

**TESIS**  
**PENGUATAN *COMMUNITY BASED SURVEILLANCE* (CBS)  
MELALUI KOMUNIKASI INTERPERSONAL  
DAN PENGEMBANGAN MODUL  
DI KABUPATEN BARRU**

**Disusun dan diajukan oleh**

**SITI RAHMAH  
K012181107**

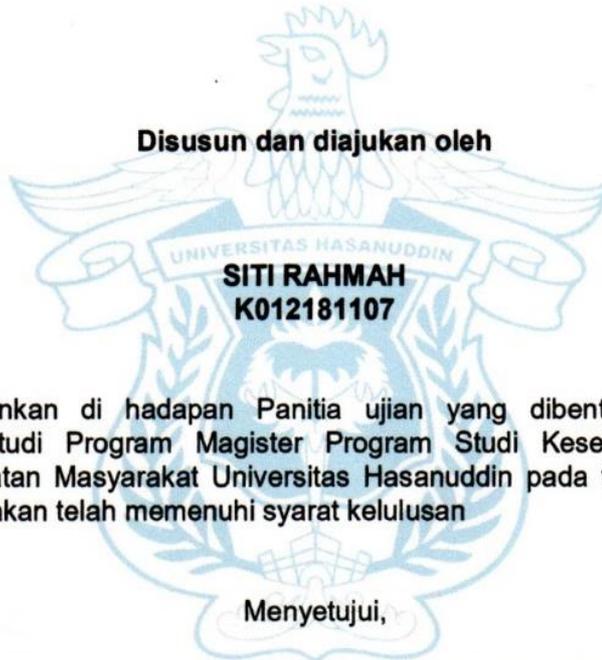


**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGUATAN COMMUNITY BASED SURVEILLANCE (CBS) MELALUI  
KOMUNIKASI INTERPERSONAL  
DAN PENGEMBANGAN MODUL  
DI KABUPATEN BARRU**

Disusun dan diajukan oleh



**SITI RAHMAH**  
**K012181107**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 26 Januari 2020 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes  
NIP. 19630105 199003 1 002

Prof. Dr. Stang, M.Kes  
NIP. 19650712 199203 2 001

Dekan Fakultas

Ketua Program Studi,



Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed  
NIP. 19670617 199903 1 001

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SITI RAHMAH  
NIM : K012181107  
Program studi : Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahawa karya tulisan saya berjudul :

**Penguatan *community based surveillance* (cbs) melalui komunikasi interpersonal dan pengembangan modul di Kabupaten Barru**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 01..Februari..2021



Yang menyatakan

  
SITI RAHMAH

## PRAKATA

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh*

*Alhamdulillah rabbil alamin*, puji dan syukur penulis selalu haturkan kepada Allah SWT yang memberikan rahmat kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan thesis ini yang berjudul “Penguatan *community based surveillance* (CBS) melalui komunikasi interpersonal dan pengembangan modul di Kabupaten Barru”. Shalawat dan Salam senantiasa juga penulis haturkan kepada Baginda Rasulullah Sallallahu Alaihi Wassalam yang telah berjuang bersama para Sahabat yang telah membawa kita dari masa kegelapan menuju masa yang terang benderang.

Tahap demi tahap penulis telah lewati, telah banyak kritikan serta saran yang penulis dapatkan selama proses penyelesaian skripsi ini. Ikhtiar dan do'a juga telah penulis lakukan untuk mencapai tahap akhir hingga pencapaian gelar impian.

Keberhasilan penulis sampai ke tahap akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak selama proses penelitian hingga penyelesaian tesis. Olehnya, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada bapak Prof.Dr.drg.Andi Zulkifli, M.Kes selaku Ketua Komisi Penasihat dan Prof.Dr.Stang, M.Kes selaku Anggota Komisi Penasihat atas bimbingan, kesabaran, ilmu, nasihat, arahan, dan saran, yang telah diberikan selama ini kepada penulis. Rasa hormat dan terima kasih yang sedalam-dalamnya penulis haturkan pula kepada Prof.Dr.Ridwan,SKM, M.Kes,M.Sc.PH, bapak Ansariadi, SKM.,M.Sc.PH.,Ph.D dan Ibu Dr.Erniwati Ibrahim, SKM.,M.Kes selaku penguji yang telah memberikan arahan, saran dan waktunya demi perbaikan thesis ini.

Tidak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan atas segala bentuk pengorbanan, do'a dan restu kepada kedua orang tua tercinta ayahanda saya bapak Abd.Kadir.AI,SE dan ibu saya HJ.Nurhayati yang telah menjadi alasan utama penulis dalam menyelesaikan tesis ini, serta kakak-kakak ku tercinta Mudalipa,S.Pd, Tahwil Irzan, S.Pd, Ismail,S.T dan Annisa Putri Nur, S.T serta adik-adik ku tercinta Ahmad Rizal, Mutmainnah dan Mustabshirah Sabiq terima kasih atas segala bentuk dukungan doa dan materi yang diberikan selama ini. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta staf.
3. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Wakil Dekan dan seluruh pegawai yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Masni, Apt., MSPH. selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin
5. Para Dosen FKM Unhas, khususnya dosen Bagian Epidemiologi, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bombana, Bapak dr.Amis Rifai, kepala seksi Bidang P2P serta Kepala Puskesmas se-Kabupaten Barru

7. Seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis untuk dapat menyelesaikan tesis ini sesuai dengan harapan.
8. Saudara-saudara dan rekan-rekan seperjuangan di Magister Kesehatan Masyarakat angkatan 2018, khususnya kelas B, dan Peminatan Epidemiologi "Epicimol" yang telah menjadi teman yang baik, sahabat yang baik, yang selalu menjadi tempat penulis mengeluarkan keluh kesah selama proses perkuliahan dan juga penyelesaian tesis ini. Semoga saling menjalin silaturahmi
9. Terima kasih banyak terkhusus untuk Kak Icha, Kak Nasra, Kak Indah dan stovy yang tak henti-hentinya menyemangati dan mendukung penulis menjadi tempat curhat terbaik selama masa perkuliahan.
10. Terimakasih banyak untuk teman-temanku tercinta yang telah bersedia meluangkan waktunya menemani penulis pada saat penelitian di lapangan, terkhusus untuk Nur Hasnah, S.K.M dan Mayang Sari, Amd.Keb yang rela menemani penulis ke seluruh puskesmas pada saat penelitian. Terima kasih pula pada sahabatku Adriani Arifin, S.Si dan Dian Nur Ainung, S.Pd yang telah menjadi editor dalam penulisan peneliti. Tak ada kata lain selain ucapan terimakasih yang tulus dari saya atas semua bantuannya selama dalam penelitian.
11. Kepada seluruh pihak yang mendukung yang tidak dapat saya uraikan satu persatu, saya ucapkan banyak terima kasih.

Pada akhirnya, manusia tidak pernah luput dari kekhilafan, karena itu penulis sangat berterima kasih apabila terdapat kritik dan saran demi penyempurnaan tesis ini. Semoga hasil karya ini dapat memberikan manfaat

terhadap pengambilan kebijakan dan pengembangan program *community based surveillance* khususnya di Kabupaten Barru. Aamiin Yaa Robbal alamin.

Makassar, Desember 2020

Penulis

Siti Rahmah

## ABSTRAK

**SITI RAHMAH.** *Penguatan Community Based Surveillance (CBS) Melalui Komunikasi Interpersonal dan Pengembangan Modul Di Kabupaten Barru.* (Dibimbing oleh **Andi Zulkifli** dan **Stang**)

*Community based surveilans* (CBS) adalah program pengembangan dari surveilans terpadu namun pelaksanaan program CBS belum maksimal sehingga sebagian besar kader CBS tidak melaksanakan tugas dengan baik. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kader CBS melalui komunikasi interpersonal dan pengembangan modul.

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu (*quasi eksperimen*) dengan *the non randomized pre-test post test control group design*. Populasi pada penelitian ini adalah semua kader CBS yang tidak aktif sebanyak 48 kader yang tersebar di beberapa Kecamatan, yaitu Kecamatan Tanete Riaja, Kecamatan Barru, Kecamatan Balusu, dan Kecamatan Mallusetasi. Sampel intervensi sebanyak 20 orang di kecamatan Tanete Riaja sedangkan sampel kontrol sebanyak 20 orang yang tersebar di Kecamatan Barru, Balusu dan Mallusetasi yang diperoleh dengan *purposive sampling*. Analisis data menggunakan uji *T berpasangan*, uji *Wilcoxon*, uji *T tidak berpasangan*, uji *mann whitney* dan uji *chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan (0.000), sikap (0.000) dan keaktifan sebelum dan setelah intervensi komunikasi interpersonal dan pengembangan modul. Terdapat perbedaan sikap (0.000) dan keaktifan (0.011) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan keaktifan kader *Community Based Surveillance* (CBS) sebelum dan setelah melakukan komunikasi interpersonal dan pengembangan modul. Diharapkan pada peneliti selanjutnya agar melakukan pelatihan komunikasi interpersonal kepada petugas kesehatan dan kader CBS.

**Kata Kunci:** CBS, Komunikasi Interpersonal, Pengembangan Modul



## ABSTRACT

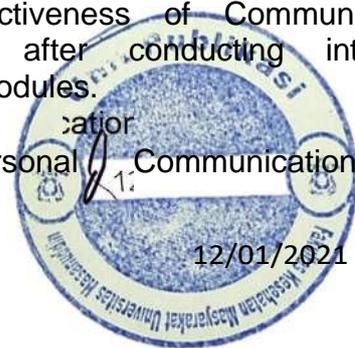
**SITI RAHMAH.** *Strengthening Community Based Surveillance (CBS) Through Interpersonal Communication And Module Development in Barru Regency* (Supervised by **Andi Zulkifli dan Stang**)

Community based surveillance is the detection and systematic reporting of public health events in a community. This study aims to improve the ability of Community Based Surveillance (CBS) cadres through interpersonal communication and module development in Barru Regency.

This research is an experimental research, which is quasi-experimental with a before and after control design (before and after with control design, pre-post with control design, nonequivalent control group design). The population in this study was all inactive Community Based Surveillance (CBS) cadres in Barru Regency, as many as 48 cadres spreading over several districts, namely Tanete Riaja, Barru, Balusu, and Mallusetasi. The intervention sample was 20 people in Tanete Riaja sub- district while the control sample was 20 people who were scattered in Barru, Balusu and Mallusetasi, which were obtained by means of non probability sampling with purposive sampling technique. Data was analysed using the stata version 21 computer program.

The results showed that there were differences of knowledge (0.000), attitude (0.000) and activeness before and after the intervention interpersonal communication dan module development. There were differences attitude (0.000) and activeness (0.011) between the intervention and control groups. There was no difference between the intervention and control groups. The results of this study concluded that there was an increase in the knowledge, attitudes and activeness of Community Based Surveillance (CBS) cadres after conducting interpersonal communication and providing modules.

