

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pemberdayaan Masyarakat

1. Pengertian dan Lingkup Pemberdayaan

Mardikanto (2010) menyatakan bahwa pemberdayaan diartikan sebagai upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau penguatan (*strengthening*) kepada masyarakat. Keberdayaan masyarakat oleh Sumodiningrat (2010) diartikan sebagai kemampuan individu dan masyarakat dalam membangun keberdayaan masyarakat yang bersangkutan. Mardikanto (2010) juga menyebutkan bahwa pemberdayaan adalah suatu proses agar setiap orang menjadi kuat untuk berpartisipasi dalam berbagi pengontrolan dan memengaruhi kejadian-kejadian serta lembaga-lembaga yang memengaruhi kehidupannya. Pemberdayaan menekankan bahwa seseorang memperoleh ketrampilan, pengetahuan dan kekuasaan yang cukup untuk memengaruhi kehidupannya dan kehidupan orang lain yang menjadi perhatiannya, sehingga dapat dikatakan pemberdayaan merupakan suatu upaya agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bertujuan memandirikan masyarakat secara pro aktif, mempraktekan hidup bersih dan sehat secara mandiri atau dengan kata lain pemberdayaan adalah sebuah proses dan tujuan.

Pemberdayaan juga diartikan sebagai upaya untuk memberikan kesempatan dan kemampuan kepada kelompok masyarakat miskin untuk mampu dan berani bersuara (*voice*) atau menyuarakan pendapat, ide dan gagasannya, serta kemampuan dan keberanian untuk memilih (*choice*) sesuatu (konsep, metoda, produk, tindakan, dll) yang terbaik bagi pribadi, keluarga, dan masyarakatnya sehingga dengan kata lain, pemberdayaan masyarakat merupakan proses meningkatkan kemampuan dan sikap kemandirian masyarakat (Mardikanto, 2010).

Secara konseptual, pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat yang dalam kondisi

sekarang tidak mampu untuk melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan, sehingga memberdayakan tersebut adalah memampukan dan memandirikan masyarakat (Mardikanto, 2010c). Konsep pemberdayaan menurut Pranarka *et al.* (1996) adalah menjadikan manusia tersebut subjek dari dirinya sendiri. Proses pemberdayaan yang menekankan pada proses memberikan kemampuan kepada masyarakat agar menjadi berdaya, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan pilihan hidupnya, sehingga pemberdayaan harus ditujukan pada kelompok atau lapisan masyarakat yang tertinggal.

Penggabungan konsep pemberdayaan masyarakat harus dengan penekanan pada esensialitas tindakan kolektif sehingga pemberdayaan masyarakat memperhatikan bagaimana anggota kelompok bisa bertindak bersama dengan cara meningkatkan pengaruh atau pengendalian atas keputusan-keputusan yang mempengaruhi kepentingannya. Meskipun masyarakat umumnya didefinisikan sebagai sekelompok orang yang tinggal di lokasi yang sama dan di bawah pemerintahan yang sama, namun definisi kerja pemberdayaan berfokus pada dimensi tindakan kolektif yaitu masyarakat sebagai sebuah kelompok yang berbagi kepentingan bersama, sehingga anggotanya termotivasi untuk terlibat dalam aksi kolektif (Brinkerhoff *et al.*, 2006).

Berbagai definisi pemberdayaan masyarakat tersebut memberi kesimpulan bahwa tujuan pemberdayaan masyarakat adalah membangun mekanisme *bottom-up* atau *change from below* sehingga menjadi dasar dalam pembangunan masyarakat. Hal tersebut dinyatakan oleh Ife (2008) bahwa pemberdayaan masyarakat setidaknya membutuhkan 6 tahapan yang perlu dilalui untuk mewujudkan *change from below*, yaitu : (a) pemilahan antara proses dan hasil, (b) pentingnya pengintegrasian proses, (c) peningkatan kesadaran, (d) partisipasi sebagai bagian dari demokrasi, (e) membangun kerjasama, dan (f) *community building*.

Pernyataan tersebut menghasilkan kenyataan bahwa proses itu merupakan milik masyarakat yang diberdayakan dan bukan pula milik dari

aktor pembangunan yang akan menghilangkan batasan dan hambatan struktural dan dapat meminimkan kepentingan pribadi. Pada akhirnya proses pemberdayaan akan meningkatkan partisipasi dan kesadaran masyarakat yang saling membutuhkan serta mampu meningkatkan interaksi formal dan informal sesama warga masyarakat.

Menurut Van den Ban *et al.* (2005) untuk memperoleh pendapat yang baik dan keputusan yang efektif, maka pemberdayaan masyarakat perlu melakukan hal-hal berikut:

- a. Pemberdayaan masyarakat mampu mempertimbangkan situasi masyarakat yang bisa dipengaruhi dan situasi masyarakat yang tidak bisa dipengaruhi.
- b. Kepercayaan dari masyarakat dapat diperoleh jika pemberdayaan masyarakat selalu bersifat melayani dan bersimpati pada kepentingan masyarakat dan mampu menjadi ahli pada bidangnya masing-masing.
- c. Pemberdayaan masyarakat mampu menjawab pertanyaan tentang kemampuan membantu memanfaatkan kesempatan yang ada disekitarnya atau kemampuan mencapai tujuan dengan mampu mempengaruhi lingkungan yang ada pada masyarakat itu sendiri.
- d. Pemberdayaan masyarakat bisa memandang persoalan dan masalah dari sudut pandang masyarakat; masalahnya, tujuannya, pengetahuannya, dan penggunaan bahasanya.
- e. Pemberdayaan masyarakat mampu memberikan peluang untuk mendapatkan metode penyelesaian masalahnya sendiri.
- f. Pemberdayaan masyarakat mempunyai pengalaman empiris dari diri pribadi atau dari tempat lain untuk dibagikan kepada para masyarakat sehingga dapat menjadi perbandingan untuk menghadapi masalah yang sama.
- g. Pemberdayaan masyarakat mampu mendorong kreatifitas untuk mampu mengoptimalkan semua *resources* (sumber daya) yang ada pada internal kelompoknya

- h. Pemberdayaan masyarakat membuka peluang sebesar-besarnya kepada masyarakat untuk bisa saling berbagi informasi (dua arah) antar masyarakat dengan pemberdayaan masyarakat.
- i. Semua kegiatan pemberdayaan mampu dijelaskan kepada masyarakat pada waktu-waktu tertentu (evaluasi) untuk menjadi bagian dari *peer learning* sesama.
- j. Pemberdayaan masyarakat mampu menguasai berbagai aspek dalam masyarakat, baik dari kemampuan berusaha, informasi mutakhir tentang usaha yang dilakukan, pasar, bahkan juga *competitor* yang ada.

Menurut Sulaeman (2012), pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan mengandung aspek; (a) upaya (*effort*), (b) optimalisasi, (c) potensi masyarakat, (d) menggali potensi masyarakat, (e) kemitraan (*partnership*), (f) peningkatan (g) pertumbuhan (*growth*), (h) pembangunan (*development*), (i) pengembangan sumber daya manusia sukarela (kader), (j) regulasi, (k) kemandirian, (l) keberlanjutan (*sustainability*). Departemen Kesehatan RI (2000) telah memformulasikan strategi pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan sebagai bagian dari promosi kesehatan meliputi; advokasi kesehatan, kemitraan (*partnership*) untuk memperoleh dukungan masyarakat (*social support*), serta pemberdayaan masyarakat.

Tujuan pemberdayaan masyarakat: (a) meningkatnya perilaku sehat di masyarakat (b) meningkatnya peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan masyarakat dengan sasarannya (a) masyarakat secara perorangan ataupun kelompok, (b) masyarakat pengguna, dan (c) tokoh masyarakat yang menjadi panutan.

Langkah-langkah pelaksanaan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan telah ditetapkan oleh Departemen kesehatan RI (2006) melalui pengembangan masyarakat (*community development*) dan pengorganisasian masyarakat (*community organization*), pengorganisasian masyarakat berupaya membantu masyarakat untuk menolong diri sendiri dengan mengembangkan potensi / kemampuan hidup sehat serta sikap hidupnya. Pendekatan inidilakukan melalui upaya pengembangan potensi warrga masyarakat melalui pendidikan, pelatihan, dan kemitraan serta mengupayakan kondisi yang mendukung untuk berkembang,

agar mereka dapat memecahkan masalah kesehatan mereka secara mandiri dan lestari, meskipun mereka memiliki tingkat pendidikan yang rendah atau bahkan buta huruf. Sulaeman (2012) mengemukakan langkah-langkah pelaksanaan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan antara lain:

a. Pendekatan tokoh masyarakat.

Forum untuk mendekatkan tokoh masyarakat antara lain secara personal melalui kunjungan rumah, pembicaraan informal di berbagai kesempatan, pendekatan secara bersama-sama melalui sarasehan, rembug desa dan lain-lain.

b. Pengenalan masalah kesehatan oleh masyarakat.

Merupakan kegiatan untuk mengenali keadaan dan masalah mereka sendiri, dengan cara survei mawas diri (SMD). Dengan survey mawas diri masyarakat di ajak untuk mengenali permasalahan kesehatan yang mereka hadapi sehingga memperoleh gambaran masalah kesehatan menurut apa yang dirasakan dan disepakati keluarga serta dapat mengenali potensi yang ada disekeliling mereka.

c. Perumusan upaya penanggulangan oleh masyarakat yang dilakukan melalui Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), hal ini diperlukan untuk merumuskan upaya penanggulangan oleh masyarakat yang merupakan kesepakatan masyarakat terhadap prioritas masalah dan upaya penanggulangannya. Terdapat beberapa kriteria yang perlu dipertimbangkan antara lain: (1) kegawatannya, (2) mendesaknya, (3) penyebarannya, (4) pelaksanaan kegiatan penanggulangan masalah oleh masyarakat dan, (5) pembinaan dan pengembangan. Setiap kegiatan harus dibina, agar kegiatan dapat terus dikembangkan. Kegiatan pembinaan dan pengembangan ditujukan untuk memantapkan dan membina pengetahuan, ketrampilan, dan motivasi para tenaga pembangun desa, antara lain dapat dilakukan dengan supervisi, forum komunikasi, kunjungan tamu dari luar, wisata karya ke tempat yang lebih maju dan lain-lain. Salah satu tujuan pemberdayaan masyarakat adalah dengan melibatkan masyarakat dalam setiap program kesehatan dengan partisipasi penuh.

Partisipasi masyarakat menurut Mardikatno (2010) dapat dilakukan dengan cara:

- a. Partisipasi dengan paksaan (*enforcement participation*), artinya memaksa masyarakat untuk kontribusi dalam suatu program, baik melalui perundang-undangan, maupun peraturan-peraturan. Kelebihannya program akan segera dilaksanakan namun bukan dari kesadaran masyarakat, sehingga program biasanya tidak berlangsung lama, karena masyarakat tidak merasa memiliki.
- b. Partisipasi dengan persuasi dan edukasi, artinya partisipasi yang didasari pada kesadaran, kelemahannya membutuhkan waktu yang lama, karena menumbuhkan kesadaran setiap orang berbeda-beda, butuh penerangan pendidikan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Kegiatan pemberdayaan masyarakat sebagai upaya mengubah perilaku orang lain secara persuasif baik pengetahuannya, sikapnya atau ketrampilannya. Dengan demikian metode yang diterapkan harus mampu merangsang penerima manfaat secara sikap dan pikiran dan dengan suka-hati atas kesadaran ataupun pertimbangan nalarnya sendiri melakukan perubahan-perubahan demi perbaikan mutu hidupnya sendiri, keluarganya dan masyarakatnya.

Pelaksanaan upaya pemberdayaan masyarakat secara garis besar dapat dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan yang bersifat direktif atau pendekatan bersifat non direktif (Adi, 2008):

a. Pendekatan direktif

Pada pendekatan yang bersifat direktif diambil asumsi bahwa petugas tahu apa yang dibutuhkan dan apa yang baik untuk masyarakat. Pada pendekatan ini petugas lebih dominan karena semua prakarsa dan sumber daya dari petugas. Interaksi bersifat instruktif dan masyarakat sebagai obyek.

b. Pendekatan non direktif

Pada pendekatan yang bersifat non direktif, diambil asumsi bahwa masyarakat tahu apa yang sebenarnya mereka butuhkan dan apa yang baik untuk mereka sehingga peranan pokok ada pada masyarakat. Petugas lebih bersifat menggali dan mengembangkan potensi masyarakat. Prakarsa dan sumber daya berasal dari masyarakat. Sifat interaksi partisipatif dan masyarakat dilihat sebagai subyek.

Setelah melakukan pendekatan dengan baik maka bisa dibuat suatu pengorganisasian dan pengembangan masyarakat yang penerapannya disesuaikan

dengan tingkat perkembangan masyarakat dan interaksi antara petugas dan komunitas.

2. Pemberdayaan Pasien

Menurut Hikmat (2010) konsep pemberdayaan dalam wacana pembangunan masyarakat selalu dihubungkan dengan konsep mandiri, partisipasi, jaringan kerja dan keadilan. Pada dasarnya, pemberdayaan diletakkan pada kekuatan tingkat individu dan sosial. Menurut Mardikanto (2010) ciri-ciri warga masyarakat berdaya adalah: (a) mampu memahami diri dan potensinya, mampu merencanakan (mengantisipasi kondisi perubahan ke depan); (b) mampu mengarahkan dirinya sendiri, (c) memiliki kekuatan untuk berunding, (d) memiliki *bargaining power* yang memadai dalam melakukan kerjasama yang saling menguntungkan, dan (e) bertanggung jawab atas tindakannya.

Mardikanto (2010) juga menjelaskan lebih rinci bahwa yang dimaksud dengan masyarakat berdaya adalah masyarakat yang tahu, mengerti, faham termotivasi, berkesempatan, memanfaatkan peluang, berenergi, mampu bekerjasama, tahu berbagai alternative, mampu mengambil keputusan, berani mengambil risiko, mampu mencari dan menangkap informasi dan mampu bertindak sesuai dengan situasi. Proses pemberdayaan yang melahirkan masyarakat yang memiliki sifat seperti yang diharapkan harus dilakukan secara berkesinambungan dengan mengoptimalkan partisipasi masyarakat secara bertanggungjawab.

Pemberdayaan pasien sebenarnya bukanlah hal baru, di beberapa negara maju seperti Amerika pemberdayaan pasien TB sudah dilakukan sejak 1992 (Macq, *et.al.* 2007). Titik tolak pemberdayaan pada pasien adalah pemahaman diri. Menyadari kekuatan dan kelemahan diri sebagai upaya menumbuhkan kembangkan keinginan untuk mengubah citra diri dari yang negatif menjadi lebih positif. Menurut Lao (2002), pemberdayaan pasien adalah suatu upaya menjadikan pasien mampu bertanggung jawab dan mampu mengelola kesehatannya dan gaya hidup yang sehat, sedangkan menurut Coleman (2014), pemberdayaan pasien adalah pendekatan yang berpusat pada pasien sebagai penerima layanan perawatan untuk mengelola dan bekerjasama dalam rangka pencapaian tujuan terapi. Dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan pasien adalah

upaya membuat pasien bertanggung jawab terhadap dirinya di dalam mengambil keputusan, bersikap dan berperilaku positif untuk kesehatannya.

Konsep diri, menurut Baumeister (1999) adalah keyakinan individu tentang dirinya, termasuk atribut seseorang dan siapa dan apa dirinya. Konsep diri merupakan *blue print* (cetak biru) dalam bertindak laku. Dengan memperbaiki cara pandang terhadap diri, keyakinan diri akan tumbuh, dan tingkah laku pun akan mengikuti konsep diri yang baru ini. Semua langkah ini harus berawal dari pandangan obyektif terhadap segala kekurangan dan kelebihan yang ada pada diri seseorang. Kelebihan yang ada dipupuk terus agar dapat menjadi keuntungan yang kompetitif (*competitive advantage*), sementara kekurangan yang ada harus dirubah. Di samping itu, sikap proaktif juga menuntut untuk mengimplementasikan rencana-rencana pemberdayaan diri ini melalui aktivitas yang bertumpu pada pengembangan diri, baik untuk sasaran jangka pendek maupun jangka panjang.

Setelah mempersiapkan diri untuk melakukan perubahan dan memilih bentuk perubahan yang paling tepat untuk dilakukan, maka pengembangan diri akan lebih berhasil. Proses implementasi merupakan faktor penting dan konsekuensi yang harus ditempuh agar dapat melangkah lebih jauh lagi. Dalam konteks ini, perubahan mengakibatkan timbulnya situasi baru yang dengan sendirinya membutuhkan “sarana-sarana pendukung pelaksanaannya” berupa kesiapan mental dan keluasan pikiran.

