

SKRIPSI

GAMBARAN TINGKAT LITERASI KESEHATAN DAN

PENGETAHUAN PASIEN TB PARU TENTANG PENYAKIT TB PARU

DI PUSKESMAS BANIONA, KABUPATEN FLORES TIMUR



Oleh

Yohanes Demon
NIM. R011181736

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN-UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR 2020



Halaman Persetujuan Skripsi dengan Judul

**GAMBARAN TINGKAT LITERASI KESEHATAN DAN PENGETAHUAN
PASIEEN TB PARU TENTANG PENYAKIT TB PARU
DI PUSKESMAS BANIONA, KABUPATEN FLORES TIMUR**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Studi
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*

Oleh

YOHANES DEMON

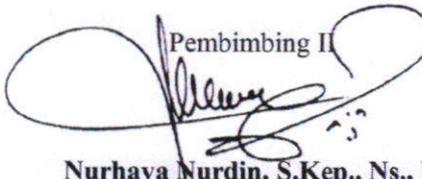
R011181736

Dosen Pembimbing

Pembimbing I


Arnis Puspittha, S.Kep., Ns., M.Kes.

Pembimbing II


Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Syam S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002



Halaman Pengesahan

**GAMBARAN TINGKAT LITERASI KESEHATAN DAN PENGETAHUAN
PASIEN TB PARU TENTANG PENYAKIT TB PARU
DI PUSKESMAS BANIONA, KABUPATEN FLORES TIMUR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada

Hari/Tanggal : Senin, 03 Agustus 2020

Waktu : Pkl. 13.00 – selesai

Tempat : Via Online

Disusun oleh :

YOHANES DEMON

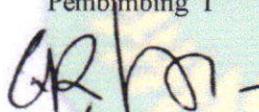
R011181736

Dan yang bersangkutan dinyatakan

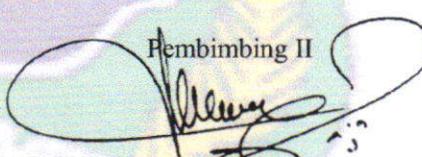
LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I


Arnis Puspitha, S.Kep., Ns., M.Kes.

Pembimbing II


Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasamuddin


Dr. Yuliana Svam, S.Kep., Ns., M.Si

NIP. 19760618 200212 2 002



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yohanes Demon

Nomor Induk Mahasiswa : R011181736

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak lain.

Makassar, 01 Oktober 2020

Yang membuat pernyataan,

METERAI
TEMPEL
58FC5AHF6189024
6000
ENAM RIBU RUPIAH

Yohanes Demon



Kata Pengantar

Puji dan syukur peneliti haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas segala berkat dan anugerah-Nya, sehingga proses penyusunan skripsi ini dapat peneliti selesaikan tepat pada waktunya. Pada tempat ini peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat;

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam membangun serta memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
4. Arnis Puspitha R, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing satu dan Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH selaku pembimbing dua yang selalu menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing peneliti dalam menyelesaikan skripsi.
5. Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN selaku penguji satu dan Wa Ode Nurisnah S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji dua yang akan memberikan masukan dalam penyempurnaan skripsi ini

Da Dinas Kesehatan Kabupaten Flores Timur yang telah memberikan izin
da peneliti untuk melakukan penelitian.



7. Kepala Kesbangpol Kabupaten Flores Timur yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
8. Kepala Puskesmas Baniona yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk mengambil data awal dan melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
9. Pengelola program TB Puskesmas Baniona yang telah memberikan data laporan TB 03 dan TB 06.
10. Para subyek penelitian yang telah meluangkan tenaga dan waktu untuk diwawancarai saat penelitian.

Terimakasih yang sebesar-besarnya peneliti persembahkan kepada istri dan anak-anak tercinta yang dengan tulus memberikan dukungan yang tidak terhingga serta teman-teman seperjuangan dan pihak lain yang tidak peneliti sebutkan, yang telah memberikan dukungan moril maupun gagasan dalam membantu peneliti untuk menyusun skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan baik dalam konten maupun konteks, oleh karena itu peneliti mengharapkan kepada semua pihak agar dapat memberikan kritikan yang bersifat konstruktif demi penyempurnaannya.

Makassar, Agustus 2020

Peneliti



ABSTRACT

Yohanes Demon. R011181736. DESCRIPTION OF HEALTH LITERATION LEVELS AND KNOWLEDGE OF PATIENTS ABOUT LUNG TB DISEASE AT BANIONA COMMUNITY HEALTH CENTERS, EAST FLORES DISTRICT, supervised by Arnis Puspitha. R and Nurhaya Nurdin.

Background: Pulmonary tuberculosis is an infectious disease that can attack the lungs and other organs, which is still one of the biggest health problems in the world until now. The number of pulmonary TB cases in the Baniona Community Health Center in 2017 was 6 cases and increased by 100% in 2018. The increase in cases was a result of the high transmission from sufferers to other people. **The aim of the research:** To determine the level of health literacy of pulmonary TB patients and knowledge of pulmonary TB patients about pulmonary TB disease. **The research method** used is a descriptive study with a cross-sectional research design. The population was patients with pulmonary TB in the working area of the Baniona Health Center who were more than 15 years old with a total sample of 54 people and the sampling technique was total sampling. Data collection using a questionnaire with interview techniques via telephone. **Results:** Subjects with a health literacy level in the health care sub domain in the good category were 100%, the health literacy level in the disease prevention sub domain in the good category was 21 people (38.9%) and the low category was 33 people (61.1%). The level of health literacy in the health promotion sub domain was in the good category as many as 22 people (40.7%) and in the low category as many as 32 people (59.3%). While the level of knowledge of research subjects in the good category was 19 people (35.2%), 33 people (61.1%) in the moderate category and 2 people in the poor category (3.7%).

Conclusions and suggestions: The research subjects have good health literacy in health care and low health literacy in disease prevention and health promotion. In the aspect of knowledge, most of the subjects have sufficient knowledge, therefore health education needs to be improved to increase knowledge about pulmonary TB so that subjects can take definite steps in preventing transmission of pulmonary TB disease.

Keywords: Description of health literacy level and level of knowledge about pulmonary TB.

Literature source: 38 literature (2010-2020)



ABSTRAK

Yohanes Demon. R011181736. GAMBARAN TINGKAT LITERASI KESEHATAN DAN PENGETAHUAN PASIEN TB PARU TENTANG PENYAKIT TB PARU DI PUSKESMAS BANIONA, KABUPATEN FLORES TIMUR, dibimbing oleh Arnis Puspitha. R dan Nurhaya Nurdin.

Latar belakang: Penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang paru-paru dan organ lain, yang sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan terbesar di dunia. Jumlah kasus TB paru di wilayah Puskesmas Baniona pada tahun 2017 sebanyak 6 kasus dan mengalami peningkatan sebesar 100% pada tahun 2018. Peningkatan kasus tersebut merupakan akibat dari tingginya penularan dari penderita ke orang lain. **Tujuan penelitian:** Untuk mengetahui tingkat literasi kesehatan pasien TB paru dan pengetahuan pasien TB paru tentang penyakit TB paru. **Metode penelitian** yang digunakan adalah studi deskriptif dengan desain penelitian cross-sectional. Populasi adalah penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Baniona yang berusia lebih dari 15 tahun dengan jumlah sampel 54 orang dan teknik pengambilan sampel adalah total sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara melalui telpon. **Hasil:** Subyek dengan tingkat literasi kesehatan sub domain perawatan kesehatan pada kategori baik sebesar 100%, tingkat literasi kesehatan sub domain pencegahan penyakit pada kategori baik sebanyak 21 orang (38,9%) dan kategori rendah sebanyak 33 orang (61,1%), tingkat literasi kesehatan sub domain promosi kesehatan pada kategori baik sebanyak 22 orang (40,7%) dan kategori rendah sebanyak 32 orang (59,3%). Sedangkan tingkat pengetahuan subyek penelitian pada kategori baik sebanyak 19 orang (35,2%), kategori cukup 33 orang (61,1%) dan kategori kurang sebanyak 2 orang (3,7%).

Kesimpulan dan saran: Subyek penelitian memiliki literasi kesehatan baik dalam perawatan kesehatan dan literasi kesehatan rendah pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Pada aspek pengetahuan, sebagian besar subyek berpengetahuan cukup, oleh karena itu perlu ditingkatkan pendidikan kesehatan untuk menambah pengetahuan tentang TB paru sehingga subyek dapat mengambil langkah yang pasti dalam mencegah penularan penyakit TB paru.