**Keywords:** CBS, Interpersonal Communication, Module Development



12/01/2021

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	2
PRAKATA .....	4
ABSTRAK .....	8
ABSTRACT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DAFTAR ISI .....	ii
DAFTAR TABEL .....	iv
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan tentang Surveilans .....	9
B. <i>Community Based Surveillance</i> (CBS) .....	14
C. Tinjauan tentang Kader Kesehatan.....	34
D. Tinjauan tentang Variabel yang di Ukur .....	36
E. Tinjauan tentang Komunikasi Interpersonal.....	42
F. Tabel Sintesa Hasil Penelitian .....	53
G. Kerangka Teori .....	58
H. Kerangka Konsep Penelitian.....	66

I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	66
J. Hipotesis Penelitian .....	69
BAB III METODE PENELITIAN.....	70
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	70
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	72
C. Deskripsi intervensi.....	73
D. Populasi dan Sampel .....	74
E. Alur penelitian .....	78
F. Instrumen Penelitian .....	78
G. Teknik Pengumpulan Data.....	83
H. Pengolahan Data .....	85
I. Analisis Data .....	86
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	89
A. Hasil Penelitian .....	89
B. Pembahasan.....	113
C. Keterbatasan Penelitian.....	133
BAB V PENUTUP .....	134
A. Kesimpulan .....	134
B. Saran .....	134
DAFTAR PUSTAKA.....	136
LAMPIRAN.....	144

**DAFTAR TABEL**

Nomor		halaman
1.	Tabel 1 Sintesa hasil penelitian	53
2.	Tabel 2 Hasil uji validasi instrument penelitian	79
3.	Tabel 3 Hasil uji reliabilitas instrument penelitian	82
4.	Tabel 4 Pembagian wilayah administratif Kabupaten Barru tahun 2018	91
5.	Tabel 5 Penduduk, Laju Pertumbuhan Penduduk per tahun, dan Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Barru	92
6.	Tabel 6 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Barru	92
7.	Tabel 7 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan di Kabupaten Barru	93
8.	Tabel 8 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan di Kabupaten Barru	94
9.	Tabel 9 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Masa Kerja di Kabupaten Barru	95

10	Tabel 10 Distribusi Responden berdasarkan Pelatihan di Kabupaten Barru	95
11	Tabel 11 Skor Rata-Rata (Mean) Pengetahuan Responden di Kabupaten Barru	96
12	Tabel 12 Skor Rata-Rata (Mean) Sikap Responden di Kabupaten Barru	97
13	Tabel 13 Distribusi Keaktifan Responden di Kabupaten Barru	97
14	Tabel 14 Hubungan umur terhadap keaktifan responden di Kabupaten Barru	98
15	Tabel 15 Hubungan pendidikan terhadap keaktifan responden di Kabupaten Barru	99
16	Tabel 16 Hubungan pekerjaan terhadap keaktifan responden di Kabupaten Barru	100
17	Tabel 17 Hubungan masa kerja terhadap keaktifan responden di Kabupaten Barru	101
18	Tabel 18 Hubungan pelatihan terhadap keaktifan responden di Kabupaten Barru	102

19	Tabel 19 Perbedaan Skor Pengetahuan Pre-test dan Post-test Pada Kelompok Intervensi (komunikasi interpersonal dan modul) dan Kontrol (Modul) saat di Kabupaten Barru	103
20	Tabel 20 Perbedaan Skor Sikap Pre-test dan Post-test Pada Kelompok Intervensi (komunikasi interpersonal dan modul) dan Kontrol (Modul) saat di Kabupaten Barru	105
21	Tabel 21 Perbedaan Skor Keaktifan Responden Pre-test dan Post-test Pada Kelompok Intervensi (komunikasi interpersonal dan modul) dan Kontrol (Modul) saat di Kabupaten Barru	106
22	Tabel 22 Perbedaan Skor Pengetahuan responden pada kelompok intervensi (komunikasi interpersonal dan modul) dan control (Modul) saat pre-test dan post- test di Kabupaten Barru	109
23	Tabel 23 Perbedaan Skor Sikap responden pada kelompok intervensi (komunikasi interpersonal dan modul) dan kontrol (Modul) saat pre-test dan post-test di Kabupaten Barru	110

24	Tabel 24 Perbedaan Skor Keaktifan Responden Pada Kelompok Intervensi (komunikasi interpersonal dan modul) dan Kontrol (Modul) saat di Kabupaten Barru	111
----	--	-----

**DAFTAR GAMBAR**

Nomor		halaman
1.	Formulir CBS-01	25
2.	Formulir CBS-02	26
3.	Formulir CBS-03	27
4.	Kerangka Teori	65
5.	Kerangka Konsep	66
6.	Skema desain penelitian	71
7.	Alur penelitian	78

**DAFTAR LAMPIRAN**

Nomor		halaman
1.	Lembar persetujuan menjadi responden	133
2.	Kuesioner penelitian	134
3.	Master tabel hasil penelitian	143
4.	Ouput hasil penelitan	147
5.	Dokumentasi penelitian	165
6.	Surat-surat penelitian	167
7.	Curriculum Vitae	186

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Penyakit menular masih menjadi masalah kesehatan masyarakat (Permenkes, 2014a). Meskipun pola penyakit berubah secara konstan, penyakit menular tetap menjadi penyebab utama kematian dan kesakitan di negara-negara yang berpenghasilan rendah. Setiap tahun, lebih dari 100 wabah penyakit menular dan masalah kesehatan masyarakat lainnya dan sebagian besar terjadi di wilayah Afrika (WHO, 2017).

Menurut World Health Organization (2008) di wilayah Asia Tenggara, negara yang berpenghasilan rendah saat ini memiliki proporsi kematian yang relatif lebih tinggi pada penyakit HIV, TB, Malaria dan penyakit menular lainnya. Negara dengan pendapat perkapita terendah adalah Kamboja, Myanmar, Laos, Vietnam, Filipina dan Indonesia.

Indonesia sampai saat ini, masih merupakan negara yang berpenghasilan menengah kebawah (Viktoria, 2019). Proporsi kematian akibat penyakit menular, *maternal*, *perinatal* dan *nutritional conditions* di Indonesia yaitu sebesar 21% (WHO, 2018). Salah satu upaya pengendalian penyakit menular yaitu melalui sistem surveilans penyakit.

Surveilans dan respon penyakit terpadu telah diterapkan di region Afrika yaitu 44 dari 47 negara (94%). Dari 44 negara yang menerapkan

surveilans dan respon penyakit terpadu, 40 (85%) telah memulai pelatihan surveilans dan respon penyakit terpadu di tingkat daerah; 32 negara (68%) telah memulai surveilans berbasis masyarakat; 35 (74%) memiliki surveilans berbasis peristiwa; 33 (70%) memiliki surveilans dan respon penyakit terpadu elektronik (Fall *et al.*, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian di Asia Tenggara Natalie Lorent *et al.* (2014) menunjukkan bahwa penemuan kasus berbasis masyarakat telah terbukti layak dan efektif diterapkan di pemukiman miskin di Kota Phnom Penh, Cambodia.

Penyelenggaraan surveilans secara terpadu di Indonesia telah diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan RI no 45 tahun 2014 yang menyatakan bahwa surveilans terdiri dari: surveilans penyakit menular, surveilans penyakit tidak menular, surveilans kesehatan lingkungan, surveilans kesehatan matra dan surveilans kesehatan lainnya (Permenkes, 2014b).

Surveilans secara terpadu telah dikembangkan dengan adanya program inovasi kementerian kesehatan, yaitu program *Community Based Surveillance* (CBS). Surveilans terpadu berbasis masyarakat yang diistilahkan sebagai *Community Based Surveillance* (CBS). *Community based surveillance* adalah deteksi dan pelaporan yang sistematis pada peristiwa kesehatan masyarakat dalam suatu masyarakat (WHO, 2019).

Penerapan program *Community Based Surveillance* (CBS) lebih menekankan pada pengendalian penyakit PD3I dan masalah kesehatan

lainnya. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) diantaranya: penyakit polio (lumpuh layuh), campak, Tetanus Neonatorum (TN), difteri, pertusis atau batuk rejan dan TB paru dan isu masalah kesehatan lainnya (diare, kusta, flu burung, malaria, keracunan makanan dan rabies) yang dianggap penting dan dapat dideteksi secara mandiri oleh masyarakat (Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, 2018).

*Community Based Surveillance* (CBS) sangat penting dilakukan, untuk menemukan gejala atau penyakit yang dapat dideteksi sedini mungkin, sehingga mampu mencegah penularan lebih lanjut di masyarakat, mampu mengidentifikasi penduduk dengan risiko tinggi serta dapat dijadikan sebagai penentuan prioritas penanggulangan penyakit, dapat melakukan pengendalian kejadian luar biasa (KLB) atau wabah sedini mungkin serta dapat dijadikan bahan monitoring dan evaluasi kecenderungan (*trend*) perkembangan situasi kesehatan dalam masyarakat (A. Zulkifli, 2012).

Program *Community Based Surveillance* (CBS) dapat berjalan efektif bila didukung oleh kader yang aktif dan peran serta masyarakat untuk mengumpulkan informasi kesehatan dalam lingkup tempat tinggal mereka sendiri dan melaporkannya.

Dampak yang terjadi jika kader tidak aktif yaitu tidak adanya penemuan kasus secara dini sehingga berpotensi adanya keterlambatan dalam memutus mata rantai penularan penyakit menular, masyarakat terlambat mendapatkan perawatan dan masyarakat lebih memilih untuk

melakukan pengobatan sendiri atau alternatif. Hal tersebut banyak terjadi di daerah yang sulit dijangkau, daerah di mana penduduk sangat bergantung pada tabib tradisional atau perawatan alternatif (WHO, 2019).

Penelitian Guerra *et al.*, (2019) menyatakan bahwa hanya sebagian individu yang sakit mengunjungi fasilitas kesehatan karena tidak tersedianya atau tidak dapat mengakses fasilitas kesehatan, ketergantungan pada pengobatan sendiri atau pengobatan alternatif dan adanya asumsi bahwa kondisi penyakit tidak cukup serius untuk mencari pengobatan.

Upaya yang dapat dilakukan agar masyarakat mampu mengidentifikasi dan melaporkan peristiwa kesehatan yaitu dengan mengupayakan kader yang aktif. Keberadaan kader membantu dalam penemuan gejala yang dapat dideteksi secara dini dan mampu mencegah penularan lebih lanjut di masyarakat.

Peran kader aktif dalam program *Community Based Surveillance* (CBS) sangat didukung oleh pengetahuan dan sikap yang baik. Penelitian I. M. K. Wijaya (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara pengetahuan, dan sikap dengan aktivitas kader kesehatan, kader kesehatan dengan pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar dari pada pengetahuan rendah, kader kesehatan dengan sikap yang baik memiliki kemungkinan untuk aktif 8 kali lebih besar dari pada sikap kurang.

Meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan kader dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan dan melakukan komunikasi interpersonal kepada kader. Peningkatan pengetahuan yang signifikan terjadi setelah pelatihan (Wahyuni & Artanti, 2013) dan efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik setelah melakukan komunikasi interpersonal (Ahmed *et.,al*, 2014).

Komunikasi interpersonal dan pengembangan modul juga sangat penting dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan kader. Karena komunikator dan komunikan saling berhadapan muka, maka masing-masing pihak dapat langsung mengetahui respon yang diberikan, serta mengurangi tingkat ketidakjujuran ketika sedang terjadi komunikasi (Suranto, 2011). Komunikasi dapat berjalan secara efektif bila kedua belah pihak sama-sama memahami topik yang sedang dikomunikasikan. Agar topik dapat dipahami dengan baik, maka diperlukan modul sebagai alat bantu (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan hasil wawancara oleh penanggungjawab surveilans Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, menyatakan bahwa seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota telah diberikan pelatihan program *Community Based Surveillance* (CBS), namun hanya Kabupaten Barru yang melaksanakan program tersebut. Meskipun CBS telah dilakukan di Kabupaten Barru, namun pelaksanaannya masih belum maksimal, hal ini disebabkan karena sebagian besar kader tidak melaksanakan tugas

dengan baik. Oleh karena itu, dibutuhkan penguatan CBS di Kabupaten Barru melalui komunikasi interpersonal dan pengembangan modul.

Penelitian ini perlu dilakukan agar kinerja kader dalam penemuan gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya dapat meningkat sehingga Kabupaten Barru dapat menjadi teladan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota lainnya.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang penelitian, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu:

Apakah komunikasi interpersonal dan pengembangan modul dapat meningkatkan kemampuan kader *community based surveillance* (CBS) di Kabupaten Barru?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Untuk meningkatkan kemampuan kader *Community Based Surveillance* (CBS) melalui komunikasi interpersonal dan pengembangan modul di Kabupaten Barru.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Menilai perbedaan peningkatan pengetahuan, sikap dan keaktifan kader CBS sebelum dan setelah intervensi komunikasi interpersonal dan pengembangan modul

- b. Menilai perbedaan peningkatan pengetahuan, sikap dan keaktifan kader CBS antara kelompok intervensi komunikasi interpersonal dan pengembangan modul, dengan kelompok yang hanya diberikan pengembangan modul

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat ilmiah**

Hasil penelitian diharapkan mampu menambah khasanah bagi ilmu pengetahuan mengenai peran kader *Community Based Surveillance* dalam pengendalian kasus PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

##### **2. Manfaat institusi**

- a. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi dinas kesehatan dan puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan peran kader *Community Based Surveillance* dalam pengendalian kasus PD3I dan masalah kesehatan lainnya.
- b. Penguatan *Community Based Surveillance* (CBS), diharapkan agar kinerja kader dalam penemuan gejala penyakit dapat meningkat sehingga Kabupaten Barru dapat menjadi teladan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

##### **3. Manfaat bagi peneliti**

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi informasi bagi peneliti selanjutnya untuk dikembangkan pada penelitian berikutnya

mengenai pengetahuan, sikap, dan keaktifan kader dalam pengendalian kasus PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

#### **4. Manfaat bagi masyarakat**

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi informasi dimasyarakat mengenai gejala-gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya dan dapat berpartisipasi dalam program pengendalian penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan tentang Surveilans

##### 1. Pengertian

Surveilans berasal dari bahasa Prancis, "*surveillance*" yang secara harfiah dapat diartikan sebagai kata "mengamati tentang sesuatu" (Amiruddin, 2017). Surveilans menurut WHO adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistematis dan terus-menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan, baik oleh petugas kesehatan maupun oleh masyarakat (Heriana, 2018).