Dengan tingkat fleksibilitas yang memadai, hambatan-hambatan untuk mengimplementasikan perubahan dapat disingkirkan. Hanya saja, perlu diingat, semakin tinggi perkembangan yang hendak dicapai semakin beraneka ragam pula kondisi yang harus dihadapi. Untuk itu, asertivitas perlu betul-betul didayagunakan dengan baik, agar seseorang tidak diombang-ambingkan oleh berbagai hal yang tidak jelas ataupun terjebak dalam suatu kesibukan yang sebenarnya tidak berarti. Untuk itu perlu diterapkan *action skills*, yaitu kemampuan untuk merealisasikan suatu keputusan secara cerdas dan melaksanakannya secara konsekuen. Dengan demikian seseorang dapat tampil aktif mempersuasi orang lain melalui sikap hidup positif.

Semua itu tidak datang begitu saja, perlu proses berkesinambungan berdasarkan kesadaran akan identitas diri, yang selanjutnya membantu untuk terus

belajar, membuat diri selalu terlatih, menganalisis situasi dan kondisi sekitarnya, serta mampu mengatasi berbagai permasalahan. Dari situ, tumbuh rasa percaya diri dan optimisme terhadap masa depan, yang menjadi sumber kreativitas yang dapat dieksplorasi terus-menerus. Dengan demikian, individu tidak menjadi panik dan kehilangan arah dalam menghadapi dan mengimplementasikan perubahan. Ia selalu memperlihatkan keaktifan agar selalu menghadirkan hal-hal yang signifikan. Misalnya, seorang *kuper* (kurang pergaulan) aktif membangun jejaring, karena dia meyakini *network* sangat penting bagi kemajuan karirnya.

Pada pemberdayaan pasien diperlukan adanya pengembangan kapasitas individu, menurut Mardikanto (2010) pengembangan kapasitas individu adalah segala upaya untuk memperbaiki atau mengembangkan mutu karakteristik pribadi agar lebih efektif dan efisien, baik di dalam entitasnya maupun dalam lingkup global. Pengembangan kapasitas pribadi pada pemberdayaan, meliputi: pengembangan kapasitas kepribadian, kapasitas dunia kerja dan pengembangan keprofesionalan. Orang-orang yang terlibat dalam proses tersebut sehingga mereka dapat lebih memperhatikan hidupnya untuk memperoleh rasa percaya diri, memiliki harga diri dan pengetahuan untuk mengembangkan keahlian baru. Prosesnya dilakukan secara kumulatif sehingga semakin banyak ketrampilan yang dimiliki seseorang, semakin baik kemampuan berpartisipasi. Kapasitas menandakan ciri-ciri kedewasaan seseorang, seperti: perkembangan penuh (*full growth*), perasaan terhadap pandangan (*sense of perspective*), dan kemandirian (*autonomy*) (Rogers, 1994). Kapasitas individu dapat dibedakan dalam tiga ranah manusia, yaitu: (a) kognitif, (b) afektif, dan (c) psikomotor. Pemberdayaan diri merupakan salah satu kunci pengembangan karir, dan pemberdayaan diri dapat tercapai jika kita berani melakukan perubahan. Melakukan perubahan tidak akan bermakna apapun jika hanya berhenti pada niat, atau rencana-rencana belaka. Niat dan rencana itu harus diimplementasikan, yang membutuhkan dua hal sekaligus: asertifitas dan fleksibilitas.

B. Promosi Kesehatan

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Menurut WHO (1998) promosi kesehatan merupakan ilmu dan seni membantu orang menemukan sinergi antara kesukaan inti (*core passions*) dan kesehatan yang optimal, meningkatkan motivasi masyarakat untuk bertujuan mencapai kesehatan yang optimal, dan mendukung masyarakat dalam mengubah gaya hidup untuk bergerak pada keadaan kesehatan yang optimal.

Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Ini bukan sekedar perubahan gaya hidup saja, namun berkaitan dengan perubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui penggabungan : (a) menciptakan lingkungan yang mendukung, (b) mengubah perilaku, dan (c) meningkatkan kesadaran.

Promosi kesehatan juga mempunyai peran yang sangat penting dalam proses pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, yaitu melalui proses pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, sesuai dengan lingkungan sosial budaya setempat. Hal ini dilakukan agar masyarakat dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan. Sejalan dengan pelaksanaan otonomi daerah, upaya promosi kesehatan dalam mendukung pembangunan kesehatan di Indonesia berawal dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah. Guna mencapai keberhasilan promosi kesehatan tersebut diperlukan pengembangan kelembagaan dan sumber daya manusia, serta sumber daya lain yang memadai.

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan kesatu yang diadakan di Ottawa Kanada, menghasilkan sebuah kesepakatan yang dikenal sebagai Piagam Ottawa atau *Ottawa Charter* (1986): *Health promotions is the process of enabling people to increase control over, and improve their health.* (proses yang memungkinkan seseorang untuk meningkatkan kontrol / pengendalian diri untuk meningkatkan kesehatannya).

commit to user

Pengertian lainnya menurut *Victoria Health Foundation* (1996) dalam Hikmawati (2011) bahwa promosi kesehatan adalah suatu program yang dirancang untuk merubah perilaku, organisasi masyarakat dan lingkungannya. Sedangkan menurut Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2004), promosi kesehatan adalah upaya meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Promosi kesehatan telah berkembang semakin pesat dan bisa diartikan sebagai upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga berperilaku yang kondusif untuk kesehatan.

2. Tujuan Promosi Kesehatan

Sebagai proses pemberdayaan masyarakat menurut Sulaeman (2016) tujuan promosi kesehatan adalah untuk melakukan pemberdayaan sehingga orang mempunyai kontrol yang lebih besar terhadap aspek-aspek kehidupan masyarakat yang memengaruhi kesehatan. Dengan demikian terdapat dua unsur penting promosi kesehatan yaitu memperbaiki kesehatan dan memiliki kontrol.

3. Sasaran Promosi Kesehatan

Sesuai dengan tujuan akhir promosi kesehatan yaitu agar masyarakat mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri sehingga sasaran dari promosi kesehatan adalah masyarakat, khususnya perilaku masyarakat. Menurut Departemen Kesehatan RI (2000) berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan, maka sasaran promosi kesehatan dibagi menjadi tiga kelompok:

a. Sasaran primer

Sasaran primer (*primary target*) dalam promosi kesehatan adalah individu atau kelompok yang: (1) terkena masalah, (2) diharapkan akan berperilaku seperti yang diharapkan, dan (3) akan memperoleh manfaat paling besar dari hasil perubahan perilaku. Sesuai dengan masalah kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi : kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah kesehatan ibu dan anak, anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

b. Sasaran sekunder

Sasaran sekunder (*secondary target*) dalam promosi kesehatan adalah individu atau kelompok individu yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer seperti para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sekitarnya. Selain itu dengan perilaku hidup sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil dari pendidikan yang diterima maka para tokoh masyarakat akan menjadi panutan dalam hal perilaku dan pola hidup yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran sekunder ini sejalan dengan strategi dukungan sosial.

c. Sasaran tersier.

Sasaran tersier (*tertiary target*) dalam promosi kesehatan adalah para pembuat keputusan (*decision making*), atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah. Dengan kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh kelompok tersier ini harapannya akan berdampak pada para tokoh masyarakat (sasaran sekunder) dan juga kepada masyarakat secara umum (sasaran primer). Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi.

4. Model Promosi Kesehatan

Istilah model seringkali dipergunakan, tetapi mempunyai arti dan maksud yang berbeda. “Model” dikenal sebagai istilah untuk dilukis, namun demikian penggunaan istilah model dapat menunjukkan dua hal, yaitu:

- a. Model dalam pengertian contoh atau teladan atau sesuatu yang perlu ditiru.
- b. Model dalam pengertian bentuk, pola, rancangan.

Pemodelan bertujuan memberikan gambaran yang sederhana untuk menjelaskan suatu teori. Menurut Naidoo dan Willis (1996), model merupakan abstraksi yang mewakili realita, sedangkan menurut Sulaeman (2016) model adalah kerangka teoritis yang menggambarkan hubungan antar variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar lebih mudah dipahami dari suatu masalah yang mewakili sejumlah obyek atau aktifitas keseluruhan. Model promosi kesehatan memperlihatkan interaksi diantara faktor-faktor yang berhubungan dengan hasil yang dihubungkan dengan proses promosi kesehatan.

Perkembangan pemikiran model promosi kesehatan selalu berkembang dan pada umumnya, tiap model promosi kesehatan mempunyai ciri yang berbeda disesuaikan dengan kondisi masyarakat di lokasi model tersebut disusun. Kondisi masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor sosial, budaya, ekonomi dan politik. Sebagai contoh, model promosi kesehatan yang dikemukakan oleh Dignan dan Tannahil. Pada gambar 2.1 adalah gambaran detail tentang aplikasi promosi kesehatan menurut Dignan dan Carr (1992).



Gambar 2.1 Model *Health Promotion*

Sumber: Dignan, *et.al*, 1992

Model promosi kesehatan yang dikemukakan oleh Mark B. Dignan dan Patricia A. Carr (Dignan *et.al.*, 1992) menyatakan bahwa pelaksanaan promosi kesehatan melalui tahapan sebagai berikut: (1) *community analysis*, (2) *target assessment*, (3) *program plan development*, (4) implementasi, dan (5) evaluasi.

Model promosi kesehatan yang lain adalah *Tannahill's model of health promotion* (Davies, 2006) yaitu:

"Tannahill's model of health promotion sees it as comprising 'efforts to enhance positive health and prevent ill health, through the overlapping spheres of health education, prevention and health protection.'" (Promosi kesehatan sebagai upaya meningkatkan sehat positif dan mengurangi sakit melalui berbagai upaya yang saling tumpang tindih antara pendidikan kesehatan, pencegahan dan perlindungan kesehatan).

Model Tannahill diilustrasikan sebagai tiga lingkaran yang beririsan, yang di dalam lingkaran tersebut terdapat tujuh domain dari promosi kesehatan. Ketujuh domain tersebut adalah :

a. *Preventive services* / layanan preventif,

Contoh: imunisasi dan skrining serviks.

b. *Preventive health education* / Pendidikan kesehatan untuk pencegahan.

Contoh: nasehat dan informasi yang diberikan untuk menghentikan perokok.

c. *Preventive health protection* / Perlindungan kesehatan preventif.

Contoh: fluoridasi pada air *commit to user*

d. *Health education for preventive health protection* / Pendidikan kesehatan untuk perlindungan kesehatan preventif.

Contoh: melobi undang-undang sabuk pengaman.

e. *Positive health education* / Pendidikan kesehatan positif.

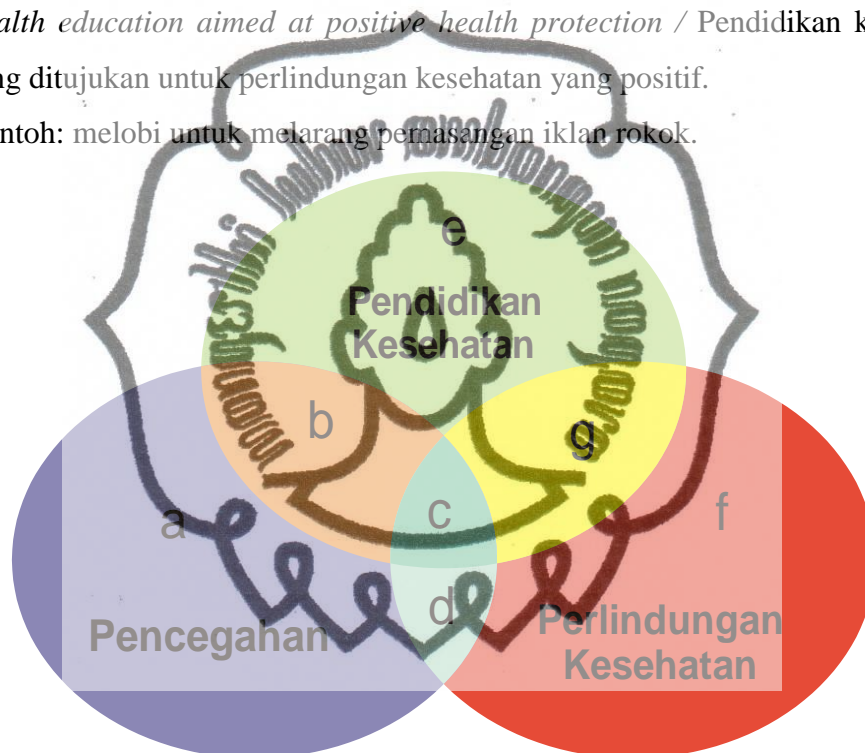
Contoh: *lifeskills work with young people*.

f. *Positive health protection* / perlindungan kesehatan yang positif

Contoh: peraturan merokok di tempat kerja.

g. *Health education aimed at positive health protection* / Pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk perlindungan kesehatan yang positif.

Contoh: melobi untuk melarang pemasangan iklan rokok.



Gambar 2.2. Model Promosi Kesehatan Menurut Tannahill
Sumber: Davies (2006)

5. Peran promosi kesehatan

Pemahaman terhadap peran promosi kesehatan sampai saat ini masih terjadi distorsi. Promosi kesehatan masih dipahami semata-mata sebagai pengganti istilah pendidikan kesehatan. Secara institusional mungkin benar bahwa promosi kesehatan merupakan pengganti pendidikan atau penyuluhan kesehatan, tetapi secara konsep berbeda, sehingga lebih baik dikatakan bahwa promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan. Menurut Sulaeman (2016) profesi promosi kesehatan sebagai promotor kesehatan telah

berkembang menanggapi gerakan promosi kesehatan internasional dan gerakan masyarakat baru yang lebih luas. Terminologi “promosi” dalam promosi kesehatan sekurang-kurangnya mengandung 4 pengertian sekaligus, yakni:

- a. Peningkatan seperti halnya dalam “*five levels of prevention*” dari Leavels dan Clark dalam Hanlon (1974), menyatakan pencegahan tingkat pertama adalah “*health promotion*”. Terminologi ini juga seperti digunakan dalam dunia akademik (promosi doktor), atau dunia pekerjaan (promosi jabatan). Konsep lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) menjelaskan pencegahan tingkat pertama dan utama adalah promosi kesehatan (*health promotion*).

Secara lengkap adalah:

- 1) Promosi kesehatan (*health promotion*);
 - 2) Perlindungan khusus melalui imunisasi (*specific protection*);
 - 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*);
 - 4) Membatasi atau mengurangi kecacatan (*disability limitation*);
 - 5) Pemulihan (*rehabilitation*).
- b. Memasarkan atau menjual, seperti yang berlaku di dunia bisnis, sehingga muncul istilah dalam fungsi “*sales promotion girls*” yang adalah seseorang yang bertugas memasarkan dan atau menjual suatu produk tertentu. Bahkan, di suatu perusahaan menciptakan jabatan struktural (manajer promosi/pemasaran).
 - c. Literatur lama (zaman Belanda), dijumpai istilah “propaganda kesehatan”, yang sebenarnya adalah suatu kegiatan mempengaruhi orang lain atau masyarakat untuk melakukan hal yang sehat, misalnya makan makanan yang bergizi, minum air yang direbus, buang air besar di jamban, dan sebagainya. Istilah propaganda kesehatan ini masih digunakan juga sampai awal kemerdekaan Republik Indonesia, oleh dr. J. Leimena, Menteri Kesehatan pada waktu itu.
 - d. Belakangan muncul di lapangan atau dalam praktik promosi kesehatan, bahwa promosi kesehatan dilakukan dan identik dengan penyuluhan kesehatan. Hal tersebut tidak seluruhnya salah, karena dalam penyuluhan

tersebut terjadi proses peningkatan pengetahuan kesehatan bagi masyarakat. Adanya peningkatan pengetahuan tersebut diharapkan akan berakibat terjadinya peningkatan sikap dan perilaku (praktik) hidup sehat. Demikian juga dalam penyuluhan (promosi) kesehatan tersebut terjadi penjualan “produk”. Produk yang dimaksud di sini bukanlah produk komersial, tetapi produk sosial. Maksud dari produk sosial adalah “cara hidup sehat” atau “perilaku hidup sehat” yang sifatnya tidak kasat mata (*intangible*). Produk-produk sosial yang kasat mata (*tangibles*), seperti imunisasi, tablet Fe, garam beryodium, kondom, IUD, abate, dan sebagainya.

