

Peran Komunikasi Kesehatan pada Kalangan Masyarakat Miskin

Maya May Syarah, Sarwititi Sarwoprasodjo, dan Richard W.E. Lumintang

Program Pascasarjana IPB, Program Studi Komunikasi Pembangunan Pertanian dan Pedesaan,
Institut Pertanian Bogor, Bogor 16680, Indonesia

E-mail: mayasumitradilaga@yahoo.co.id

Abstrak

Indonesia merupakan negara kelima dalam jumlah insidens TB. Penelitian ini menggunakan teori ACSM (McKee 1992), model *multitrack* (Tuftte dan Mefalopulos 2009) untuk menganalisis masalah struktural dan sosial, dan *health belief model* (Rosenstock *et al.* 1988) untuk menjelaskan perilaku kesehatan pasien. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial (ACSM) program pengendalian TB di wilayah miskin dengan *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat di Kelurahan Kalianyar, Tambora, Jakarta Barat. Sebanyak 18 informan sebagai sumber data, diperoleh dengan teknik *snowball*. Hasilnya menunjukkan *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat berhasil memperoleh dukungan pemimpin politik dan sosial di kota, kecamatan ataupun desa. Dukungan tersebut menjadi dasar mobilisasi sosial yang menghasilkan partisipasi warga kelompok untuk menyumbangkan pengobatan kepada penderita dari kalangan miskin. Intervensi komunikasi, menggunakan kombinasi komunikasi monologis dan dialogis. Melalui dua moda komunikasi tersebut di tingkat komunitas kader dan PMO yang mengikuti pelatihan dapat menyampaikan informasi tentang penyakit dan pengobatan TB, tetapi juga dengan ketulusan kader dan PMO sebagai anggota keluarga memberikan dukungan kepada penderita. Hal ini terbukti bahwa banyak keberhasilan TB *community* bergantung pada komunikasi interpersonal dan partisipasi relawan, tokoh masyarakat dan pengamat minum obat (PMO).

The Role of Health Communication among the Poor

Abstract

Indonesia is the fifth country in the world's related TB cases. This study used the theory of ACSM (McKee 1992), a *multitrack* model (Tuftte and Mefalopulos 2009) to analyze structural and social issues, and Health Believe Model (Rosenstock *et al.* 1988) to explain the behavior of the patient-level health. The research used qualitative approach with case study method of advocacy, communication and social mobilization (ACSM) of TB control program in the poor region by community TB Care 'Aisyiyah KPT West Jakarta in Kelurahan Kalianyar, Tambora, West Jakarta. A total of 18 informants as the source of data, was obtained by the snowball technique. The result shows Community TB Care 'Aisyiyah successfully gained political and social leadership acceptance in the city, district or village level that became the basis of social mobilization that generates participation by donating the treatment of citizens or economically disadvantaged groups to the poor. Credibility of cadres and treatments supporter not only shaped by good knowledge about the disease and treatment of tuberculosis acquired through training, but also the sincerity of cadres and treatment supporter as family members. It is evident that much of its claimed success has depended on interpersonal communication and the participation of volunteers, community leaders and TB drugs observer (PMO).

Keywords: behavior change, health belief model, health communication, participatory communication

Citation:

Syarah, M. M., Sarwoprasodjo, S., & Lumintang, R. W. E. (2014). Peran komunikasi kesehatan pada kalangan masyarakat miskin. *Makara Hubs-Asia*, 18(2): 149-158. DOI: 10.7454/mssh.v18i2.3469

1. Pendahuluan

Data statistik *World Health Organization* (WHO) menunjukkan kondisi kesehatan masyarakat Indonesia

yang memprihatinkan. Indonesia menduduki peringkat keempat setelah India, China, dan Afrika Selatan dalam hal prevalensi TB (WHO, 2012). Estimasi prevalensi TB semua kasus sebesar 680,000 dan estimasi insidensi

berjumlah 450,000 kasus baru per tahun serta jumlah kematian akibat TB diperkirakan 65,000 kematian per tahun (WHO 2012).

Untuk mengatasi masalah tersebut, sejak tahun 1995 Indonesia menerapkan *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) sebagai metode pengobatan TB yang direkomendasikan oleh WHO dengan melibatkan berbagai lembaga yang dikenal dengan gerakan “STOP TB Partnership” (Depkes, 2011). Metode DOTS tidak hanya diimplementasikan melalui pendekatan klinik (pengobatan sendiri atau di rumah sakit), tetapi juga pendekatan berbasis masyarakat khususnya di wilayah masyarakat miskin yang prevalensinya tinggi. Walaupun di Indonesia belum dilakukan evaluasi hasil terhadap pengobatan TB berbasis klinik/pribadi dan pengobatan berbasis masyarakat, hasil penelitian di Namibia menunjukkan pendekatan DOTS berbasis masyarakat lebih efektif dibandingkan dengan pendekatan klinik (Zvavamwe dan Ehles, 2009).

Pentingnya basis masyarakat tersebut nampaknya terkait dengan hambatan terhadap penyembuhan TB yang tidak hanya masalah pribadi penderita, tetapi masalah-masalah di luar kontrol mereka (Ho, 2004). Selain masalah individu penderita ketidaktaatan minum obat karena efek samping, bosan minum obat, merasa sembuh sebelum waktunya juga disebabkan kurangnya dukungan keluarga, kerabat dan stigma sosial (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2005). Di tambah lagi bagi penderita miskin keterbatasan pendapatan untuk biaya pengobatan juga adanya hambatan sosial seperti stigma dari masyarakat, keterbatasan pelayanan kesehatan (jangkauan pelayanan yang luas dan keterbatasan fasilitas Puskesmas) belum ada jaminan penyediaan obat, yang kesemuanya terkait dengan anggaran kesehatan yang berkurang sejak sistem desentralisasi pemerintahan (Putri, 2008). Keterbatasan petugas kesehatan juga menyebabkan pengendalian pengobatan secara optimal seperti pemeriksaan ulang dahak dan pelacakan penderita yang mangkir dalam masa pengobatan tidak dapat dilakukan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2005). Masalah-masalah keterbatasan akses pelayanan DOTS yang berkualitas terutama terjadi pada masyarakat marjinal khususnya masyarakat miskin dan rentan di perkotaan, penghuni di rutan/lapas, dan penduduk di kawasan terpencil, perbatasan dan kepulauan terutama di kawasan Indonesia Timur (Kemenkes RI, 2011).