Surveilans epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang memengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan (Kemenkes, 2003).

## 2. Tujuan

Tujuan surveilans adalah untuk memperoleh gambaran kejadian masalah kesehatan dan kejadian peristiwa vital secara teratur, sehingga dapat digunakan untuk berbagai kepentingan perencanaan dan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan dalam masyarakat, secara rinci tujuan tersebut dapat meliputi hal berikut (A. Zulkifli, 2012):

- a. Identifikasi, investigasi dan penanggulangan kejadian luar biasa atau wabah sedini mungkin
- b. Identifikasi kelompok penduduk tertentu dengan risiko tinggi
- c. Untuk penentuan prioritas penanggulangan
- d. Untuk bahan evaluasi antara input pada berbagai program kesehatan
- e. Untuk monitoring kecenderungan (*trend*) perkembangan situasi kesehatan dalam masyarakat.

## 3. Ruang lingkup surveilans epidemiologi

Ruang lingkup surveilans epidemiologi menurut tempatnya dapat dibedakan menjadi 2, yaitu (Amiruddin, 2017):

- a. Surveilans epidemiologi dalam masyarakat

Surveilans epidemiologi ini dilakukan pada suatu wilayah administrasi atau pada kelompok populasi tertentu dengan analisis secara teratur berkesinambungan terhadap data yang dikumpulkan mengenai kejadian kesakitan atau kematian, dapat memberikan kesempatan mengenai kecenderungan penyakit menurut variabel yang diteliti.

b. Surveilans epidemiologi di rumah sakit

Saat ini penderita penyakit menular yang dirawat dirumah sakit jumlahnya masih cukup besar. Suatu keadaan khusus dimana faktor lingkungan, dapat mendukung terjadinya risiko terjadinya penyakit. sehingga teknik surveilans termasuk kontrol penyakit di rumah sakit rujukan pada tingkat provinsi dan regional memerlukan perlakuan sendiri.

#### **4. Komponen-komponen surveilans**

Dalam pelaksanaan kegiatan surveilans epidemiologi menurut Noor (2014) terdapat beberapa komponen utama, komponen–komponen tersebut adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan/pencatatan kejadian (data) yang dapat dipercaya.

Data yang dikumpulkan meliputi data epidemiologi yang jelas, tepat dapat dipercaya dengan validitas dan reliabilitas yang tinggi serta mempunyai hubungan dengan penyakit yang mengalami surveilans. Jenis dan bentuk data yang dikumpulkan di sesuaikan dengan tujuan surveilans.

b. Pengelolaan data untuk dapat memberikan keterangan yang berarti.

Data yang diperoleh biasanya masih dalam bentuk data mentah (row data) yang masih perlu disusun sedemikian rupa sehingga mudah di analisis. Data yang terkumpul dapat diolah dalam bentuk tabel, grafik maupun bentuk peta atau bentuk lainnya. Kompilasi data tersebut harus dapat memberikan keterangan yang berarti.

c. Analisis dan interpretasi data untuk keperluan kegiatan.

Data yang telah disusun dan dikompilasi, selanjutnya dianalisis dan dilakukan interpretasi untuk memberikan arti dan memberikan kejelasan tentang situasi yang ada dalam masyarakat.

Data yang telah terkumpul, segera diolah, dianalisis, dan diinterpretasikan. Pengolahan data dimaksudkan untuk menyiapkan data supaya dapat ditangani dengan mudah pada waktu analisis dan data yang dianalisis sudah bebas dari berbagai kesalahan yang dilakukan pada waktu pengumpulan dan perekam data.

Tujuan dari suatu analisis data adalah untuk melihat variabel-variabel yang dapat menggambarkan suatu permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya serta bagaimana data yang ada dapat menjelaskan tujuan dari suatu sistem surveilans. Sejauh mana kemampuan untuk analisis dan interpretasi tergantung pada tingkat unit analisis kesehatan yang bersangkutan serta keterampilan petugas kesehatan yang menangani hal tersebut. Berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, bisa dibuat tanggapan-tanggapan, saran-saran bagaimana menentukan tindakan dalam menghadapi masalah yang ada, juga dapat ditentukan apakah penyakit yang bersangkutan perlu mendapat prioritas untuk ditangani lebih dahulu.

Dalam melakukan analisis dan interpretasi, yang harus dilakukan adalah:

- 1) Memahami kualitas data dan mencari metode terbaik untuk menarik kesimpulan
- 2) Menarik kesimpulan dari suatu rangkaian data deskriptif yang meliputi kecenderungan, perbandingan dari suatu kecenderungan

Penyajian hasil analisis data surveilans epidemiologi dapat dalam bentuk teks, tabel, grafik (grafik batang, histogram, polygon frekuensi, grafik lingkaran, grafik garis, spot map).

Analisis data surveilans epidemiologi diawali dengan membuat pola penyakit menurut variabel orang (*person*), tempat (*place*) dan waktu (*time*). Bandingkan pola penyakit pada waktu, tempat dan diantara populasi yang berbeda.

d. Penyebarluasan data dan keterangan termasuk umpan balik.

Setelah analisis dan interpretasi data serta telah memiliki nilai keterangan yang cukup jelas dan sudah disimpulkan dalam suatu kesimpulan, selanjutnya dapat disebarluaskan kepada semua pihak yang berkepentingan, agar informasi ini dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya. Penyebarluasan data dan informasi dilakukan dalam tiga arah yang meliputi :

- 1) Ditujukan ke tingkat administrasi yang lebih tinggi sebagai informasi untuk dapat menentukan kebijakan selanjutnya.
- 2) Dikirim kepada instansi pelapor atau ke tingkat administrasi yang lebih rendah yang berfungsi sebagai pengumpul dan pelapor data dalam bentuk umpan balik

3) Disebarluaskan kepada instansi terkait kepada masyarakat.

e. Hasil evaluasi data sistem surveilans

Hasil evaluasi selanjutnya dapat digunakan untuk perencanaan penanggulangan khusus dan program pelaksanaannya, untuk kegiatan tindak lanjut (*follow up*), untuk melakukan koreksi dan perbaikan-perbaikan program dan pelaksanaan program, serta untuk kepentingan evaluasi/penilaian hasil kegiatan.

## **B. *Community Based Surveillance (CBS)***

### **1. Pengertian**

*Community based surveillance (CBS)* adalah deteksi dan pelaporan yang sistematis pada peristiwa kesehatan masyarakat dalam suatu masyarakat (WHO, 2019). *Community-based Surveillance (CBS)* adalah proses partisipasi masyarakat yang aktif dalam mendeteksi, melaporkan, merespons dan memantau peristiwa kesehatan di masyarakat. CBS harus menjadi fungsi rutin untuk: (a) periode pra-epidemi (untuk memberikan peringatan dini atau peringatan); (B) periode selama epidemi (untuk secara aktif mendeteksi dan menanggapi kasus dan kematian); (C) periode postepidemic (untuk memantau kemajuan dengan kegiatan pengendalian penyakit). CBS juga harus mencakup proses untuk melaporkan desas-desus dan informasi yang salah tentang kejadian kesehatan masyarakat yang tidak biasa yang terjadi di masyarakat (World Health Organization Africa, 2014).

“CBS adalah serangkaian kegiatan yang meningkatkan kesadaran masyarakat tentang gejala penyakit atau kondisi dan mendorong pelaporan kasus yang diprakarsai sendiri oleh masyarakat kepada Departemen Kesehatan [Kementerian Kesehatan] resmi dan / atau pengawasan WHO pihak berwajib. Sistem ini mencakup mekanisme untuk pencarian kasus aktif di komunitas oleh sukarelawan atau karyawan nonklinis dan sistem untuk melacak kasus yang terdeteksi (Curry *et.,al*, 2013).

CBS juga dapat diartikan kegiatan pengamatan dan pemantauan secara terus menerus oleh masyarakat terhadap penyakit atau masalah kesehatan serta faktor risiko dan dilaporkan kepada pihak terkait atau petugas untuk mendapatkan respon tindak lanjut.

## 2. Prinsip pelaksanaan *Community Based Surveillance* (CBS)

Prinsip pelaksanaan CBS ada dua yaitu (Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, 2018):

### a. Pemberdayaan

Yaitu upaya yang dilakukan oleh masyarakat sekitar dalam mencegah muncul dan berkembangnya penyakit melalui pengamatan secara terus menerus terhadap fokus masalah kesehatan dan ditindaklanjuti dengan laporan atau pengiriman informasi.

b. Kemandirian

Yaitu upaya pencegahan dan penanggulangan secara mandiri sesuai kemampuan masyarakat terhadap ancaman penyakit atau masalah kesehatan dan bekerjasama dengan petugas kesehatan dan pihak terkait lainnya.

3. Langkah-langkah pengembangan surveilans dan respons berbasis masyarakat

Menurut Heriana (2018), langkah-langkah yang harus ditempuh adalah dengan melakukan persiapan internal dan eksternal:

a. Persiapan

1) Persiapan internal

Hal-hal yang perlu disiapkan meliputi seluruh sumber daya termasuk petugas kesehatan, pedoman/petunjuk teknis, sarana dan prasarana pendukung dan biaya pelaksanaan.

a) Petugas surveilans

Untuk kelancaran kegiatan surveilans di desa siaga sangat dibutuhkan tenaga kesehatan yang mengerti dan memahami kegiatan surveilans. Petugas seyogyanya disiapkan dari tingkat Kabupaten/Kota, tingkat Puskesmas sampai di tingkat Desa/Kelurahan. Untuk menyamakan persepsi dan tingkat pemahaman tentang surveilans sangat diperlukan pelatihan surveilans bagi petugas. Untuk keperluan respon cepat terhadap kemungkinan ancaman adanya KLB, di setiap unit pelaksana (Puskesmas, Kabupaten dan Propinsi) perlu dibentuk Tim Gerak Cepat

(TGC) KLB. Tim ini bertanggung jawab merespon secara cepat dan tepat terhadap adanya ancaman KLB yang dilaporkan oleh masyarakat.

b) Pedoman/petunjuk teknis

Sebagai panduan kegiatan maka petugas kesehatan sangat perlu dibekali buku-buku pedoman atau petunjuk teknis surveilans.

c) Sarana dan prasarana

Dukungan sarana dan prasarana sangat diperlukan untuk kegiatan surveilans seperti: kendaraan bermotor, alat pelindung diri, surveilans kit, dll.

d) Biaya

Sangat diperlukan untuk kelancaran kegiatan surveilans. Biaya diperlukan untuk bantuan transport petugas ke lapangan, pengadaan alat tulis untuk keperluan pengolahan dan analisa data, serta jika dianggap perlu untuk insentif bagi kader surveilans.

2) Persiapan eksternal

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan masyarakat, terutama tokoh masyarakat, agar mereka tahu, mau dan mampu mendukung pengembangan kegiatan surveilans berbasis masyarakat. Pendekatan kepada para tokoh masyarakat diharapkan agar mereka memahami dan mendukung dalam pembentukan opini publik untuk menciptakan iklim yang kondusif bagi kegiatan surveilans di desa siaga. Dukungan yang diharapkan dapat berupa moril, finansial dan material,

seperti kesepakatan dan persetujuan masyarakat untuk kegiatan surveilans.

Langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mau memberikan dukungan. Jika di desa tersebut terdapat kelompok-kelompok sosial seperti karang taruna, pramuka dan LSM dapat diajak untuk menjadi kader bagi kegiatan surveilans di desa tersebut.

### 3) Survei mawas diri atau telaah mawas diri

Survei Mawas Diri (SMD) bertujuan agar masyarakat dengan bimbingan petugas mampu mengidentifikasi penyakit dan masalah kesehatan yang menjadi problem di desanya. SMD ini harus dilakukan oleh masyarakat setempat dengan bimbingan petugas kesehatan. Melalui SMD ini diharapkan masyarakat sadar akan adanya masalah kesehatan dan ancaman penyakit yang dihadapi di desanya, dan dapat membangkitkan niat dan tekad untuk mencari solusinya berdasarkan kesepakatan dan potensi yang dimiliki. Informasi tentang situasi/ ancaman penyakit dan permasalahan kesehatan yang diperoleh dari hasil SMD merupakan informasi untuk memilih jenis surveilans penyakit dan faktor risiko yang diselenggarakan di desa tersebut.