Revitalisasi pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan ini diharapkan bukan hanya berbeda dalam konsep, tetapi juga berbeda dalam implementasi atau aplikasinya. Awalnya pendidikan kesehatan hanya diartikan sebagai kegiatan atau upaya-upaya dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan sikap, yang berujung pada perubahan perilaku masyarakat.

Dimensi perubahan perilaku pun bukan hanya perubahan perilaku masyarakat saja, tetapi juga perubahan perilaku para pemegang otoritas atau penentu kebijakan. Dengan perkataan lain promosi kesehatan tidak hanya melakukan pendekatan perubahan perilaku masyarakat (*behavior change*) semata-mata, tetapi juga perubahan perilaku pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang lain, dan perubahan determinan kesehatan yang lain. Perubahan konsep ini sudah dimulai oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sejak tahun 1984 yang telah mengeluarkan strategi global promosi kesehatan dan merumuskan bahwa promosi kesehatan sekurang-kurangnya mengandung 6 prinsip, yakni: (a) perubahan perilaku (*behavior change*), (b) perubahan sosial (*sosial change*), (c) Pengembangan kebijakan (*policy development*), (d) Pemberdayaan (*empowerment*), (e) Partisipasi masyarakat (*community participation*), dan (f) Membangun kemitraan (*building partnership and alliance*).

6. Perkembangan Promosi Kesehatan

Menurut deklarasi Alma Alta yang dikeluarkan tahun 1978 strategi utama dalam pencapaian kesehatan bagi semua adalah melalui pelayanan kesehatan dasar. Salah satu komponen dalam pelayanan kesehatan dasar adalah pendidikan kesehatan, dan salah satu kegiatannya berupa promosi kesehatan. Dalam pelaksanaannya, pendidikan kesehatan ternyata kurang mampu mewujudkan perilaku sehat bagi masyarakat. Pendidikan kesehatan ternyata hanya berfokus kepada perubahan perilaku, dan kurang memperhatikan upaya perubahan lingkungan (fisik, biologi dan sosial).

Sekitar tahun 1980-an mulai disadari bahwa pendidikan kesehatan saja tidak cukup berdaya untuk mengubah perilaku masyarakat, harus disertai dengan upaya peningkatan kesehatan. Pada tahun 1984, salah satu divisi WHO, yaitu *Division Health Education* diubah menjadi *Division on Health Promotion and Education*. Konsep baru tersebut diadopsi oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2000 dengan mengubah Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat menjadi Pusat Promosi Kesehatan, hingga saat ini.

Ottawa Charter (Piagam Ottawa) merupakan acuan penyelenggara promosi kesehatan di dunia. Aktivitas utama promosi kesehatan menurut Piagam Ottawa adalah advokasi, pemberdayaan, dan mediasi. Selain itu, Piagam Ottawa merumuskan lima komponen utama promosi kesehatan yaitu:

- a. Membangun kebijakan publik berwawasan kesehatan (*build healthy public policy*). Artinya, mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkatan administrasi mempertimbangkan dampak kesehatan dari setiap kebijakan yang dibuatnya.
- b. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environment*). Artinya, menciptakan suasana lingkungan (baik fisik maupun sosial politik) yang mendukung (kondusif), sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya-upaya yang positif bagi kesehatan.
- c. Memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*). Artinya, memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.

commit to user

- d. Mengembangkan keterampilan individu (*develop personal skill*). Artinya, mengupayakan agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya kesehatan, melalui pemberian informasi, pendidikan dan pelatihan yang memadai. Upaya ini akan lebih efektif dan efisien bila dilakukan melalui pendekatan tatanan (*setting*). Tatanan dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu tatanan berdasarkan interaksi manusia dan tatanan berdasarkan wilayah. Tatanan yang berdasarkan interaksi manusia adalah tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat-tempat umum, dan tatanan sarana kesehatan, sedangkan tatanan berdasarkan wilayah adalah tatanan kota/kabupaten, tatanan kepulauan dan lain-lain.
- e. Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*). Artinya, mengubah orientasi pelayanan kesehatan agar lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Pertemuan internasional promosi kesehatan keempat di Jakarta bulan Juli tahun 1997 menghasilkan *Jakarta Charter* sebagai berikut:

- a. *Promote sosial responsibility for health* (meningkatkan tanggung jawab sosial dalam kesehatan).

Antara pemerintah dan swasta seharusnya bekerja sama dalam pertanggungjawaban sosial terhadap kesehatan masyarakat serta memperhatikan keseimbangan kesehatan untuk semua.

- b. *Increase investments for health development* (meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan).

Seharusnya ada investasi dalam kesehatan yang meliputi perbaikan ekonomi, perumahan dan pendidikan, dan diprioritaskan pada kelompok rentan seperti wanita, anak-anak, orang tua, suku asli dan kelompok *marjinal*.

- c. *Consolidate and expand partnerships for health* (meningkatkan kemitraan untuk kesehatan).

Adanya kerja sama antara masyarakat, pemerintah, LSM, dan sektor swasta diperlukan untuk kesempatan kesehatan bagi semua.

commit to user

- d. *Increase community capacity and empower the individual* (meningkatkan kemampuan perorangan dan memberdayakan masyarakat).

Promosi kesehatan yang efektif membutuhkan proses partisipatif, masyarakat perlu dicerdaskan dan ditingkatkan keterampilannya agar mereka dapat menentukan dan memutuskan hal-hal yang menentukan kesehatan.

- e. *Secure an infrastructure for health promotion* (mengembangkan infrastruktur promosi kesehatan).

Memobilisasi dana untuk promosi kesehatan diperlukan pemerintah, baik tingkat lokal, nasional, regional maupun Internasional. Perlu kerja sama antar sektor dan peningkatan keahlian di tingkat lokal melalui pendidikan dan diseminasi, sehingga semua negara mempunyai politik, hukum, pendidikan, sosial dan lingkungan ekonomi untuk mendukung promosi kesehatan.

Hasil kesepakatan pada *Jakarta Charter* tersebut ternyata masih relevan dijadikan acuan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di Indonesia pada saat ini.

7. Misi Nasional Promosi Kesehatan

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2000) telah merumuskan misi nasional promosi kesehatan yaitu;

- Mendorong tumbuhnya masyarakat berbudaya sehat
- Mensosialisasikan pesan-pesan kesehatan
- Menjembatani, menggalang kemitraan dan membina suasana yang kondusif demi terwujudnya pola hidup bersih sehat di masyarakat
- Melakukan advokasi kebijakan publik yang berdampak positif pada kesehatan, serta
- Meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan melakukan penyuluhan, pendidikan, pelatihan, dan memperkuat sumber daya manusia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.

8. Pelembagaan Promosi Kesehatan di Masyarakat

Menurut Labonte dan Laverack (2008), promosi kesehatan membutuhkan penanganan bersama oleh komunitas, hal tersebut disepakati juga oleh *Prairie Region Health Promotion Research Centre* (PRHPSC, 2004). Beberapa hal yang berkaitan dengan program pemberdayaan menurut Labonte dan Laverack (2008) terdiri dari partisipasi, kepemimpinan, struktur organisasi, penilaian masalah, mobilisasi sumber daya, daya kritis komunitas, jejaring dan kemitraan, kewenangan dan manajemen program.

Kickbusch (1997) menambahkan bahwa pemberdayaan kesehatan masyarakat membutuhkan pendanaan, pengembangan sumber daya manusia, penguatan pengetahuan kesehatan, akses pada dukungan infrastruktur, pengetahuan advokasi kebijakan, akses pada kelompok dan organisasi sejenis, bantuan mobilisasi sumber daya, pendampingan pengembangan organisasi, dan dukungan legitimasi politik.

Nutbeam (2001 *cit.* Macdowall dan Davies, 2006) secara ringkas juga menggariskan pelembagaan dan perencanaan operasionalisasi program promosi kesehatan terdiri dari edukasi (pasien, media, komunikasi, sekolah), mobilisasi sosial (*community development*, fasilitasi kelompok, target komunikasi massa) dan advokasi (lobi dan negosiasi partai politik, aktifis, birokrasi).

Lebih jauh PRHPRC (2004), menyatakan bahwa untuk penilaian kapasitas kelembagaan dapat diukur dari beberapa hal, yaitu :

- a. Komitmen (organisasi, visi dan misi, strategi prioritas, partisipasi masyarakat, kemitraan),
- b. Kultur (kemampuan manajemen organisasi, inovasi, prinsip, hubungan antar anggota, komunikasi yang terbangun),
- c. Struktur (tanggung jawab bersama, mekanisme akuntabilitas pada struktur yang membuka ruang kerjasama dengan para pihak, kebijakan yang efektif untuk pengembangan, perencanaan program berbasis komunitas), dan
- d. Sumber daya (ketenagaan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan, keseimbangan beban kerja, pembiayaan dari sumber dana utama, bergabung dengan komunitas, melibatkan praktisi sesuai sarana dan prasarana yang ada).

C. Tuberkulosis

1. Patofisiologi Tuberkulosis

TB adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Departemen Kesehatan RI, 2002). Kuman *Mycobacterium tuberculosis* masuk ke tubuh melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi tuberkulosis terjadi melalui udara (*air borne*), yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Saluran pencernaan merupakan tempat masuk utama bagi jenis Bovin, penyebarannya melalui susu yang terkontaminasi. Akan tetapi di Amerika Serikat, dengan luasnya pasteurisasi susu dan deteksi penyakit pada sapi perah, tuberkulosis jenis Bovin ini jarang terjadi (Kemenkes, 2006).

TB adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel. Sel efekturnya adalah makrofag, sedangkan limfosit (biasanya sel T) adalah set immunoresponsifnya. Tipe imunitas seperti ini biasanya melibatkan makrofag yang diaktifkan ditempat infeksi oleh limfosit dan limfokinnya (Depkes, 2002). Respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitivitas. Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveolus biasanya di inhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil, gumpalan basil yang besar cenderung tertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus serta tidak menyebabkan penyakit.

Setelah berada dalam ruang alveolus biasanya dibagian bawah lobus atas paru-paru atau bagian atas lobus bawah, basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. PMN (*leukosit polimorfonuclear*) tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari-hari pertama maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut.

Pneumonia seluler dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal, atau proses dapat berjalan terus, dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak didalam sel. Basil juga menyebar melalui

getah bening menuju ke kelenjar getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid, yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10-20 hari. Lesi primer paru-paru dinamakan fokus Ghon dan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer dinamakan kompleks Ghon.

Kompleks Ghon yang mengalami perkapuran ini dapat dilihat pada orang sehat yang kebetulan menjalani pemeriksaan radiografi rutin. Respon lain yang terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan, dimana bahan cair lepas kedalam bronkus dan menimbulkan kavitas. Materi tuberkel yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk kedalam percabangan trakeobronkial. Proses ini akan dapat terulang kembali dibagian lain dari paru-paru, atau basil dapat terbawa sampai ke laring, telinga tengah atau usus.

Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme yang lolos dari kelenjar getah bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil, yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi di berbagai organ lain. Jenis penyebaran ini dikenal sebagai penyebaran limfohematogen, yang biasanya sembuh sendiri. Penyebaran hematogen merupakan suatu fenomena akut yang biasanya menyebabkan tuberkulosis milier yang dapat terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk kedalam sistem vaskuler dan tersebar ke organ-organ tubuh (WHO, 2006).

2. Tanda dan Gejala

Gejala umum berupa batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Selain gejala umum gejala lain yang sering ditemukan adalah dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan nyeri pada dada, badan lemah, nafsu makan berkurang, berat badan turun, rasa kurang enak di badan, berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan dan demam ringan lebih dari satu bulan (Depkes RI, 2002).

commit to user

3. Risiko Penularan

Pasien batuk atau bersin dan menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet). Droplet ini bertahan di udara pada suhu kamar dalam beberapa jam. Orang lain dapat terinfeksi jika droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah masuk dalam sistem pernafasan maka kuman TB akan menyebar ke bagian paru dan ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, saluran limfe, dan pernafasan. Untuk mengukur daya penularan pasien tergantung pada banyaknya kuman yang dikeluarkan dari paru. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, semakin menular pasien ini. Seseorang dapat dikatakan terinfeksi TB dengan penentuan konsentrasi droplet dalam udara dan lama waktu menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2005).

Risiko penularan TB sangat tinggi, di Indonesia risiko penularan infeksi TB setiap tahun ARTI (*annual risk of tuberculosis infection*) berkisar 1-2%. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1% berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, maka 10 orang akan terinfeksi. Sehingga jika penduduk Indonesia ada 200 juta jiwa maka akan ada sekita 2 juta jiwa yang terinfeksi TB. Kuman TB Paru menyebar di udara pada saat seorang pasien TB Paru batuk, bersin, meludah ataupun berbicara. Pasien TB Paru yang tidak berobat dapat menularkan penyakitnya kepada sekitar 10-15 orang dalam jangka waktu 1 tahun (Depkes RI, 2005). Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi pasien TB, hanya 10% Yang akan menjadi pasien TB (DepKes RI, 2002). Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang lemah, diantaranya karena gizi buruk dan HIV/AIDS (Depkes RI, 2002).

4. Cara Penularan

TB merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang paru tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lain. Bakteri ini berbentuk batang dengan sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan (Basil Tahan Asam). *Mycobacterium tuberculosis* dapat mati akibat sinar matahari langsung dan

dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang lembab dan gelap. Dalam jaringan tubuh dapat "tertudur" beberapa tahun baru setelah itu menginfeksi target organ terutama paru (Kemenkes RI, 2006).

Sumber penularan adalah pasien TB Paru BTA positif, yaitu pada pasien batuk atau bersin dapat menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan ludah (droplet). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan dan daya tahan tubuh seseorang dalam keadaan lemah pula. Daya penularan dari seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari dalam paru-parunya. Makin tinggi derajat positif dari hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis makin mudah untuk menularkan. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman) maka pasien tersebut tidak menular, dari seseorang yang terinfeksi ditentukan oleh konsentrasi droplet, dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2002).

5. Tersangka Pasien

Tersangka pasien TB adalah seorang pasien batuk berdahak terus menerus selama 3 minggu atau lebih dan dapat diikuti gejala umum seperti : penurunan berat badan, demam, berkeringat di malam hari walau tanpa melakukan kegiatan, rasa lelah, nafsu makan berkurang, mengeluarkan sputum, batuk darah, sesak nafas dan sering influenza (Depkes RI, 2002).

6. Penemuan Pasien Tuberkulosis

Diagnosis TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak, maka pemeriksaan SPS diulang. Bila hasil rontgen mendukung TB Paru, maka pasien didiagnosis sebagai pasien TB

Paru BTA positif. Apabila hasil rontgen tidak mendukung TB Paru, maka pemeriksaan dahak SPS diulangi. Diagnosis tuberkulosis pada anak ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB Paru dari bahan yang diambil dari pasien, misalnya dahak, bilasan lambung, biopsi dan lain-lain. Tetapi pada anak hal ini sulit dan jarang didapat, sehingga sebagian besar diagnosis TB Paru anak didasarkan atas gambaran klinis, gambaran foto rontgen dan uji tuberkulin. Didalam menegakkan dagnosa TBC dapat melalui pengkajian dari gejala klinis, pemeriksaan fisik, gambaran radiologi atau rontgen paru dan pemeriksaan laboratorium klinis maupun bakteriologis. Gejala klinis yang sering ditemui pada tuberkulosis paru adalah batuk yang tidak spesifik tetapi progresif. Pada pemeriksaan fisik pasien kadang dapat ditemukan suara yang khas tergantung seberapa luas dan seberapa jauh kerusakan jaringan paru yang terjadi.

Pemeriksaan Rontgen dapat menunjukkan gambaran yang bermacam-macam dan tidak dapat dijadikan gambaran diagnostik yang absolut dari Tuberkulosis Paru. Pemeriksaan laboratorium pada peningkatan Laju Endap Darah (LED) dapat menunjukan proses yang sedang aktif, tapi laju endap darah yang normal bukan berarti menyingkirkan adanya proses Tuberculosis. Penemuan adanya BTA pada dahak, bilasan bronkus, bilasan lambung, cairan pleura atau jaringan paru adalah sangat penting untuk mendiagnosa TB Paru. Sering dianjurkan untuk pemeriksaan dahak sebanyak 3 kali untuk dahak yang diambil pada pagi hari.

Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif, artinya tersangka pasien dilaksanakan pada mereka yang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas maupun oleh masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka pasien TB baru, Cara ini dikenal dengan *Passive Promotive Case Finding*, Selain itu kontak pasien TB paru BTA positif dengan gejala sama harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas kesehatan diharapkan menemukan tersangka pasien sedini mungkin mengingat penyakit TB adalah penyakit menular yang dapat

menyebabkan kematian (Depkes RI, 2002). .