Kata kunci : Gambaran tingkat literasi kesehatan dan tingkat pengetahuan tentang TB paru.
Sumber literature : 38 kepustakaan (2010-2020)



Daftar Isi

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Lembar Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Kata Pengantar.....	v
ABSTRACT	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Konsep Penyakit Tuberkulosis	9
1. Definisi.....	9
2. Penyebab	9
3. Penularan.....	10
4. Patogenesis TB	12
5. Tanda dan gejala.....	14
6. Pengobatan	15
Komplikasi.....	17
Pencegahan Penularan	17
Konsep Literasi Kesehatan	19



1.	Definisi literasi kesehatan	19
2.	Literasi kesehatan pada anak-anak, remaja dan dewasa	20
3.	Strategi literasi kesehatan dalam pelayanan kesehatan.....	22
4.	Meningkatkan literasi kesehatan pada klinik dan populasi.....	23
C.	Konsep Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	33
1.	Definisi.....	33
2.	Upaya meningkatkan pengetahuan melalui promosi kesehatan	33
3.	Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	37
D.	Kriteria tingkat pengetahuan.	39
BAB III KERANGKA KONSEP		40
BAB IV METODE PENELITIAN		41
A.	Rancangan Penelitian	41
B.	Tempat dan waktu penelitian.....	41
C.	Populasi dan Sampel	42
1.	Populasi.....	42
2.	Sampel.....	42
D.	Alur Penelitian	44
E.	Variabel penelitian	45
1.	Identifikasi variable.	45
2.	Definisi operasional dan kriteria obyektif.....	45
F.	Instrument penelitian dan pengumpulan data	47
1.	Instrumen penelitian tingkat Literasi Kesehatan.	47
2.	Instrumen penelitian tingkat pengetahuan tentang penyakit TB paru	48
3.	Pengumpulan Data.....	48
G.	Pengolahan dan analisa data.....	48
1.	Pengolahan Data.....	48
2.	Analisa data	49
3.	Masalah etika.....	49
4.	Otonomi (<i>Autonomia</i>)	50
5.	Kerahasiaan (<i>Confidential</i>)	50
6.	Tidak merugikan (<i>non maleficence</i>)	50



BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	51
A. Hasil Penelitian	51
B. Pembahasan	59
1. Gambaran data demografi subyek penelitian.	59
2. Gambaran tingkat literasi kesehatan pasien TB paru.....	62
3. Gambaran tingkat pengetahuan pasien TB paru tentang TB paru.....	68
4. Implikasi Penelitian.	72
C. Keterbatasan Penelitian	73
BAB VI PENUTUP	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran.....	74
Daftar Pustaka	76



Daftar Tabel

2.1. Penjelasan tentang gambar	26
4.1. Sampel penelitian	44
4.2. Alur penelitian	45
5.1. Distribusi karakteristik demografi	52
5.2. Distribusi tingkat literasi kesehatan pasien TB paru	53
5.3. Distribusi tingkat pengetahuan pasien TB paru	54
5.4. Distribusi pernyataan dan jawaban tentang penyalit TB paru	55
5.5. Tabulasi silang antara pengetahuan dengan LK sub domain perawatan	56
5.6. Tabulasi silang antara pengetahuan dengan LK sub domain pencegahan penyakit	57
5.7. Tabulasi silang antara tingkat pengetahuan dan LK sub domain promosi kesehatan	57
5.8. Tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan.....	58



Daftar Gambar

2.1. Gambar model konseptual literasi kesehatan menurut Eropa Health Literacy Suvey	24
3.1. Gambar kerangka konsep	40



Daftar Lampiran

- Lampiran 1 : Rekomendasi Etik Penelitian
- Lampiran 2 : Rekomendasi Penelitian dari Kesbangpol
- Lampiran 3 : Lembar penjelasan untuk subyek penelitian
- Lampiran 4 : Informed consent
- Lampiran 5 : Kuesioner
- Lampiran 6 : Kuesioner terjemahan berbahasa daerah Lamaholot
- Lampiran 7 : Master tabel penelitian
- Lampiran 8 : Output SPSS



Daftar Singkatan

WHO	: World health organization
CNR	: Case notification rate
CDR	: Case detection rate
NTT	: Nusa Tenggara Timur
BTA	: Bakteri tahan asam
TB	: Tuberkulosis
RPJMN	: Rencana pembangunan jangka menengah nasional
DOTS	: Directly observed treatment short-course
PT	: Perguruan tinggi
OAT	: Obat anti tuberkulosis
PMO	: Pengawas menelan obat
KDT	: Kombinasi dosis tetap
LK	: Literasi kesehatan
HLQ	: Health literacy questionnaire
PHBS	: Pola hidup bersih dan sehat
SDM	: Sumber daya manusia



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis paru atau TB paru merupakan penyakit infeksi menular yang menyerang paru-paru dan organ lain, yang sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan terbesar di dunia (Permenkes, 2016). Laporan yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2017 bahwa prevalensi kasus TB paru di Indonesia nomor dua di dunia dan tidak pernah menurun sejak tahun 2014. Hal-hal yang menjadi indikator adalah angka notifikasi/*Case Notification Rate* (CNR) pada tahun 2014 sampai pada tahun 2017 mengalami peningkatan kasus, yakni pada tahun 2014 CNR 125/100.000 penduduk, pada tahun 2015 CNR 130/100.000 penduduk, pada tahun 2016 CNR 139/100.000 penduduk dan pada tahun 2017 CNR 161/100.000 penduduk. Pada angka *Case Detection Rate* (CDR) atau jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan pada tahun 2017 sebesar 42,4% sedangkan 58,6% kasus tidak dilaporkan dan tidak diobati. Selain itu angka kesembuhan mengalami penurunan, dimana pada tahun 2015 sebesar 85,8% dan pada tahun 2017 sebesar 85,1% (Kemenkes RI, 2018, dikutip dalam Budijanto et al., 2018, p. 5-6).

Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tentang jumlah kasus baru TB paru BTA (Bakteri Tahan Asam) pada tahun 2015 sebanyak 3.380 kasus, pada tahun 2016 mengalami penurunan menjadi 794 kasus, namun pada tahun 2017 kembali meningkat



menjadi 3.598 kasus baru TB paru BTA positif (Dinas Kesehatan Propinsi NTT, 2017). Sedangkan di Kabupaten Flores Timur dalam laporan tahunan pada tahun 2018 prevalensi TB paru sebanyak 239 kasus dan di Puskesmas Baniona pada tahun 2017 prevalensi TB paru sebanyak 6 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 12 kasus atau meningkat 100%. Hal ini menunjukkan telah terjadi peningkatan penularan antara penderita dan orang lain.

Berdasarkan target penanggulangan penyakit TB paru yang ditetapkan oleh pemerintah dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) pada tahun 2014 yakni prevalensi kasus TB paru sebesar 297/100.000 penduduk (Budijanto et al., 2018). Di wilayah Puskesmas Baniona dengan jumlah penduduk sebanyak 8.090 jiwa diperkirakan memiliki prevalensi kasus TB paru sebanyak 24 kasus, namun berdasarkan laporan TB 03 Puskesmas Baniona pada tahun 2018, terdapat 12 kasus artinya berada dibawah batas yang ditetapkan oleh pemerintah dalam RPJMN. Dalam hal ini, jumlah kasus tidak tercapai atau kurang dari batas tertinggi yang ditentukan oleh pemerintah dalam RPJMN merupakan suatu kemajuan yang perlu dipertahankan, namun menjadi masalah adalah adanya peningkatan kasus yang sangat besar yakni sebesar 100% dimana pada tahun 2017 terdapat 6 kasus dan pada tahun 2018 menjadi 12 kasus.

Prevalensi kasus TB paru dalam 5 tahun terakhir bersifat fluktuatif, maka perlu ada kewaspadaan karena mungkin peningkatan kasus akan terjadi

dan ini merupakan masalah yang perlu ditanggulangi secara cepat dan WHO telah bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan Republik



Indonesia untuk menurunkan prevalensi TB paru melalui program imunisasi BCG untuk bayi. Selain itu telah diwajibkan pengobatan penderita dengan strategi *DOTS* (*Directly Observed Treatment Short-course*) agar kepatuhan minum obat dari penderita dapat terlaksana dengan baik. Kegiatan lain yang perlu dilakukan untuk menekan peningkatan TB paru adalah kegiatan promotif seperti memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kepada masyarakat tentang TB paru dan upaya preventif lain seperti penerapan etika batuk kepada masyarakat dan penggunaan masker (Permenkes RI, 2016). Dengan demikian maka dapat mengurangi penularan, menekan angka kesakitan, meningkatkan angka kesembuhan dan menekan angka kematian.