### 4) Pembentukan kelompok kerja surveilans tingkat desa

Kelompok kerja surveilans desa bertugas melaksanakan pengamatan dan pemantauan setiap saat secara terus menerus terhadap situasi penyakit di masyarakat dan kemungkinan adanya ancaman KLB

penyakit, untuk kemudian melaporkannya kepada petugas kesehatan di Poskesdes. Anggota tim surveilans desa dapat berasal dari kader Posyandu, Juru pemantau jentik (Jumantik) desa, Karang Taruna, Pramuka, Kelompok pengajian, Kelompok peminat kesenian, dan lain-lain. Kelompok ini dapat dibentuk melalui Musyawarah Masyarakat Desa.

#### 5) Membuat perencanaan kegiatan surveilans

Setelah kelompok kerja surveilans terbentuk, maka tahap selanjutnya adalah membuat perencanaan kegiatan, meliputi :

- a) Rencana pelatihan kelompok kerja surveilans oleh petugas kesehatan
- b) Penentuan jenis surveilans penyakit dan faktor risiko yang dipantau.
- c) Lokasi pengamatan dan pemantauan
- d) Frekuensi pemantauan
- e) Pembagian tugas/penetapan penanggung jawab lokasi pemantauan
- f) Waktu pemantauan
- g) Rencana sosialisasi kepada warga masyarakat, dll.

#### b. Tahap pelaksanaan

##### 1) Pelaksanaan surveilans di tingkat desa

Surveilans penyakit di tingkat desa dilaksanakan oleh kelompok kerja surveilans tingkat desa, dengan melakukan kegiatan pengamatan dan pemantauan situasi penyakit/kesehatan masyarakat desa dan

kemungkinan ancaman terjadinya KLB secara terus menerus. Pemantauan tidak hanya sebatas penyakit tetapi juga dilakukan terhadap faktor risiko munculnya suatu penyakit. Pengamatan dan pemantauan suatu penyakit di suatu desa mungkin berbeda jenisnya dengan pemantauan dan pengamatan di desa lain. Hal ini sangat tergantung dari kondisi penyakit yang sering terjadi dan menjadi ancaman di masing-masing desa.

Hasil pengamatan dan pemantauan dilaporkan secara berkala sesuai kesepakatan (per minggu/ per bulan/ bahkan setiap saat) ke petugas kesehatan di Poskesdes. Informasi yang disampaikan berupa informasi :

- a) Nama penderita
- b) Penyakit yang dialami/ gejala
- c) Alamat tinggal
- d) Umur
- e) Jenis kelamin
- f) Kondisi lingkungan tempat tinggal penderita, dll.

## 2) Pelaksanaan surveilans oleh petugas surveilans poskesdes

Kegiatan surveilans di tingkat desa tidak lepas dari peran aktif petugas kesehatan/surveilans Poskesdes. Kegiatan surveilans yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Poskesdes adalah :

- a) Melakukan pengumpulan data penyakit dari hasil kunjungan pasien dan dari laporan warga masyarakat.

- b) Membuat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) dengan menggunakan data laporan tersebut diatas dalam bentuk data mingguan. Melalui PWS akan terlihat kecenderungan peningkatan suatu penyakit. PWS dibuat untuk jenis penyakit potensial KLB seperti DBD, Campak, Diare, Malaria, dll serta jenis penyakit lain yang sering terjadi di masyarakat desa setempat.
- c) PWS merupakan bagian dari sistem kewaspadaan dini KLB yang dilaksanakan oleh Poskesdes. Sebaiknya laporan masyarakat tidak dimasukkan dalam data W2, karena dapat membingungkan saat analisis. Laporan masyarakat dapat dilakukan analisis terpisah. Setiap desa/kelurahan memiliki beberapa penyakit potensial KLB yang perlu diwaspadai dan dideteksi dini apabila terjadi. Sikap waspada terhadap penyakit potensial KLB ini juga diikuti dengan sikap siaga tim profesional, logistik dan tatacara penanggulangannya, termasuk sarana administrasi, transportasi dan komunikasi. Contoh PWS Penyakit Diare dari data mingguan :
- d) Menyampaikan laporan data penyakit secara berkala ke Puskesmas (mingguan/bulanan).
- e) Membuat peta penyebaran penyakit. Melalui peta ini akan diketahui lokasi penyebaran suatu penyakit yang dapat menjadi fokus area intervensi.
- f) Memberikan informasi/rekomendasi secara berkala kepada kepala desa tentang situasi penyakit desa/kesehatan warga desa atau

pada saat pertemuan musyawarah masyarakat desa untuk mendapatkan solusi permasalahan terhadap upaya-upaya pencegahan penyakit.

- g) Memberikan respon cepat terhadap adanya KLB atau ancaman akan terjadinya KLB. Respon cepat berupa penyelidikan epidemiologi/investigasi bersama-sama dengan Tim Gerak Cepat Puskesmas.
- h) Bersama masyarakat secara berkala dan terjadwal melakukan upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit.

### 3) Pelaksanaan surveilans di Tingkat Puskesmas

Kegiatan surveilans di Tingkat Puskesmas dilaksanakan oleh petugas surveilans puskesmas dengan serangkaian kegiatan berupa pengumpulan data, pengolahan, analisis dan interpretasi data penyakit, yang dikumpulkan dari setiap desa siaga. Petugas surveilans puskesmas diharuskan:

- a) Membangun sistem kewaspadaan dini penyakit, diantaranya melakukan pemantauan wilayah setempat dengan menggunakan data W2 (laporan mingguan). Melalui PWS ini diharapkan akan terlihat bagaimana perkembangan kasus penyakit setiap saat.
- b) Membuat peta daerah rawan penyakit. Melalui peta ini akan terlihat daerah-daerah yang mempunyai risiko terhadap muncul dan berkembangnya suatu penyakit. Sehingga secara tajam intervensi program diarahkan ke lokasi-lokasi berisiko.

- c) Membangun kerjasama dengan program dan sektor terkait untuk memecahkan permasalahan penyakit di wilayahnya.
- d) Bersama Tim Gerak Cepat (TGC) KLB Puskesmas, melakukan respon cepat jika terdapat laporan adanya KLB/ancaman KLB penyakit di wilayahnya.
- e) Melakukan pembinaan/asistensi teknis kegiatan surveilans secara berkala kepada petugas di Poskesdes.
- f) Melaporkan kegiatan surveilans ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara berkala (mingguan/bulanan/tahunan).

c. Sistem pelaporan

1) Cara/ mekanisme pelaporan

a) Kader CBS

Data yang diperoleh oleh kader berdasarkan hasil pemantauan dan pengamatan, dicatat setiap saat pada formulir CBS-02 dan dilaporkan ke Pustu/Poskesdes atau ke Puskesmas setiap bulan. Sedangkan kasus-kasus yang harus dilaporkan 1x24 jam, dicatat pada formulir CBS-01 dan dilaporkan segera ke petugas Puskesmas.

b) Petugas Pustu/Poskesdes

Petugas pustu/poskesdes merekap laporan dari kader termasuk data kunjungan dan melaporkan ke puskesmas pada setiap awal bulan menggunakan formulir CBS-03. Sedangkan kasus-kasus yang harus dilaporkan 1x24 jam, dicatat pada formulir CBS-01 dan dikirim segera ke puskesmas.

c) Petugas puskesmas

Petugas puskesmas memonitoring kelengkapan dan ketepatan pelaporan baik dari pustu/poskesdes maupun dari kader CBS. Puskesmas melakukan pengolahan dan analisis data serta merespon setiap laporan yang masuk terutama kejadian yang mengarah kepada KLB.

2) Formulir pelaporan

Formulir yang digunakan terdiri dari:

a) Formulir CBS-01

Formulir CBS-01 berisi informasi adanya dugaan kasus yang mengarah kepada Kejadian Luar Biasa (KLB) sehingga perlu dilaporkan segera dalam waktu 1x24 jam oleh kader CBS dan petugas pustu/poskesdes ke puskesmas.

Catatan: pada situasi yang tidak memungkinkan, formulir CBS-01 bisa dikirim secara susulan, namun harus didahului dengan informasi melalui telepon atau media lainnya dalam waktu 1x24 jam.

LAPORAN KEWASPADAAN DINI MASYARAKAT			
(dilaporkan segera 1 x 24 jam)			
Kepada Yth: Kepala Puskesmas/Pustu/Poskesdes* _____			
di: _____			
Pada Tanggal/Bulan/Tahun: _____			
Dusun/Lingkungan	: _____ Desa/Kel		
Telah terjadi sejumlah	: _____ penderita		
dan sejumlah	: _____ kematian, TERSANGKA PENYAKIT: _____		
CAMPAK <input type="checkbox"/>	POLIO <input type="checkbox"/>	DIPTERI <input type="checkbox"/>	TETANUS NEONATRUM <input type="checkbox"/>
DIARE <input type="checkbox"/>	PERTUSIS <input type="checkbox"/>	MALARIA <input type="checkbox"/>	KERACUNAN MAKANAN <input type="checkbox"/>
GIGITAN HPR <input type="checkbox"/>	Lain-Lain (Sebutkan): _____		
Dengan GEJALA-GEJALA:			
PANAS <input type="checkbox"/>	BERCAK PUTIH DI RONGGAMULUT <input type="checkbox"/>	LUMPUH <input type="checkbox"/>	
BATUK <input type="checkbox"/>	BERAK-BERAK <input type="checkbox"/>	KEJANG-KEJANG MENGIGIL <input type="checkbox"/>	
PILEK <input type="checkbox"/>	BERCAK MERAH DIKULIT <input type="checkbox"/>	KAKU KIDUK <input type="checkbox"/>	
PUSING <input type="checkbox"/>	SAKIT PERUT <input type="checkbox"/>	MUNTAH <input type="checkbox"/>	
Gejala Lainnya: _____			
Identitas penderita: (Tulis Nama, Jenis Kelamin, Umur)			
Telah dilaporkan pada tanggal _____ Jam _____			
Melalui _____ : Telp. ( ) SMS ( ) Titipan ( )			
1. _____			
2. _____			

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, 2018

Gambar 1. Formulir CBS-01

#### b) Formulir CBS-02

Formulir CBS-02 berisi informasi hasil pengamatan atau kunjungan selama 1 (satu) bulan (periode pengamatan), diisi dan dilaporkan setiap bulan oleh kader CBS baik ada maupun tidak ada kasus. Formulir ini disetor ke petugas pustu/poskesdes atau puskesmas.

LAPORAN CBS TERPADU BERBASIS MASYARAKAT

DUSUN \_\_\_\_\_ DESA/KEL \_\_\_\_\_ KEC \_\_\_\_\_

Periode Pemantauan: Tgl \_\_\_\_\_ Bln \_\_\_\_\_ Thn \_\_\_\_\_ s/d Tgl \_\_\_\_\_ Bln \_\_\_\_\_ Thn \_\_\_\_\_

No	RT/RW	Jumlah Kasus											
		Lumpuh Layu	Susp. Campak	Susp. Difteri	Susp. Tetanus Neonatorum	Susp. TB Paru	Suspek kusta	Diare	Keracunan Makanan	Susp. Pertusis	Susp. Malaria	Kasus Clotian (HPR)	Lainnya...
		P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M
1.	A												
	Luar Wilayah												
JUMLAH													

Tulis identitas Penderita (Nama, Umur, JK, Alamat) di bagian belakang.

Keterangan:

P/M : Penderita/Meninggal

Susp : Suspek = Tersangka

\_\_\_\_\_ 20\_\_

Pelapor/Penanggung Jawab

*Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, 2018*

Gambar 2. Formulir CBS-02

### c) Formulir CBS-03

Formulir CBS-03 adalah rekapitulasi laporan CBS-02, diisi oleh petugas pustu/poskesdes ditambah dengan data kasus yang berkunjung/terdaftar di pustu/poskesdes.