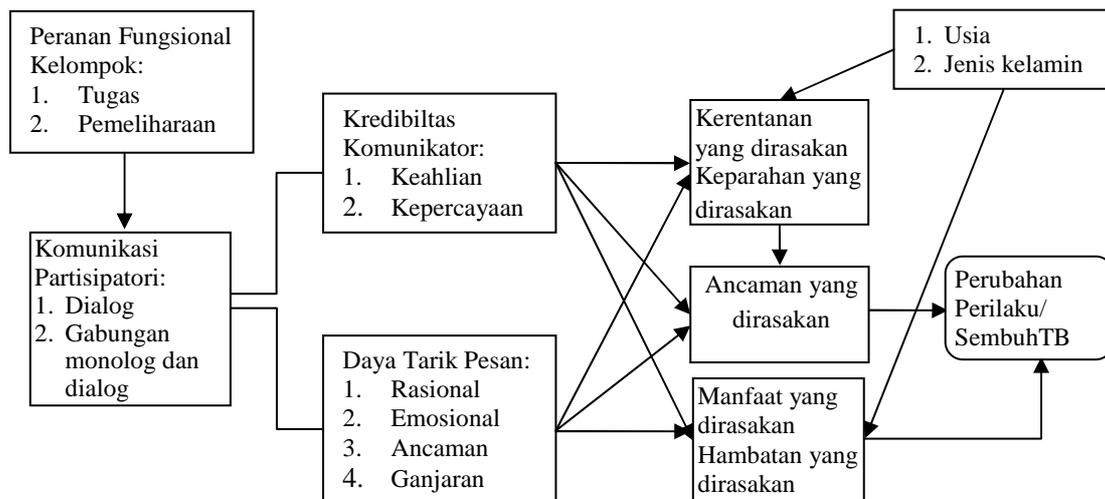
Dengan disadarinya oleh para praktisi dan akademisi akan kompleksitas masalah penyakit TB, peran intervensi komunikasi menjadi sangat penting dalam praktek pengobatan TB, sehingga tuntutan terhadap pengembangan teori komunikasi kesehatan juga semakin tinggi. Sebelumnya, pendekatan komunikasi kesehatan lebih menekankan pada pentingnya penyampaian informasi dengan anggapan bahwa keengganan masyarakat untuk berobat lebih disebabkan oleh kekurangan pengetahuan

mengenai masalah penyakit TB. Pendekatan tersebut dikenal sebagai pendekatan transfer informasi atau pendekatan *biomedical*. Belakangan pendekatan-pendekatan bersifat multi level untuk mengatasi kompleksitas seperti gencarnya gerakan “STOP TB Partnership”.

Adanya berbagai masalah TB yang bersumber dari masalah sosial, ketersediaan layanan dan ekonomi dan bukan hanya masalah individu, sesuai dengan anjuran banyak pakar membuka kemungkinan penggunaan teori-teori tidak hanya berfokus pada level individual tetapi multilevel (Brewer dan Rimer, 2008; Waisbord, 2007; Airhihenbuwa dan Obregon, 2000; Dutta-Bergman, 2009).

Oleh karena itu, dalam penelitian ini, digunakan teori ACSM yakni *advocacy, communication and social mobilization* (Mc Kee, 1999), *multitrack model* (Mefalopulos dan Tufte, 2009) untuk menganalisis masalah-masalah struktural dan sosial serta *Health Believe Model* (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) untuk menjelaskan perilaku kesehatan di tingkat penderita. Menurut Mc Kee (1999) konsep ACSM terdiri dari tiga intervensi komunikasi yakni advokasi, mobilisasi sosial dan komunikasi program. Ketiga intervensi tersebut bekerja dalam level yang berbeda namun saling terkait. Intervensi advokasi dan mobilisasi sosial diarahkan untuk mengatasi masalah dan hambatan pembangunan di tingkat sosial dan struktural. Sedangkan komunikasi program digunakan di tingkat individu. Advokasi dimaksudkan untuk menggalang komitmen politik dan mobilisasi sosial dimaksud untuk menggalang kemitraan dalam rangka mobilisasi sumberdaya dan pelayanan. Selanjutnya apabila hambatan-hambatan sosial dan struktural dapat diatasi, program komunikasi diselenggarakan untuk merubah perilaku kelompok penerima manfaat program sesuai dengan tujuan program.

Dari sudut orientasi pemberdayaan, dalam komunikasi pembangunan terjadi pergeseran dari pendekatan komunikasi linier (modernisasi) mengarah pada pendekatan komunikasi partisipatori (Mefalopulos dan Kamlongera, 2004). Di dalam pendekatan komunikasi partisipatori pemahaman bersama terhadap pesan dibangun melalui proses komunikasi dua arah dan dialogis dengan prinsip penghargaan dan kesetaraan (Rahim, 2004; Mefalopulos dan Tufte, 2009; Nair & White, 2004). Mefalopulos dan Tufte (2009) dalam *multi-track model* membagi pendekatan komunikasi pembangunan ke dalam dua kategori dasar atau jalur yakni komunikasi monologis dan komunikasi dialogis. Komunikasi monologis merupakan pendekatan komunikasi satu arah seperti penyebaran informasi, kampanye media, dan pendekatan difusi lainnya. Sedangkan pendekatan komunikasi dialogis mengacu pada komunikasi dua arah, dimana proses dan outputnya lebih terbuka atau fleksibel dan mencakup pembahasan isu-isu dan menghasilkan pengetahuan dan solusi baru, bukan sekedar mengirimkan informasi.