Peningkatan kasus mulai dari tingkat nasional, propinsi, kabupaten dan kecamatan mengindikasikan adanya proses penularan yang sangat cepat dari penderita ke orang lain. Tingginya prevalensi merupakan akibat dari tingginya penularan dari penderita ke orang lain, baik orang yang tinggal serumah maupun yang tidak tinggal serumah. Seorang penderita TB di dalam rumah dapat membuang sputum secara sembarangan dan tidak menutup mulut saat batuk, hal ini menjadi faktor penunjang terjadinya peningkatan penularan penyakit TB paru. Penularan TB paru dari penderita ke anggota keluarga yang tinggal serumah berisiko 2,6 kali lebih tinggi dari pada yang tidak tinggal serumah (Gero & Sayuna, 2017). Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Pan et al. (2019), Gonza et al. (2019) mengemukakan bahwa faktor kepadatan

seperti dalam asrama, pesantren, penjara maupun ruang kelas memiliki lebih tinggi terjadinya penularan penyakit TB paru dan ventilasi rumah



yang tidak memenuhi syarat dapat menjadi faktor penunjang meningkatnya prevalensi TB paru.

Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Teseme et al. (2015) bahwa orang-orang yang berpendidikan tinggi atau menengah, lebih sedikit risiko menyebarkan kuman tuberkulosis dibandingkan dengan orang yang tidak berpendidikan. Hal ini terjadi karena orang dengan pendidikan lebih tinggi lebih mudah mengakses informasi tentang kesehatan dari pada orang dengan pendidikan lebih rendah (Ratnasari, 2018). Demikian juga keluarga dengan tingkat pengetahuan lebih rendah memiliki risiko lebih besar tertular penyakit TB paru dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan lebih tinggi (Agustina & Wahjuni, 2017). Ditinjau dari aspek pendidikan, diketahui bahwa orang yang tidak berpendidikan menderita TB paru sebesar 0,5%, tamat atau tidak tamat SD 0,4%, tamat SMP dan SMA 0.3% dan tamat PT 0.2% (Kemenkes RI, 2018, dikutip dalam Budijanto et al., 2018, p. 6).

Selain memiliki pendidikan dan pengetahuan yang baik, seseorang harus memiliki kemampuan untuk menerapkan pengetahuan tersebut dalam kehidupan sehari-hari agar dapat meningkatkan derajat kesehatannya atau memiliki literasi kesehatan yang baik. Berdasarkan deklarasi WHO di Shanghai (*Shanghai Declaration*) pada tahun 2017 bahwa literasi kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat agar dapat mengurangi kesenjangan kesehatan antara

masyarakat, namun perkembangan literasi kesehatan di dunia belum optimal atau masih rendah (Okan et al., 2019). Dalam penelitian yang



dilakukan oleh Toc et al. (2015) mengemukakan bahwa orang dengan pendidikan lebih rendah dan latar belakang ekonomi kurang mampu, serta status sosial yang kurang baik, memiliki literasi kesehatan lebih buruk dibandingkan dengan orang yang berpendidikan lebih tinggi. Buruknya literasi kesehatan juga terdapat pada negara lain, misalnya di Brasil, dalam satu penelitian tentang *Oral Health Literacy* yang dilakukan oleh Batista et al. (2017) dengan besaran sampel sebanyak 248 orang ditemukan sebanyak 71,5% memiliki kebersihan mulut yang rendah, yang berhubungan dengan karies, sakit gigi yang tidak diobati dan sikat gigi kurang dari tiga kali sehari. Dengan tingkat literasi kesehatan yang digambarkan tersebut menunjukkan bahwa informasi kesehatan yang diterima dan belum dapat dinilai secara baik sebesar 63,3% dan mengalami kesulitan dalam menerapkan informasi yang didapat sebesar 61,7 %.

Selain itu literasi kesehatan dijelaskan sebagai kemampuan seseorang untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui kemampuan individu untuk memperoleh, menafsirkan, serta memahami informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar, dengan kemampuan menggunakan informasi tersebut secara baik (*Joint Committee on National Health Education Standards, 1995*, dikutip dalam Okan et al., 2019). Namun untuk memperoleh, menafsirkan dan memahami informasi tersebut secara baik, maka perlu di dukung dengan kemampuan intelektual dan motivasi dari

individu tersebut. Mempromosikan kesehatan dan menjaga kesehatan dengan merupakan aplikasi dari pemahaman terhadap informasi kesehatan yang



diperoleh namun hal tersebut perlu didukung dengan kognitif, keterampilan pribadi dan sosial yang baik agar dapat menunjang motivasi dan kemampuan individu (Nutbeam, dikutip dalam Okan et al., 2019).

Dari pemaparan hasil penelitian tentang literasi kesehatan tersebut diatas, menunjukkan bahwa tingkat literasi kesehatan masyarakat di dunia maupun di Indonesia masih rendah. Oleh karena itu perlu ditingkatkan agar mereka dapat memiliki kemampuan untuk menemukan, menilai dan menyampaikan informasi sebagai cara untuk mempromosikan, memelihara dan meningkatkan kesehatan dalam berbagai bidang kehidupan (Gordon El Bihbety & Rootman, dikutip dalam Okan et al., 2019). Selain itu, mengacu pada peningkatan kasus TB paru di wilayah Puskesmas Baniona, maka perlu juga dilakukan penelitian tentang hal-hal yang mempengaruhi peningkatan kasus TB paru tersebut. Namun pada tahap pertama yang perlu dilakukan adalah meneliti bagaimana literasi kesehatan dan pengetahuan pasien tentang penyakit TB paru, agar kita dapat mengetahui sejauhmana kemampuan mereka untuk mencari informasi, memahami informasi, menilai kebenaran informasi yang diterima dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari untuk mencegah penyakit TB paru. Pada penelitian ini, peneliti menentukan Puskesmas Baniona sebagai lokasi penelitian karena dilandasi beberapa pertimbangan, dimana telah terjadi peningkatan kasus BTA positif sebanyak 12 kasus atau sebesar 100% pada tahun 2018. Selain itu, budaya bahasa lokal

akarater masyarakat setempat sudah diketahui secara pasti oleh peneliti
gga mempermudah proses penelitian.



B. Rumusan Masalah

Dalam latar belakang telah diuraikan secara singkat bahwa rakyat Indonesia merupakan penderita TB terbanyak kedua di dunia dan pada lokasi tertentu di Indonesia yang telah dilakukan penelitian tentang literasi kesehatan ditemukan tingkat literasi kesehatan dan pengetahuan yang masih rendah, sedangkan dalam kepustakaan yang diuraikan di atas menyatakan bahwa pada semua tingkat mulai dari nasional, propinsi, kabupaten dan kecamatan terdapat kasus TB baru setiap tahun. Pada tempat penelitian yang dipilih peneliti, terdapat peningkatan kasus sebesar 100% pada tahun 2018, oleh karena itu peneliti dapat merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : Bagaimana gambaran tingkat literasi kesehatan dan pengetahuan pasien TB paru tentang penyakit TB paru.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui tingkat literasi kesehatan dan pengetahuan pasien TB tentang penyakit TB

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya tingkat literasi kesehatan pasien TB
- b. Diketuainya pengetahuan pasien TB tentang penyakit TB



D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Lembaga Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai rujukan untuk peneliti berikut dan penambahan pengetahuan bagi mahasiswa.

2. Untuk Peneliti

Dapat menjadi sumber referensi dalam penelitian yang serupa bagi peneliti selanjutnya.

3. Instansi kesehatan

Dapat dijadikan acuan bagi petugas kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Tuberkulosis

1. Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang menyerang paru-paru dan organ lain seperti tulang, ginjal, otak dll (Permenkes RI, 2016). Sedangkan dalam Pusat Data dan Informasi kementerian Kesehatan RI bahwa tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. yang memiliki beberapa spesies yakni *Mycobacterium*, antara lain: *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb, yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (Budijanto et al., 2018).

