasi tuberkulosis

Tanpa pengobatan, tuberkulosis bisa berakibat fatal. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru, namun bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui aliran darah. Komplikasi tuberkulosis meliputi:

- a. Nyeri tulang belakang

Komplikasi tuberkulosis yang muncul biasanya nyeri pada daerah punggung atau tulang belakang.

b. Kerusakan sendi

Terjadi artritis yang biasanya menyerang daerah pinggul dan lutut.

c. Infeksi pada meningen (meningitis)

Infeksi pada meningen memiliki gejala sakit pada kepala yang berlangsung dalam waktu lama atau kadang-kadang yang terjadi selama berminggu-minggu.

d. Masalah hati atau ginjal

Organ hati dan ginjal bertugas untuk membantu menyaring limbah dan kotoran pada aliran darah, apabila penyakit tuberkulosis membuat hati dan ginjal mengalami komplikasi maka fungsi tersebut akan terganggu.

e. Gangguan jantung

Penyakit tuberkulosis dapat menyebar pada jaringan disekitar jantung, yang akan membuat terjadinya pembengkakan serta kemampuan jantung untuk memompa secara efektif meskipun hal tersebut jarang terjadi. (Puspasari, 2019)

B. Edukasi Kesehatan

1. Definisi Edukasi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo, S (2018) pendidikan atau edukasi kesehatan adalah sebuah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan taraf kesehatannya. Edukasi kesehatan merupakan bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya

perawat sebagai perawat pendidik sesuai dengan tugas seorang perawat.

2. Tujuan Edukasi Kesehatan

Tujuan edukasi kesehatan merupakan suatu harapan agar terjadi perubahan pada pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga maupun masyarakat dalam memelihara perilaku hidup sehat ataupun peran aktif sebagai upaya dalam penanganan derajat kesehatan yang optimal.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Edukasi Kesehatan

Menurut Maulana (2014) faktor-faktor yang harus dipertimbangkan di dalam memberikan edukasi kesehatan agar sasaran tercapai yaitu :

a. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah salah satu faktor yang berpengaruh terhadap cara pandang seseorang mengenai informasi baru. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka menerima informasi baru akan semakin mudah.

b. Tingkat sosial ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, juga semakin mudah pula seseorang dalam menerima informasi.

c. Adat istiadat

Pada umumnya masyarakat masih menganggap bahwa menjunjung tinggi adat istiadat adalah suatu hal yang utama dan adat istiadat tidak bisa dilanggar oleh apapun.

d. Kepercayaan masyarakat

Informasi yang diberikan oleh orang yang berpengaruh, akan lebih diperhatikan masyarakat, karena masyarakat sudah memiliki rasa percaya terhadap informan tersebut.

e. Ketersediaan waktu di masyarakat

Menyampaikan informasi juga harus memperhatikan waktu. Untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam melakukan penyuluhan, waktu harus disesuaikan dengan aktifitas masyarakat (Maulana, 2014).

4. Ruang Lingkup Edukasi Kesehatan

Baik ilmu pengetahuan maupun seni, ruang lingkup pendidikan kesehatan sangat luas dan merupakan faktor dalam upaya mencakup aspek kehidupan masyarakat dan meningkatkan kesehatan dan kondisi sosial masyarakat (berkaitan erat dengan ilmu sosial budaya). Cakupan pendidikan kesehatan tergantung pada aspek kesehatan dan lokasi pelaksanaan

a. Aspek kesehatan

1) Pencegahan tingkat pertama (primer)

Sasaran pendidikan adalah kelompok resiko tinggi seperti ibu hamil dan menyusui, perokok, obesitas dan pekerja seks. Tujuan upaya pendidikan adalah menghindarkan mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

2) Pencegahan tingkat kedua (sekunder)

sasaran pendidikan adalah penderita penyakit kronis seperti asma, DM, dan TBC. Tujuan pendidikan adalah memberi penderita kemampuan mencegah penyakitnya bertambah parah.