## REKAPITULASI LAPORAN SURVEILANS TERPADU BERBASIS MASYARAKAT

PUSTU/POSKESDES \_\_\_\_\_ DESA/KEL \_\_\_\_\_ KEL \_\_\_\_\_

BULAN: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

No	Dusun/ Lingkungan	Jumlah Kasus											
		Lumpuh Layu	Susp. Campak	Susp. Difteri	Susp. Tetanus Neonatorum	Susp. TB Paru	Suspek kusta	Diare	Keracunan Makanan	Susp. Pertusis	Susp. Malaria	Kasus Gigitan (HPR)	Lainnya...
		P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M
1.	A												
	Luas Wilayah												
JUMLAH													

Keterangan:

P/M : Penderita/Meninggal

Susp. : Suspek = Tersangka

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Kepala/Penanggung Jawab

*Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, 2018*

Gambar 3. Formulir CBS-03

## d. Umpan balik

Tim teknis CBS di puskesmas membuat rangkuman dan analisis sederhana terkait masalah kesehatan dalam ruang lingkup program surveilans terpadu berbasis masyarakat termasuk indikator kinerja CBS. Hasilnya dikirimkan kepada pemerintah desa/kelurahan sekaligus menjadi bahan monitoring dan evaluasi. Umpan balik tersebut ditembuskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

## e. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dilakukan oleh tim puskesmas untuk memastikan proses pemantauan yang dilakukan baik oleh kader CBS maupun petugas pustu/poskesdes berjalan sebagaimana mestinya. Monitoring ditekankan

pada aspek: keaktifan tim CBS desa ketersediaan bahan dan cara pengisian formulir pelaporan, ketepatan waktu serta tindak lanjut.

Evaluasi dilakukan secara berkala dan berjenjang untuk menilai apakah kegiatan CBS meningkatkan kepekaan dan kepedulian masyarakat dalam mendeteksi masalah kesehatan yang menjadi fokus serta sejauh mana respon pengendaliannya yang dilakukan oleh pihak puskesmas bekerjasama dengan masyarakat.

#### 4. Fokus masalah kesehatan CBS

##### a. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Penyakit PD3I meliputi:

##### 1) Penyakit polio (lumpuh layu)

Penyakit kelumpuhan yang disebabkan oleh virus polio dan mudah menular melalui air dan makanan. Penyakit polio dapat menyebabkan cacat menetap. Penemuan kasus polio dilakukan dengan mengamati semua kasus kelumpuhan pada anak kurang dari 15 tahun dengan gejala dan tanda (Permenkes, 2010):

- a) Lumpuh mendadak/tiba-tiba, bukan karena kecelakaan atau ruda paksa
- b) Tiba-tiba lemas pada kaki atau tangan
- c) Tiba-tiba tidak bisa berjalan
- d) Tangan atau kaki tiba-tiba tidak bisa digerakkan

## 2) Penyakit campak

Penyakit yang disebabkan oleh virus dan menular cepat melalui percikan ludah saat sedang berbicara, terutama menyerang anak-anak. Komplikasi campak bisa menyebabkan kebutaan dan kematian. Penemuan kasus campak dilakukan dengan mengamati gejala dan tanda (Permenkes, 2010):

- a) Panas tinggi
- b) Terdapat bercak kemerahan pada wajah atau tubuh
- c) Disertai batuk atau pilek
- d) Biasanya disertai mata merah

## 3) Penyakit Tetanus Neonatorum (TN)

Penyakit pada bayi yang lahir sehat kemudian pada hari ke-3 sampai hari ke-28 mengalami kejang-kejang yang dapat berakibat pada kematian yang disebabkan oleh bakteri. Penemuan kasus TN dilakukan dengan mengamati gejala dan tanda (Soedarto, 2009):

- a) Kekakuan otot rahang untuk mengunyah, kekakuan otot wajah, kekakuan otot tubuh dan kekakuan otot perut
- b) Sulit menelan, gelisah
- c) Bayi sulit menetek hari ke-3 sampai 28 hari
- d) Menangis terus menerus tanpa sebab
- e) Mulut mencucut seperti mulut ikan
- f) Kejang-kejang bila terkena cahaya, tersentuh atau mendengar suara

#### 4) Penyakit difteri

Difteri adalah penyakit yang sangat menular yang disebabkan oleh bakteri dan mudah menular melalui percikan ludah penderita serta dapat menyebabkan kematian. Penemuan kasus difteri dilakukan dengan mengamati gejala dan tanda (Permenkes, 2010):

- a) Demam
- b) Sakit ketika menelan, batuk
- c) Leher bengkak mirip leher sapi
- d) Terdengar suara seperti ngorok
- e) Terdapat selaput putih kebiruan dekat tenggorokan didalam mulut

#### 5) Penyakit pertusis atau batuk rejan

Pertusis disebabkan oleh kuman dan mudah menular melalui udara atau percikan ludah penderita serta dapat menyebabkan kematian terutama pada anak. Penemuan kasus pertusis dilakukan dengan mengamati gejala dan tanda (Permenkes, 2010):

- a) Batuk terus menerus
- b) Bunyi "HUP" pada akhir batuk
- c) Biasa disertai muntah
- d) Biasanya sering pada malam hari
- e) Dapat terjadi perdarahan pada mata
- f) Lama batuk biasa sampai 3 bulan

## 6) Penyakit TB paru

TB paru adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman jenis bakteri dan sangat mudah menular terutama saat penderita batuk atau bersin dan perilaku meludah sembarangan. Penemuan kasus TB paru dapat dilakukan dengan mengetahui gejala dan tanda (Permenkes, 2016):

- a) Batuk lebih dari 2 minggu dan biasa disertai dengan darah
- b) Sesak nafas,
- c) Badan lemas,
- d) Berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik
- e) Berat badan menurun,
- f) Nafsu makan berkurang
- g) Demam meriang lebih satu bulan
- b. Penyakit atau masalah prioritas lainnya

Penyakit atau masalah prioritas lainnya meliputi:

### 1) Diare

Diare bisa disebabkan oleh banyak faktor termasuk kuman, dapat menular secara langsung dan sangat erat hubungannya dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Penemuan diare dapat dilakukan dengan mengetahui gejala (Soedarto, 2009):

- a) Berak-berak encer yang tidak biasa
- b) Paling sedikit 3 kali sehari

## 2) Penyakit Kusta

Penyakit kusta disebabkan oleh kuman jenis bakteri dan menular langsung terutama jika kontak erat dalam jangka waktu tertentu. Masalah penyakit kusta terutama karena dapat menimbulkan kecacatan menetap. Penemuan penderita secara dini dapat dilakukan dengan mengenali tanda (Permenkes, 2019):

Adanya bercak berwarna putih atau kemerahan yang sifatnya:

- a) Mati rasa
- b) Tidak gatal
- c) Tidak ditumbuhi bulu
- d) Tidak berkeriat

## 3) Penyakit Flu Burung

Penyakit Flu Burung pada manusia disebabkan oleh kuman (virus influenza) dengan gejala demam disertai salah satu gejala antara lain batuk, sakit tenggorokan, pilek dan sesak nafas (Permenkes, 2010). Untuk tujuan kewaspadaan dini Kejadian Luar Biasa (KLB) Flu Burung, peran kader atau tim CBS adalah melaporkan:

- a) Kasus kematian unggas (ayam, itik dan angsa) dengan jumlah yang tidak biasa (banyak)
- b) Sifatnya mendadak, baik terjadi di kawasan peternakan maupun di permukiman penduduk

#### 4) Penyakit malaria

Penyakit malaria disebabkan oleh kuman parasit (*plasmodium*) dan ditularkan oleh nyamuk *anopheles*. Ada 3 (tiga) jenis malaria yaitu malaria tropika, tertian dan quartana. Kewaspadaan dini di tingkat masyarakat dapat dilakukan antara lain dengan surveilans migrasi. Untuk maksud tersebut peran tim atau kader CBS agar melaporkan gejala (Permenkes, 2010):

- a) Setiap orang/pendatang/perantau dengan gejala antara lain demam, mengigil, berkeringat dan nyeri kepala
- b) Setiap orang dengan gejala “demam” dan diketahui pernah bepergian ke daerah endemis atau terjangkit malaria seperti Irian Jaya/Papuan, Kalimantan dan daerah kepulauan di Sulawesi
- c) Dilaporkan segera 1x24 jam ke petugas puskesmas

#### 5) Keracunan makanan

Keracunan makanan atau disebut juga keracunan pangan ditandai dengan (Permenkes, 2013):

- a) Adanya paling sedikit 2 orang yang menderita sakit dengan gejala yang hampir sama
- b) Gejala tersebut diduga akibat telah mengkonsumsi makanan ataupun minuman tertentu
- c) Pusing
- d) Sakit perut
- e) Mual

- f) Muntah
- g) Diare
- h) pingsan

#### 6) Rabies

Penyakit menular akut, yang ditularkan melalui gigitan hewan, penularan rabies (HPR) terutama anjing, kucing dan kerbau. Kasus rabies biasanya berakhir dengan kematian dengan gejala khusus, antara lain (Permenkes, 2010):

- a) Cemas, reaksi, takut air
- b) Takut sinar matahari
- c) Keluar air liur, kesemutan pada luka
- d) Takut suara
- e) Gejala tersebut disertai dengan air mata berlebihan, air liur berlebihan, kejang bila ada rangsangan, kemudian lumpuh.

Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian vaksin (VAR) sesuai prosedur dan diawali dengan pencucian luka standar.

### **C. Tinjauan tentang Kader Kesehatan**

#### **1. Pengertian kader**

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam

hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (Heru, 1995).

Direktorat Bina Serta Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia memberikan batasan kader sebagai warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Kader secara sukarela bersedia berperan melaksanakan dan mengelola kegiatan Keluarga Berencana di desa (Zulkifli, 2003).

## **2. Peran kader**

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh berkedudukan dalam masyarakat. Peran adalah aspek dinamis dari kedudukan (status). Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka dia menjalankan suatu peran, jadi peran dapat diartikan suatu konsep diri seseorang berdasarkan perilaku dan status sosial atau kedudukan di masyarakat (Soejono, 1990).

Peran kader memang sangat penting dalam menjembatani masyarakat. Berbagai informasi dari pemerintah lebih mudah disampaikan kepada masyarakat melalui kader. Karena kader lebih tanggap dan memiliki pengetahuan kesehatan diatas rata-rata dari kelompok sasaran (Nain, 2015).

Tugas-tugas yang harus dilaksanakan seorang kader masyarakat, akan amat berbeda dan bervariasi antara satu tempat dibandingkan tempat lainnya atau antara satu Negara dibandingkan dengan negara lainnya (I. M. K. Wijaya, 2013).

Tugas-tugas mereka itu akan meliputi pelayanan kesehatan dan pembangunan masyarakat, tetapi harus mereka lakukan itu seyogyanya terbatas pada bidang-bidang atau tugas-tugas yang pernah diajarkan pada mereka. Mereka harus benar-benar menyadari tentang keterbatasan yang mereka miliki. Tugas kader akan ditentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan.

#### **D. Tinjauan tentang Variabel yang di Ukur**

##### **1. Pengetahuan (*Knowledge*)**

###### **a. Pengertian**

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2014).

Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Tingkat

pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*aplication*)

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

4) Analisis (*analysis*)

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

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang

baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang baru.

#### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Menurut Knutson (1965), pengetahuan kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui seseorang terhadap cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara memelihara kesehatan meliputi:

- 1) Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, cara penularannya, pencegahannya, mengatasi atau menangani sementara).
- 2) Pengetahuan tentang faktor yang terkait atau mempengaruhi kesehatan.
- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang professional maupun yang tradisional
- 4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan, kecelakaan rumah tangga maupun kecelakaan lalu lintas maupun tempat umum.

#### 2. Sikap

Sikap adalah juga respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi

yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya).

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup. Sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya yaitu:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

b. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

c. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan sebagai subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau memengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tindakannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakinkannya. Dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang berani mencemoohkan atau adanya risiko lain.

Menurut Knutson (1999), sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan yang mencakup sekurang-kurangnya empat variabel yaitu:

- 1) Sikap terhadap penyakit menular atau tidak menular (jenis penyakit, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi atau menangani sementara).
- 2) Sikap terhadap faktor yang terkait atau mempengaruhi kesehatan
- 3) Sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang professional maupun yang tradisional
- 4) Sikap untuk menghindari kecelakaan, kecelakaan rumah tangga, lalu lintas, maupun kecelakaan tempat umum.

### 3. Tindakan (*Practice*)

Tindakan adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

#### a. Praktik terpimpin (*guided response*)

Praktik terpimpin dapat dikatakan ketika seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Praktik secara mekanisme dapat dikatakan apabila seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

c. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan bukan sekadar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan atau perilaku yang berkualitas.

Menurut Knutson (1965) praktik kesehatan atau tindakan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan. Pengetahuan atau cara untuk mengamati perilaku dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara langsung maupun secara tidak langsung. Pengukuran perilaku yang paling baik adalah secara langsung yakni dengan pengamatan (*observasi*), yaitu mengamati tindakan dari subjek dalam rangka memelihara kesehatannya. Pengamatan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*).