Gambar 1. Kerangka Pemikiran

Walaupun kedua pendekatan tersebut berdasarkan perspektif dan metodologi teoritis yang berbeda namun di dalam prakteknya dapat digunakan dan saling melengkapi sesuai dengan kompleksitas berbagai situasi dan tergantung kepada tujuan dari pemilik inisiatif pembangunan (agen pembangunan).

Sedangkan *Health Belief Model* (HBM) (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) merupakan model psikologis yang menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. Dalam teori ini seseorang berubah perilakunya dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan, atas dasar persepsi terhadap kerentanan dan ancaman penyakit, dan persepsi terhadap manfaat dan hambatan pengobatan yang dirasakan serta dorongan dalam lingkungan individu dengan variabel kontrol dari karakteristik penderita.

Oleh karena itu, pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana pertautan jalur komunikasi kesehatan dalam *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat membentuk perilaku berobat penderita TB pada masyarakat miskin kota? Bagaimana komunikasi untuk advokasi dan mobilisasi sosial dijalankan oleh *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat untuk mendukung dan mengatasi masalah-masalah sosial ekonomi dan politik di tingkat kecamatan yang menghambat pengobatan TB di masyarakat miskin? Bagaimana penderita TB memaknai kredibilitas komunikator yang tergabung dalam *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat, pesan komunikasi kesehatan dan makna penyakit serta pengobatan TB dalam membentuk keputusannya dalam perilaku sehat dan pengobatan penyakitnya?

2. Metode Penelitian

Penelitian lapangan yang dilakukan pada periode Mei hingga Oktober 2012 ini, dilaksanakan di Kelurahan

Kalianyar, Kecamatan Tambora, Jakarta Barat. Alasan peneliti memilih lokasi tersebut karena Kalianyar merupakan penerima program *Community TB Care* 'Aisyiyah melalui Komunitas Peduli TB (KPT) Jakarta Barat yang dianggap berhasil dan merupakan kawasan marjinal dengan lingkungan kumuh dan miskin.

Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus dengan kasus program komunikasi Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) Penanggulangan TB di wilayah miskin pada Program *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat di Kelurahan Kalianyar, Kecamatan Tambora, Jakarta Barat.

Sejumlah 18 informan sebagai sumber data didapat dengan teknik *snowball*. Mereka adalah orang-orang yang mengetahui dan mengalami kegiatan-kegiatan dalam Program *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat. Mereka terdiri dari wakil dari ragam masyarakat yakni, tokoh masyarakat, tokoh agama, kader komunitas, petugas kesehatan, Pengawas Minum Obat (PMO) dan Penderita TB yang menjadi sasaran program *Community TB Care* 'Aisyiyah. Enam di antara informan tersebut mewakili penderita menurut tingkat keparahan, status perkawinan, pekerjaan, tingkat pendidikan dan umur.

Peneliti mengumpulkan data terutama dengan wawancara mendalam dan pengamatan pada para informan yang terlibat dalam kasus-kasus yang diteliti. Triangulasi dalam penelitian ini dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Data yang telah dianalisis menghasilkan suatu kesimpulan, selanjutnya dimintakan kesepakatan (*member check*) dengan sumber-sumber data tersebut. *Member check* dilakukan dengan diskusi kelompok informan dan triangulasi metode yakni wawancara mendalam dengan beragam sumber dan dengan pengamatan langsung.

Analisis data dalam penelitian ini mengikuti kaidah penelitian kualitatif yakni melalui tahap: 1) Reduksi data, yaitu memilah dan meringkas data yang didapat ke dalam konstruk-konstruk komunikasi partisipatori dan komunikasi kesehatan berkaitan dengan penanggulangan TB; 2) Penyajian data dalam bentuk matriks; 3) Penarikan kesimpulan dan interpretasi temuan lapangan dikaitkan dengan hasil penelitian lain (Miles dan Huberman, 1992).

3. Hasil dan Pembahasan

AKMS sebagai komunikasi partisipatori. Kegiatan TB Aisyiah diawali dengan komunikasi advokasi dan mobilisasi sosial untuk memperoleh komitmen politik dari pihak otoritas pemerintahan yakni pemerintahan kota Jakarta Barat dan Kecamatan Tambora. Di tingkat kota, Walikota Jakarta Barat hadir dalam kegiatan-kegiatan acara bakti sosial yang digelar KPT Jakarta Barat seperti bakti sosial dan pengobatan gratis di lima kelurahan yakni Tambora, Cengkareng, Kalianyar, Kalideres dan Taman Sari. Pada acara tersebut Walikota Jakarta Barat memberikan sambutan kepada warga dan pengurus KPT Jakarta Barat sekaligus mensosialisasikan KPT Jakarta Barat dalam rangka penanggulangan TB. Walikota juga turut hadir dan mendukung kegiatan TB *Day* 2012 sebagai bentuk apresiasi dan penyemangat kepada pengurus KPT Jakarta Barat, Kader, PMO dan masyarakat dalam membantu pemerintah menurunkan insiden TB khususnya di wilayah Jakarta Barat. Dukungan walikota untuk penanggulan TB secara simbolis melalui kehadirannya dalam berbagai acara seremonial juga ditunjukkan dengan penyerahan sejumlah dana untuk mendukung program TB DOTS sebagai bentuk langkah penurunan TB di Jakarta Barat.

Sedangkan di tingkat kecamatan, Camat Tambora dilibatkan sejak pembentukan KPT Jakarta Barat, dengan meminta kesediaannya menjadi dewan pembina dan pembimbing KPT Jakarta Barat. Camat Tambora membantu merekomendasikan KPT Jakarta Barat untuk mensosialisasikan Program TB DOTS kepada puskesmas kelurahan dan puskesmas kecamatan. Komitmen politik tersebut mudah diperoleh karena Camat Tambora merupakan kader Muhammadiyah. Komitmen politik Camat Tambora sekaligus mendorong mobilisasi sosial di tingkat kecamatan melalui kehadirannya dalam acara-acara yang dibentuk oleh KPT Jakarta Barat seperti monev, TB *Day* dan bakti sosial sebagai bentuk pendukung acara. Camat Tambora juga membentuk jejaring sosial dengan menyertakan KPT Jakarta Barat dalam Gerakan Sayap Ibu.