3) Pencegahan tingkat ketiga (tersier)

Sasaran Pendidikan adalah kelompok pasien yang baru sembuh. Tujuannya agar pasien cepat pulih dan meminimalkan kecacatan.

b. Tatanan atau tempat pelaksanaan

1) Tatanan keluarga, kelompok sasaran utama adalah orang tua.

- 2) Tatanan sekolah, kelompok sasaran utama adalah guru.
- 3) Tatanan tempat kerja, sasarannya adalah pemilik, pemimpin, atau manajer.
- 4) Desain ruang publik, kelompok sasarannya adalah operator ruang publik.
- 5) Fasilitas pelayanan kesehatan, sasaran adalah pimpinan fasilitas kesehatan.

5. Media Edukasi Kesehatan

Media promosi atau edukasi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronik (berupa radio, TV, komputer dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang kemudian diharapkan menjadi perubahan pada perilaku ke arah positif di bidang kesehatan. (Jatmika dkk, 2019). Media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu :

a. Media cetak

Media cetak dapat sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan, beberapa contohnya seperti *booklet*, *leaflet*, rubik dan poster. *Booklet* adalah media untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam bentuk buku baik berupa tulisan maupun gambar. *Leaflet* adalah media penyampaian informasi yang berbentuk selebar kertas yang dilipat. Rubik adalah media yang berbentuk seperti majalah yang membahas tentang masalah kesehatan. Kemudian poster adalah media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan yang umumnya ditempel di tembok, tempat umum atau kendaraan umum.

b. Media elektronik

Media elektronik merupakan suatu media bergerak yang dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Contoh dari

media elektronik adalah TV, radio, film, video film, cassette, CD, dan VCD.

c. Media luar ruangan

Media luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya diluar ruangan secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan TV layar lebar. Papan reklame adalah poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum di pekerjaan. Spanduk adalah suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat pada secarik kain dengan ukuran yang sudah ditentukan.

Pada pelaksanaannya, promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media. Karena melalui media tersebut pesan-pesan kesehatan yang disampaikan menjadi menaik dan mudah dipahami, sehingga sasaran dapat dengan mudah menerima pesan yang disampaikan. (Jatmika dkk, 2019).

C. Media Audiovisual

1. Pengertian Media Audiovisual

AVA atau *audio visual aids* adalah media yang dapat dilihat dan didengar, yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) dan telinga pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Media visual memiliki beberapa manfaat, diantaranya :

a. Memudahkan seseorang mengingat

Media visual memiliki hubungan antara visualisasi gambar dengan pikiran. *Perceiving and thinking are insdivisibly intertwined*, hal ini menunjukkan bahwa melihat memiliki kontribusi positif dalam berfikir. Sedangkan berfikir merupakan fondasi untuk mengontruksi pengetahuan. Beberapa penelitian juga

mengungkapkan bahwa seseorang dapat memiliki daya ingat yang baik melalui gambar dari pada hanya dengan kata-kata

- b. Penggunaan gambar juga dapat membuat seseorang lebih focus, karena gambar dapat memusatkan perhatian.
- c. Gambar dapat mempengaruhi gairah dan emosional pembaca, selain itu juga menambah kreatifitas. (Jatmika dkk, 2019)

2. Pengertian Media Vidio Animasi

Media video animasi adalah media pembelajaran berupa media audio visual yang dilengkapi dengan gambar yang bergerak secara bergantian dengan audio sebagai pendukungnya. Media video animasi ini sangat beraneka ragam. Media video animasi ini dapat dibuat dengan menggunakan aplikasi pendukung lainnya. Media vidio animasi termasuk kedalam media (AVA) atau *Audio Visual Aids* adalah media yang dapat dilihat dan didengar, yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) dan telinga pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Video Animasi dapat digunakan sebagai media untuk menyampaikan pesan atau informasi yang mengarah kesosialisasi program dalam bidang kesehatan, mengutamakan pendidikan dan penerangan serta komunikasi kesehatan yang bersifat persuasiv. (Jatmika dkk, 2019).