2. Penyebab

Penyakit TB disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* secara umum sifat kuman *mycobacterium tuberculosis* antara lain adalah; berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2 –0,6 mikron, bersifat tahan asam dalam perwarnaan dengan metode Ziehl-Neelsen, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop, tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C (Permenkes RI, 2016).

mpok bakteri *mycobacterium* selain *mycobacterium tuberculosis* yang menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT



(*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TBC (Budijanto et al., 2018).

3. Penularan

Penularan penyakit TB melalui percikan sputum (droplet atau airborne) saat batuk yang keluar dari mulut penderita yang mengandung *mycobacterium tuberculosis* sebanyak 0-3.500 bakteri, sedangkan bila penderita bersin maka akan menyemburkan 4.500-1.000.000, bakteri yang melayang ke udara atau langsung dihirup oleh orang lain, dengan demikian orang yang sebelumnya tidak terinfeksi akan terinfeksi kuman TB (Permenkes RI, 2016).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pan et al. (2019) menyatakan bahwa pasien dengan hasil pemeriksaan sputum BTA positif dianggap paling menular dibandingkan dengan pasien BTA negatif namun tetap memiliki kemungkinan untuk menularkan penyakit TB. Penularan paling tinggi terjadi pada orang yang sering kontak dengan penderita TB seperti di rumah atau di asrama yang memiliki durasi kontak yang lebih lama serta memiliki penghuni yang lebih padat, sedangkan orang yang sering kontak tetapi memiliki frekuensi dan durasi lebih rendah seperti di ruang kelas memiliki risiko lebih kecil. Faktor penunjang proses penularan TB dalam rumah dipengaruhi juga oleh kondisi rumah seperti ventilasi, kondisi lantai dan kepadatan penghuni rumah.

urniasih et al. (2016) dalam artikel tentang “Hubungan kondisi fisik dan lingkungan kejadian TB paru” menjelaskan bahwa dari 36 rumah yang



dijadikan sampel, sebanyak 76,8% rumah dengan lantai rumah tidak memenuhi syarat, sebagian besar penghuninya menderita penyakit TB, selain itu ventilasi rumah yang tidak memenuhi syarat juga memiliki pengaruh terhadap penularan kuman tuberkulosis karena sebanyak 63,9% dari 36 rumah yang jadi sampel sebagian besar penghuninya menderita penyakit TB. Hal ini terjadi karena sirkulasi udara dalam rumah dan terpaparnya sinar matahari langsung ke dalam rumah dapat membunuh kuman TB yang tersebar di udara. Namun rumah dengan ventilasi yang tidak memenuhi syarat atau ventilasi yang jarang dibuka maka sirkulasi udara tidak maksimal dan sinar matahari tidak masuk ke dalam rumah. Ada beberapa faktor yang menunjang terjadinya peningkatan penularan dari penderita ke orang lain diantaranya;

a. Paparan.

Hal yang menjadi penunjang penularan adalah jumlah kasus menular di masyarakat, tingkat kedekatan, keseringan kontak dan lamanya kontak dengan penderita serta intensitas batuk dari penderita

b. Infeksi.

Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6-14 minggu setelah infeksi. Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (dormant) dan suatu saat dapat aktif kembali tergantung dari daya tahan tubuh manusia. Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.

Faktor Risiko.



Faktor risiko seseorang menderita penyakit TB dipengaruhi oleh banyaknya jumlah kuman yang terhirup, lamanya waktu sejak terinfeksi sampai seseorang yang terinfeksi dan daya tahan tubuh seseorang. Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah karena infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi akan sangat rentan terhadap tertularnya penyakit TB (Permenkes RI, 2016). Selain itu berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Christian et al. (2018), Pan et al. (2019), Gonza et al. (2019) ketiganya menyatakan bahwa populasi yang paling berisiko tertular penyakit TB adalah orang yang sering kontak dengan penderita misalnya dalam satu kelas, asrama, rumah dan penjara. Oleh karena itu tenaga kesehatan harus lebih detail menanyakan tentang anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita.

4. Patogenesis TB

Paru-paru merupakan pintu masuk > 98% kasus infeksi TB. Kuman TB dalam percik renek droplet yang ukurannya sangat kecil ($< 5 \mu\text{m}$) akan terhirup dan dapat mencapai alveolus. Pada sebagian kasus, kuman TB dapat dihancurkan seluruhnya oleh mekanisme imunologis non spesifik, sehingga tidak terjadi respon imunologis spesifik, namun sebagian kasus lainnya tidak seluruhnya dapat dihancurkan. Pada individu yang tidak dapat menghancurkan seluruh kuman, makrofag alveolus akan memfagosit kuman TB yang sebagian besar dihancurkan dan sebagian kecil kuman

TB yang tidak dapat dihancurkan akan terus berkembang biak di dalam makrofag dan akhirnya menyebabkan lisis makrofag. Penyebaran ini



menyebabkan inflamasi di saluran limfe (*limfangitis*) dan kelenjar limfe (*limfadenitis*) yang terkena. Jika fokus primer terletak pada lobus bawah atau tengah maka kelenjar limfe yang akan terlibat adalah kelenjar limfe parahilus (*perihiler*), jika fokus primer terletak pada apeks paru maka kelenjar limfe yang terlibat adalah kelenjar para tracheal. Gabungan antar fokus primer, limfangitis dan limfadenitis dinamakan kompleks primer (*primary complex*). Masa inkubasi pada penyakit TB berbeda dengan masa inkubasi pada penyakit infeksi lain dimana pada penyakit TB masa inkubasi dimulai sejak masuknya kuman TB sampai terbentuknya primary kompleks. Masa inkubasi TB bervariasi selama 2-12 minggu, biasanya berlangsung selama 4-8 minggu. Penderita dinyatakan positif menderita TB bila telah terbentuk kompleks primer dimana terjadi hipersensitivitas terhadap tuberkuloprotein melalui uji tuberkulin positif. Uji tuberkulin belum tampak atau masih negatif bila masih dalam masa inkubasi. Pada orang dengan sistem imunitas yang berfungsi baik, pada saat sistem imun seluler berkembang, proliferasi kuman TB berhenti. Akan tetapi sejumlah kecil kuman TB tetap hidup dalam granuloma. Bila imunitas seluler sudah terbentuk maka kuman TB baru yang masuk ke dalam alveoli akan dimusnahkan oleh imunitas seluler spesifik (*cellular mediated immunity*). Setelah imunitas seluler terbentuk fokus primer pada jaringan paru biasanya akan mengalami resolusi secara sempurna membentuk fibrosis

atau kalsifikasi. Kelenjar limfe regional juga akan mengalami nekrosis dan nekrosis perikujan dan enkapsulasi tetapi penyembuhan biasanya tidak sempurna



pada focus primer di jaringan paru-paru. Kuman TB dapat hidup bertahun-tahun pada kelenjar ini tetapi tidak menimbulkan gejala sakit TB. Kelenjar yang mengalami inflamasi dan nekrosis perkijuan dapat merusak dan menimbulkan erosi dinding bronkus sehingga menyebabkan TB endobronkial atau membentuk fistula. Masa kiju akan menimbulkan obstruksi komplis pada brokus sehingga menyebabkan gabungan pneumonitis dan atelectasis yang sering disebut sebagai lesi segmental kolaps-konsolidasi. Sebelum terbentuknya imunitas seluler selama masa inkubasi dapat terjadi penyebaran limfogen dan hematogen. Pada penyebaran limfogen, kuman menyebar ke kelenjar linfe regional membentuk kompleks primer atau lanjut menyebar secara linfe hematogen. Dapat juga terjadi penyebaran melalui hematogen secara langsung ke seluruh tubuh atau sistemik (Permenkes RI, 2016).

5. Tanda dan gejala

Gejala utama pasien TBC paru yaitu batuk berdahak selama dua minggu atau lebih. batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Pada pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TBC yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih (Budijanto et al.,



6. Pengobatan

a. Tujuan Pengobatan TB.

Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas dan kualitas hidup, mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau karena dampak buruk selanjutnya, mencegah terjadinya kekambuhan TB, menurunkan risiko penularan TB, mencegah terjadinya penularan dan resistensi obat.

b. Prinsip Pengobatan TB.

Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.

- 1) Diberikan dalam dosis yang tepat.
- 2) Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) sampai selesai pengobatan.
- 3) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.

c. Tahapan Pengobatan TB:

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan.