Kegiatan advokasi ditujukan pada Puskesmas dan Kelurahan Kalianyar. Di wilayah Jakarta Barat ini baik SSR *Community TB Care* 'Aisyiah maupun KPT Jakarta Barat bekerjasama dengan kecamatan, kelurahan, tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam mendukung penang-

gulangan TB. Menurut Ketua KPT Jakarta Barat, mobilisasi sosial menyatukan anggota masyarakat berbagai latar belakang dan pemegang keputusan. Ini bertujuan untuk memperkuat dukungan masyarakat sehingga tercipta partisipasi masyarakat dan kemandirian dari pemerintah.

Kegiatan mobilisasi sosial di tingkat kelurahan dimaksudkan untuk menggalang dukungan warga dalam penanggulangan TB di tingkat komunitas dengan kelompok sasaran utama tokoh agama, tokoh masyarakat, keluarga penderita dan mantan penderita. Keluarga dan tetangga diajak untuk tanggap TB yakni bila menemukan orang dengan indikasi gejala TB segera membawa ke UPK terdekat. Seperti yang dilakukan oleh kader komunitas di Kelurahan Tambora dan Kalianyar bersama tokoh agama dan masyarakat melakukan sosialisasi mengenai TB. Kader juga mendatangi kegiatan arisan dan pengajian ibu-ibu untuk memberikan sosialisasi mengenai TB dan bekerjasama dengan PKK Kelurahan Kalianyar.

Menurut Demissiea, Getahun & Lindtjorn (2003) pendekatan klub TB terbukti memiliki dampak yang signifikan dalam meningkatkan kepatuhan penderita terhadap pengobatan anti-TB dan dalam membangun sikap positif dan praktek di masyarakat mengenai TB. Penelitian ini, dengan demikian, memberikan bukti bahwa pendekatan klub TB berguna dalam kesuksesan pengobatan TB di kalangan masyarakat miskin.

Komunikator atau penyampai pesan dalam kegiatan ini adalah kader, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Saluran atau media yang digunakan adalah media interpersonal, brosur, film, dan *flipchart*. Pesan yang disampaikan berisi cara penanggulangan TB menggunakan sistem DOTS serta cara pencegahan penularan TB. Khalayak sasaran adalah penderita TB dan keluarganya serta masyarakat di sekitar penderita TB tinggal. Tujuan program komunikasi adalah perubahan perilaku penderita TB agar berperilaku sehat dan berobat sehingga menurunkan angka kematian dan meningkatkan angka penyembuhan bagi penderita TB. Hasil penelitian menunjukkan kader dan PMO bekerjasama memantau perilaku penderita TB dalam menjalankan pola hidup sehat. Kader sering mengunjungi penderita untuk mengingatkan agar penderita dan keluarga dapat melakukan pola hidup sehat misal menggunakan masker sebagai pencegahan penularan TB.

Kegiatan program komunikasi di KPT Jakarta Barat terdiri dari enam kegiatan yakni monev, training PMO, pertemuan penderita, kunjungan penderita, bakti sosial dan program "gentengisasi". Pada monev bentuk komunikasi partisipatori yang ditemui adalah gabungan monolog yang bersifat menyampaikan informasi terkait dengan penyakit TB dan dialog dalam bentuk konsultasi secara interpersonal, sehingga terjadi persamaan makna antara penyampai dan penerima pesan.

Pada forum monev yang dibuka oleh pihak *Sub Sub Recipient* (SSR) pemberian informasi awal dilakukan dengan pendekatan monolog yakni berupa penyampaian informasi yang bersifat satu arah dilengkapi (*hybrid*) dengan pendekatan dialog secara interpersonal dan tatap muka (*face to face*) dengan penerima pesan. Pendekatan terakhir banyak digunakan dalam kegiatan training PMO, diskusi, kegiatan kunjungan penderita, bakti sosial dan “gentengisasi”. Namun demikian, khususnya dalam kegiatan diskusi, dialog antara kader dan penderita maupun peserta lain hanya Iwn dan End yang berani berdialog dan menyampaikan pendapatnya. Sementara peserta lain hanya asyik mendengarkan saja, karena malu mengungkapkan pendapat di hadapan orang banyak. Baru pada kegiatan kunjungan penderita oleh kader biasanya penderita lebih aktif mengeluarkan pendapat maupun bertanya pada kader.

Pada saat mendampingi penderita, PMO mengingatkan penderita minum obat dan memotivasi penderita yang sulit minum obat dengan berdialog. Pada kegiatan bakti sosial dilakukan pemeriksaan kesehatan gratis, diikuti oleh dialog untuk membahas seputar penyakit peserta.

Begitu pula dialog terjadi pada kegiatan “gentengisasi” ketika membahas kondisi rumah yang terkena program “gentengisasi” dan lingkungan sekitarnya.

Persepsi penderita terhadap penyakit. Temuan lapangan (Matriks 1) menunjukkan keragaman persepsi penderita terhadap TB yakni (kerentanan, keparahan) penyakit TB dan persepsi hambatan dan manfaat strategi penyembuhannya (hambatan dan manfaat pengobatan) TB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ancaman sakit TB dirasakan sangat menakutkan oleh para penderita TB. Kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit (*perceived susceptibility*) tersebut ditandai oleh batuk disertai demam yang terus menerus dan berat badan yang terus menurun. Namun untuk keparahan yang dirasakan (*perceived severity*) akibat penyakit tersebut berbeda-beda gejalanya yakni batuk berdarah, kejang-kejang, tidak dapat bangun dari tempat tidur atau dada sesak. Secara subyektif penderita dapat digolongkan menjadi tiga kelompok menurut tingkat keparahan yakni sangat parah (Sar dan End), parah (Bek dan Iwn), dan tidak parah (Tin). Sedang penderita gagal adalah Rod.