## **E. Tinjauan tentang Komunikasi Interpersonal**

### **1. Pengertian komunikasi interpersonal**

Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi yang berlangsung dalam situasi tatap muka antara dua orang atau lebih, baik secara terorganisasi maupun pada kerumunan orang (Wiryanto, 2004).

Menurut DeVito (1978) komunikasi interpersonal adalah penyampaian pesan oleh satu orang dan penerimaan pesan oleh orang lain atau sekelompok kecil orang, dengan berbagai dampaknya dan dengan peluang untuk memberikan umpan balik segera (Effendy, 2013)

Komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal atau nonverbal. Komunikasi interpersonal ini adalah komunikasi yang hanya dua orang, seperti suami istri, dua sejawat, dua sahabat dekat, guru-murid dan sebagainya (Mulyana, 2000)

Sedangkan menurut Hartley (1999) komunikasi interpersonal merupakan komunikasi antara orang-orang secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung baik verbal maupun nonverbal, dan tidak hanya dengan apa yang dikatakan (bahasa) tetapi bagaimana dikatakan (nonverbal seperti nada suara dan ekspresi wajah).

## 2. Jenis–jenis komunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu (Cangara, 2016):

### a. Komunikasi diadik (*Dyadic Communication*)

Komunikasi diadik adalah proses komunikasi yang berlangsung antara dua orang dalam situasi tatap muka. Komunikasi diadik dapat dilakukan dalam tiga bentuk yakni percakapan, dialog, dan wawancara. Percakapan berlangsung dalam suasana yang bersahabat dan informal. Dialog berlangsung dalam situasi yang lebih intim lebih dalam, dan lebih personal sedangkan wawancara sifatnya lebih serius, yakni adanya pihak yang dominan pada posisi bertanya dan yang lainnya pada posisi menjawab.

### b. Komunikasi kelompok kecil (*Small Group Communication*)

Komunikasi kelompok kecil adalah proses komunikasi yang berlangsung antara tiga orang atau lebih secara tatap muka. Dimana anggota-anggotanya saling berinteraksi satu sama lainnya. Komunikasi kelompok kecil oleh banyak kalangan dinilai sebagai tipe komunikasi interpersonal karena:

- 1) Anggota-anggotanya terlibat dalam suatu proses komunikasi yang berlangsung secara tatap muka.
- 2) Pembicara berlangsung secara terpotong-potong dimana peserta bisa berbicara dalam kedudukan yang sama, dengan kata lain tidak ada pembicara tunggal yang mendominasi situasi.

3) Sumber dan penerima sulit diidentifikasi. Dengan kata lain, semua anggota bisa berperan sebagai sumber dan penerima.

### 3. Komponen komunikasi interpersonal

Menurut Suranto (2011) komponen-komponen komunikasi interpersonal meliputi:

#### a. Sumber/komunikator

Merupakan orang yang mempunyai kebutuhan untuk berkomunikasi, yakni keinginan untuk membagi keadaan internal sendiri, baik yang bersifat emosional maupun informasional dengan orang lain. Dalam konteks, komunikasi interpersonal komunikator adalah individu yang menciptakan, memformulasikan, dan menyampaikan pesan.

#### b. *Encoding*

*Encoding* adalah suatu aktivitas internal pada komunikator dalam menciptakan pesan melalui pemilihan simbol-simbol verbal dan nonverbal yang disusun berdasarkan aturan-aturan tata bahasa, serta disesuaikan dengan karakteristik komunikan. *Encoding* merupakan tindakan memformulasikan isi pikiran ke dalam simbol-simbol, kata-kata, dan sebagainya sehingga komunikator merasa yakin dengan pesan yang disusun dan cara penyampaiannya.

#### c. Pesan

Merupakan hasil *encoding*, pesan merupakan unsur yang sangat penting. Pesan itulah yang disampaikan oleh komunikator untuk diterima dan diinterpretasikan oleh komunikan. Komunikasi akan efektif apabila

komunikasikan menginterpretasikan makna pesan sesuai yang diinginkan oleh komunikator. Pesan merupakan seperangkat simbol verbal maupun nonverbal yang berisi ide, sikap dan nilai komunikator. Pesan terbagi menjadi dua yaitu:

#### 1) Komunikasi verbal

Simbol atau pesan verbal adalah semua jenis simbol yang menggunakan suatu kata atau lebih. Bahasa juga dapat dianggap sebagai sistem kode verbal. Bahasa dapat didefinisikan sebagai seperangkat simbol, dengan aturan untuk mengkombinasikan simbol-simbol tersebut, yang digunakan dan dipahami suatu komunitas (Hidayat, 2012) Komunikasi verbal mencakup aspek-aspek berupa (Hidayat, 2012):

- a) *Vocabulary* (perbendaharaan kata- kata)
- b) *Racing* (kecepatan)
- c) Intonasi Suara
- d) Humor
- e) Singkat dan jelas
- f) *Timing* (waktu yang tepat)

#### 2) Nonverbal

Manusia dalam berkomunikasi selain memakai kode verbal (bahasa) juga memakai kode non verbal. Nonverbal biasa disebut bahasa isyarat atau bahasa diam (*silent language*) (Cangara, 2016).

Komunikasi nonverbal menurut Mark Knapp adalah istilah yang biasanya digunakan untuk melukiskan semua peristiwa komunikasi di luar

kata-kata terucap dan tertulis (Cangara, 2016). Penggunaan kode nonverbal dalam berkomunikasi memiliki fungsi untuk:

- a) Meyakinkan apa yang diucapkan (*repetition*)
- b) Menunjukkan perasaan dan emosi yang tidak bisa diutarakan dengan kata-kata (*substitution*)
- c) Menunjukkan jati diri sehingga orang lain bisa mengenalnya (*identity*)
- d) Menambah atau melengkapi ucapan-ucapan yang dirasakan belum sempurna.

Hudjana mendefinisikan komunikasi nonverbal sebagai penciptaan dan pertukaran pesan dengan tidak menggunakan kata-kata seperti komunikasi yang menggunakan gerakan tubuh, sikap, kontak mata, ekspresi muka, kedekatan jarak, dan sentuhan (Cangara, 2016).

#### d. Saluran

Merupakan sarana fisik penyampaian pesan dari sumber ke penerima atau yang menghubungkan orang ke orang lain secara umum. Dalam konteks komunikasi interpersonal, penggunaan saluran atau media semata-mata karena situasi dan kondisi tidak memungkinkan dilakukan komunikasi secara tatap muka. Prinsipnya, sepanjang masih dimungkinkan untuk dilaksanakan komunikasi secara tatap muka, maka komunikasi interpersonal tatap muka akan lebih efektif.

e. Komunikasikan

Adalah seseorang yang menerima, memahami, dan menginterpretasikan pesan. Dalam proses komunikasi interpersonal, penerima bersifat aktif, selain menerima pesan melakukan pula proses interpretasi dan memberikan umpan balik. Berdasarkan umpan balik dari komunikasikan inilah seorang komunikator akan dapat mengetahui keefektifan komunikasi yang telah dilakukan, apakah makna pesan dapat dipahami secara bersama-sama oleh kedua belah pihak, yakni komunikator dan komunikasikan.

f. *Decoding*

*Decoding* merupakan kegiatan internal dalam diri penerima. Melalui indera, penerima mendapatkan macam-macam data dalam bentuk mentah, berupa kata-kata dan simbol-simbol yang harus diubah ke dalam pengalaman-pengalaman yang mengandung makna. Secara bertahap dimulai dari proses sensasi, yaitu proses dimana indera menangkap stimuli. Proses sensasi dilanjutkan dengan persepsi, yaitu proses memberi makna atau *decoding*.

g. Respon

Yakni apa yang telah diputuskan oleh penerima untuk dijadikan sebagai sebuah tanggapan terhadap pesan. Respon dapat bersifat positif, netral, maupun negatif. Respon positif apabila sesuai dengan yang dikehendaki komunikator. Netral berarti respon itu tidak menerima ataupun menolak keinginan komunikator. Dikatakan respon negatif apabila

tanggapan yang diberikan bertentangan dengan yang diinginkan oleh komunikator. Pada hakikatnya respon merupakan informasi bagi sumber sehingga ia dapat menilai efektivitas komunikasi untuk selanjutnya menyesuaikan diri dengan situasi yang ada.

#### h. Gangguan (*Noise*)

Gangguan atau *noise* atau barrier beraneka ragam, untuk itu harus didefinisikan dan dianalisis. *Noise* dapat terjadi di dalam komponen-komponen manapun dari sistem komunikasi. *Noise* merupakan apa saja yang mengganggu atau membuat kacau penyampain dan penerimaan pesan, termasuk yang bersifat fisik dan psikis.

#### i. Konteks komunikasi

Komunikasi selalu terjadi dalam suatu konteks tertentu, paling tidak ada tiga dimensi, yaitu ruang, waktu, dan nilai. Konteks ruang menunjuk pada lingkungan konkret dan nyata tempat terjadinya komunikasi, seperti ruangan, halaman, dan jalanan. Konteks waktu menunjuk pada waktu kapan komunikasi tersebut dilaksanakan, misalnya: pagi, siang, sore, atau malam. Konteks nilai, meliputi nilai sosial dan budaya yang memengaruhi suasana komunikasi, seperti: adat istiadat, situasi rumah, norma sosial, norma pergaulan, etika, tata krama, dan sebagainya. Agar respon komunikasi interpersonal dapat berjalan secara efektif, maka masalah konteks komunikasi ini kiranya perlu menjadi perhatian. Artinya, pihak komunikator dan komunikan perlu mempertimbangkan konteks komunikasi ini.

#### 4. Proses komunikasi

Proses komunikasi terbagi menjadi dua tahap, yakni secara primer dan secara sekunder yaitu (Effendy, 2013):

##### a. Proses komunikasi secara primer

Proses komunikasi secara primer adalah proses penyampaian pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang (*symbol*) sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah bahasa, kial (*gesture*), isyarat, gambar, warna, dan lain sebagainya yang secara langsung mampu “menerjemahkan” pikiran dan perasaan komunikator kepada komunikan. “Bahasa” yang paling banyak dipergunakan dalam komunikasi adalah jelas karena hanya bahasalah yang mampu “menerjemahkan” pikiran seseorang kepada orang lain. Baik berbentuk ide, informasi, atau opini (Effendy, 2013).

##### b. Proses komunikasi secara sekunder

Proses komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang sebagai media pertama (Effendy, 2013).

Seorang komunikator menggunakan media kedua dalam melancarkan komunikasinya karena komunikan sebagai sasarannya berada ditempat yang relatif jauh atau jumlahnya banyak. Surat, telepon, teleks, surat

kabar, majalah, radio, televisi, film, dan banyak lagi adalah media kedua yang sering digunakan dalam komunikasi (Effendy, 2013).

## 5. Ciri komunikasi Interpesonal

Ciri–ciri komunikasi antarpribadi yang efektif yaitu (DeVito, 1978):

### a. Keterbukaan (*openness*)

Kemauan menanggapi dengan senang hati informasi yang diterima di dalam menghadapi hubungan antarpribadi. Kualitas keterbukaan mengacu pada tiga aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikator interpersonal yang efektif harus terbuka kepada komunikannya. Ini tidaklah berarti bahwa orang harus dengan segera membukakan semua riwayat hidupnya. Memang ini mungkin menarik, tetapi biasanya tidak membantu komunikasi. Sebaliknya, harus ada kesediaan untuk membuka diri mengungkapkan informasi yang biasanya disembunyikan, asalkan pengungkapan diri ini patut dan wajar. Aspek kedua mengacu pada kesediaan komunikator untuk bereaksi secara jujur terhadap stimulus yang datang. Orang yang diam, tidak kritis, dan tidak tanggap pada umumnya merupakan komunikan yang menjemukan. Bila ingin komunikan bereaksi terhadap apa yang komunikator ucapkan, komunikator dapat memperlihatkan keterbukaan dengan cara bereaksi secara spontan terhadap orang lain. Aspek ketiga menyangkut kepemilikan perasaan dan pikiran dimana komunikator mengakui bahwa perasaan dan pikiran yang diungkapkannya adalah miliknya dan ia bertanggung jawab atasnya.

b. Empati (*empathy*)

Empati adalah kemampuan seseorang untuk mengetahui apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain itu, melalui kacamata orang lain itu. Berbeda dengan simpati yang artinya adalah merasakan bagi orang lain. Orang yang berempati mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang sehingga dapat mengkomunikasikan empati, baik secara verbal maupun nonverbal.

c. Dukungan (*supportiveness*)

Situasi yang terbuka untuk mendukung komunikasi berlangsung efektif. Hubungan interpersonal yang efektif adalah hubungan dimana terdapat sikap mendukung. Individu memperlihatkan sikap mendukung dengan bersikap deskriptif bukan evaluatif, spontan bukan strategik.

d. Rasa positif (*positiveness*)

Seseorang harus memiliki perasaan positif terhadap dirinya, mendorong orang lain lebih aktif berpartisipasi, dan menciptakan situasi komunikasi kondusif untuk interaksi yang efektif.

e. Kesetaraan (*equality*)

Komunikasi antarpribadi akan lebih efektif bila suasananya setara. Artinya, ada pengakuan secara diam-diam bahwa kedua belah pihak menghargai, berguna, dan mempunyai sesuatu yang penting untuk disumbangkan. Kesetaraan meminta kita untuk memberikan penghargaan

positif tak bersyarat kepada individu lain. (Liliweri, 1991). Komunikasi antarpribadi sebenarnya merupakan suatu proses sosial dimana orang-orang yang terlibat di dalamnya saling memengaruhi. Proses saling memengaruhi ini merupakan suatu proses bersifat psikologis dan karenanya juga merupakan permulaan dari ikatan psikologis antarmanusia yang memiliki suatu pribadi.