Diagnosis TB pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS (sewaktu pagi sewaktu) ditemukan BTA. Bila hanya satu spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang. Jika hasil rontgen mendukung TB, maka pasien di diagnosa sebagai pasien TB BTA positif tetapi jika hasil rontgen dada tidak mendukung TB maka pemeriksaan dahak SPS di ulang lagi.

Bila ketiga spesimen dahak hasilnya negatif, diberikan antibiotik spektrum luas (misal *amoxicillin* atau *kotrimoksazol*) selama 1-2 minggu. Bila tidak ada perbaikan namun gejala klinis tetap mencurigakan TB, maka ulangi pemeriksaan dahak SPS. Kalau hasil SPS positif, di diagnosa sebagai pasien TB paru BTA positif dan kalau hasilnya negatif dilakukan pemeriksaan foto rontgen dada untuk mendukung diagnosa TB. Jika hasil rontgen mendukung TB, maka di diagnosa sebagai pasien TB paru BTA negatif rontgen positif, dan jika hasil rontgen tidak mendukung TB maka pasien tersebut bukan TB (Depkes RI, 2002).

7. Klasifikasi Tuberkulosis

Menurut Departemen Kesehatan RI (2002), klasifikasi penyakit tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 yaitu tuberkulosis paru dan tuberkulosis ekstra paru.

a. Tuberkulosis Paru

Berdasarkan hasil 3 kali pemeriksaan dahak, radiologis atau kultur tuberkulosis, TB paru ini masih dapat dibagi menjadi TB Paru BTA positif dan TB Paru BTA negatif.

b. Tuberkulosis Ekstra Paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru (misalnya selaput otak, kelenjar limfe, pleura, pericardium, persendian, tulang, kulit, usus, saluran kemih, ginjal, alat kelamin).

Berdasarkan tingkat keparahannya, TB ekstra paru ini dibagi menjadi TB ekstra paru berat (*severe*) dan TB ekstra paru ringan (*not / less severe*), yang mana bentuk kelainan berkaitan dengan bentuk keparahan. Selain itu tipe pasiennya pun masih dapat dibedakan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya yaitu kasus baru, "Kasus Kambuh (*relaps*), Gagal Pengobatan (*treatment failure*), kasus berobat setelah lalai (pengobatan setelah default (*drop out*), kasus pindahan (*transfer in*) dan kasus kronik.

8. Pengobatan

Orang yang harus menjalani pemeriksaan TB adalah orang yang diduga mempunyai tanda atau gejala-gejala seperti tersebut di atas, orang yang di lingkungannya termasuk anggota keluarga, rekan kerja di ruang kantor, sekolah atau lingkungan tempat tinggal / tetangga, terdapat pasien TB. Pengobatan TB Paru ini dapat bertujuan untuk menyembuhkan, mencegah kematian, dan kekambuhan. Obat TB yang utama adalah *Isoniazid*, *Rifampisin*, *Pirazinamid*, *Streptomisin* dan *Etambutol*. Sedangkan jenis obat tambahan yang biasa digunakan adalah *Kanumisin*, *Kuinolon*, *Makroloid* dan *Amoksisilin* dikombinasikan dengan *Klavulanat*. Pengobatannya secara keseluruhannya dapat mencapai 12 bulan (Kemenkes, 2006).

Kesembuhan atau keberhasilan pengobatan ini ditentukan oleh beberapa faktor, terutama adalah faktor perilaku dan lingkungan dimana pasien tersebut tinggal, kepatuhan dalam minum obat, serta dukungan orang-orang sekitar. Tujuan pengobatan pada pasien TB bukanlah sekedar memberikan obat, diupayakan agar pasien yang telah menerima obat / resep obat untuk selanjutnya tetap membeli / mengambil obat, minum obat secara teratur, kembali kontrol untuk menilai hasil pengobatan. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa tujuan pengobatan yang sesungguhnya adalah menyembuhkan, mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau timbulnya resistensi terhadap OAT dan memutuskan rantai penularan.

Obat-obat anti TB yang ada sekarang digolongkan dalam dua jenis yaitu bakterisidal dan bakteriostatik. Termasuk dalam golongan bakterisidal adalah *isoniazid (H)*, *rifampisin (R)*, *pirazinamid (Z)*, *streptomisin (S)*. Sedangkan *etambutol (E)* termasuk golongan bakteriostatik. Kelima obat tersebut di atas termasuk obat anti TB utama (*first-line Antituberculosis Drugs*). Yang termasuk dalam OAT sekunder (*Second Antituberculosis Drugs*) adalah *Para-aminosalicylic Acid (PAS)*, *ethionamid*, *sikloserin*, *kanamisin* dan *kapreomisin*. Obat anti TB sekunder ini selain kurang efektif juga lebih toksik, sehingga kurang dipakai lagi. Seiring dengan kemajuan di bidang farmakologi memungkinkan beberapa macam obat (untuk pengobatan TB Paru) yang dikombinasikan dalam satu tablet dengan tidak mengganggu *bioavailability* dari obat-obatan tersebut.

Pada tahun 1999 telah diuji coba FDC (*Fixed Dose Combination*) dengan kategori pengobatan dibagi 2 kategori yaitu :

a) Kategori I

Pasien baru BTA positif, pendenta baru BTA negative Rontgen positif (ringan atau berat) dan pasien TB Ekstra Paru (ringan atau berat).

b) Kategori II

Pasien TB Paru baru, BTA positif kambuh dan pasien TB Paru dengan BTA positif gagal dan pasien TB Paru defaulter yang kembali dengan BTA positif.

9. Tujuan Pengobatan

Pengobatan pasien TB Paru bertujuan untuk menyembuhkan semua pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan dan menurunkan tingkat penularan. Indikatornya dengan cara memutuskan mata rantai penularan, sehingga penyakit TB Paru tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia, sedangkan secara program, tujuan pengobatan pasien TB Paru adalah tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua pasien baru BTA positif yang ditemukan. Bagaimanapun baiknya OAT yang akan diberikan, bila tidak sampai ke tangan pasien dan diminum secara benar, maka tujuan pengobatan akan masih jauh dicapai (Pratiwi, 2000).

commit to user

Sebagai *treatment observer* atau dalam program nasional dikenal sebagai

Pengawas Menelan Obat (PMO), yang bisa dilakukan oleh petugas kesehatan, anggota LSM atau anggota keluarga sendiri. Evaluasi bakteriologik sangat perlu dilakukan pada pasien dengan dahak mikroskopik positif. Evaluasi dilakukan pada saat sebelum pengobatan dimulai, pada akhir fase intensif, pada satu bulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir pengobatan (Nugroho. ASD, 2001). Bertujuan untuk mendeteksi ada tidaknya konversi dahak serta menentukan tindak lanjut. Yang tidak kalah pentingnya adalah evaluasi adanya efek samping obat. Keteraturan berobat yaitu diminum tidaknya obat-obat tersebut penting karena ketidakteraturan berobat akan menyebabkan timbulnya masalah resistensi. Apabila tidak disertai dengan sistem evaluasi yang baik maka semua tatalaksana yang telah dilakukan dengan baik akan menjadi sia-sia. Oleh karena itu peranan pendidikan mengenai penyakit dan keteraturan berobat sangat penting. Sehingga pengobatan TB tidak dapat lepas dari program TB nasional, terutama dengan strategi DOTsnya. Bagaimanapun seorang klinisi tetap merupakan bagian integral dari program TB nasional. Komitmen politis sebagai komponen pertama strategi DOTs merupakan kunci utama.

10. Strategi DOTs

Mulai tahun 1995 program penanggulangan Tuberculosis menggunakan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTs), sedangkan di Indonesia pada tahun 2013 telah dibuat forum *Stop TB Partnership*, program DOTs yang telah direkomendasikan oleh WHO sebagai pelaksanaan penanggulangan TB seperti dikemukakan oleh Depkes RI (2002) sebagai berikut :

- a) Komitmen politis dari para pengambil keputusan termasuk dukungan dana.
- b) Diagnosa sputum dengan cara mikroskopis.
- c) Pengobatan dengan panduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat).
- d) Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin.
- e) Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB.

Program penanggulangan TB selanjutnya diperbaiki oleh pemerintah Indonesia dengan mengeluarkan Permenkes No. 67/2016 tentang penanggulangan

TB, bahwa strategi nasional penanggulangan TB dilakukan dengan:

- a) Penguatan kepemimpinan program TB;
- b) Peningkatan akses layanan TB yang bermutu;
- c) Pengendalian faktor risiko TB;
- d) Peningkatan kemitraan TB;
- e) Peningkatan kemandirian masyarakat dalam Penanggulangan TB; dan
- f) Penguatan manajemen program TB.

D. Perubahan Perilaku

Menurut Leandre *et al.* (2005) perilaku manusia adalah sekumpulan perilaku yang dimiliki oleh manusia dan dipengaruhi oleh adat, sikap, emosi, nilai, etika, kekuasaan, persuasi, dan atau genetika. Di dalam diri seseorang perilaku terbentuk dari dua faktor utama, yaitu stimulus yang merupakan faktor dari luar diri seseorang dan respon yang merupakan faktor dari dalam diri orang yang bersangkutan (Sulaeman, 2016). Hal yang terpenting dalam mencegah terjadinya penyakit adalah perilaku. Bahkan dalam penentuan derajat kesehatan, faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah perilaku masyarakat terhadap kesehatan, hal ini dapat tergambarkan dari tindakan seseorang terhadap pencegahan suatu penyakit (Depkes, 2002).

Perilaku merupakan tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang dan sekelompok orang untuk kepentingan atau pemenuhan kebutuhan berdasarkan pengetahuan, kepercayaan, nilai, dan norma. Perilaku terbentuk dalam proses enkulturasi dan sosialisasi, namun tidak jarang seseorang menunjukkan perilaku yang menyimpang, hal yang sama berlaku juga dalam segi kesehatan. Konsep perilaku sehat merupakan pengembangan dari konsep perilaku yang dikembangkan Bloom. Menurut Becker dalam Leandre (2005) perilaku kesehatan dapat diuraikan menjadi tiga domain, yakni pengetahuan kesehatan (*health knowledge*), sikap terhadap kesehatan (*health attitude*) dan praktik kesehatan (*health practice*), yaitu:

1. Pengetahuan kesehatan, adalah apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit

menular, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait. dan atau memengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan.

2. Sikap terhadap kesehatan, yaitu sikap yang sehat dimulai dari diri sendiri, dengan memperhatikan kebutuhan kesehatan dalam tubuh dibanding keinginan.
3. Praktik kesehatan, praktik kesehatan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau memengaruhi kesehatan, tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari kecelakaan.

Menurut tim kerja pendidikan kesehatan WHO ada 4 alasan pokok mengapa seseorang berperan serta atau berperilaku dalam kesehatan yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*).

Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak dan berperilaku.

2. Ada acuan dari seseorang yang dipercayai (*personal references*).

Didalam masyarakat, dimana sikap paternalistik masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat.

3. Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Kalau dibandingkan dengan teori Green, sumber daya adalah sama dengan faktor pemungkin, yaitu sarana dan prasarana atau fasilitas.

4. Kondisi sosial budaya (*culture*) setempat biasanya juga sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang.

Terbentuknya perilaku seseorang khususnya yang berhubungan dengan perilaku kesehatan telah dikuatkan dengan berbagai model perilaku kesehatan, diantaranya:

commit to user

a. Health Belief Model

Health Belief Model menurut Rosenstock pertama kali dikembangkan pada tahun lima puluhan oleh sekelompok ahli psikologi sosial sebagai upaya menjelaskan penyebab kegagalan sekelompok individu dalam menjalani program pencegahan penyakit atau dalam deteksi dini suatu penyakit. Hochbaum (1958) dan Rosenstock (1960, 1966, 1974) mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam perilaku kesehatan menggunakan pendekatan *Health Belief Model*. Dalam perkembangannya, model ini digunakan antara lain untuk menganalisis faktor-faktor yang menjadi prediktor dan respons seseorang terhadap gejala penyakit. Pada tahun 1974, Becker memperluas model tersebut dalam usaha untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap diagnosis yang ditegakkan, khususnya kepatuhan (*compliance*) dengan regimen pengobatan. *Health Belief Model* juga merupakan model yang sering digunakan untuk menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behaviour*). Pada tahun 1952, Hochbaum mencari faktor pendorong dan faktor penghambat masyarakat untuk melakukan pemeriksaan pada program skrining TB yang disediakan secara cuma-cuma di daerah tersebut dengan menggunakan mobile X-ray unit. Saat itu diteliti 1200 orang dewasa dan dinilai kesediaan mereka untuk menjalani pemeriksaan X-ray, yang mencakup keyakinan mereka bahwa mereka rentan terhadap penyakit TB, serta keyakinan mereka bahwa ada manfaat menjalani deteksi dini. Dalam studi ini, Hochbaum (1958) mendapatkan korelasi dengan derajat kemaknaan yang tinggi antara tindakan menjalani skrining dengan persepsi mereka tentang kerentanan terhadap penyakit dan persepsi mereka tentang manfaat yang akan diperoleh bila menjalani suatu tindakan tertentu. Dari kedua faktor tersebut, ternyata bahwa persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit merupakan variabel yang lebih kuat dibandingkan dengan persepsi tentang manfaat yang diperoleh. Hochbaum juga berpendapat bahwa kesediaan untuk melakukan deteksi dini penyakit juga dipengaruhi oleh faktor-faktor

lain, khususnya oleh “*cues to action*” seperti kegiatan yang secara fisik terlihat, atau publikasi melalui media masa.

Teori *Health Belief Model* didasari oleh teori Kurt Lewin. Conner (2003) dalam bukunya menuliskan bahwa hubungan antara prinsip hidup sehat yang benar dengan perilaku sehat ini mengikuti terminologi konsep Lewin (1951) mengenai valensi yang menyumbangkan bahwa perilaku dapat berubah lebih atraktif atau kurang atraktif. *Health Belief Model* seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan manusia dan telah mendorong penelitian perilaku kesehatan sejak tahun 1950-an (Kirscht, 1988; Schmidt dkk. 1990). Hal ini menjadikan *Health Belief Model* sebagai model yang dapat menjelaskan pertimbangan seseorang sebelum mereka berperilaku sehat. Oleh karena itu, *Health Belief Model* memiliki fungsi sebagai model pencegahan atau preventif (Stanley & Maddux, 1986).