3. Kelebihan dan Kekurangan Media Vidio Animasi

Selain sebagai media penyampaian pesan, video animasi merupakan segala sesuatu yang memungkinkan sinyal audio dapat dikombinasikan dengan gambar gerak. Kadang juga berbentuk hiburan yang mendorong perubahan sikap dalam bidang kesehatan, yang dikemas dalam bentuk drama, cerita-cerita fiksi atau kenyataan dalam masyarakat

a. Kelebihan dari video animasi :

- 1) Pesan yang disampaikan dikemas secara menarik sehingga akan mudah diingat oleh penonton
- 2) Tidak terbatas jarak dan waktu
- 3) Dapat di ulang-ulang
- 4) Format dapat disajikan dengan berbagai bentuk, seperti kaset, CD dan DVD.

b. Kekurangan dari video animasi :

- 1) Pada proses pembuatannya membutuhkan biaya yang tidak sedikit dan waktu yang cukup lama
- 2) Membutuhkan peralatan – peralatan lain, seperti vidioplayer, LCD dan lain-lain
- 3) Dibutuhkan kreatifitas dalam proses pembuatannya agar video menjadi lebih menarik.
- 4) Dalam pembuatannya membutuhkan aplikasi tambahan

4. Media Vidio Animasi Sebagai Media Edukasi Kesehatan

Berdasarkan jurnal Emergensi, Ilmu, dan Fk (2021) dengan judul (Edukasi Kesehatan Dengan Media Vidio Animasi: *Scoping Review*) menyatakan bahwa video animasi menarik, mudah dimengerti, efektif dan Informatif untuk dijadikan media edukasi.

a. Menarik

Adanya gambar bergerak yang lucu/unik), penuh warna dan bersuara sehingga menjadikan media ini tidak membuat jenuh dan menghibur (Bond & Ramos, 2019). Pendapat ini tidak hanya disampaikan oleh partisipan anak-anak ataupun remaja, kelompok usia dewasa juga mengatakan hal yang sama akan animasi. Sebagian partisipan juga mengatakan merasa terhibur dengan puas dengan

menyaksikan animasi ini, sehingga proses belajar menjadi lebih menyenangkan dan waktu tidak terasa berjalan lebih cepat. Gambar yang menarik ini juga membuat peserta bisa lebih fokus memperhatikan materi edukasi.

b. Mudah dimengerti

Selain menarik, partisipan juga mengatakan komposisi gambar yang lebih banyak dibanding tulisan membuat informasi yang diberikan lebih mudah dimengerti. Gambar/ilustrasi yang ada memberikan kemudahan bagi partisipan untuk membayangkan penjelasan yang disampaikan dibanding jika semua informasi diberikan dalam bentuk tulisan, khususnya bagi pasien dengan gangguan penglihatan seperti glaucoma. Adanya penjelasan berupa suara, juga membantu partisipan untuk menangkap informasi dari video ini, hal ini tidak dimiliki oleh media tradisional seperti *booklet*, *leaflet*, lembar balik, baliho dan lainnya.

c. Efektif dan Informatif

Video animasi efektif untuk meningkatkan pengetahuan partisipan. Durasi video yang singkat namun memuat konten informasi yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien membuat media edukasi animasi ini dirasa efektif dan sangat informatif. Untuk memaksimalkan efektivitas dari video animasi, sebaiknya dilakukan *survey* kebutuhan akan informasi yang dibutuhkan oleh sasaran edukasi baik melalui kuisiner, diskusi maupun observasi. Efektivitas video juga dapat dilihat dari lamanya informasi dapat bertahan di memory/ingatan seseorang, sehingga ketika dilakukan *recall* kelompok dengan media 3D lebih mampu mengingat informasi yang lebih banyak dibanding kelompok 2D.