Tabel 1. Analisis *Health Belief Model*

Penderita	Kerentanan yang dirasakan	Keparahan yang dirasakan	Manfaat yang dirasakan	Hambatan yang dirasakan	Persepsi Ancaman TB
Sar	Lingkungan kumuh	Kejang-kejang, panas tinggi, dada sesak, harus dirawat	Sembuh, tidak batuk lagi, berubah hidup sehat	Beli obat harus di luar rumah sakit jadi mahal	Kejang-kejang, sesak nafas dan berat badan yang terus turun.
End	Lingkungan kumuh, makanan tidak sehat	Lemas, panas tinggi, tidak kuat bangun, harus dirawat	Jadi tahu tentang TB, bisa memberi informasi TB kepada orang lain	Minum obat tiga macam, suster galak	panas tinggi sampai satu bulan, tidak kuat untuk bangun
Bek	Lingkungan kumuh, Keluarga pernah ada penderita TB, makanan tidak sehat	Panas tinggi, batuk berdarah berdarah, berat badan turun	Berhenti merokok, dibawa ke puskesmas, jadi sembuh	Di puskesmas ngantri buat bosen	Panas tinggi 2 bulan, dan batuk disertai dahak, tidak bisa bekerja.
Iwn	Lingkungan kumuh, lingkungan kerja tidak sehat	Demam satu bulan, batuk tidak berhenti, tidak kuat berjalan, dada sesak	Berhenti merokok, makan yang bergizi	Tidak ada hambatan	Dada sesak, demam tinggi, tidak kuat untuk berjalan kaki.
Tin	Lingkungan kumuh, Keluarga pernah ada penderita TB	Panas dingin satu bulan, batuk, dada sesak	Berat badan naik, diberi makanan bergizi, diberi uang	Repot minum obat, ngantri ambil obat di puskesmas	Batuk terus menerus, dada sesak, takut menular pada anak-anaknya.
Rod	Lingkungan kumuh	Batuk tidak berhenti,, dada sesak, berat badan turun	Belum merasakan manfaat	Tidak kuat minum obat TB	Batuk tidak berhenti sampai satu bulan, demam dan berat badan yang terus menurun.

Peran komunikator kesehatan. Meski para penderita takut akan ancaman penyakit TB dengan beragam tingkatan keparahan, hampir semua informan (kecuali Tin) tidak cukup tergerak menjalani pengobatan dan hidup sehat atas kehendak diri sendiri, tetapi masih memerlukan dorongan dari orang sekitarnya. Sebagian besar penderita memeriksakan diri ke dokter dan mau disiplin melakukan pengobatan dan berperilaku sehat atas bujukan keluarga, tetangga (PMO) atau kader. Artinya para penderita tersebut walaupun takut akan ancaman penyakit TB, tetapi tidak cukup menjadikan isyarat untuk bertindak (*cues to action*) dari dalam dirinya untuk melakukan pengobatan, tetapi perlu penguat dorongan motivasi dari orang sekitarnya.

Terlebih lagi para penderita tidak cukup memiliki pengetahuan mengenai penyakit TB, prosedur berobat dan ketiadaan biaya pengobatan membatasi dirinya untuk bertindak. Dalam hal ini peran lingkungan sosial terdekatnya yakni keluarga ataupun kader memberikan informasi dan semangat memperkuat kesadarannya akan ancaman penyakit TB dan kemauan penderita serta menjadikan isyarat untuk bertindak (*cues to action*) berupa keputusan untuk berobat. Dukungan finansial dari keluarga dan lingkungan juga diperlukan untuk mengatasi keterbatasan biaya pengobatan atau transportasi.

Seperti telah dikemukakan, ancaman penyakit (*perceived threat*) yang dirasakan para penderita TB tersebut membuat mereka mau melakukan apa saja untuk mencapai kesembuhan antara lain merubah perilaku berhenti merokok, menggunakan masker, tidak meludah sembarangan dan mau mengkonsumsi makanan dan minuman yang bergizi. Sar dan Tin adalah penderita yang paling berubah perilaku sehat. Sar yang tadinya tidak menyukai sayuran demi mencapai kesembuhan selalu berusaha mengkonsumsi sayur setiap hari. Seperti yang dituturkan Sar:

“Saya minum obat teratur, kontrol ke dokter setiap bulan. Setelah itu saya dianjurkan Bu Znb (kader) untuk rajin makan-makanan bergizi, minum susu sama hidup sehat, gak boleh jorok dan harus bersih

lingkungannya. Makan sayuran saya usahakan harus ada, sayur bening bayam lah yang murah dan gampang. Saya juga cek dahak berapa bulan sekali untuk dilihat kumannya. Kalau buang ludah juga gak sembarangan...”.

Selanjutnya, setelah menjalani pengobatan penderita TB merasakan adanya manfaat seperti tidak batuk lagi, berat badan mulai naik, sebagai bukti kemanjuran pengobatan yang menguatkan dirinya untuk menjalani pola hidup sehat. Hampir semua penderita juga mengatakan manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*) yakni bertambahnya pengetahuan tentang TB dan berubahnya pola hidup sehat, sehingga penderita merasa lebih baik dan lebih sehat.

Para penderita dari keluarga miskin, menjadi lebih memprioritaskan pola hidup sehat. Sar yang tadinya tidak memprioritaskan adanya WC di rumah, demi mendukung pola hidup sehatnya segera membuat WC di kamar mandi rumahnya.

“Rumah saya sempit banget tapi udah ada kamar mandinya tapi waktu itu belum punya WC. Pas kena TB dibilangin bu Znb kalau meludah harus di lubang dan diguyur. Ya udah pas saya ada uang dari anak-anak bikin WC biar bisa berak dan ngeludah di WC jadi langsung diguyur...”, tutur Sar.

Meskipun demikian, karena panjangnya masa pengobatan dan adanya hambatan dan ancaman munculnya kembali penyakit TB, menimbulkan keraguan, keputusan dan pasang surut semangat untuk mempertahankan perilaku sehat penderita. Mereka dituntut melakukan perubahan perilaku hidup sehat seperti tidak merokok, menutup mulut saat batuk dan bersin, memakai masker dan minum susu untuk mencapai kesembuhan. Matriks 2 menunjukkan perilaku hidup sehat penderita juga dibentuk oleh isyarat-isyarat untuk bertindak (*cues to action*) berupa pesan-pesan untuk berperilaku hidup sehat dan persepsi penderita tentang kredibilitas PMO, Kader dan Petugas Kesehatan.