Health Belief Model ini merupakan model kognitif yang artinya perilaku individu dipengaruhi proses kognitif dalam dirinya. Proses kognitif ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penelitian sebelumnya yaitu variabel demografi, karakteristik sosiopsikologis, dan variabel struktural. Variabel demografi meliputi kelas, usia, jenis kelamin. Karakteristik sosiopsikologis meliputi, kepribadian, teman sebaya (*peers*), dan tekanan kelompok. Variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah. *Health Belief Model* mengandung konsep utama yaitu memprediksikan mengapa seseorang melakukan tindakan tertentu untuk menjaga, melindungi dan mengendalikan kondisi sakit, dengan melihat beberapa sudut pandang antara lain:

a) *Perceived Susceptibility* / persepsi kerentanan terhadap sakit

Perceived Susceptibility yaitu seseorang merasakan keyakinan/percaya akan kemungkinan sakit yang terjadi pada

dirinya. *Perceived susceptibility* juga diartikan sebagai *perceived vulnerability* yang berarti kerentanan yang dirasakan yang merujuk pada kemungkinan seseorang dapat terkena suatu penyakit. *Perceived susceptibility* ini memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi kerentanan terhadap penyakit tinggi maka perilaku sehat yang dilakukan seseorang juga tinggi. Contohnya seseorang percaya kalau semua orang berpotensi terkena TB.

b) *Perceived Severity / persepsi keseriusan terhadap penyakitnya*

Perceived Severity adalah seseorang memprediksikan tingkat keparahan apabila menderita penyakit tersebut atau kepercayaan subyektif individu dalam menyebarnya penyakit disebabkan oleh perilaku atau percaya seberapa berbahayanya penyakit sehingga menghindari perilaku tidak sehat agar tidak sakit. Hal ini berarti *perceived severity* berprinsip pada persepsi keparahan yang akan diterima individu. *Perceived severity* juga memiliki hubungan yang positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi keparahan individu tinggi maka ia akan berperilaku sehat. Contohnya individu percaya kalau minum obat teratur dapat mempercepat kesembuhan.

c) *Perceived Benefits / persepsi manfaat*

Perceived Benefits adalah kepercayaan terhadap keuntungan dari metode yang disarankan untuk mengurangi risiko penyakit. *Perceived benefits* secara ringkas berarti persepsi keuntungan yang memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat. Individu yang sadar akan keuntungan berobat teratur akan tetap terus berobat dan rutin kontrol meskipun lokasi pelayanan kesehatan jauh dari rumahnya. Contoh lain adalah kalau tidak merokok, dia akan lebih sehat.

d) *Perceived Barriers / persepsi hambatan tindakan yang dilakukan*

Perceived barriers adalah hambatan yang ada dalam seseorang berperilaku sehat atau kepercayaan mengenai harga dari perilaku

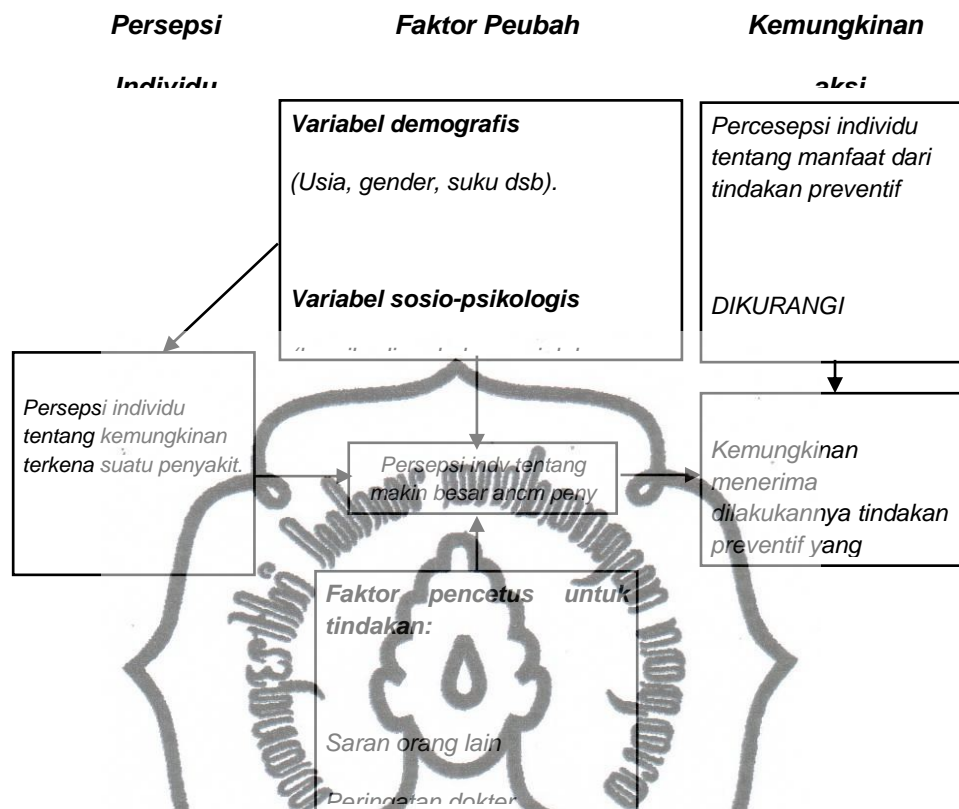
yang dilakukan. *Perceived barriers* secara singkat berarti persepsi hambatan atau persepsi menurunnya kenyamanan saat meninggalkan perilaku tidak sehat. Hubungan *perceived barriers* dengan perilaku sehat adalah negatif. Jika persepsi hambatan terhadap perilaku sehat tinggi maka perilaku sehat tidak akan dilakukan. Contohnya, kalau tidak merokok tidak enak, mulut terasa asam. Contoh lain selalu minum obat tepat waktu sesuai program terapi.

e) *Cues to Action / dorongan untuk bertindak*

Cues to action adalah mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa butuh mengambil tindakan atau melakukan tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. *Cues to action* juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan terhadap individu yang melakukan perilaku sehat. Saran dokter, teman, tetangga, media massa atau rekomendasi telah ditemukan untuk menjadi *cues to action* dalam bertindak pada konteks berhenti merokok.

f) *Self Efficacy / kepercayaan diri melakukan tindakan*

Hal yang berguna dalam memproteksi kesehatan adalah *self efficacy*. Hal ini senada dengan pendapat Rotter (1966) dan Wallston mengenai teori *self-efficacy* oleh Bandura yang penting sebagai kontrol dari faktor-faktor perilaku sehat. *Self efficacy* dalam istilah umum adalah kepercayaan diri seseorang dalam menjalankan tugas tertentu. *Self Efficacy* adalah kepercayaan seseorang mengenai kemampuannya untuk mempersuasi keadaan atau merasa percaya diri dengan perilaku sehat yang dilakukan. *Self efficay* dibagi menjadi dua yaitu *outcome expectancy* seperti menerima respon yang baik dan *outcome value* seperti menerima nilai sosial.

Gambar 2.3 Kerangka pikir *Health Belief Models*Sumber: *Health Promotion* (Sulaiman, 2016; Naidoo dan Wills, 1996)

b. *The communication-behaviour change model*

Komunikasi yang baik antara praktisi kesehatan dan mereka yang dijadikan sasaran, sangat penting. *The communication-behaviour change model* dirancang oleh Mc Guire (1989) untuk mendesain dan memberi arahan kampanye pendidikan kesehatan. Model ini berdasarkan pada *communication input and output* yang didisain untuk mempengaruhi sikap dan perilaku. Ada lima *communication input* yang dikemukakan Mc Guire, yaitu:

- 1) *Source* (sumber): individu, kelompok atau organisasi yang menyampaikan pesan/informasi. Sumber akan mempengaruhi kredibilitas (*credibility*), kejelasan (*clarity*) dan kepentingan (*relevance*) dari sebuah pesan/informasi.
- 2) *Message* (pesan): Sesuatu yang disampaikan dan cara penyampaian tersebut. Isi dan bentuk dari pesan dapat mempengaruhi respon audiens.

commit to user

Praktisi harus mempertimbangkan panjangnya pesan, tata bahasa dan penekanan suara.

- 3) *Channel* (saluran): kendala dalam pesan adalah penyampaiannya. Media massa, termasuk TV, radio, *print media*, merupakan teknik yang lebih baik daripada surat menyurat.
- 4) *Receiver* (penerima): kehadiran target sasaran. Mengetahui perbedaan segmen audiens dan mengenal media yang sering digunakan sangat penting untuk mengetahui pesan yang benar melalui saluran yang benar dari sumber yang benar. Variabel sosial dan demografi seperti: gender, usia, etnis, pendapatan dan lokasi, sikap dan perilaku dan media yang digunakan sangat perlu dipertimbangkan untuk poin ini.
- 5) *Destination* (tujuan): terwujudnya hasil suatu komunikasi, antara lain : perubahan sikap atau kepercayaan, atau perubahan perilaku.

c. Teori *Transtheoretical Model* atau *Stage of Change Model*

Transtheoretical Model yang diperkenalkan oleh James Prochaska dan W.F. Velicer (1997) didasarkan pada asumsi bahwa perubahan perilaku merupakan suatu proses dan bahwa setiap orang berada dalam tingkatan yang berlainan jika dikaitkan dengan motivasi dan kesiapan untuk berubah. Manusia pada berbagai tingkatan proses perubahan dapat menarik manfaat dari intervensi yang berbeda dengan kata lain metode yang digunakan untuk suatu keluaran yang diinginkan tidak berlaku secara umum karena setiap orang tidak selalu berada pada tingkatan atau tahapan kesiapan yang sama. *Transtheoretical Model* juga berpendapat bahwa manusia dapat berubah kembali lagi ke tahapan sebelumnya, kembali ke tahapan awal dimungkinkan dan memang sering terjadi. Model ini menggambarkan bahwa seseorang dianggap berhasil dan permanen mengadopsi suatu perilaku bila telah melalui lima “tahap perubahan” meliputi :

1) Pra Perenungan (*precontemplation*)

Tahap manakala seseorang tidak peduli untuk melakukan aksi terhadap masa depan yang dapat diperkirakan, biasanya diukur dalam enam bulan berikutnya. Orang pada tahap ini disebabkan karena tidak *commit to user*

tahu atau kurang tahu mengenai konsekuensi suatu perilaku atau mereka telah mencoba berubah beberapa kali dan patah semangat terhadap kemampuan berubahnya. Contohnya adalah perokok yang tidak tertarik untuk berhenti dalam 6 bulan ke depan, mereka mungkin tidak menyadari masalah mereka atau tidak memandang sebagai suatu masalah.

2) Perenungan (*contemplation*)

Tahap manakala seseorang peduli untuk berubah pada enam bulan berikutnya. Mereka lebih peduli kemungkinan perubahan tetapi seringkali peduli terhadap konsekuensi secara akut. Keseimbangan antara biaya dan keuntungan perubahan dapat menimbulkan amat sangat ambivalen, sehingga dapat menahan seseorang dalam tahap awal ini untuk waktu yang lama atau tahap mempertimbangkan untuk mengubah perilaku suatu hari nanti. Contohnya perokok yang mengetahui bahwa merokok itu buruk bagi kesehatan mereka dan mempertimbangkan untuk berhenti di suatu waktu nanti, tetapi saat ini belum siap melakukannya.

3) Persiapan (*preparation*)

Tahap dimana seseorang peduli atau berminat untuk melakukan aksi dengan segera di masa mendatang, biasanya diukur bulan berikutnya. Persiapan dan eksperimentasi terhadap perubahan perilaku sudah dicoba tetapi belum terdapat kepercayaan diri sendiri untuk secara aktif terlibat dalam proses memulai perubahan perilaku. Contohnya perokok yang berniat untuk berhenti merokok di bulan depan.

4) Aksi (*action*)

Tahap dimana seseorang telah membuat modifikasi yang spesifik dan jelas pada gaya hidupnya selama enam bulan terakhir. Secara aktif seseorang telah terlibat dalam proses perubahan perilaku. Karena aksi ini dapat diamati, perubahan perilaku sering disetarakan sebagai aksi. Dalam *Transtheoretical model*, aksi hanya satu dari lima tahap, tidak semua modifikasi perilaku disebut aksi. Contohnya adalah perokok yang mengadakan perubahan seperti mengurangi konsumsi rokok setiap harinya dalam rangka untuk berhenti merokok.

commit to user

5) Pemeliharaan (*maintenance*)

Tahap dimana seseorang berupaya untuk mencegah kambuh tetapi mereka tidak menerapkan proses perubahan sesering aksinya. Mereka tidak tergiur untuk kembali dan meningkatkan dengan lebih percaya diri untuk melanjutkan perubahannya dan berupaya mempertahankan perubahan perilaku dari waktu ke waktu. Contohnya adalah mantan perokok yang terus bertahan mengubah kebiasaan merokoknya dalam 6 bulan tanpa kambuh.

E. Kepatuhan Minum Obat

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Purwodarminto, 1997), kepatuhan diartikan sebagai sikap yang sesuai dengan peraturan yang ada, menurut perintah atau taat sedangkan menurut Nolen-Hoeksema (2015) kepatuhan adalah suatu sikap atau perilaku yang akan muncul pada seseorang yang merupakan suatu reaksi terhadap sesuatu yang ada dalam peraturan yang harus dijalankan.

Kepatuhan minum obat (*medication compliance*) adalah kepatuhan meminum obat-obatan yang diresepkan dokter pada waktu dan dosis yang tepat. Pengobatan hanya akan efektif jika pasien mematuhi aturan dalam penggunaan (Sibero, 2009). Pada pasien tuberkulosis agar kesembuhan cepat terwujud diperlukan kerjasama antara pasien, keluarga dan penyedia layanan kesehatan yang terjalin baik. Berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya antara lain penelitian Schaffer dkk. (2004), Malbasa (2007) dan Hayers dkk (2009) menunjukkan bahwa pada berbagai penyakit kronis, pasien yang tergolong tidak patuh dalam mengkonsumsi obat lebih dari 50%, bahkan dalam penelitian Jarbose (2002) menunjukkan bahwa pasien yang tidak patuh pada akhirnya akan diikuti dengan berhentinya pasien untuk mengkonsumsi obat. Hutgenburg (2013) menyatakan bahwa ketidakpatuhan minum obat merupakan masalah yang kompleks dengan berbagai faktor penyebab seperti pasien, perawatan dan atau pemberi layanan kesehatan sehingga sebagai konsekwensinya pasien “merasa” tidak mendapatkan keuntungan berobat, merasa perkembangan kesehatannya lambat dan menambah biaya perawatan.

Program pengobatan jangka panjang dan kegagalan berkomunikasi antara pasien dan pemberi layanan kesehatan juga dapat meningkatkan ketidakpatuhan minum obat (van Dulmen, 2011).

Menurut Wroe (2002), Lehane (2007) dan Lowry (2005) ketidakpatuhan dapat dilihat terkait dengan dosis, cara minum obat, waktu minum obat dan periode minum obat yang tidak sesuai dengan aturan. Jenis-jenis ketidakpatuhan minum obat meliputi ketidakpatuhan yang disengaja (*intentional non compliance*) dan ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*unintentional non compliance*). Ketidakpatuhan yang disengaja dapat disebabkan karena keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien, dan ketidakpercayaan pasien akan efektivitas obat sedangkan ketidakpatuhan yang tidak disengaja bisa disebabkan pasien lupa minum obat, ketidaktahuan akan petunjuk pengobatan dan kesalahan dalam pembacaan etiket obat (Lailatushifah, 2010).

Menurut Olayemi (2009) angka ketidakpatuhan pada pasien tuberkulosis dipengaruhi usia dan jenis kelamin, pasien wanita dua kali lebih patuh untuk melaksanakan program terapi dibandingkan pasien pria, pasien dengan usia 35-44 tahun juga lebih patuh melaksanakan program pengobatan dibanding kelompok pasien yang berusia kurang dari 25 tahun. Pada pasien tuberkulosis, ketidakpatuhan dalam minum obat yang seharusnya diminum secara terus menerus tanpa putus selama 6 bulan dapat berakibat pasien tuberkulosis harus minum obat lagi dari awal meskipun pasien sudah minum obat selama 2-3 minggu berturut-turut. Hal ini tentu saja akan membutuhkan biaya dan waktu yang lebih banyak lagi dan kesembuhan pasien menjadi terhambat atau lebih lama. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat menjadi aspek utama dalam penanganan tuberkulosis. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku dapat dilihat dari sejauhmana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran yang terapeutik (Frain, dkk.,2009).

1. Faktor-faktor Kepatuhan Minum Obat

Menurut penelitian Kartini (2001), ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang untuk meminum obat, yaitu antara lain umur, pekerjaan dan dukungan keluarga sebagai berikut:

a. Umur

Dalam beberapa penelitian telah disebutkan bahwa pada beberapa tingkatan usia turut menentukan kepatuhan terhadap sesuatu yang harus dilakukan sesuai dengan peraturan yang telah dibuat. Dalam hal ini kepatuhan minum obat pun dapat dikaitkan dengan usia, sebagai contoh untuk usia yang kurang dari 5 tahun kepatuhan minum obat untuk suatu penyakit akan lebih sulit dibandingkan dengan orang yang lebih dewasa. Begitu pun pada seseorang yang mempunyai usia lanjut akan mempunyai kesulitan dalam kepatuhan minum obat.

b. Pekerjaan

Suatu aktivitas rutin pada seseorang memungkinkan untuk menghabiskan waktu dengan pekerjaannya sehingga waktu luangnya pun terbatas. Bagi seseorang yang termasuk sibuk dalam pekerjaannya akan sangat sulit untuk meluangkan waktu, meskipun sekedar untuk meminum obatnya sendiri. Hal ini akan berbeda dengan seseorang yang memiliki pekerjaan dan mempunyai waktu luang yang cukup akan memungkinkan untuk lebih teratur dalam meminum obat sesuai waktunya, sehingga pekerjaan dapat menjadi faktor penting dalam kepatuhan minum obat.

c. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sering diartikan sebagai dukungan emosi yang berupa simpati sebagai bukti kasih sayang, perhatian dan keinginan untuk mendengarkan keluh kesah orang lain. Sejumlah orang lain yang potensial memberikan dukungan tersebut atau *significant other*, misalnya sebagai seorang istri memberikan dukungan kepada suami, anak, orang tua, mertua dan saudara (Soenarto, 2001).

Keluarga merupakan lingkungan pertama yang dikenal oleh individu dalam proses sosialisasinya. Dukungan keluarga merupakan bantuan yang dapat diberikan kepada anggota keluarga lainnya berupa barang, jasa, informasi dan nasehat yang mana membuat penerima dukungan akan merasa

disayangi, dihargai dan tenteram. Azwar (2002) mengungkapkan bahwa keluarga dan perkawinan adalah sumber dukungan sosial yang paling penting.