D. Keluarga

1. Pengertian Keluarga

keluarga adalah kumpulan beberapa orang yang karena terikat oleh suatu ikatan perkawinan, lalu mengerti dan merasa berdiri sebagai suatu gabungan yang khas dan bersama-sama memperteguh gabungan itu untuk kebahagiaan, kesejahteraan, dan ketentraman semua anggota yang ada di dalam keluarga tersebut. keluarga merupakan suatu kelompok sosial yang ditandai oleh tempat tinggal bersama, kerjasama ekonomi, dan reproduksi yang dipersatukan oleh pertalian perkawinan atau adopsi yang disetujui secara sosial, yang saling berinteraksi sesuai dengan peranan-peranan sosialnya. (Aziz, Safrudin, 2015)

2. Fungsi Keluarga

a. Fungsi biologis

- 1) Menurunkan keturunan
- 2) Memelihara dan membesarkan anak
- 3) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
- 4) Memelihara dan merawat anggota keluarga

b. Fungsi psikologis

- 1) Memberikan kasih sayang dan rasa aman
- 2) Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- 3) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
- 4) Memberikan identitas keluarga
- 5) Fungsi sosialisasi
- 6) Membina sosialisasi pada anak
- 7) Membentuk norma-norma tingkahlaku sesuai dengan tingkat perkembangan

anak

8) Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga

c. Fungsi ekonomi

1) Mencari sumber-sumber perhasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

2) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga

3) Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang (pendidikan, jaminan hari tua)

d. Fungsi pendidikan

1) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat, dan minat yang dimilikinya

2) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa

3) Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya

e. Fungsi efektif

Hal yang harus dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

f. Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan,

mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan, dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.

Hal yang dikaji sejauh mana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga pada perilaku merawat anggota keluarga yang sakit yang perlu dikaji adalah sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa dan cara merawatnya), sejauhmana keluarga mengetahui tentang sikap dan perkembangan keperawatan yang dibutuhkan, sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan yang dibutuhkan, sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga.

g. Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah berapa jumlah anak, bagaimana keluarga merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga

3. Perawatan Kesehatan Keluarga

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran. Tujuan perawatan kesehatan keluarga yaitu :

a. Tujuan umum perawatan kesehatan keluarga

Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga mereka, sehingga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara

kesehatan keluarga mereka, sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarganya.

b. Tujuan khusus perawatan kesehatan keluarga

- 1) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga
- 2) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan dasar dalam keluarga
- 3) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan para anggotanya
- 4) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dan mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya
- 5) Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya

E. Perilaku

1. Pengertian perilaku

Menurut Notoatmodjo,S (2014), perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman dan interaksi manusia dengan lingkungannya. Perilaku manusia cenderung bersifat menyeluruh (holistik), dan pada dasarnya terdiri atas sudut pandang psikologi, fisiologi, dan sosial. Mengacu pada pernyataan perilaku akan menggunakan rumus menurut Arikunto (2013), perilaku akan dikategorikan menjadi tiga kategori dengan nilai sebagai berikut:

- a) Perilaku baik : nilai 76-100
- b) Perilaku cukup : nilai 56 - 75

c) Perilaku kurang : nilai ≤ 56

2. Domain perilaku

Menurut Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo,S (2014), perilaku dibagi kedalam 3 domain, ranah atau kawasan yakni: kognitif (pengetahuan), afektif (sikap) dan psikomotor (tindakan). Dalam perkembangannya, teori ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, lidah dan sebagainya). Menurut Notoatmodjo,S dalam Naomi (2019), pengetahuan (knowledge) merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra penglihatan dan pendengaran yaitu mata dan telinga.

1) Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo,S (2014), ada enam tingkatan pengetahuan yang dicapai dalam domain kognitif, yaitu :

a) Tahu/*know*

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu

b) Memahami/*comprehension*

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar objek yang diketahui.

c) Aplikasi/*application*

Aplikasi diartikan apabila orang telah memahami objek yang dimaksud dapat digunakan pada situasi lain.

d) Analisis/*analysis*

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat di dalam suatu masalah.

e) Sintesis/*synthesis*

Menunjuk pada kemampuan seseorang untuk merangkum satu hubungan logis dari pengetahuan yang dimiliki.