Tabel 2. Kredibilitas dan Struktur Pesan Kader, PMO dan Petugas

Penderita	Kredibilitas Kader	Daya Tarik Kader	Kredibilitas PMO	Daya Tarik PMO	Kredibilitas Petugas	Daya Tarik Petugas
Sar	Menguasai emosi	Ketakutan	Jujur	Ganjaran	Membuat kesal	Ketakutan
End	Menguasai emosi	Ketakutan	Menguasai emosi	Ketakutan	Tidak menguasai emosi	Ketakutan
Bek	Menguasai emosi	Emosional	Jujur	Emosional	Tidak bisa menguasai emosi	Ketakutan
Iwn	Gaya bicara menyenangkan	Emosional	Menguasai emosi	Ganjaran	Jujur	Ketakutan
Tin	Menguasai emosi	Ketakutan	Jujur	Ganjaran	Membuat kesal	Ketakutan
Rod	Memahami perasaan penderita	Emosional	-	-	Bisa dipercaya	Ketakutan

Dalam menghadapi penyakit, lingkungan sosial terdekatnya yakni PMO yang pada umumnya adalah kerabatnya mampu menggugah perasaan penderita menguatkan makna sakit dalam bentuk pesan-pesan ganjaran negatif ataupun positif dalam kaitannya dengan kehidupan pribadi dan keluarga mereka. Mereka pun juga berperan mengingatkan penderita untuk berperilaku hidup sehat yang juga diikuti oleh penderita karena kredibilitas PMO dari segi pengetahuan yang memadai dalam hal pengobatan TB dan dapat dipercaya karena ketulusannya sebagai anggota keluarga. PMO juga berperan sebagai penghubung kepada kader atau Puskesmas untuk dapat mengakses sumberdaya (obat dan lain-lain) dari *provider* kesehatan (Puskesmas). Sedangkan dalam kaitan dengan upaya penyembuhan penderita, PMO yang sudah dilatih mengenai penyakit TB dan pengobatannya memiliki peran terutama mengawasi penderita TB untuk disiplin minum obat dan berperilaku hidup sehat. Fungsi ini bisa dijalankannya karena mereka umumnya adalah kerabat yang tinggal dekat dengan penderita. Mereka mendekati penderita dengan komunikasi persuasif dengan himbauan ganjaran, yakni menekankan keuntungan apabila penderita sembuh dan sebaliknya.

Selain peran PMO, melalui pesan yang disampaikan, kader mampu mengubah perilaku penderita TB untuk mau menjalani pola hidup sehat sekaligus menyadarkan dalam kaitannya dengan tanggungjawab sosialnya sebagai ibu. Pengetahuan yang diberikan kader komunitas mengenai pentingnya penggunaan masker sebagai bentuk hidup sehat diikuti Tin, karena dia tidak ingin orang-orang di sekitarnya tertular, seperti penuturannya berikut:

“Waktu pertama kena, kalau keluar saya pake masker. Kan sudah dibilang bu haji (kader) biar ga nularin ke orang-orang ya pake masker. Awal kena kan saya batuknya sering gak pernah ketinggalan pakai masker. Di rumah atau keluar saya pake. Saya takut anak-anak ketularan kalau saya gak pake masker. Saya juga gak mau orang-orang ketularan gara-gara saya gak pakai masker apalagi kalau batuk...”

Dengan demikian komunikasi dari kader selain memberikan informasi mengenai penyakit dan pengobatannya, juga memperkuat persepsi penderita akan ancaman penyakit dengan mengajak penderita mempertimbangkan keuntungan (*perceived benefits*) dan kerugian berupa hambatan-hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) penderita TB. Kader menyampaikan pesan-pesan yang menakutkan tidak mengenai ancaman penyakitnya secara fisik (yang jelas dirasakan sendiri oleh penderita), tetapi lebih pada akibat penyakitnya pada peran sosialnya sebagai pekerja atau pencari nafkah dan sebagai orangtua dalam melindungi anaknya. Dengan demikian mengajak penderita untuk melihat masalah penyakitnya tidak sebatas masalah pribadi, tetapi lebih sebagai masalah sosial. Sekaligus peran kader tidak hanya berkaitan dengan masalah penyakitnya, tetapi juga memecahkan masalah kendala ekonomi dengan menghubungkannya dengan sumberdaya pengobatan atau

provider kesehatan yakni puskesmas dan Community TB Care. Peran ini penting mengingat penderita adalah kalangan miskin, sehingga penanganan masalahnya tidak hanya bersifat individual tetapi juga sosial.

Dengan demikian PMO dan Kader berperan memberi semangat untuk mengatasi hambatan yang dirasa (*perceived barriers*) dan memperkuat manfaat yang dirasakan setelah pengobatan (*perceived benefits*). Seperti hasil penelitian Purwaningsih, dkk (2011) pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) bagi penderita HIV/AIDS juga didorong oleh teman-teman dan keluarga terdekat. Dorongan yang diberikan oleh teman-teman dan keluarga membuat penderita HIV/AIDS mau memeriksakannya ke Puskesmas Dupak dan memanfaatkan VCT. Selain teman dan keluarga beberapa penderita HIV/AIDS juga mendapatkan dorongan dari petugas kesehatan untuk memanfaatkan VCT, meskipun dorongan tersebut tidak sekuat dari teman dan keluarga.

Namun demikian, apabila dibandingkan antara peran PMO, kader dan Petugas Kesehatan dalam mempengaruhi perilaku penderita, peran kader lebih kuat, terutama apabila berhadapan dengan penderita yang bandel atau tidak disiplin. Pengaruh kader sebagai tokoh masyarakat menimbulkan keseganan pada penderita dari keluarga miskin, sehingga apa yang dikatakannya lebih dipatuhi oleh penderita dibandingkan apabila diingatkan oleh PMO. Pesan-pesan yang disampaikan kader selain bersifat informatif, tetapi juga mempunyai daya tarik yang menggugah emosi penderita. Pesan itu walaupun disampaikan “ceplas-ceplos” (bersifat langsung dan menyakitkan hati), tetapi diterima baik oleh penderita karena kredibilitas kader bukan hanya karena banyak pengetahuan terkait penyakit TB, tetapi lebih pada ketulusan kader dalam membantu sesama.