1) Tahap Awal

Pengobatan diberikan setiap hari, paduan pengobatan pada tahap ini secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh



pasien dan mengurangi pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sebelum pasien mendapatkan pengobatan.

Pengobatan tahap awal diberikan selama 2 bulan. Daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

2) Tahap Lanjutan

Pengobatan ini bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman *persisten* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Namun suatu penelitian yang dilakukan oleh Xu et al. (2017) di China, bahwa tingkat kepatuhan pengobatan TB masih sangat rendah dimana 1/3 dari 372 sampel tidak patuh pada pengobatan. Oleh karena itu dalam rangka menuntaskan TB di Indonesia maka fenomena ini harus ditelusuri ketika dilakukan pengawasan minum obat.

d. Paduan OAT yang digunakan di Indonesia

Paduan OAT disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu orang pasien untuk satu masa pengobatan. Obat Anti Tuberkulosis dalam bentuk paket Kombinasi Disisi Tetap (KDT) mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan TB,

itu:



- 1) Mencegah penggunaan obat tunggal sehingga menurunkan risiko terjadinya resistensi obat ganda dan mengurangi kesalahan penulisan resep.
- 2) Dosis obat dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.
- 3) Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien (Permenkes RI, 2016).

7. Komplikasi.

Penyakit TB paru apabila tidak tertangani dengan benar, maka akan menimbulkan dua jenis komplikasi.

a. Komplikasi dini.

Pleuritis, efusi pleura, empyema, laringitis, TB usus dan poncet athropaty.

b. Komplikasi lanjut

Obstruksi jalan napas, kerusakan parenkim berat, kor-pulmonal, amiloidosis paru, sindrom gagal napas dewasa, TB milier paru (Setiati et al., 2017).

8. Pencegahan Penularan

Gero & Mariana (2017) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa perilaku pencegahan penyakit TB paru harus dimulai dari dalam rumah

perita dan keluarga perlu membangun kerja sama dengan PMO agar obat diminum dapat dilakukan secara teratur sehingga dapat membunuh n dengan sempurna, dengan demikian risiko penularan dapat dikurangi.



Selain itu dalam penelitian yang dilakukan oleh Adenager et al. (2017) mengemukakan bahwa salah satu sumber penularan adalah mereka yang terlambat didiagnosa dan diberi OAT, disamping itu pasien yang lambat memeriksakan diri kemungkinan juga disebabkan oleh stigma dari masyarakat sekitar pada penderita TB paru, sedangkan dalam penelitian yang dilakukan Kurniasih et al. (2016) menjelaskan bahwa rumah yang tidak memenuhi syarat pada ventilasi dan lantainya sebagian besar penghuninya menderita penyakit TB paru. Hal ini terjadi karena sirkulasi udara dalam rumah kurang maksimal dan mendukung persebaran kuman, oleh karena itu ventilasi rumah harus sering dibuka sehingga meningkatkan sirkulasi udara dan masuknya sinar matahari langsung ke dalam rumah melalui ventilasi dapat membunuh kuman TB yang tersebar di udara. Oleh karena itu pelaksanaan etika batuk yang benar dengan menutup mulut saat batuk dan atau bersin serta pemakaian masker untuk penderita merupakan cara yang efektif untuk pencegahan penularan TB paru.



B. Konsep Literasi Kesehatan

1. Definisi literasi kesehatan

Literasi kesehatan (LK) merupakan aplikasi dari pemahaman terhadap informasi kesehatan yang diperoleh namun hal tersebut perlu didukung dengan kognitif, keterampilan pribadi dan sosial yang baik agar dapat menunjang motivasi dan kemampuan individu (Nutbeam, dikutip dalam Okan et al., 2019). Selain itu literasi kesehatan juga didefinisikan sebagai kemampuan untuk membuat keputusan yang baik dalam konteks kehidupan sehari-hari, di rumah, di masyarakat, tempat kerja, sarana kesehatan, dan tempat layanan publik lainnya. Hal ini merupakan cara penting untuk melibatkan masyarakat agar dapat mencari informasi dan kemampuan mereka untuk mengambil tanggung jawab dalam mengontrol kesehatan mereka (Kickbusch et al., dikutip dalam Okan et al., 2019). Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan literasi kesehatan sebagai kognitif dan keterampilan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses agar memahami dan menggunakan informasi dengan cara mempromosikan dan menjaga kesehatan yang baik dan menyatakan bahwa literasi kesehatan mengandung pencapaian tingkat pengetahuan, keterampilan pribadi dan kepercayaan diri untuk mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatan pribadi dan masyarakat dengan mengubah gaya

hidup pribadi dan situasi hidup (Batterham et al., 2016). Pada penelitian yang dilakukan oleh Sørensen et al. (2012) mendefinisikan literasi



kesehatan sebagai jaringan yang dikaitkan dengan melek huruf dan pengetahuan, motivasi dan kompetensi untuk mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi kesehatan tersebut secara berurutan, membuat penilaian dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari terkait perawatan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan untuk menjaga atau meningkatkan kualitas hidup selama masa hidup.

2. Literasi kesehatan pada anak-anak, remaja dan dewasa

Penerapan literasi kesehatan sejak usia dini merupakan investasi yang menjanjikan dalam kesehatan dan kesejahteraan pada masa anak-anak, remaja dan dewasa (Borzekowski, Sanders et al., Veladro & Drummond, dikutip dalam Okan et al., 2019).

a. Literasi kesehatan pada anak dan remaja.

Perlunya kemajuan pemahaman literasi kesehatan yang berfokus pada anak yang mengintegrasikan pemahaman anak-anak dan pilihan sikap yang berkaitan dengan kesehatan dan informasi tentang kesehatan (Velardo & Drummond, dikutip dalam Okan et al., 2019). Literasi kesehatan juga dinyatakan sebagai ciri khas individu yang membahas tentang bagaimana anak-anak dan remaja mengakses informasi, memahami, mengevaluasi dan menyampaikan informasi dan pesan kesehatan tersebut, serta bagaimana pesan-pesan itu digunakan untuk pengambilan keputusan dan perilaku hidup sehat (Broder et al., dikutip dalam Okan et al., 2019).



b. Literasi kesehatan pada orang dewasa.

Partisipasi pasien adalah faktor kunci dalam hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien, yang didasarkan pada kemitraan, yang bertujuan untuk membangun hubungan profesional di mana pasien secara aktif terlibat dalam proses perawatan dari awal (Sahlsten, dikutip Okan et al., 2019). Partisipasi dapat terwujud dalam berbagai cara, seperti partisipasi aktif secara fisik dalam perawatan, partisipasi komunikatif atau melalui partisipasi sosial. Dari semua intervensi partisipatif yang tersedia, salah satu yang paling menonjol adalah bersama dalam pengambilan keputusan (Messer, dikutip dalam Okan et al., 2019). Hal lain yang paling penting dalam berpartisipasi adalah bagaimana pasien diberi kesempatan untuk memutuskan sendiri, bagaimana dan untuk apa, dan sejauh mana partisipasi harus dilakukan, dari pada memaksa mereka untuk mencapai level yang telah ditentukan (Ashworth et al., dikutip dalam Okan et al., 2019).

Selain itu sebuah studi menunjukkan bahwa orang dewasa dengan status kesehatan lebih buruk bila tingkat literasi kesehatan rendah (Geboers et al., dikutip dalam Woods & Chesser, 2017). Literasi kesehatan merupakan bagian dari keterampilan manajemen diri dan perilaku kesehatan yang dapat dimodifikasi sehingga seseorang dapat mengubah pola hidup yang sebelumnya tidak sehat menjadi sehat (Woods & Chesser, 2017). Demikian juga apa yang dikemukakan oleh Geboers et al. (2016) bahwa perilaku hidup yang tidak sehat seperti



kurang berakrifitas, kurang makan sayur dan buah serta obesitas pada orang dewasa yang lebih tua (lansia) dipengaruhi juga oleh rendahnya literasi kesehatan .

3. Strategi literasi kesehatan dalam pelayanan kesehatan.

Strategi yang berbeda perlu ditempuh oleh para pendidikan dan pemberi layanan dan disesuaikan dengan kebutuhan literasi kesehatan yang berbeda dari tiap orang.

Ada tiga strategi utama untuk pemberian layanan kesehatan:

a. Pada tingkat organisasi.