2) Pengukuran tingkat pengetahuan

Menurut Arikunto (2013), tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi tiga kategori dengan nilai sebagai berikut:

d) Tingkat pengetahuan baik : nilai 76-100

e) Tingkat pengetahuan cukup : nilai 56 - 75

f) Tingkat pengetahuan kurang : nilai ≤ 56

Nilai tingkat pengetahuan didapatkan dengan rumus:

$\text{Skor} = \frac{\text{Jumlah Skor Benar}}{\text{Jumlah item}} \times 100$
--

b. Sikap

Menurut Notoatmodjo, S dalam Shinta (2019), sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan.

1) Tingkatan sikap

Menurut Notoatmodjo dalam Shinta (2019) seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan berdasarkan, yaitu:

a) Menerima/*Receiving*

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau dan memerhatikan stimulus yang diberikan (objek).

b) Merespon/*Responding*

Merespon diartikan memberikan jawaban atau tanggapan pertanyaan atau objek yang dihadapi.

c) Menghargai/*Valuing*

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus.

d) Bertanggung jawab/*Responsible*

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah diyakininya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Sikap dapat diukur secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

2) Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal yang positif

mengenai objek sikap, yaitu kalimat yang bersifat mendukung atau memihak pada objek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang *favourable*. Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula berisi pernyataan negatif mengenai objek sikap yang bersifat tidak mendukung. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang tidak *favourable*. Salah satu metode pengukuran sikap adalah dengan menggunakan Skala *Likert* menurut Arikunto dalam (Pramestia Utari, 2018). Menurut Sriyanto (2019), pengukuran sikap dilakukan menggunakan PAP (Penilaian Acuan Patokan). Pengukuran sikap dikategorikan dengan skor:

- a) Baik : nilai 28 – 40
 - b) Sedang : nilai 15 – 27
 - c) Buruk : nilai 0 – 14
- c. Tindakan

Tindakan adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik), namun sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya suatu tindakan perlu faktor lain yaitu fasilitas, sarana dan prasarana.

1) Tingkatan Tindakan

a) Praktik terpimpin/*guided response*

Apabila subjek telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

b) Praktik secara mekanisme/*mechanism*

Apabila subjek telah melakukan suatu hal secara otomatis.

c) Adopsi/*adoption*

Suatu tindakan yang sudah berkembang, yang artinya apa yang dilakukan bukan hanya sekedar rutinitas tetapi sudah sedikit diubah menjadi lebih berkualitas.

2) Pengukuran tindakan

Pengukuran tindakan yang penulis gunakan disini sama dengan pengukuran pengetahuan karena penilaiannya yang mengacu kepada suatu kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pernyataan mengenai tindakan akan menggunakan rumus menurut Arikunto (2013), tindakan akan dikategorikan menjadi tiga kategori dengan nilai sebagai berikut:

g) Tindakan baik : nilai 76-100

h) Tindakan cukup : nilai 56 - 75

i) Tindakan kurang : nilai ≤ 56

Nilai kategori tindakan didapatkan dengan rumus:

$$\text{Skor} = \frac{\text{Jumlah Skor Benar}}{\text{Jumlah item}} \times 100$$

3. Faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat pasien tuberkulosis

a. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Seseorang yang menjalani hidup secara normal dapat diasumsikan bahwa semakin lama hidup maka pengalaman semakin banyak, pengetahuan semakin luas, keahlian semakin dalam, dan kearifan semakin baik dalam pengambilan keputusan tindakannya. Peran faktor usia memberikan respon terhadap penerimaan informasi. Dalam penelitian ini usia yang diambil adalah rentang usia 25-45 tahun, dikarenakan menurut Databoks (2021) mayoritas penderita TBC tertinggi urutan pertama sebanyak 17,3% berusia 45-54 tahun, dan tertinggi urutan kedua sebanyak 16,8% berusia 25-34 tahun.