Sibero (2009) mengatakan bahwa dukungan keluarga sangat bermanfaat dalam pengendalian seseorang terhadap tingkat kecemasan dan dapat pula mengurangi tekanan-tekanan yang ada pada konflik yang terjadi pada dirinya. Dukungan tersebut berupa dorongan, motivasi, empati ataupun bantuan yang dapat membuat individu yang lainnya merasa lebih tenang dan aman. Dukungan didapatkan dari keluarga yang terdiri dari suami, orang tua ataupun keluarga dekat lainnya (Dagun, SM, 1980). Dukungan keluarga dapat mendatangkan rasa senang, rasa aman, rasa puas, rasa nyaman dan membuat orang yang bersangkutan merasa mendapat dukungan emosional yang mempengaruhi kesejahteraan jiwa manusia. Dukungan keluarga berkaitan dengan pembentukan keseimbangan mental dan kepuasan psikologis (Cohen. S & Syme SL, 1985).

Meskipun menurut beberapa literatur umum, pekerjaan dan dukungan keluarga mempengaruhi kepatuhan, namun dari uraian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa pada akhirnya tanggung jawab untuk minum obat pada pasien TB adalah pada pasien itu sendiri, dengan demikian ketika pasien memiliki persepsi positif untuk bertanggungjawab sepenuhnya terhadap kesehatan dirinya dengan mengikuti program pengobatan maka kepatuhannya pada program pengobatan semakin baik. Sehingga intervensi terhadap pasien diyakini mampu meningkatkan kepatuhan.

2. Cara Meningkatkan Kepatuhan

Untuk meningkatkan kepatuhan minum obat bisa dilakukan dengan cara antara lain (Horne *et al.*, 2006) :

- a) Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
- b) Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.

- c) Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya.
- d) Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan.
- e) Memberikan informasi risiko ketidakpatuhan.
- f) Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan
- g) Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya.
- h) Adanya dukungan dari pihak keluarga teman dan orang – orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.
- i) Apabila obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, kemudian pemberian obat yang digunakan lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

Selain faktor eksternal dan faktor internal yang dituliskan diatas, maka penggunaan intervensi yang langsung mempengaruhi faktor internal pasien agar selalu ingat dan merasa nyaman saat menjalankan program pengobatan adalah dengan memberikan edukasi dalam keadaan *trance* atau melakukan intervensi terhadap bawah sadar yang mampu memberikan pasien persepsi positif terhadap program pengobatan yang dijalannya sehingga pasien memiliki keberdayaan dengan bertanggung jawab penuh terhadap kesembuhan penyakitnya.

3. Metode Untuk Mengukur Kepatuhan Dalam Meminum Obat Harian

Sebagai suatu perilaku maka aspek kepatuhan pasien minum obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Horne *et al.*,(2006) merangkum beberapa metode untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat seperti dalam Tabel 2.1.

Tabel 2.1.
Metode untuk mengukur kepatuhan dalam meminum obat.

METODE LANGSUNG		
METODE	KEKUATAN	KELEMAHAN
Observasi langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan obat dalam mulut, kemudian membuangnya, kurang praktis untuk penggunaan rutin.
Mengukur metabolisme dalam tubuh	Obyektif	Variasi-variasi dalam metabolisme bisa membuat impresi yang salah, perlu biaya mahal.
Mengukur aspek biologis dalam darah	Obyektif dalam penelitian klinis, dapat digunakan untuk mengukur plasebo	Perlu penghitungan kuantitatif dan biaya mahal.
METODE TIDAK LANGSUNG		
METODE	KEKUATAN	KELEMAHAN
Kuesioner kepada pasien / pelaporan diri pasien.	Sederhana, murah, sering digunakan dalam setting klinis.	Sangat mungkin terjadi kesalahan, dapat terjadi distorsi dalam waktu antar kunjungan.
Jumlah obat yang dikonsumsi.	Obyektif, kuantitatif dan mudah dilakukan.	Data dapat dimanipulasi pasien.
Banyaknya membeli ulang resep (kontinuitas)	Obyektif dan mudah untuk mengumpulkan data.	Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat, memerlukan sistem farmasi yang lebih tertutup.
Pengkajian terhadap respon klinis pasien.	Sederhana dan mudah digunakan.	Faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan.
Monitoring pengobatan secara elektronik	Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi, pola minum obat dapat diketahui.	Mahal.
Mengukur ciri-ciri fisiologis (misalnya detak jantung)	Sering dan mudah digunakan	Ciri-ciri fisiologis mungkin tidak nampak karena alasan-alasan tertentu.
Catatan harian pasien	Membantu untuk mengoreksi ingatan yang rendah.	Sangat mudah dipengaruhi kondisi pasien.
Kuesioner terhadap orang-orang terdekat pasien	Sederhana dan obyektif	Terjadi distorsi.

Sumber : Horne *et al.*, (2006) dengan modifikasi.

F. Medikal Hipnosis

1. Pengertian Hipnosis

Istilah "hipnosis" pertama kali diperkenalkan oleh James Braid, seorang dokter ternama di Inggris yang hidup antara tahun 1795 - 1860. Sebelum masa James Braid, hipnosis dikenal dengan nama "Mesmerism" atau "Magnetism" (Hukom 1979). Hipnosis berasal dari kata "hypnos" yang merupakan nama dewa tidur orang Yunani. Namun sesungguhnya kondisi hipnosis tidaklah sama dengan tidur. Orang yang sedang tidur tidak menyadari dan tidak bisa mendengar suara-suara. Orang dalam kondisi hipnosis, meskipun tubuhnya beristirahat (seperti tidur), tetapi orang yang dihipnosis masih bisa mendengar dengan jelas dan merespons informasi yang diterimanya (Green *et al.* 2004).

Medikal hipnosis berasal dari kata medikal dan hipnosis. Medikal diartikan sebagai penggunaan dalam dunia medis atau dunia kedokteran, sedangkan kata hipnosis dalam bahasa Inggris disebut sebagai "hypnosis" atau "hypnotism". Jadi medikal hipnosis adalah penggunaan hipnosis untuk kepentingan medis, istilah medikal hipnosis dikembangkan oleh bagian psikiatri fakultas kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD dr. Moewardi, perbedaan mendasar medikal hipnosis dengan hipnoterapi adalah pada medikal hipnosis penggunaan sugesti dan teknik yang diberikan tidak berdasar simptom tetapi berdasar psikodinamika masalah pasien.

Hipnosis telah dipelajari secara ilmiah sejak lebih dari 200 tahun yang lalu. Banyak studi klinis dan eksperimental mencoba menentukan apa yang paling unik dari hipnosis dibanding fenomena mental lainnya.

Keunikan ini perlu dipahami untuk merumuskan sebuah definisi hipnosis yang akurat. Definisi hipnosis yang diungkapkan setiap tokoh sampai saat ini masih berbeda-beda. Semua orang setuju adanya sesuatu yang dinamakan hipnosis, tapi berbeda pendapat mengenai apa itu hipnosis. Menurut Green *et.al* (2004), Hermes (2005), Gunawan (2006), Iserson (2014) dan Lankton (2015) beberapa definisi tentang hipnosis yang pernah diungkapkan diantaranya :

commit to user

- a. Kondisi seseorang mampu berespon terhadap sugesti yang sesuai, dengan mengalami perubahan persepsi daya ingat atau mood.
- b. Keadaan setengah sadar disebabkan oleh sugesti relaksasi dan perhatian yang terkonsentrasi pada obyek tunggal (WHO,1994.)
- c. Suatu interaksi sosial seseorang untuk mengalami pengalaman imajinatif berdasarkan sugesti dari hipnosist.
- d. Hipnosis adalah suatu kondisi yang menyerupai tidur yang dapat secara sengaja dilakukan kepada seseorang, di mana seseorang yang dihipnosis bisa menjawab pertanyaan yang diajukan, serta lebih mudah menerima sugesti.
- e. Hipnosis adalah praktek mempengaruhi orang lain agar mengikuti apa yang diperintahkan oleh ahli hipnosis.
- f. Hipnosis adalah suatu kondisi pikiran yang terpusat sehingga tingkat sugestibilitas (daya terima saran) meningkat sangat tinggi.
- g. Hipnosis adalah seni komunikasi untuk mempengaruhi seseorang sehingga mengubah tingkat kesadarannya, yang dicapai dengan cara menurunkan gelombang otak dari beta menjadi alpha/theta.
- h. Hipnosis adalah seni eksplorasi alam bawah sadar.

Semua definisi hipnosis tersebut benar, karena menandakan salah satu atau beberapa gejala dari kondisi hipnosis. Akan tetapi apa yang diungkapkan belum bisa mencerminkan keunikan hipnosis yang membedakan hipnosis dengan kondisi mental lainnya. Sebab itu, para pakar hipnosis yang terkumpul dalam *U.S. Department of Education Human Services Division*, membuat definisi “*Hypnosis is the by-pass of the critical factor of the conscious mind followed by the establishment of acceptable selective thinking*” atau “Hipnosis adalah penembusan faktor kritis pikiran sadar diikuti dengan diterimanya suatu pemikiran atau sugesti tertentu”. Jika dirangkum pendapat para ahli tersebut maka hipnosis adalah imajinasi yang terbimbing dalam kondisi rileks dan terfokus.

Disadari maupun tidak, manusia sesungguhnya telah mengalami hipnosis setiap hari (Gunawan, 2005). Ketika seseorang sangat fokus membaca novel / buku, maka ia terhipnosis oleh isi novel / buku tersebut sampai-sampai tidak

mendengar ketika seseorang memanggilnya. Contoh lain fenomena hipnosis yaitu saat seseorang menonton film atau sinetron yang seru. Kemungkinan akan dapat merasakan ketegangan, terharu, cemas, sedih, bahkan mungkin ada yang menangis mengikuti jalan cerita, padahal tahu bahwa yang disaksikan hanya cerita. Kapanpun pikiran dan perasaan seseorang terpengaruh oleh apa yang di lihat, didengar, atau dirasakan, sebenarnya ia telah terhipnosis. Hanya saja, level hipnosis yang di alami setiap hari adalah level hipnosis yang ringan, berbeda dengan level hipnosis yang digunakan dalam terapi.

Ketika ditanyakan seperti apakah kondisi hipnosis? Sulit untuk menjelaskan seperti apa rasanya hipnosis jika seseorang belum mengalaminya sendiri. Namun sebagai gambaran umum, bisa dijelaskan bahwa kondisi hipnosis tidak berbeda jauh dengan kondisi hampir tertidur yang bisa dialami setiap hari. Ketika seluruh tubuh sudah rileks, pikiran lebih tenang, hampir tertidur dan masih bisa mendengar suara di sekitar, kurang lebih seperti itulah kondisi hipnosis. Ketika dihipnosis, seseorang akan merasakan seluruh tubuhnya rileks, pikiran fokus, perasaan damai, dan tetap bisa mendengar suara di sekitar. Bahkan orang yang dihipnosis tetap bisa menolak sugesti yang melanggar keyakinan atau merugikan dirinya.

Secara umum, teori mengenai hipnosis dapat dibagi menjadi dua kategori besar (Kaplan & Sadock, 2004) :

- a. Teori berdasarkan neuropsiko-fisiologis, yang menerangkan hipnosis sebagai suatu keadaan dimana kondisi otak berubah dan karena itu, faal otak pun juga berubah.
- b. Teori berdasarkan psikologis, yang memandang sebagai hubungan antar manusia yang khas (termasuk teori sugesti, disosiasi, psikoanalitik, *psychic relative exclusion* dan lain-lain).

Apakah setiap orang dapat dihipnosis? Salah satu syarat untuk hipnosis adalah secara sadar tidak menolak, dapat berkomunikasi dengan bahasa yang sama antara hipnotist dengan klien, memiliki kemampuan untuk fokus ditambah dengan kreativitas dan fantasi visualisasi. Syarat-syarat tersebut dinamakan *hypnotizability* atau kemampuan menerima sugesti hipnosis (Woody, EZ *et al* 2005) yang dapat dinilai tingkatannya dengan menggunakan skala SHSS

(*Stanford Hypnotic Susceptibility Scale*) dan HIP (*Hypnotic Induction Profile*). Berdasarkan *hypnotizability*, secara umum populasi dapat digolongkan menjadi 5% sulit dihipnosis, 70-85% sedang dan 10-15% mudah dihipnosis. Menurut Spiegel (1985), Rogovik dan Goldman (2007) wanita mempunyai nilai *hypnotizability* lebih tinggi daripada laki-laki, dan anak-anak lebih tinggi daripada orang dewasa. Patterson *et.al* (2004) berpendapat bahwa seseorang yang memiliki sugestibilitas rendah tetap dapat dioptimalkan kemampuan sugestibilitasnya dengan menggunakan *virtual reality hypnosis*, karena kemampuan imajinasi sangat penting untuk merespon kondisi hipnosis.

Menurut Sadock & Sadock (2007) derajat hipnotibilitas merupakan sikap yang menetap sepanjang siklus kehidupan manusia. Proses hipnosis mengambil sifat hipnotibilitas dan mengubahnya ke dalam keadaan hipnotik. Pengalaman keadaan konsentrasi hipnotik memerlukan pemusatan tiga hal penting yaitu absorpsi, disosiasi dan sugestibilitas.

Absorpsi merupakan kemampuan untuk menurunkan kewaspadaan perifer yang menghasilkan perhatian focal yang lebih besar. Hal ini dapat diumpamakan seperti lensa pemfokus (obyek perhatian terlihat sangat detail dan jelas, tetapi secara relatif terpisah dari konteks) psikologis yang meningkatkan perhatian yang diberikan pikiran atau emosi untuk meningkatkan eksklusi dari semua konteks, bahkan termasuk orientasi waktu dan tempat.

Disosiasi adalah memisahkan keluar dari elemen kesadaran identitas klien, persepsi, memori atau respon motorik sejalan dengan pendalaman hipnotik. Hasilnya adalah komponen kewaspadaan diri, waktu, persepsi dan aktifitas fisik dapat terjadi tanpa diketahui oleh kesadaran pasien dan dapat terlihat tidak disadari (Sadock & Sadock, 2007). Ketika absorber seseorang semakin fokus dalam perhatian vokal maka semakin informasi pada kewaspadaan perifer ke luar dari kesadaran.

Sugestibilitas merupakan kecenderungan klien dihipnosis untuk memperhatikan dan menerima sinyal dan informasi dengan secara relatif meredam penilaian kritis yang normal, meskipun masih kontroversial apakah penilaian kritis dapat diredam sepenuhnya. Sifat ini akan bervariasi dari respon paling kom -

pulsif terhadap input pada yang sangat hipnotibel sampai perasaan otomatisasi pada individu yang kurang hipnotibel. Motivasi, keuntungan sekunder atau kehilangan dan derajat seseorang dapat meredam proses kognitif mempengaruhi sugestibilitas (Spiegel, 1985). Namun demikian menurut Gfeller JD (1987) tingginya motivasi seseorang terhadap isi sugesti mampu meningkatkan derajat sugestibilitas, sehingga kondisi ini semakin memudahkan proses hipnosis.

2. Cara Kerja Pikiran.

Pikiran atau kesadaran manusia juga bisa diibaratkan seperti bawang yang berlapis-lapis. Secara garis besar manusia punya satu pikiran / kesadaran yang terdiri dari dua bagian, yaitu pikiran sadar dan bawah sadar. Pikiran sadar adalah proses mental yang bias dikendalikan dengan sengaja. Pikiran bawah sadar adalah proses mental yang berfungsi secara otomatis sehingga manusia tidak menyadarinya dan sulit untuk dikendalikan secara sengaja.

Gunawan (2005), Crawford (2008), Pekala (2015) dan Lankton (2015) menyatakan bahwa pikiran sadar mempunyai 4 fungsi utama, yaitu: mengenali informasi yang masuk dari panca indra, membandingkan dengan memori yang ada, menganalisa, dan kemudian memutuskan respon spesifik terhadap informasi tersebut. Pikiran sadar terletak di bawah kortek otak. Pada usia sekitar 3 tahun, pikiran sadar mulai aktif. Pikiran sadar adalah bagian otak yang digunakan untuk berfikir atau logika dan hanya mewakili 10% dari kemampuan otak manusia. Saat pikiran sadar terbentuk dan berkembang, maka telah terbentuk suatu pintu pembatas antara pikiran sadar dan bawah sadar. Pembatas ini akan terbuka bila pikiran sadar dibuat sibuk, fokus memperhatikan sesuatu, larut dalam suatu cerita, asyik menonton televisi atau dengan menggunakan hipnosis.