Sedangkan peran komunikasi Petugas Kesehatan lebih berorientasi tugas yakni memberikan obat dan informasi tentang penyakit tanpa orientasi hubungan relasional dengan penderita. Status sosial yang relatif tinggi dibandingkan dengan penderita yang merupakan warga miskin, menyebabkan hubungan sosial yang terjadi dengan penderita lebih formal dalam relasi petugaspasien. Sebagian besar penderita takut dan kesal terhadap petugas, karena cara menyampaikan informasi dan menegur dengan nada bicara yang ketus atau galak menyinggung perasaan penderita. Walaupun demikian penderita mengakui kebenaran informasi yang disampaikan, karena kompetensi pengetahuan Petugas Kesehatan.

Perubahan perilaku berdasarkan status perkawinan dan jenis kelamin. Apabila diperhatikan Matriks 3, perubahan perilaku sehat dilakukan subyek di semua level keparahan agar bisa sembuh dan tidak terkena penyakit TB lagi, karena persepsi terhadap ancaman

sakit TB. Sedangkan dalam penelitian tentang perilaku penderita diabetes, persepsi terhadap ancaman dan emosi negatif, berhubungan positif linier dengan kepatuhan (Wdowik *et al.* 2001) bertentangan dengan pernyataan HBM dan EHBM yang menyatakan bahwa ancaman yang dirasakan akan mengarah pada kepatuhan. Penelitian pada kelompok remaja menemukan justru kepatuhan didapat apabila ancamannya kecil.

Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Kumboyono (2011) mengenai perilaku berhenti merokok. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa persepsi terhadap manfaat merupakan prediktor kuat dalam *Health Belief Model* yang melatarbelakangi berbagai pilihan tindakan untuk berhenti merokok (Kumboyono 2011).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi terhadap penyakit TB dan perilaku berobat dan hidup sehat juga dibentuk oleh karakteristik penderitanya, yakni jenis kelamin dan status perkawinan (Matriks 3). Penderita perempuan cenderung lebih patuh dalam pengobatan dan mengikuti perilaku sehat sebagai upaya penyembuhan TB dibandingkan penderita laki-laki.

Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian Bagiada dan Primasari (2010) yang mengungkapkan bahwa laki-laki cenderung tidak patuh dalam pengobatan TB dibanding perempuan. Kecenderungan tersebut kemungkinan karena aktivitas laki-laki yang tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga, sehingga harus terus bekerja (Bagiada dan Primasari 2010). Sedangkan dalam penelitian ini penderita dengan status menikah terlihat lebih berusaha keras untuk sembuh karena takut menularkan anak-anak, suami atau istrinya bahkan takut ancaman kematian yang berakibat pada penelantaran keluarganya, seperti ungkapan Tin.

Dengan demikian, status perkawinan dan jenis kelamin secara tidak langsung berperan membentuk perilaku hidup sehat dengan menautkan makna hambatan dalam kaitan dengan manfaat pengobatan. Kemalasan akan minum obat dan berperilaku sehat dapat dikalahkan oleh tanggungjawab seorang ibu terhadap anak dan masa depan anaknya yang sangat tergantung pada kesehatannya. Demikian pula, orang yang berstatus menikah, akan mempunyai kesungguhan untuk menyembuhkan diri, karena tanggungjawab sebagai orangtua atau pasangan.

Tabel 3. Persepsi Sakit TB dan Perubahan Perilaku Berdasarkan Status Perkawinan dan Jenis Kelamin

Tingkat Keparahan Penderita	Informan	Jenis Kelamin	Status Perkawinan	Ancaman Sakit TB	Perubahan Perilaku Hidup Sehat
Sangat parah	Sar	Perempuan	Menikah	Kejang-kejang, sesak nafas dan berat badan yang terus turun.	Memakai masker, tidak meludah sembarangan, menutup hidung dan mulut ketika batuk, makan makanan bergizi, minum susu, teratur minum OAT
	End	Laki-laki	Menikah	Panas tinggi sampai satu bulan, tidak kuat untuk bangun, takut mati	Jarang memakai masker, tidak meludah sembarangan, tidak merokok, tidak memisahkan alat makan, OAT teratur, tidak makan makanan bergizi, minum susu
Parah	Bek	Laki-laki	Lajang	Panas tinggi 2 bulan, dan batuk disertai dahak, tidak bisa bekerja.	Tidak memakai masker, tidak meludah sembarangan, minum susu, tidak makan makanan bergizi, masih begadang, kadang-kadang merokok
	Iwn	Laki-laki	Lajang	Dada sesak, demam tinggi, tidak kuat untuk berjalan kaki.	Tidak memakai masker, tidak meludah sembarangan, minum susu, tidak makan yang bergizi, tidak teratur minum OAT
Tidak parah	Tin	Perempuan	Menikah	Batuk terus menerus, dada sesak, takut menular pada anak-anaknya.	Memakai masker, tidak meludah sembarangan, menutup hidung dan mulut ketika batuk, makan makanan bergizi, minum susu, teratur minum OAT
Gagal	Rod	Perempuan	Menikah	Batuk tidak berhenti sampai satu bulan, demam dan berat badan terus menurun.	Tidak ada perubahan perilaku sehat

4. Simpulan

Community TB Care 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat berhasil menggalang komitmen pengambil keputusan di tingkat kota dan kecamatan sehingga menjadi dasar mobilisasi sosial yang menghasilkan partisipasi di tingkat kota dengan memberikan sumbangan pengobatan dari warga atau kelompok mampu secara ekonomi kepada warga miskin. Status camat sebagai kader Muhammadiyah memperkuat dukungan pada kegiatan *Community TB Care* dan memanfaatkan jaringannya untuk menghimpun sumberdaya yang lebih luas, melalui pengaruh politiknya (kepada Puskesmas dan Kelurahan) maupun jaringan pribadi, sehingga membuka akses penderita pada pelayanan pengobatan dan bantuan ekonomi.