b. Jenis kelamin

berperan dalam determinan kesehatan meliputi peran, tanggungjawab, karakteristik, dan atribut antara pria dan Wanita yang dibangun secara social yang disebut gender.

c. Pendidikan

Masyarakat yang memiliki tingkat Pendidikan lebih tinggi lebih berorientasi pada tindakan preventif, mengetahui lebih banyak tentang masalah kesehatan dan memiliki status kesehatan yang lebih baik.

d. Pekerjaan

Pekerjaan dapat mencerminkan pendapatan, status social, pendidikan, status sosial ekonomi, risiko cedera atau masalah kesehatan.

e. Pendapatan

Pendapatan atau gaji merupakan salah satu faktor dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

F. Peran Keluarga Dalam Merawat Pasien Tuberkulosis

Keluarga merupakan kelompok primer yang paling penting dalam masyarakat di mana keluarga ikut berperan aktif dalam proses penyembuhan bagi anggota keluarga yang sakit. Keluarga harus memiliki perilaku yang baik agar fungsi keluarga dalam memberikan perawatan melalui peran keluarga untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit dapat dilakukan dengan baik. Menurut Friedmen (2013) mengemukakan bahwa peran keluarga dibagi menjadi 5 bagian yaitu sebagai motivator, fasilitator, *caregiver*, koordinator, dan mediator. Dijelaskan sebagai berikut :

1. Peran keluarga sebagai motivator

Sebagai motivator keluarga harus memotivasi pasien agar sabar dalam pengobatannya hingga tuntas.

2. Peran keluarga sebagai fasilitator

Sebagai fasilitator yaitu kebutuhan nutrisinya keluarga harus memberikan makan yang cukup gizi pada pasien untuk menguatkan dan meningkatkan daya tahan tubuh agar bisa menangkal kuman TB yang merusak paru-paru.

3. Peran keluarga sebagai *caregiver*

Sebagai *caregiver* yaitu keluarga mengawasi pasien dalam meminum obat secara teratur hingga pasien menelan obatnya, pasien harus meminum obatnya pada pagi hari karena obat tersebut paling baik bekerja ketika pagi hari, menempatkan obat di tempat yang bersih dan kering, tidak terpapar langsung dengan sinar matahari dan aman dari jangkauan anak-anak. Kebersihan lingkungan rumah juga harus diperhatikan misalnya dengan pengaturan ventilasi yang cukup, ajarkan keluarga untuk tidak meludah sembarangan, menutup mulut ketika batuk atau bersin, keluarga juga dapat menjemur tempat tidur bekas pasien secara teratur, membuka jendela lebar-lebar agar udara segar dan sinar matahari dapat masuk, karena kuman TB paru akan mati bila terkena sinar matahari.

a. Pengobatan pasien TB

Setelah diagnosa TB ditegakkan, penderita TB akan mendapatkan pengobatan obat anti TB (OAT) kombinasi selama beberapa bulan yang harus dilakukan secara rutin dan tidak boleh terputus. Selain untuk mempercepat proses penyembuhan penyakit, hal ini juga dilakukan untuk mencegah penyakit berkembang menjadi TB kebal obat atau TB *Multi Drugs Resistance* (TB MDR).