Lengkapi pengkajian organisasi menggunakan literasi kesehatan

b. Pada tenaga kesehatan

Pastikan bahwa semua personel kesehatan memiliki pemahaman yang baik tentang kebutuhan literasi kesehatan umum dan strategi yang tepat untuk menangani kebutuhan sebagai bagian dari praktek klinis rutin.

Setiap tenaga kesehatan perlu waspada dan peka terhadap berbagai kebutuhan literasi kesehatan mencakup;

1) Memahami bagaimana masalah literasi kesehatan, selain karena kurangnya informasi, bagaimana mempengaruhi orang-orang untuk mengambil sebuah bertindakan demi kesehatan mereka.

2) Presentasi pemahaman literasi kesehatan yang sama dan strategi untuk mengatasi masalah

3) Memiliki keterampilan dalam metode mengajar kembali dan teknik lain untuk menilai akurasi.



c. Pada tingkat pasien.

Menilai dan mendiskusikan kebutuhan literasi kesehatan menggunakan HLQ atau alat serupa untuk pasien dengan kebutuhan yang kompleks, keterbatasan yang dalam mengakses atau pelayanan kesehatan digunakan. Namun orang-orang yang memiliki tingkat literasi kesehatan yang rendah mungkin memiliki perasaan malu dan mungkin akan melepaskan diri dari pelayanan kesehatan yang tidak responsif terhadap kebutuhan spesifik mereka (Batterham et al., 2016).

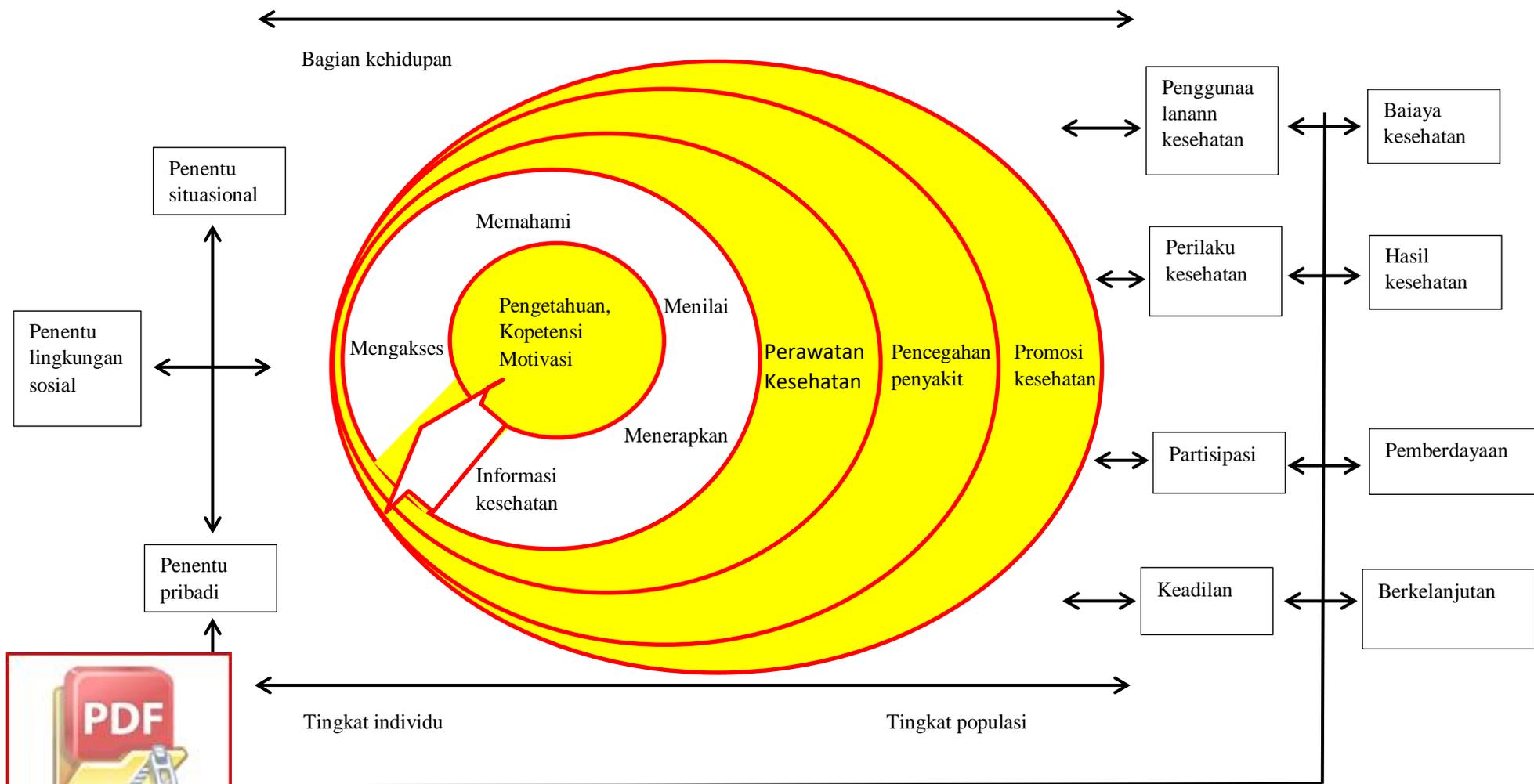
4. Meningkatkan literasi kesehatan pada klinik dan populasi masyarakat

a. Literasi dan literasi kesehatan

Literasi secara umum dipahami sebagai dua komponen yang berbeda yaitu berbasis tugas dan berbasis keterampilan. Hal ini dapat diukur secara absolut dengan membedakan antara mereka yang dapat melakukan tugas-tugas membaca, menulis dan mereka yang tidak bisa (Naal, dikutip dalam Okan et al., 2019). Literasi kesehatan dapat digambarkan sebagai suatu keterampilan membaca dan menulis dan kemampuan untuk, memahami dan menggunakan informasi kesehatan yang diperlukan untuk membuat keputusan terkait kesehatan dalam berbagai lingkungan yang berbeda (rumah, masyarakat, klinik kesehatan), tetapi dapat didasarkan pada keterampilan yang dapat dikembangkan dan ditingkatkan melalui komunikasi dan pendidikan yang efektif (Peerson & Saunders, Sørensen et al., dikutip dalam Okan et al., 2019).



Gambar 2. 1. Model konseptual Literasi Kesehatan menurut Eropa Health Licteracy Survei



si dari: Sørensen K et al., literasi kesehatan dan kesehatan masyarakat: review sistematis dan integrasi definisi dan model. BMC Public Health, 2012,

Tabel 2.1. Penjelasan tentang gambar 2.1

Literasi Kesehatan	Akses atau memperoleh informasi tentang kesehatan (<i>Access</i>)	Memahami informasi yang relevan dengan kesehatan (<i>Understand</i>)	Menghargai, Menilai, atau mengevaluasi informasi yang relevan tentang kesehatan (<i>Apraise</i>)	Menerapkan atau menggunakan informasi yang relevan untuk kesehatan (<i>Apply</i>)
Perawatan Kesehatan	1) Kemampuan untuk mengakses informasi tentang masalah medis atau klinis	2) Kemampuan untuk memahami arti informasi medis yang disampaikan	3) Kemampuan untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi media informasi	4) Kemampuan untuk membuat keputusan mengenai masalah medis
Pencegahan penyakit	5) Kemampuan mengakses informasi tentang factor-factor risiko	6) Kemampuan untuk memahami factor risiko dan arti penyampaian	7) Kemampuan untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi informasi tentang factor-factor risiko	8) Kemampuan untuk menilai informasi yang relevansi pada faktor risiko
Promosi kesehatan	9) Kemampuan untuk memperbaiki diri pada masalah kesehatan	10) Kemampuan untuk memahami informasi yang berhubungan dengan kesehatan dan arti penyampaian	11) Kemampuan untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi informasi tentang isu-isu healthrelated	12) Kemampuan untuk membentuk pendapat tercermin pada isu-isu kesehatan



Diadaptasi dari: Sørensen K et al. melek kesehatan dan kesehatan masyarakat: review dan integrasi definisi dan model. BMC Public Health, 2012, 12:80 dikutip dalam (Apfel 2013).

b. Komponen Literasi Kesehatan

1) Literasi Kesehatan Fungsional

Perbedaan-perbedaan dalam keterampilan telah dikategorikan yakni literasi kesehatan fungsional, interaktif dan kritis (Nutbeam, 2000). Klasifikasi tersebut berasal dari studi literasi utama bahwa perbedaan dalam tingkat keterampilan mungkin pada keputusan dan berhubungan dengan tindakan. Literasi kesehatan fungsional menjelaskan tingkat keterampilan dasar yang memadai bagi individu untuk mendapatkan informasi kesehatan yang relevan dan untuk dapat menerapkan pengetahuan itu dalam berbagai kegiatan yang ditentukan. Individu dengan keterampilan literasi kesehatan dasar, umumnya mampu merespon dengan baik untuk pendidikan dan komunikasi berdasarkan informasi faktual tentang risiko kesehatan, dan bagaimana menggunakan sistem kesehatan. Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Kaper et al. (2018) menegaskan bahwa komunikasi harus jelas dan perlu dicek lagi untuk mengetahui pemahaman masyarakat agar informasi disampaikan dapat mencapai sasaran dengan baik.