Di tingkat komunitas atau kelurahan *Community TB Care* mampu menggalang mobilisasi sosial dengan memanfaatkan sumberdaya yang ada berupa modal sosial berupa kerjasama dan kepedulian warga terhadap penderita TB melalui kader, tokoh masyarakat dan PMO. Komunikasi terjadi merupakan komunikasi partisipatori yang mengkombinasikan jalur monologis dan dialogis. Moda monologis terjadi dalam pelatihan dan penyampaian informasi mengenai penyakit dan pengobatan TB kepada penderita, kader dan PMO serta tokoh masyarakat. Berdasarkan informasi yang diperoleh dan pengalaman serta masalah-masalah yang dihadapi penderita ataupun PMO dan kader, dalam berbagai forum pertemuan komunikasi dialogis terbentuk untuk memecahkan masalah. Forum-forum monitoring dan pertemuan penderita menjadi arena tidak hanya pertukaran informasi tentang pengobatan TB, tetapi juga pemecahan masalah dan ajang konsultasi dan 'curhat' dalam mendampingi penderita. Kunjungan penderita dan pendampingan oleh PMO tidak hanya untuk memantau pengobatan tetapi sebagai bagian penting menghibur dan memberikan semangat kepada penderita yang cemas dan bosan minum obat. Kredibilitas kader dan PMO tidak hanya dibentuk oleh pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan TB yang diperolehnya melalui pelatihan tetapi juga kepercayaan akan ketulusan kader dan PMO (anggota keluarga) yang peduli. Kredibilitas yang demikian besarnya ini memungkinkan respon positif penderita walaupun pesan dari kader dan PMO menakutkan dan cara penyampaian yang keras dimaknai penderita sebagai bentuk kepedulian terhadap dirinya dan memotivasinya untuk menjalani pengobatan. Status penderita sebagai sebagai orangtua yang memiliki tanggungan anak-anak mendorong tekadnya untuk sembuh, sementara penderita lajang berhenti minum obat karena kurangnya motivasi untuk sembuh.

Bagi keluarga miskin yang memiliki keterbatasan secara ekonomi dan sosial, tindakan perilaku sehat bukan hanya semata masalah fisik dan psikologis tetapi juga sarat dimensi sosial. Kendala berobat pada kelompok miskin adalah akses sumberdaya, sehingga keputusan

berobat tidak semata pertimbangan individu, tetapi juga kepedulian orang lain. Dalam HBM, asumsi bahwa nilai kesehatan penting mengalahkan kebutuhan lain, namun pada diri orang miskin nilai penting kesehatan terkalahkan oleh kebutuhan pangan keluarga, sehingga perilaku hidup sehat yang menuntut pengeluaran lebih banyak dan mengganggu batas minimal kecukupan pangan mereka menjadi faktor pertimbangan utama dalam menentukan keputusan untuk berobat atau tidak.

Daftar Acuan

Airhihenbuwa, C.O., & Obregon, R. (2000). A critical assesment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 05(supplement), 5-15.

Bagiada, I.M., & Primasari, N.L.P. (2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketidakpatuhan penderita tuberculosis dalam berobat di poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam*, 11(03), 158-163.

Brewer, N.T., & Rimer, B.K. (2008). Perspectives on health behaviour theories that focus on individuals. Dalam: *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*, 4th Edition. Editors: Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath.

Demissiea, Getahunb & Lindtjorn. (2003). Community tuberculosis care through "TB clubs" in rural North Ethiopia. *Social Science & Medicine*, 56, 2009-2018 dari <http://www.elsevier.com/locate/soscimed>.

Dutta-Bergman. (2009). Theory and practice in health communication campaigns a critical interrogation. *Health Communication*, 18(02), 103-122.

Ho, MJ. (2004). Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Social Science & Medicine*, 59, 759-762.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Strategi nasional penganggulangan tuberculosis 2011-2014*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Kumboyono. (2011). Analisis faktor penghambat motivasi berhenti merokok berdasarkan health belief model pada mahasiswa Fakultas Teknik Universitas Brawijaya. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 6(1), 1-8.

Mc Kee, N. (1993). *Social mobilization & social marketing in developing communities: Lessons for communicators*. Penang Malaysia: Southbound Sdn. Bhd.

Mefalopulos, P. & Kamlongera, C. (2004). *Participatory communication strategy design*. FAO of the United Nations, Rome.

- Mefalopolus, P., & Tufte, T. (2009). *Participatory Communication: A practical guide*. Washington, DC [USA]: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1992). *Analisis data kualitatif: Buku sumber tentang metode-metode baru*. Jakarta (ID): Penerbit Universitas Indonesia Press.
- Nair, K.S. & White, S.A. (2004). Participatory message development: Conceptual framework dalam White, S.A., & Nair, K.S., Ascroft, J. *Participatory Communication Working for Change and Development*. New Delhi: Sage Publication India Pvt Ltd.
- Purwaningsih, Misutarno, Imamah, S.N. (2011). Analisis faktor pemanfaatan VCT pada orang risiko tinggi HIV/AIDS. *Jurnal Ners*, 6(1), 58-67.
- Putri, A.S.E. (2008). Gambaran P2TB di Provinsi Sumatera Utara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 02(02), 194-199.
- Rosenstock, I.M., Strecher V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(02), 175-183.
- Waisbord, S. (2007). Beyond the medical informational model recasting the role of communication in tuberculosis control. *Social Science and Medicine*, 65(06), 2130-2134.
- Wdowik, M, Kendall, P., Harris, M, & Auld, G. (2001). Expanded health belief model predicts diabetes self management in college students. *Journal of Nutrition Education*, 03(01), 1-7.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Global tuberculosis report*. WHO Regional Office South of Asia, New Delhi.
- Zvavamwe, Z., & Ehlres, V.J. (2009). Experiences of a community-based tuberculosis treatment programme in Namibia: A comparative cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 302-309.