Ketika penderita TB belum dinyatakan sembuh (gagal) maupun mengalami kekambuhan padahal sudah menjalani pengobatan TB sesuai dengan resep dan aturan minum obat yang benar, penderita tersebut dapat dicurigai menderita TB MDR yaitu TB yang tidak mempan (kebal/ resisten) dengan berbagai macam obat. Penderita TB MDR ini harus kembali menjalani pengobatan dari awal dengan kombinasi obat yang lebih banyak dalam jangka waktu 18 - 24 bulan.

b. Pengawas minum obat (PMO)

Untuk memastikan bahwa OAT dikonsumsi secara rutin dan tidak terputus, perlu ditunjuk seorang Pengawas Minum Obat (PMO). Seorang Pengawas Minum Obat ini bisa dari petugas kesehatan, keluarga, maupun orang terdekat penderita yang terpercaya (kader kesehatan/ tokoh masyarakat) dan harus ditentukan sejak awal sebelum pengobatan TB dimulai. Seorang PMO harus bersedia secara sukarela membantu pasien TB sampai sembuh selama menjalani pengobatan dengan obat anti TB (OAT) dan menjaga kerahasiaan penderita. Selain untuk mengawasi penderita TB dalam mengkonsumsi OAT, adanya PMO ini sangat penting untuk memberikan motivasi dan semangat kepada penderita untuk tetap menjalani pengobatan, mengenali efek samping yang timbul ketika penderita mengkonsumsi OAT serta merujuk penderita ketika efek samping yang timbul semakin berat, dan mengingatkan penderita untuk melakukan pemeriksaan dahak sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Mengingat begitu pentingnya peran PMO, maka seseorang yang telah ditunjuk sebagai PMO harus ikut datang ke fasilitas layanan kesehatan (poliklinik) untuk mendapatkan penjelasan tentang penyakit serta manajemen penanganan dan pengobatan penderita sebelum pengobatan dimulai.

4. Peran keluarga sebagai koordinator

Sebagai koordinator yaitu keluarga dapat membawa atau mengajak pasien ke fasilitas kesehatan setiap dua minggu sekali untuk melihat perkembangan penyakitnya atau jika pasien mengalami keluhan-keluhan yang harus segera di tangani.

5. Peran keluarga sebagai mediator

Sebagai mediator yaitu keluarga harus lebih terbuka dan memahami serta menghargai perasaan klien, mendengarkan keluhan-keluhan yang disampaikan klien, menanyakan apa yang saat ini klien rasakan.

G. Pengaruh Edukasi Kesehatan Media Audiovisual Terhadap Perilaku

Keluarga Dalam Merawat Pasien Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis biasanya menyerang paru, kemudian menyerang kesemua bagian tubuh. Penyakit ini menyebar saat penderita TBC batuk atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang dikeluarkan yang mengandung bakteri TB. Infeksi TBC biasanya menyebar antara anggota keluarga yang tinggal di rumah yang sama. Dukungan keluarga dengan memiliki perilaku yang baik kepada anggota keluarga penderita TBC sangat dibutuhkan karena dapat memberikan dorongan dan peluang untuk sembuh kepada penderita.

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) memiliki lima tugas kesehatan keluarga, terdapat salah satu tugas kesehatan keluarga yang terpenting ketika terdapat anggota keluarga yang sakit yaitu kemampuan memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Untuk mengetahui

sejauhmana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit yang perlu dikaji adalah sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa dan cara merawatnya), sejauhmana keluarga mengetahui tentang sikap dan perkembangan keperawatan yang dibutuhkan, sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan yang dibutuhkan, sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga. Perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

Memaksimalkan perilaku keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita TBC dapat dilakukan dengan memberikan edukasi kesehatan pada keluarga mengenai pengetahuan, sikap, dan tindakan untuk merawat anggota keluarga yang menderita TBC. Memberikan edukasi kesehatan diperlukan media untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator. Media dalam edukasi kesehatan salah satunya yaitu *audiovisual* atau AVA (Audio Visual Aids). *Audiovisual* adalah media yang dapat dilihat dan didengar, yang berguna dalam membantu menstimulasi indra penglihatan (mata) dan indra pendengaran (telinga) pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Salah satu bagian dari media *audiovisual* adalah video animasi. Video animasi dipilih sebagai media edukasi kesehatan karena melibatkan indra penglihatan dan pendengaran serta memiliki penyajian menarik yang diharapkan agar mempercepat proses penangkapan informasi yang diberikan.