Pikiran bawah sadar berfungsi memproses kebiasaan, perasaan, memori permanen, kepribadian, intuisi, kreativitas, dan keyakinan. Pikiran bawah sadar terbentuk sejak dalam kandungan. Pikiran bawah sadar terletak di bagian otak yang disebut medula oblongata. Sejak lahir hingga berusia tiga tahun, apapun yang terjadi baik positif maupun negatif seperti gambar, kata-

kata, tindakan, nada, frekwensi suara manusia, akan langsung diserap dan masuk ke pikiran bawah sadar. Kemampuan pikiran bawah sadar menyerap informasi lebih kuat dibandingkan pikiran sadar. Pengalaman yang paling berkesan yang mempunyai komponen emosi yang tinggi atau intens menjadi informasi yang terekam dengan sangat kuat dalam pikiran bawah sadar (Sadock & Sadock, 2007).

Banyak orang yang sulit berubah meskipun secara sadar mereka sangat ingin berubah, karena apabila terjadi pertentangan keinginan antara pikiran sadar dan bawah sadar, maka pikiran bawah sadar selalu menjadi pemenangnya. Sehingga apabila ingin mengubah kebiasaan, kepribadian, keyakinan yang negatif, mengendalikan emosi, maka yang harus diubah adalah "program pikiran" yang ada di pikiran bawah sadar.

Sebagai contoh, sebagian besar perokok tahu bahwa merokok itu merugikan, bahkan tidak sedikit yang ingin berhenti merokok. Namun para pecandu rokok seolah tidak bisa lepas dari kebiasaan merokok, meskipun segala usaha telah dilakukan. Hal ini terjadi karena pikiran bawah sadarnya selalu menginginkan rokok. Tidak peduli sekuat apapun pikiran sadar berusaha menolak rokok, selama pikiran bawah sadarnya masih suka (baca: terbiasa) merokok, maka berhenti merokok adalah hal yang mustahil. *Critical Factor* juga melindungi pikiran bawah sadar dari ide, informasi, sugesti atau bentuk pikiran lain yang bisa mengubah program pikiran yang sudah tertanam di bawah sadar (Carmody *et al*, 2007; Dickson *et al*, 2012).

Seorang anak yang berusia 0-3 tahun dalam pikirannya belum terbentuk *Critical Factor* secara baik, sehingga mampu menerima perintah / informasi dari orang lain begitu saja tanpa berpikir panjang. Anak usia 0-3 tahun tidak menyaring informasi/sugesti, apapun yang diterima dari lingkungannya dianggap sebagai sesuatu yang benar. Usia ini adalah fase kritis dalam pertumbuhan anak. Jika orang tua banyak memberikan perintah/informasi yang positif, maka anak akan tumbuh menjadi anak yang cerdas dan sukses, begitu sebaliknya. Seiring bertambahnya usia maka *critical Factor* akan terbentuk dan semakin menguat hingga dewasa.

Ketika manusia sudah dewasa dan dalam kondisi sadar, *critical factor* akan menghalangi afirmasi atau sugesti yang ingin ditanamkan ke pikiran bawah sadar. Sugesti yang diucapkan dalam kondisi sadar terhalang oleh *critical factor*, sehingga efeknya sangat kecil atau bahkan tidak ada sama sekali karena ditolak oleh *critical factor*. Misalnya, seorang perokok yang sudah 20 tahun merokok mengatakan pada dirinya "Saya mau berhenti merokok sekarang", maka *critical factornya* mengkritik dengan kata-kata yang terdengar dalam hati "Walah kamu mana bisa berhenti merokok, kamu sudah terlalu lama merokok, apa kamu mampu meninggalkan rokok?, omong kosong, kamu dulu juga sudah pernah mau berhenti merokok tapi nyatanya gagal." Hasilnya, kemauan untuk berhenti merokok itu menjadi lemah dan menjadikan tidak berdaya untuk berhenti merokok (Dickson *et al*, 2012).

Saat melakukan hipnosis, yang terjadi adalah mem-*by-pass critical factor* subjek (orang yang dihipnosis) dan langsung berkomunikasi dengan pikiran bawah sadar subjek. Hasilnya bisa memprogram ulang pikiran subyek seperti berbicara pada anak usia 0-3 tahun. Hampir-hampir tidak ada perlawanan dalam diri subyek selama sugesti yang diberikan tidak merugikan subyek. *By-pass* di sini bukan sebagai suatu bentuk manipulasi. Penembusan *critical factor* ini dilakukan dengan suatu teknik induksi. Induksi bisa dilakukan dengan cara membuat pikiran sadar subjek dibuat sibuk, lengah, bosan, bingung (tidak memahami) atau lelah sehingga pintu gerbang menuju pikiran bawah sadar, yaitu *critical factor* terbuka atau tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Karena *critical factor* terbuka atau pengawasannya lemah maka sugesti akan langsung menjangkau pikiran bawah sadar. *Critical factor* menjadi tidak aktif ketika berada dalam kondisi hipnosis. Maka dari itu, semua sugesti - selama tidak bertentangan dengan sistem kepercayaan dan nilai-nilai dasar yang dianut seseorang akan diterima oleh pikiran bawah sadar sebagai kebenaran, kemudian disimpan sebagai program pikiran. Program pikiran yang sudah ditanamkan melalui sugesti dalam kondisi hipnosis, akan menjadi pemicu perubahan yang permanen. Menurut Desen (2008) di bawah pengaruh hipnosis, korteks serebri

mengalami inhibisi kuat, sehingga daya identifikasi, analisis, pengambilan keputusan terhadap stimuli baru menurun, pengalaman masa lalu tidak dapat dimanfaatkan, akibatnya kata-kata sugestif menjadi kekuatan dominan yang tidak dapat ditolak. Pada kondisi hipnosis melalui arahan aktif, kondisi dan perilaku pasien baik psikis maupun faal dapat dikendalikan, sehingga dapatelenyapkan atau menyembuhkan hambatan psikis atau faal yang dialami pasien. Namun demikian respon pasien juga diperkuat oleh kemampuan pendekatan yang dilakukan oleh hypnotist / terapis (Sheenan PW,1980).

3. Proses Kerja Hipnosis Terhadap Perilaku

Benedittis (2015), Kahija (2007), Gordon (2011) dan Laksana (2012) mengatakan bahwa cara kerja pikiran bisa diidentikkan dengan suatu komputer yang sangat rumit. Pola pikir dan perilaku manusia sama seperti program yang dipasang di komputer. Ada program yang dipasang sendiri tetapi ada juga program yang dipasang oleh orang lain atau lingkungan. Sama seperti komputer, program pikiran juga dapat kemasukan “virus pikiran” yaitu program-program yang merugikan. Namun berbeda dengan komputer yang secara pasif menerima instalasi program, pikiran manusia dapat secara aktif mengubah, mengurangi, menambah dan menciptakan program baru sesuai dengan kebutuhan.

Jika program komputer dapat diaktifkan dengan perintah yang tepat, demikian pula dengan program pikiran. Program pikiran disimpan di pikiran bawah sadar dan menunggu perintah yang tepat untuk menjadi aktif. Program pikiran akan aktif saat suatu urutan pikiran tertentu, kata-kata atau suatu kejadian muncul atau dialami. Semua pengalaman hidup yang berasal dari lingkungan keluarga, orang tua, sekolah, guru, televisi dan berbagai sumber lainnya merupakan stimulus eksternal yang berasal dari luar. Stimulus tersebut diterima oleh panca indera dan masuk ke pikiran sadar, oleh pikiran sadar stimulus diberi makna atau arti. Dari pikiran sadar stimulus akan masuk ke pikiran bawah sadar terlebih dahulu setelah melewati filter pikiran atau filter mental yang disebut *Reticular Activating Sistem (RAS)*. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi gerbang RAS ini terbuka yaitu kondisi gelombang otak,

pemikiran dan emosi. Setelah masuk ke pikiran bawah sadar, arti yang diberikan oleh pikiran sadar pada peristiwa itu menjadi program yang menjalankan komputer mental. Program tersebut bisa positif ataupun negatif. Sesungguhnya kejadian yang dialami manusia bersifat netral. Tidak ada kejadian yang baik atau buruk, positif atau negatif. Yang membuat kejadian itu positif atau negatif adalah arti yang diberikan oleh pikiran sadar terhadap kejadian itu (Benedittis, 2015).

Pemrograman pikiran bukanlah hal yang mudah karena pikiran mempunyai mekanisme pertahanan diri berbentuk filter yang bertindak seperti suatu sistem pengaman (Banyan, 2001). Filter itu menyaring pikiran dan perilaku baru dan memastikan bahwa individu tersebut benar-benar menginginkan apa yang dikatakan dan diinginkan. Filter itu membandingkan ide-ide dan informasi baru dengan pengetahuan dan kepercayaan yang ada di memori (pikiran bawah sadar). Pikiran sangat lambat di dalam menerima perubahan mendadak yang tidak sejalan dengan program lama, cara berfikir lama atau kebiasaan lama dalam bertindak.

Filter mental sebenarnya bertujuan baik dan menguntungkan, agar pikiran bawah sadar tetap mempertahankan kepercayaan, kepribadian dan persepsi terhadap realita. Sebagai contoh apabila pikiran tidak memiliki filter maka seseorang dapat terpengaruh ratusan iklan yang diterimanya.

Sistem filter mental juga sering menolak ide perubahan yang baik, meskipun ide itu berasal dari pikiran sadar sendiri. Filter mental juga menghalangi ide-ide baik sehingga ide tersebut tidak bisa menyatu dengan program yang telah ada di pikiran bawah sadar (Isserson, 2014; Gordon, 2011).

Kesulitan itu muncul karena filter mental mengevaluasi semua ide baru, bahkan ide yang sangat baik, dengan membandingkannya pada kepercayaan dan interpretasi pengalaman sebelumnya.

Menurut Gunawan (2005) dan Iserson (2014) ada lima cara untuk bisa melewati filter mental dan masuk ke pikiran bawah sadar:

a. Pengulangan / Repetisi.

Segala sesuatu yang dilakukan secara konsisten atau berulang akhirnya akan masuk ke pikiran bawah sadar dan menjadi kebiasaan.

Contoh : Saat belajar membaca, belajar naik sepeda, belajar menyopir.

b. Identifikasi Kelompok.

Kehidupan di dalam keluarga memiliki latar belakang budaya tertentu. Individu akan mengikuti kebiasaan yang ada dalam keluarga atau masyarakat.

Contoh : Cara berkomunikasi, cara berpakaian, cara makan.

c. Ide yang disampaikan oleh figur yang dipandang memiliki otoritas.

Apa yang disampaikan oleh seseorang yang dipandang memiliki otoritas, seorang pakar atau seorang yang kita hormati dan kagumi akan dapat dengan mudah diterima oleh pikiran bawah sadar.

d. Emosi yang intens.

Setiap kejadian yang dialami, jika disertai dengan intensitas emosi yang tinggi, baik itu emosi positif maupun emosi negatif akan sangat membekas di pikiran bawah sadar.

e. Hipnosis

Hipnosis menjangkau pikiran bawah sadar, dengan teknik komunikasi yang mampu melewati pikiran sadar.

Kunci untuk mengubah program yang ada dalam pikiran bawah sadar terletak pada cara *mem-by-pass* atau melewati pikiran sadar dan langsung berkomunikasi dengan pikiran bawah sadar (Isserson, 2014; Gordon, 2011). Dari kelima cara tersebut diatas hipnosis adalah cara yang paling cepat dan efektif untuk bisa masuk pikiran bawah sadar. Saat pikiran sadar / filter mental menjadi pasif atau non aktif, setiap sugesti yang diberikan memiliki kekuatan sembilan kali lebih kuat dibandingkan dengan situasi biasa. Sugesti bisa disamakan dengan sebuah program baru dan hipnosis memungkinkan seorang terapis untuk meng-*install* program baru dengan cepat tanpa gangguan dari pikiran sadar dalam bentuk berbagai pertanyaan yang biasa diajukan. Hal itu membuat perubahan dapat dilakukan dengan lebih cepat dan efektif. Untuk memudahkan proses selama hipnosis sehingga sugesti langsung diterima maka peran hypnotis / terapis sangat penting di dalam meningkatkan harapan positif klien (Sliwinski & Elkins, 2013).

commit to user

4. Gelombang Otak dan Tingkat Kesadaran

Menurut Banyan (2001), Kahija (2007) dan Gordon (2011) jaringan otak manusia menghasilkan gelombang listrik yang berfluktuasi. Gelombang listrik inilah disebut *brainwave* atau gelombang otak. Sebagaimana sebuah gelombang maka otak memiliki gelombang yang bervariasi. Dalam satu waktu, otak manusia menghasilkan berbagai gelombang otak secara bersamaan. Empat gelombang otak yang diproduksi oleh otak manusia pada umumnya adalah beta, alpha, theta, delta. Akan tetapi selalu ada jenis gelombang otak yang paling dominan, yang menandakan aktivitas otak saat itu. Gelombang otak menandakan aktifitas pikiran seseorang.

Gelombang otak diukur dengan alat yang dinamakan *Electro Encephalograph* (EEG). EEG ditemukan pada tahun 1929 oleh psikiater Jerman, Hans Berger. Sampai saat ini, EEG adalah alat yang sering diandalkan para peneliti yang ingin mengetahui aktivitas pikiran seseorang. Pengukuran gelombang otak dilakukan dengan dua cara yaitu amplitudo dan frekwensi. Amplitudo adalah besarnya daya impuls listrik yang diukur dalam satuan *micro volt*. Frekwensi adalah kecepatan emisi listrik yang diukur dalam *cycle* per detik atau *Hertz*. Frekwensi impuls menentukan jenis gelombang otak. Jenis atau kombinasi dari jenis gelombang otak menentukan kondisi kesadaran pada suatu saat.

Pandangan yang selama ini beredar di masyarakat adalah otak hanya menghasilkan satu jenis gelombang pada suatu saat. Saat aktif berpikir seseorang berada dalam gelombang beta. Jika saat rileks, seseorang berada dalam gelombang alpha. Ketika sedang melamun maka seseorang sedang berada di gelombang theta dan kalau sedang tidur lelap maka seseorang berada dalam gelombang delta. Menurut Gunawan (2006) pandangan itu keliru karena pada umumnya otak menghasilkan empat jenis gelombang secara bersamaan, tetapi dengan kadar yang berbeda.

Pada kondisi tertentu, misalnya meditasi, manusia bisa secara sadar mengatur jenis gelombang otak mana yang ingin dihasilkan. Setiap orang punya pola gelombang otak yang unik dan selalu konsisten. Keunikan itu tampak pada komposisi keempat jenis gelombang pada saat tertentu. Komposisi gelombang otak itu menentukan tingkat kesadaran seseorang meskipun pola gelombang otak

ini unik, tidak berarti selalu sama sepanjang waktu karena manusia dapat secara sadar dengan teknik tertentu mampu mengembangkan komposisi gelombang otak agar bermanfaat bagi dirinya. Secara spesifik Gunawan (2006), Kahija (2007) dan Gordon (2011) menjelaskan bahwa pola gelombang otak dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Beta

Beta adalah gelombang otak yang dihasilkan oleh proses berpikir secara sadar dan frekwensinya paling tinggi. Gelombang beta terbagi menjadi tiga bagian, yaitu beta rendah 12-15 Hz, beta 16-20 Hz dan beta tinggi 21-40 Hz. Gelombang beta terjadi saat manusia berpikir, berinteraksi dan menjalani kehidupan sehari-hari. Meskipun gelombang beta seringkali “menghilang” saat individu fokus pada suatu hal, gelombang beta tetap dibutuhkan agar seseorang dapat menyadari dunia diluar dirinya. Bersama dengan gelombang lainnya, kondisi gelombang beta sangat dibutuhkan dalam proses kreatif karena semua kreativitas yang merupakan hasil pikiran bawah sadar akan tetap terkunci di bawah sadar, tanpa bisa terangkat ke permukaan dan disadari oleh pikiran. Meskipun kondisi gelombang beta sangat penting pada kesadaran manusia, namun jika gelombang beta terlalu dominan tanpa didukung frekwensi yang lebih rendah maka akan menghasilkan suatu kehidupan yang dipenuhi dengan kekwatiran, ketegangan dan proses berpikir yang tidak fokus.

b. Alpha

Alpha adalah jenis gelombang dengan frekwensi antara 8-12 Hz dan berhubungan dengan kondisi pikiran yang rileks dan santai. Dalam kondisi alpha, pikiran dapat melihat gambaran mental secara sangat jelas dan dapat merasakan sensasi panca indera dari apa yang terjadi atau dilihat dalam pikiran. Alpha adalah pintu gerbang bawah sadar dan sebagai penghubung antara pikiran sadar dan bawah sadar. Pada kondisi gelombang alpha memungkinkan disadarinya keberadaan mimpi dan keadaan meditasi terdalam yang bisa dicapai.

c. Theta

Theta adalah gelombang otak pada frekwensi antara 4-8 Hz yang dihasilkan oleh pikiran bawah sadar. Gelombang theta muncul saat individu bermimpi dan saat terjadi *Rapid Eye Movement* (REM), pikiran bawah sadar menyimpan memori jangka panjang dan juga merupakan gudang inspirasi kreatif. Pikiran bawah sadar juga menyimpan materi yang berasal dari kreatifitas yang ditekan atau tidak diberi kesempatan muncul ke permukaan dan materi psikologis yang ditekan. Semua materi yang berhubungan dengan emosi baik itu emosi positif maupun emosi negatif, tersimpan dalam pikiran bawah sadar. Saat komponen gelombang lainnya berada dalam takaran yang pas, bersama dengan gelombang theta maka seseorang dapat merasakan pengalaman “ah-ha” dan untuk mendapatkan hasil maksimal yang berhubungan dengan perubahan pikiran maka seseorang harus masuk ke dalam gelombang theta.

d. Delta

Delta adalah gelombang otak dengan frekwensi antara 0,1-4 Hz yang juga frekwensi dari *Unconscious Mind*. Gelombang delta dihasilkan saat tidur lelap, namun pada orang tertentu gelombang delta bisa muncul pada kondisi sadar. Pada keadaan tersebut gelombang delta bertindak sebagai “radar” yang mendasari kerja intuisi, empati dan tindakan yang bersifat instink. Pada saat berada pada gelombang delta bisa dihasilkan kebijakan dengan level kesadaran psikis yang sangat dalam.