2) Literasi Kesehatan interaktif

Menggambarkan keterampilan yang lebih maju yang memungkinkan individu untuk mengutip informasi kesehatan dan memahami dari berbagai bentuk komunikasi untuk menerapkan informasi baru agar merubah keadaan dan dapat beinteraksi dengan



orang lain untuk menyampaikan informasi yang didapat dan membuat keputusan (Nutbeam, Pleasant & Kuruvilla, Mårtensson & Hensing, dikutip dalam Okan et al., 2019). Selain itu komunikasi merupakan aspek inti dari literasi kesehatan di mana untuk meningkatkan dan mempertahankan status kesehatan pribadi dan lingkungan melalui pengambilan keputusan yang rasional bersumber dari komunikasi tentang informasi kesehatan yang disampaikan (Bröder et al., 2017).

3) Literasi Kesehatan kritis

Mengambarkan keterampilan yang lebih maju di mana dapat menganalisis informasi secara kritis dari berbagai sumber dan informasi yang berkaitan dengan ruang lingkup yang lebih luas dari faktor-faktor penentu kesehatan dan menggunakan informasi tersebut untuk melakukan kontrol yang lebih besar pada kejadian dan situasi yang berdampak pada kesehatan. Termasuk faktor sosial, ekonomi dan lingkungan kesehatan (Nutbeam, Pleasant & Kuruvilla, Mårtensson & Hensing, dikutip dalam Okan et al., 2019). Dalam mencari informasi kesehatan saat ini, dapat juga dilakukan melalui *ehealth literacy* di mana menggunakan teknologi IT untuk mencari informasi tentang kesehatan dari media online dan menilainya serta menerapkan untuk mengatasi atau memecahkan masalah namun yang menjadi tantangannya adalah kemampuan individu dalam menggunakan perangkat elektronik (Richtering et al., 2017). Demikian juga dalam Jacobs et al. (2016) merekomendasikan bahwa penyampaian informasi



kesehatan dapat juga melalui teknologi IT, namun harus disesuaikan dengan pendidikan masyarakat dan budaya setempat. Lebih lanjut dijelaskan juga bahwa ada penelitian lain menyatakan, penyampaian informasi dengan teknik tradisional memperoleh pemahaman yang lebih baik dari masyarakat.

c. Meningkatkan literasi kesehatan pada populasi klinis.

Berdasarkan survei yang dilakukan pada populasi dengan literasi kesehatan yang buruk, maka pemerintah pada beberapa negara seperti AS, China, Australia dan beberapa negara Eropa telah mengembangkan strategi dan target nasional untuk meningkatkan literasi kesehatan pada populasi tersebut. Literasi kesehatan dapat ditingkatkan melalui penyediaan informasi, komunikasi yang efektif dan pendidikan yang terstruktur. Hal ini dapat dianggap sebagai hasil yang dapat diukur untuk pendidikan kesehatan atau pendidikan pasien. Perbaikan literasi kesehatan dapat dinilai melalui pengukuran perubahan pada pengetahuan dan keterampilan yang memungkinkan informasi yang baik dan lebih mandiri dalam mengambil keputusan kesehatan (Cina Departemen Kesehatan, USDHHS, ACSQHC, HEIJMANS et al., dikutip dalam Okan et al., 2019). Literasi kesehatan telah difokuskan pada pengembangan intervensi yang efektif yang digunakan dalam praktek klinis di mana ada kebutuhan untuk pencegahan yang lebih efektif, komitmen untuk perawatan pasien secara terpusat dan ketergantungan besar pasien pada kondisi kronis (Sørensen et al., 2012). Pendidikan pasien lebih terstruktur dapat ditawarkan di klinik,



maka dapat berkontribusi untuk pengembangan pengetahuan yang lebih luas dan keterampilan yang diperlukan untuk menghindari penyakit tidak menular seperti diabetes dan penyakit jantung, dan terkait risiko klinis seperti hipertensi, kolesterol tinggi atau obesitas (Wallace et al., dikutip dalam Okan et al., 2019).

d. Meningkatkan literasi kesehatan dengan modifikasi pendidikan pasien

Ditekankan untuk kembali menggunakan metodologi mengajar yang telah terbukti efektif dalam intervensi keaksaraan lainnya. Ajarkan kembali dengan meminta klien untuk menjelaskan dalam kata-kata mereka sendiri informasi atau saran yang telah diberikan agar kita dapat mengetahui pemahaman mereka tentang informasi penting yang diterima. Pemahaman informasi kesehatan dan saran antara individu dengan literasi kesehatan yang rendah dapat ditingkatkan melalui modifikasi komunikasi, dan intensifkan banyak intervensi (misalnya, menggabungkan komunikasi yang disesuaikan dengan keterampilan yang dilatih) menghasilkan kesehatan yang lebih baik (Sheridan et al., Manafo & Wong, Taggart et al., dikutip dalam Okan et al., 2019). Selain itu komunikasi berpusat pada pasien yang efektif akan meningkatkan partisipasi dan hasil kesehatan. Pelatihan komunikasi yang komprehensif bagi para tenaga kesehatan dapat meningkatkan, keterampilan dalam menangani literasi kesehatan fungsional, interaktif dan kritis (Kaper et al., 2018).

Meningkatkan literasi kesehatan pada populasi masyarakat



Pendidikan yang diselenggarakan secara formal merupakan jalur utama untuk meningkatkan melek huruf pada populasi, karena terorganisasi dan struktural, pendidikan kesehatan memiliki potensi untuk meningkatkan pengetahuan secara umum, mempengaruhi keterampilan literasi kesehatan pada individu dan populasi masyarakat. Pendidikan kesehatan adalah komponen penting dalam kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit selama lebih dari satu abad (Nutbeam et al., Suggs et al., dikutip dalam Okan et al., 2019).

f. Literasi kesehatan dan pendidikan kesehatan

Pola alur promosi kesehatan menggambarkan hubungan antara pendidikan kesehatan dan literasi kesehatan dan penempatan literasi kesehatan dalam pendidikan kesehatan dalam konteks yang lebih luas dari berbagai intervensi potensial untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Penelitian yang dilakukan oleh Nutbeam (dikutip dalam Okan et al. 2019) mengemukakan dalam alur program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang paling efektif terdiri dari tiga faktor sebagai hasil dari promosi kesehatan yakni, gaya hidup sehat, efektifitas pelayanan kesehatan, lingkungan sehat. Hasil promosi kesehatan menggambarkan hal pribadi, sosial dan faktor struktural yang dapat dimodifikasi untuk mengubah faktor penentu kesehatan (hasil kesehatan menengah) hasil ini merupakan target langsung dari kegiatan promosi kesehatan yang direncanakan. Tahap akhir intervensi (hasil kesehatan primer) adalah kesehatan dan sosial, seperti mengurangi angka kematian, kesakitan dan



kecacatan serta dapat menggabungkan tujuan sosial yang terkait dengan pemerataan hasil yang lebih besar. Hasil menengah dalam alur tersebut merupakan faktor penentu yang paling cepat dari hasil kesehatan dan sosial. Perilaku pribadi seperti merokok, atau aktivitas fisik dapat meningkatkan atau menurunkan risiko penyakit dan mengurangi pola hidup sehat. Lingkungan sehat terdiri dari, lingkungan, kondisi ekonomi dan lingkungan sosial yang berdampak langsung pada kesehatan.

g. Cara Mengukur Literasi Kesehatan

Alat untuk mengukur literasi kesehatan terdiri dari berbagai macam jenis, hal ini disesuaikan dengan domain dan kompetensi yang akan diukur.. Selain itu penggunaan alat ukur/quesiner harus disesuaikan dengan karakter masyarakat setempat (Rachmani et al., 2019). Dengan demikian dapat mendukung penelitian agar dapat terlaksana dengan baik.