## F. Tabel Sintesa Hasil Penelitian

Tabel 1. Tabel sintesa hasil penelitian

NO.	NAMA PENELITI (Tahun)	JUDUL PENELITIAN	KARAKTERISTIK VARIABEL			
			VARIABEL	JENIS PENELITIAN	SAMPEL	HASIL
1.	Rudge <i>et al.</i> (2019)	<i>Epidemiology and aetiology of influenza-like illness among households in metropolitan Vientiane, Lao PDR</i> :A prospective, Community based cohort study	Umur, Jenis Kelamin, Jumlah kamar tidur, dan ILI	<i>Study kohort prospektif</i>	4885 peserta studi secara total dari 995 rumah tangga di 25 desa	ILI secara bermakna dikaitkan dengan kelompok umur ( $p < 0,001$ ), jenis kelamin ( $p < 0,001$ ), dan jumlah kamar tidur ( $p = 0,04$ ) dalam analisis multivariat. Pada 548 usapan nasofaring, paling banyak patogen potensial yang umum terdeteksi adalah <i>Streptococcus pneumoniae</i> (17,0%), <i>Staphylococcus aureus</i> (11,3%), influenza A (11,1%; sebagian besar subtipe H3N2), rhinovirus (7,5%), dan influenza B (8,0%). Streptococci diisolasi dari 42 (8,6%) dari 536 usapan tenggorokan, sebagian besar (27) di antaranya adalah Lancefield Group G. Koinfeksi diamati di 132 (24,1%) 548 episode ILI.
2.	Ahorlu <i>et., al</i> (2018)	<i>Implementing active community-</i>	Pengetahuan	<i>Quasi eksperimen</i>	20 sukarelawan, 2	Di semua 75 lesi kulit terdeteksi selama putaran surveilans, dari yang 17 diduga BU dan 12 dari 17 dikonfirmasi sebagai

		<i>based surveillance-response system for Buruli ulcer early case detection and management in Ghana</i>			petugas, 6 staf klinis, dan 36084 orang yang diperiksa	BU menggunakan <i>Polymerase Chain Reaction</i> (PCR). Dari 12, lima, tiga dan empat adalah lesi kategori I, II dan III masing-masing. Pemeriksaan fisik adalah dilakukan pada 94% orang yang terlihat selama putaran surveilans. Studi ini mengungkapkan bahwa layak untuk melatih petugas kesehatan pinggiran dan masyarakat. Pengetahuan tentang BU juga meningkat di masyarakat pada akhir penelitian.
3.	Okelloh <i>et al.</i> (2019)	<i>Lessons learned from community-based tuberculosis case-finding in western Kenya</i>	Upah minimum, kehadiran, Kedekatan dengan fasilitas kesehatan, kehadiran pada saat hari kerja	<i>Quasi eksperimen</i>	1.424 orang	Selama kunjungan pertama daripada yang kedua ( $P = 0,0007$ ). Mengingat variabilitas yang hadir di seluruh situs perkotaan, perbedaannya antara kehadiran di daerah perkotaan vs pedesaan tidak signifikan secara statistik ( $P = 0,1179$ dan $P = 0,3539$ ). Namun, unit seluler di daerah pedesaan tempat CHV menerima upah minimum harian disaring secara signifikan lebih banyak orang daripada unit seluler di daerah pedesaan di mana CHV diberi nilai nominal gaji bulanan ( $P = 0,0029$ ;). Tidak ada yang signifikan perbedaan kehadiran berdasarkan kedekatan dengan fasilitas kesehatan ( $P = 0,6244$ ;). Tidak ada perbedaan yang

						signifikan dalam hal kehadiran antara hari kerja yang berbeda (Senin hingga Jumat); Namun, kehadirannya secara signifikan lebih rendah selama akhir pekan (Sabtu vs Senin, $P = 0,0062$ ; Minggu vs Senin, $P = 0,0118$ ).
4.	Lorent <i>et al.</i> (2014)	<i>Community-Based Active Tuberculosis Case Finding in Poor Urban Settlements of Phnom Penh, Cambodia: A Feasible and Effective Strategy</i>	Skrining gejala, dan pengumpulan dahak	<i>Cross-sectional</i>	315.874 individu	Dalam 14 bulan, kami melakukan skrining 315.874 individu; kami mengidentifikasi 12,201 berusia 15 tahun dengan gejala sugestif TB; 84% disediakan dahak. Mendiagnosis 783, termasuk 737 kasus TB yang di konfirmasi dengan bakteri. Pengujian Xpert dihasilkan 41% dan 48% diagnosis tambahan di antara masing-masing kasus TB yang terkait dengan HIV dan resistan terhadap beberapa obat. Waktu rata-rata dari pengumpulan sputum hingga pemberitahuan (melalui SMS) dari hasil positif pertama (mikroskop atau Xpert) adalah 3 hari (IQR 2–6). Lebih dari 94% memulai pengobatan TB dan 81% berhasil menyelesaikannya.
5.	Wahyuni and Artanti (2013)	Pelatihan kader kesehatan untuk penemuan	Pengetahuan	<i>Quasi eksperimen</i>	90 orang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah pelatihan, pengetahuan kader tentang penemuan suspek TB meningkat dari 67 (74,4%) menjadi 89

		penderita suspek Tuberculosis				(98,9%).
6.	Ahmed <i>et.,al</i> (2014)	<i>Conventional or Interpersonal Communication : Which Works Best in Disseminating Malaria Information in an Endemic Rural Bangladeshi Community?</i>	Pengetaha n	<i>Quasi eksperimen</i>	25 rumah tangga	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari berbagai media yang digunakan dalam kampanye Informasi, Pendidikan dan komunikasi (KIE) selama penelitian. Pada masa itu, komunikasi interpersonal dengan petugas kesehatan masyarakat/kerabat/tetangga/teman lebih banyak ditemukan efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik daripada media cetak dan audio-visual konvensional.
7.	I. M. K. Wijaya (2013)	Pengetahuan, sikap dan motivasi terhadap keaktifan kader dalam pengendalian tuberculosis	Pengetaha n, sikap, motivasi, dan keaktifan kader	<i>Cross- sectional</i>	60 sampel	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara variabel pengetahuan dengan keaktifan kader ( $p=0,012$ ; $OR=18.44$ ), antara sikap dengan keaktifan kader ( $p=0,011$ ; $OR=8.08$ ), dan antara motivasi dengan keaktifan kader ( $p=0,018$ ; $OR=15.01$ ).
8.	Idrus <i>et.,al</i> (2017)	<i>Surveillance System Model for Pulmonary Tuberculosis</i>	Pengetaha n	<i>Quasi eksperimen</i>	Peserta barazanji	Penelitian ini menunjukkan peningkatan keberhasilan program TB dalam kelompok intervensi. Semua variabel pengetahuan setelah intervensi

		<i>Suspected In Pangkep Region, Indonesia</i>				<p>mengalami perubahan signifikan dengan <i>p value</i> 0.05. Dalam arti proporsi dugaan TB paru meningkat dari 25,69-34,24%,masing-masing.</p> <p>Demikian pula, tingkat deteksi kasus 51,36% berasal dari 34,24% dalam periode lebih dari 3 bulan dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu 40,5% dari 19,25%, sedangkan tingkat deteksi kasus tetap 20,26%.</p>
--	--	---	--	--	--	---

## **G. Kerangka Teori**

### **1. Domain perilaku**

Knutson (1965) membagi perilaku menjadi tiga domain, yakni pengetahuan, sikap dan tindakan atau praktek. Mengukur perilaku dan perubahannya, khususnya perilaku kesehatan juga mengacu kepada tiga domain yaitu:

#### **a. Pengetahuan kesehatan**

Pengetahuan kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui seseorang terhadap cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya. Pengetahuan kesehatan dapat diukur dengan mengajukan pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan tertulis atau angket.

#### **b. Sikap terhadap kesehatan**

Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.

#### **c. Praktek kesehatan**

Praktek kesehatan atau tindakan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan. Pengukuran atau cara untuk mengamati perilaku dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu secara langsung maupun secara tidak langsung. Pengukuran perilaku yang paling baik adalah secara langsung yakni dengan pengamatan (observasi), yaitu mengamati tindakan subjek dalam rangka memelihara kesehatannya. Pengamatan secara tidak langsung

menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) metode dilakukan melalui pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan objek tertentu.

## 2. Komunikasi interpersonal

Menurut Suranto (2011) komponen-komponen komunikasi interpersonal meliputi:

### a. Sumber/komunikator

Merupakan orang yang mempunyai kebutuhan untuk berkomunikasi, yakni keinginan untuk membagi keadaan internal sendiri, baik yang bersifat emosional maupun informasional dengan orang lain. Dalam konteks, komunikasi interpersonal komunikator adalah individu yang menciptakan, memformulasikan, dan menyampaikan pesan.

### b. *Encoding*

*Encoding* adalah suatu aktivitas internal pada komunikator dalam menciptakan pesan melalui pemilihan simbol-simbol verbal dan nonverbal yang disusun berdasarkan aturan-aturan tata bahasa, serta disesuaikan dengan karakteristik komunikan. *Encoding* merupakan tindakan memformulasikan isi pikiran ke dalam simbol-simbol, kata-kata, dan sebagainya sehingga komunikator merasa yakin dengan pesan yang disusun dan cara penyampaiannya.

### c. Pesan

Merupakan hasil *encoding*, pesan merupakan unsur yang sangat penting. Pesan itulah yang disampaikan oleh komunikator untuk diterima

dan diinterpretasikan oleh komunikan. Komunikasi akan efektif apabila komunikan menginterpretasikan makna pesan sesuai yang diinginkan oleh komunikator. Pesan merupakan seperangkat simbol verbal maupun nonverbal yang berisi ide, sikap dan nilai komunikator. Pesan terbagi menjadi dua yaitu komunikasi verbal dan nonverbal.

d. Saluran

Merupakan sarana fisik penyampaian pesan dari sumber ke penerima atau yang menghubungkan orang ke orang lain secara umum. Dalam konteks komunikasi interpersonal, penggunaan saluran atau media semata-mata karena situasi dan kondisi tidak memungkinkan dilakukan komunikasi secara tatap muka. Prinsipnya, sepanjang masih dimungkinkan untuk dilaksanakan komunikasi secara tatap muka, maka komunikasi interpersonal tatap muka akan lebih efektif.

e. Komunikan

Adalah seseorang yang menerima, memahami, dan menginterpretasikan pesan. Dalam proses komunikasi interpersonal, penerima bersifat aktif, selain menerima pesan melakukan pula proses interpretasi dan memberikan umpan balik. Berdasarkan umpan balik dari komunikan inilah seorang komunikator akan dapat mengetahui keefektifan komunikasi yang telah dilakukan, apakah makna pesan dapat dipahami secara bersama-sama oleh kedua belah pihak, yakni komunikator dan komunikan.

f. *Decoding*

*Decoding* merupakan kegiatan internal dalam diri penerima. Melalui indera, penerima mendapatkan macam-macam data dalam bentuk mentah, berupa kata-kata dan simbol-simbol yang harus diubah ke dalam pengalaman-pengalaman yang mengandung makna. Proses sensasi dilanjutkan dengan persepsi, yaitu proses memberi makna atau *decoding*.

g. Respon

Yakni apa yang telah diputuskan oleh penerima untuk dijadikan sebagai sebuah tanggapan terhadap pesan. Respon dapat bersifat positif, netral, maupun negatif. Respon positif apabila sesuai dengan yang dikehendaki komunikator. Netral berarti respon itu tidak menerima ataupun menolak keinginan komunikator. Dikatakan respon negatif apabila tanggapan yang diberikan bertentangan dengan yang diinginkan oleh komunikator. Pada hakikatnya respon merupakan informasi bagi sumber sehingga ia dapat menilai efektivitas komunikasi untuk selanjutnya menyesuaikan diri dengan situasi yang ada.

h. Gangguan (*Noise*)

Gangguan atau *noise* atau barrier beraneka ragam, untuk itu harus didefinisikan dan dianalisis. *Noise* dapat terjadi di dalam komponen-komponen manapun dari sistem komunikasi. *Noise* merupakan apa saja yang mengganggu atau membuat kacau penyampain dan penerimaan pesan, termasuk yang bersifat fisik dan psikis.

i. Konteks komunikasi

Komunikasi selalu terjadi dalam suatu konteks tertentu, paling tidak ada tiga dimensi, yaitu ruang, waktu, dan nilai. Konteks ruang menunjuk pada lingkungan konkret dan nyata tempat terjadinya komunikasi, seperti ruangan, halaman, dan jalanan. Konteks waktu menunjuk pada waktu kapan komunikasi tersebut dilaksanakan, misalnya: pagi, siang, sore, atau malam. Konteks nilai, meliputi nilai sosial dan budaya yang memengaruhi suasana komunikasi, seperti: adat istiadat, situasi rumah, norma sosial, norma pergaulan, etika, tata krama, dan sebagainya. Agar respon komunikasi interpersonal dapat berjalan secara efektif, maka masalah konteks komunikasi ini kiranya perlu menjadi perhatian. Artinya, pihak komunikator dan komunikan perlu mempertimbangkan konteks komunikasi ini.