Ada beberapa alat ukur yang sering dipakai yaitu:

1. *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*
2. *The European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47)*
3. *The European Health Literacy Survey (HLS-EU-SQ10-IND)*
4. *The European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q16)*
5. *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)*

Dalam penelitian ini, kuesioner yang digunakan HSL-EU-Q16 karena instrumen tersebut telah diuji dan digunakan di Turki. Pemilihan kuesioner ini karena mengakomodir tiga domain dalam literasi kesehatan yaitu promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan perawatan kesehatan



serta mencakup empat kompetensi dasar literasi kesehatan yakni mengakses informasi, memahami informasi, menilai sumber dan keakuratan informasi serta menerapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan keluarga (Ayggar & Atalay, 2018).



C. Konsep Pengetahuan (*knowledge*)

1. Definisi

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengideraan terhadap suatu obyek tertentu (Notoadmojo, dikutip dalam Soekidjo, 2012). Pengetahuan pada penderita TB merupakan kemampuan seseorang untuk dapat memahami upaya pencegahan, pengobatan dan penularan tentang penyakit TB paru (Agustina & Wahjuni, 2017).

2. Upaya meningkatkan pengetahuan melalui promosi kesehatan

Dalam upaya meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang TB perlu dilakukan promosi kesehatan, sebagai suatu tindakan yang perlu dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka sendiri. Dalam promosi kesehatan dalam penanggulangan TB diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, (PHBS) pola hidup bersih dan sehat, sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran program TB terkait dengan hal tersebut serta menghilangkan stigma serta diskriminasi masyarakat serta petugas kesehatan terhadap pasien TB.

a. Strategi Promosi Kesehatan dalam Penanggulangan TB.



Upaya meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui promosi kesehatan dalam penanggulangan TB diselenggarakan dengan strategi pemberdayaan masyarakat, advokasi dan kemitraan.

1) Pemberdayaan masyarakat

Proses pemberian informasi tentang TB secara terus menerus serta berkesinambungan untuk menciptakan kesadaran, kemauan dan kemampuan pasien TB, keluarga dan kelompok masyarakat. Metode yang dilakukan adalah melalui komunikasi efektif, demonstrasi (praktek), konseling dan bimbingan yang dilakukan baik di dalam layanan kesehatan ataupun saat kunjungan rumah dengan memanfaatkan media komunikasi seperti lembar balik, leaflet, poster atau media lainnya.

2) Advokasi.

Merupakan upaya atau proses terencana untuk memperoleh komitmen dan dukungan dari pemangku kebijakan yang dilakukan secara persuasif, dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

3) Kemitraan

Kemitraan merupakan kerjasama antara program penanggulangan TB dengan institusi pemerintah terkait, pemangku kepentingan, penyedia layanan, organisasi kemasyarakatan yang berdasar atas 3 prinsip yaitu kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan.

b. Pelaksanaan



Proses promosi TB selain dapat dilakukan oleh petugas khusus juga dapat dilakukan oleh kader organisasi kemasyarakatan yang menjadi mitra penanggulangan

TB. Dalam pelaksanaannya promosi kesehatan harus mempertimbangkan beberapa hal, diantaranya;

1) Metode komunikasi.

a) Teknik komunikasi.

Metode penyuluhan langsung yaitu kunjungan rumah, pertemuan umum dan pertemuan diskusi terarah (FGD) serta metode penyuluhan tidak langsung dilakukan melalui media seperti pemutaran iklan layanan masyarakat di televisi, radio, youtube atau media sosial lainnya dan tayangan film.

b) Jumlah sasaran dilakukan melalui pendekatan perorangan, kelompok dan massal.

c) Indera penerima pesan

❖ Metode melihat/memperhatikan.

Pesan akan diterima individu atau masyarakat melalui indera penglihatan seperti: pemasangan spanduk, umbul-umbul, poster dan billboard.

❖ Metode mendengarkan.

Pesan akan diterima individu atau masyarakat melalui indera pendengaran seperti dialog interaktif radio dan radio spot.

❖ Metode kombinasi.

Merupakan kombinasi kedua metode di atas, dalam hal ini termasuk demonstrasi/peragaan. Individu atau masyarakat



diberikan penjelasan dan peragaan terlebih dahulu lalu diminta mempraktikkan, misal: cara mengeluarkan dahak.

2) Media komunikasi

Media komunikasi atau alat peraga yang digunakan untuk promosi penanggulangan TB dapat berupa benda asli seperti obat TB, pot sediaan dahak, masker, bisa juga merupakan tiruan dengan ukuran dan bentuk hampir menyerupai yang asli (*dummy*). Selain itu dapat juga dalam bentuk gambar/media seperti poster, leaflet, lembar balik bergambar karikatur, lukisan, animasi dan foto, slide, film dan lain-lain.

3) Sumber Daya

Sumber daya terdiri dari petugas sebagai sumber daya manusia (SDM), yang bertanggung jawab untuk promosi, petugas di puskesmas dan sumber daya lain berupa sarana dan prasarana serta dana.

c. Sasaran

Sasaran promosi kesehatan penanggulangan TB adalah:

- 1) Pasien, individu sehat (masyarakat) dan keluarga sebagai komponen dari masyarakat.
- 2) Tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama, petugas kesehatan, pejabat pemerintahan, organisasi kemasyarakatan dan media massa.

Komponen ini diharapkan dapat berperan dalam penanggulangan TB sebagai panutan untuk tidak menciptakan stigma dan diskriminasi terkait

TB, membantu menyebarkan informasi tentang TB dan PHBS, mendorong pasien TB untuk menjalankan pengobatan secara tuntas,



mendorong masyarakat agar segera memeriksakan diri ke layanan TB yang berkualitas.

- 3) Pembuat kebijakan publik yang menerbitkan peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan dan bidang lain yang terkait, serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Komponen ini diharapkan dapat berperan dalam memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan untuk mendukung penanggulangan TB dan membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lainlain) untuk meningkatkan capaian program TB (Permenkes RI, 2016).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

a. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan oleh orang lain kepada seseorang untuk mendapatkan perkembangan menuju kearah cita-cita tertentu untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan (Y.B Mantra dalam Notoadmojo, di kutip dalam Dewi & Wawan, 2010).

2) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan keburukan yang harus dilakukan, terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Sesuatu yang mengalami banyak tantangan, membosankan, bukan sebuah kesenangan, berorientasi pada pemenuhan kebutuhan hidup merupakan itu adalah pekerjaan. Pekerjaan umumnya menyita waktu



dan menguras tenaga dan pikiran (Nursalam, dikutip dalam Dewi & Wawan, 2010).

3) Umur

Berdasarkan pendapat Huclok (dikutip dalam Dewi & Wawan, 2010) mengemukakan bahwa semakin cukup umur kematangan berpikir semakin matang dan kekuatan bekerja semakin baik, dan seseorang semakin dewasa seseorang semakin dipercaya oleh masyarakat dibandingkan orang yang belum dewasa. Sedangkan yang dikemukakan Elisabeth BH dalam Nursalam (dikutip dalam Dewi & Wawan, 2010) mengemukakan bahwa usia adalah umur yang dihitung mulai dari lahir sampai berulang tahun.

b. Faktor eksternal

1) Faktor lingkungan

Merupakan seluruh kondisi di sekitar manusia yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. (Ann Mariner dalam Nursalam, dikutip dalam Dewi & Wawan, 2010).

2) Faktor sosial budaya

Seseorang saat menerima informasi dapat dipengaruhi oleh sistem sosial budaya yang ada dimasyarakat (Dewi & Wawan, 2010).



D. Kriteria tingkat pengetahuan.

Menurut Arikunto (dikutip dalam Dewi & Wawan, 2010) mengemukakan bahwa untuk mengetahui dan menginterpretasikan pengetahuan seseorang dapat ditentukan dengan kategori skala kuantitatif yaitu :

Tinggi : Jika jawaban benar $\geq 76 - 100\%$

Sedang : Jika jawaban benar $56 - 75 \%$

Rendah : Jika jawaban benar $\leq 55 \%$