### **3. Pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat**

a. Deteksi kasus

Deteksi kasus secara sederhana yang dilakukan oleh kader atau masyarakat adalah apabila kader menemukan warga masyarakat dengan tanda-gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

b. Registrasi

Warga masyarakat yang memiliki tanda-gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya di wilayah kader CBS, dilakukan pendataan sendiri oleh kader CBS yang kemudian dilaporkan by SMS dan telepon.

Hasil pengamatan dan pemantauan juga dilaporkan secara berkala sesuai kesepakatan (per minggu/ per bulan/ bahkan setiap saat) ke petugas kesehatan di Poskesdes atau Puskesmas. Informasi yang disampaikan berupa informasi :

- 1) Nama penderita
- 2) Penyakit yang dialami/ gejala
- 3) Alamat tinggal
- 4) Umur
- 5) Jenis kelamin
- 6) Kondisi lingkungan tempat tinggal penderita, dll.

c. Konfirmasi

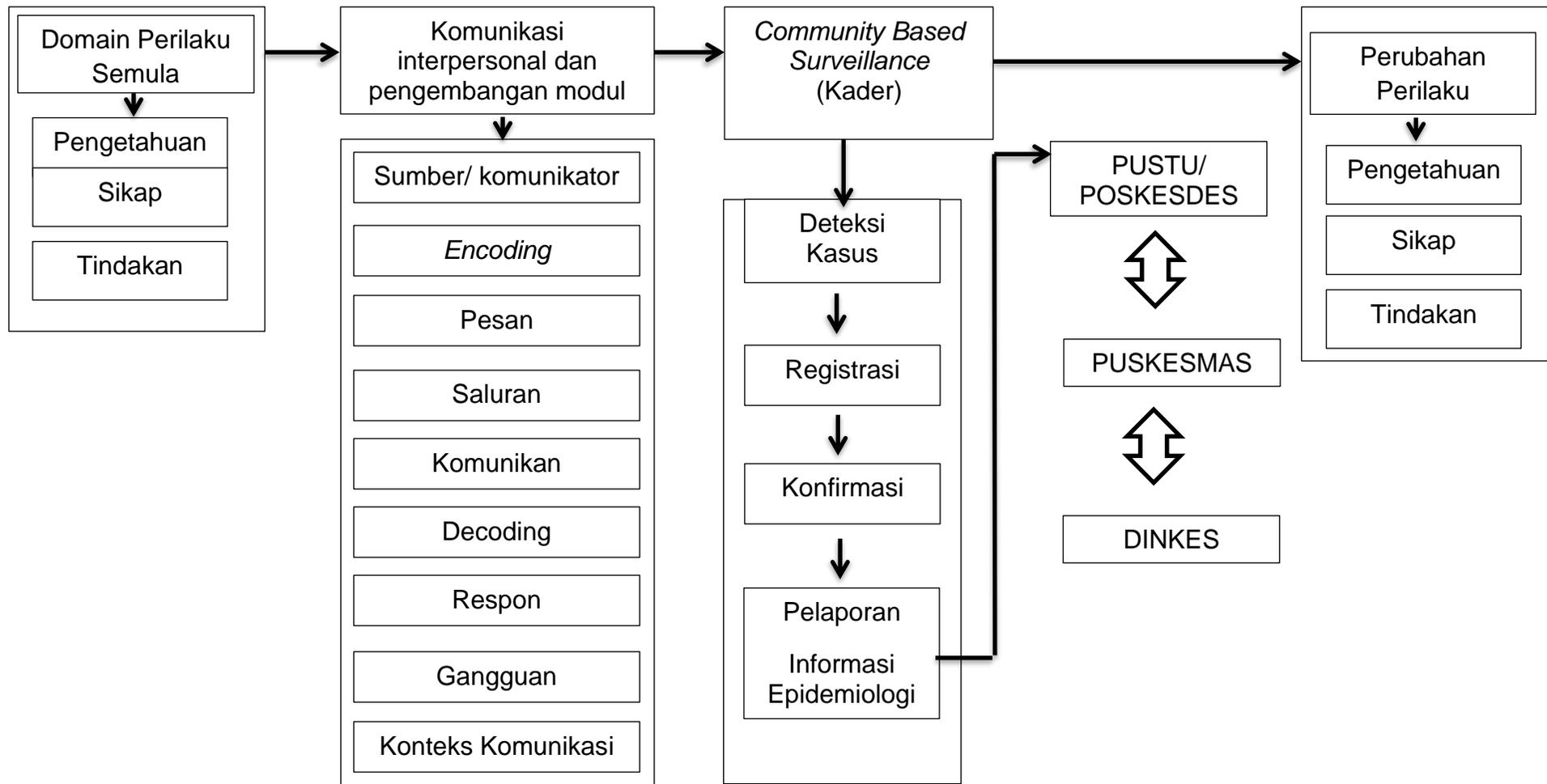
Konfirmasi juga dilakukan oleh kader kesehatan, apabila mendapat informasi bahwa ada warga masyarakat yang sakit. Konfirmasi dilakukan dengan mendatangi rumah warga tersebut sambil melihat kondisi penderita dan mencari informasi dari keluarganya. Jika kader merasa kesulitan, konfirmasi dapat dilakukan dengan pendampingan oleh tenaga kesehatan.

d. Pelaporan (kader CBS)

Data yang diperoleh oleh kader berdasarkan hasil pemantauan dan pengamatan, dicatat setiap saat pada formulir CBS-02 dan dilaporkan ke Pustu/Poskesdes atau ke Puskesmas setiap bulan. Sedangkan kasus-kasus yang harus dilaporkan 1x24 jam, dicatat pada formulir CBS-01 dan dilaporkan segera ke petugas Puskesmas.

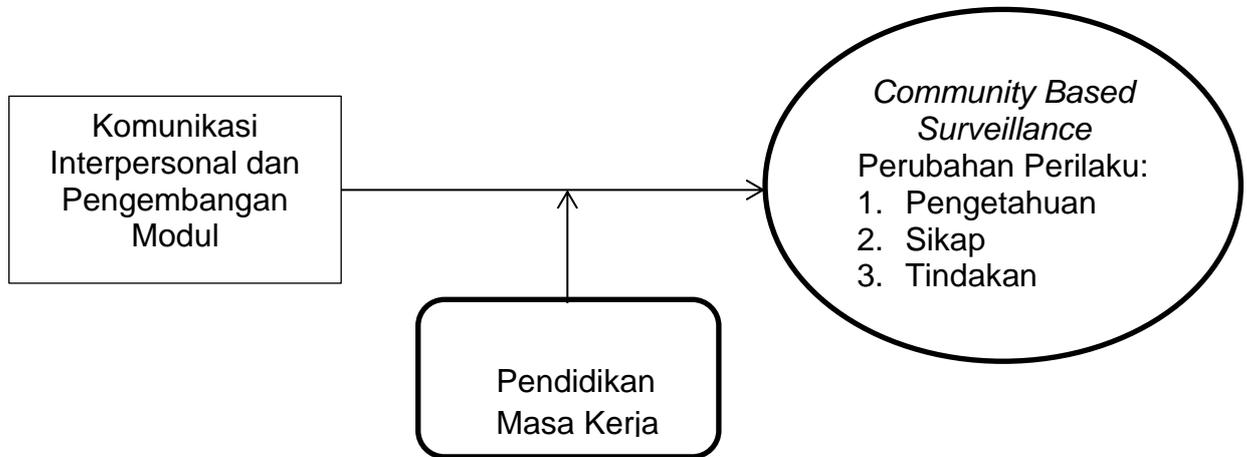
Formulir CBS-01 berisi informasi adanya dugaan kasus yang mengarah kepada Kejadian Luar Biasa (KLB) sehingga perlu dilaporkan segera dalam waktu 1x24 jam oleh kader CBS dan petugas pustu/poskesdes ke puskesmas.

Formulir CBS-02 berisi informasi hasil pengamatan atau kunjungan selama 1 (satu) bulan (periode Pengamatan), diisi dan dilaporkan setiap bulan oleh kader CBS baik ada maupun tidak ada kasus. Formulir ini disetor ke petugas pustu/poskesdes atau puskesmas.



Sumber: Modifikasi Teori Suranto (2011), Teori Heriana (2018) dan Teori Knutson (1965)  
Gambar 4. Kerangka Teori

## H. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 5. Kerangka konsep penelitian

Keterangan:

-  : Variabel Independen
-  : Variabel Dependen
-  : Variabel Kontrol

## I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

### 1. Variabel kontrol

#### a. Pendidikan

Definisi operasional:

Pendidikan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kader yang telah menempuh pendidikan formal minimal tamat SD.

#### b. Masa kerja

Definisi operasional:

Masa kerja yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kader dengan masa kerja selama minimal 1 tahun.

## **2. Variabel independen**

### a. Komunikasi interpersonal dan modul

Definisi operasional:

Komunikasi interpersonal dan modul dalam penelitian ini adalah komunikasi yang dilakukan oleh komunikator kepada kader dan modul yang digunakan sebagai alat bantu dalam komunikasi. Komunikasi interpersonal dan modul hanya dilakukan kepada kelompok intervensi yang membahas mengenai pengertian, gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya dan cara pelaporan.

### b. Modul

Definisi operasional:

Modul yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pemberian modul yang diberikan kepada kelompok kontrol. Modul yang berisi pengertian, gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya dan cara pelaporan.

## **3. Variabel dependen**

### a. *Community Based Surveillance (CBS)*

Definisi operasional

*Community Based Surveillance (CBS)* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kader CBS dengan pengetahuan, sikap dan tindakan dalam penemuan kasus dan pengendalian penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

### 1) Pengetahuan

#### Definisi operasional

Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hasil dari tahu tentang gejala penyakit PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

### 2) Sikap

#### Definisi operasional

Sikap yang dimaksud dalam penelitian ini adalah respon atau tanggapan yang meliputi segala yang berhubungan dengan perasaan, dukungan, dan suasana hati kader kesehatan dalam penemuan kasus PD3I dan masalah kesehatan lainnya.

### 3) Keaktifan

#### Definisi operasional:

Keaktifan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah adanya informasi dari hasil kunjungan selama 1 bulan (periode pengamatan), diisi dan dilaporkan baik ada maupun tidak ada kasus.

#### Kriteria objektif:

Tidak aktif : Jika kader tidak melaporkan ada atau tidak adanya kasus yang ditemukan

Aktif : Jika kader melaporkan ada atau tidak adanya kasus yang ditemukan

## **J. Hipotesis Penelitian**

1. Terdapat perbedaan peningkatan pengetahuan, sikap dan keaktifan sebelum dan setelah intervensi komunikasi interpersonal dan pengembangan modul
2. Terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan keaktifan yang lebih tinggi pada kelompok intervensi komunikasi interpersonal dan pengembangan modul, daripada kelompok kontrol yang hanya diberikan pengembangan modul