Gelombang beta, alpha, theta dan delta adalah komponen pembentuk kesadaran manusia. Keempat gelombang itu beroperasi dalam satu jalinan komposisi rumit yang menentukan kondisi kesadaran manusia dalam suatu saat. Subyek yang sedang dalam kondisi hipnosis, gelombang otaknya antara alpha dan theta. Dalam kondisi terjaga, gelombang otak subyek umumnya adalah beta. Begitu dilakukan induksi, maka gelombang otak subyek secara cepat turun ke alpha, dan setelah dilakukan teknik deepening, otak subyek menunjukkan gelombang theta. Diyakini oleh para ilmuwan bahwa apabila otak memproduksi gelombang theta yang dominan, maka sedang terjadi aktifitas pikiran bawah sadar. Gelombang otak

alpha dan theta tidak hanya terjadi pada kondisi *trance* hipnosis. Secara alami manusia masuk kondisi alpha dan theta setiap akan tidur dan bangun tidur. Ketika sudah sangat rileks, tenang, dan hampir tertidur, tapi masih menyadari keberadaannya, maka seperti itulah kondisi hipnosis. Ketika seseorang terjaga dari tidur, dan masih malas untuk beranjak dari tempat tidur karena masih ingin melanjutkan tidur lagi, itu juga kondisi hipnosis. Bedanya ketika seseorang akan tidur maka hanya mengalami kondisi alpha-theta dalam beberapa menit saja, kemudian gelombang otak turun ke delta (tanda bahwa tubuh dan pikiran beristirahat total).

Dalam kondisi hipnosis, kondisi *trance* bisa dialami (gelombang otak alpha-theta) dalam waktu yang lama. Saat meditasi, berdoa dengan khusyuk, terpana melihat sesuatu, terhanyut membaca novel atau suatu cerita, melamun dan semacamnya juga menghasilkan gelombang otak alpha sampai theta. Hipnosis adalah kondisi yang alami bagi manusia, maka tidak perlu ada ketakutan lagi bahwa hipnosis itu berbahaya. Kecurigaan bahwa ada unsur magis, sihir atau paranormal dalam hipnosis sudah lenyap sejak diketahui bahwa hipnosis itu fenomena mental yang alami (Banyan, 2001).

5. Proses Formal Hipnosis

Dalam sebuah terapi formal di klinik hipnoterapi maka pasien akan melalui beberapa proses hypnosis yaitu wawancara/anamnesa, induksi, *deeper-ning*, sugesti dan diakhiri dengan terminasi atau membangunkan (Shahbazi, 2016).

a. Wawancara / Anamnesa

Setiap proses hipnosis dan hipnoterapi selalu dimulai dengan percakapan antara hipnotist dan subyek. Bagian ini sering juga disebut sebagai pre induksi (Schnur, 2009). Tujuan dari pre induksi antara lain membangun keakraban antara terapis dan klien, memahami masalah klien, menentukan tujuan terapi, dan menjelaskan kepada klien tentang prosedur terapi yang akan dilakukan. Pada saat percakapan atau anamnesa, maka hipnotist harus mengenali aspek-aspek psikologis dari subyek antara lain : hal

yang diminati, hal yang tidak diminati, apa yang diketahui subyek terhadap hipnosis dan sebagainya, pasien diharapkan tidak malu untuk bertanya tentang apa saja yang menjadi masalah dalam pikirannya agar proses hipnosis atau hipnoterapi dapat berlangsung lancar.

b. **Induksi**

Induksi adalah cara yang digunakan oleh hypnotist/hypnotherapist untuk membimbing klien menuju kondisi hipnosis atau *trance*. Ada banyak cara yang bisa digunakan untuk induksi. Seorang hypnotist/hypnotherapist harus memahami tipe pikiran kliennya sehingga dia bisa menggunakan teknik induksi yang tepat. Seorang hypnotist / hypnotherapist tidak berhak memaksakan hipnosis kepada orang lain. Syarat utama agar seorang klien bisa sembuh / berubah perilakunya melalui hipnosis yaitu klien harus punya keinginan untuk sembuh / berubah dari dirinya sendiri, bukan karena paksaan orang lain. Hal penting dalam induksi adalah subyek atau klien harus percaya kepada terapis / hipnotist, selain itu lingkungan tempat pelaksanaan hipnosis harus tenang dan nyaman. Salah satu metode induksi yang efektif, nyaman dan aman adalah “Hanung Induksi”, induksi ini sudah dipatenkan di Direktorat Jenderal HAKI Kemenkumham dengan nomor: 978-602-71484-3-7, keunggulan induksi ini adalah menggabungkan antara hipnosis konvensional, akupresur pada titik-titik akupunktur yaitu titik *neguan*, titik *tai yang* dan titik *yin tang*, *Neuro-Linguistic Programming* dan gaya Ericksonian (Prasetya, 2016). Dengan menggunakan “hanung induksi” maka klien sangat mudah sekali memasuki kondisi hipnosis.

c. **Deepening / proses memperdalam kondisi hipnosis**

Deepening merupakan kelanjutan dari induksi. Teknik *deepening* digunakan untuk memperdalam level hipnosis yang dialami klien. Secara sederhana kita bisa membagi level kondisi hipnosis menjadi *light trance*, *medium trance*, *deep trance* atau *somnambulism*. Level *somnambulism* merupakan kondisi ideal untuk terapi. Oleh karena itu, apabila setelah induksi klien ternyata belum mencapai kondisi *somnambulism*, hypnotist / *commut to user*

hypnotherapist perlu melakukan deepening untuk membimbing klien menuju kondisi *somnambulism*.

d. Sugesti

Setelah klien mencapai level kedalam hipnosis yang ideal, terapi pikiran akan dimulai. Bentuk terapinya bisa berupa pemberian sugesti atau afirmasi yang sudah dirancang sedemikian rupa atau menggali akar masalah untuk dinetralisir pengaruhnya. Banyak hypnotist pemula yang kurang memahami bahwa dalam melakukan hipnoterapi, ada teknik-teknik tertentu yang harus dikuasai. Sering kali ada hypnotist pemula yang karena sudah bisa melakukan induksi dan bisa memberi sugesti secara langsung (*direct suggestion*), maka dia merasa sudah menguasai seluruh ilmu hipnosis. Padahal teknik induksi dan *direct suggestion* hanyalah bagian kecil dari keseluruhan ilmu terapi hipnosis. Dalam beberapa kasus, memberi sugesti secara langsung (*direct suggestion*) memang sangat efektif dan bisa membuat klien mengalami perubahan drastis. Namun apabila masalah yang dihadapi klien disebabkan oleh peristiwa traumatik di masa lalu, maka diperlukan teknik terapi khusus seperti *age regression*, *time line therapy*, *hypnoanalysis*, *forgiveness therapy*, *chair therapy* atau teknik-teknik terapi lainnya.

e. Terminasi

Terminasi merupakan proses terakhir dalam sebuah sesi hipnoterapi bagian ini sangat menyenangkan. Karena begitu klien membuka mata, mereka sering tersenyum ceria dan mata berbinar. Membangunkan klien dari hipnosis adalah hal yang mudah dan menyenangkan, lebih mudah dari membangunkan anak-anak dari tidur. Hipnotist tidak perlu takut kalau kliennya tidak bisa bangun dari hipnosis. Sepanjang sejarah hipnosis, tidak satupun orang yang tidak bisa bangun dari kondisi hipnosis.

6. Jenis Hipnosis Menurut Manfaatnya

Hipnosis bisa berperan hampir di semua bidang kehidupan yang melibatkan pikiran manusia. Russel (2003), Gunawan (2006), Kahija (2007),
commit to user

dan Gordon (2011) membedakan jenis-jenis hipnosis berdasarkan bidang aplikasinya yang paling populer dalam dunia hipnosis.

a. *Stage Hypnosis*

Stage hypnosis merupakan hipnosis yang digunakan untuk pertunjukan hiburan. Pada stage hypnosis, hipnotis memilih subyek dari antara penonton, yang setelah melewati serangkaian uji sugestibilitas subyek dibawa masuk pada kondisi *trance*. Kemudian hipnotis memberikan “program” yang akan dijalankan setelah subyek bangun atau sadar dari kondisi *trance*. Program yang dimasukkan biasanya sesuatu yang lucu, aneh-aneh atau tidak masuk akal, misalnya sepatu menjadi *handphone*, namanya diganti nama orang lain dan sebagainya. Semua program akan dijalankan dengan baik dan subyek tidak menyadari keanehan perilakunya. Meskipun program yang dimasukkan ke pikiran bawah sadar adalah program yang “tidak masuk akal”, tetapi hal itu tidak akan berakibat buruk pada subyek. Program yang tidak masuk akal tersebut akan terhapus karena kalah kuat dengan program dasar yang ada di alam bawah sadar, sehingga semakin tidak masuk akal program yang diberikan justru semakin aman.

b. *Clinical Hypnosis* / Medikal Hipnosis atau *Hypnotherapy*

Clinical Hypnosis atau Medikal Hipnosis atau *Hypnotherapy* merupakan aplikasi hipnosis dalam menyembuhkan masalah mental dan fisik (psikosomatik). *Clinical hypnosis* / Medikal Hipnosis / *Hypnotherapy* sering digunakan untuk kasus kecemasan, phobia, stres, persalinan dan masih banyak lagi.

c. *Anodyne Awareness*

Anodyne Awareness adalah aplikasi hipnosis untuk mengurangi rasa sakit fisik dan kecemasan. Teknik *anodyne* digunakan oleh dokter, dokter gigi, perawat dan tenaga kesehatan untuk membantu pasien menjadi rileks dengan sangat cepat dan mengurangi rasa sakit dengan mental anestesi.

d. *Forensic Hypnosis*

Forensic Hypnosis adalah aplikasi hipnosis sebagai alat bantu dalam melakukan investigasi atau penggalian informasi dari memori. Kejadian

yang memiliki muatan emosi negatif tinggi, misalnya kasus kejahatan, orang mengalami “lupa ingatan” akan kejadian tersebut. Hal itu terjadi karena pikiran bawah sadar menyembunyikan informasi traumatis sehingga tidak dapat diakses oleh pikiran sadar, dengan tujuan agar pengalaman buruk itu tidak lagi diingat. *Forensic hypnosis* memanfaatkan kondisi *hypermnnesia* atau kemampuan mengingat yang sangat tinggi pada keadaan *trance*.

e. *Metaphysical Hypnosis*

Metaphysical Hypnosis adalah aplikasi hipnosis dalam meneliti berbagai fenomena metafisika. Jenis hipnosis ini bersifat eksperimental. Dengan hipnosis, seseorang akan dapat dengan sangat cepat masuk ke kondisi rileks yang sangat dalam (*somnambulism*), yang jika diukur dengan *Elektro Encephalographi* akan menunjukkan frekwensi gelombang otak yang sangat rendah.

7. Karakteristik Utama Kondisi Hipnosis

Saat merespon sugesti hipnosis, otak memberikan responnya sehingga dalam kondisi hipnosis atau *trance* dapat dilihat ada lima karakteristik utama (Landry, 2017; Gunawan, 2005) yaitu :

a. Relaksasi fisik yang dalam

Induksi sebagai cara yang digunakan untuk membawa subyek dari pikiran sadar ke pikiran bawah sadar, melibatkan konsentrasi pada relaksasi fisik. Saat tubuh rileks, pikiran juga menjadi rileks dan gelombang otak akan turun dari beta, alpha, theta dan delta. Semakin turun gelombang otak maka akan semakin rileks.

b. Perhatian yang sangat terpusat

Memasuki kondisi hipnosis memerlukan proses, secara perlahan tapi pasti perhatian subyek menjadi fokus sehingga mencapai konsentrasi yang tinggi. Melalui panca indera, pada kondisi normal pikiran sadar dapat dibanjiri berbagai stimulus tetapi saat berada dalam kondisi hipnosis perhatian menjadi lebih sempit dan lebih fokus tertuju pada stimulus tertentu.

c. Peningkatan kemampuan indera

Eksperimen dengan menggunakan hipnosis menunjukkan bahwa kemampuan indera dapat ditingkatkan. Indera dapat berfungsi lebih akurat jika fungsinya diarahkan dengan sugesti. Kemampuan berpikir logis meningkat tajam dan akurasi dalam berpikir deduksi juga meningkat.

d. Pengendalian refleks dan aktivitas fisik

Saat berada dalam kondisi hipnosis, detak jantung dapat dikendalikan, bagian tubuh dapat dibuat mati rasa, periode menstruasi dapat diatur, sirkulasi darah dapat ditingkatkan atau dikurangi, tarikan nafas dan oksigen menurun, temperatur tubuh berubah dan berbagai aktifitas fisik lainnya yang semestinya berjalan otomatis dapat dipengaruhi.

e. Respons terhadap pengaruh pasca hipnosis

Sugesti yang diberikan dalam kondisi hipnosis sepanjang tidak bertentangan dengan nilai-nilai dasar yang dipegang oleh subyek, akan dijalankan setelah subyek tersadarkan dari kondisi *trance*. Saat sugesti diberikan subyek dapat menerima atau menolak bahkan dapat bangun secara spontan dari relaksasi hipnosis. Sugesti yang bersifat positif, baik dan menguntungkan subyek akan lebih mudah diterima daripada sugesti negatif.

G. Intervensi Hipnosis Sebagai Pemberdayaan Pasien Tuberkulosis Paru

Sesuai dengan konsep *Health Belief Model* dan teori *The Communication-behaviour change model* maupun cara kerja pikiran maka kunci untuk mengubah program yang ada dalam pikiran bawah sadar terletak pada cara *mem-by-pass* atau melewati pikiran sadar dan langsung berkomunikasi dengan pikiran bawah sadar sehingga perubahan perilaku tidak melewati tahapan yang semestinya seperti terungkap dalam Teori *Transtheoretical Model* dan *Health Belief Model*. Hipnosis merupakan cara yang paling cepat dan efektif untuk bisa masuk pikiran bawah sadar, karena dalam kondisi hipnosis sugesti yang diberikan tidak dikritisi sehingga dapat mempengaruhi kondisi dan perilaku pasien baik psikis maupun faal. (Isserson, 2014; Gordon, 2011, Desen, 2008 dan Gunawan, 2006). Sugesti bisa

disamakan dengan sebuah program baru dan hipnosis memungkinkan seorang petugas kesehatan untuk memasukkan program baru dengan cepat tanpa gangguan dari pikiran sadar dalam bentuk berbagai pertanyaan yang biasa diajukan oleh pasien. Hal itu membuat perubahan dapat dilakukan dengan lebih cepat dan efektif.

Masalah dalam penanggulangan TB menurut Sukoco (2010) adalah faktor perilaku dari pasien dimana tingkat kepatuhan berobat pasien yang masih rendah, Akibatnya jumlah pasien tuberkulosis sulit diturunkan dan peluang resistensi obat semakin besar. Karena cara penularan tuberkulosis adalah secara *droplet air infection* maka masyarakat disekitar pasien memiliki risiko tinggi tertular tuberkulosis akibat perilaku pasien tuberkulosis.

Penggunaan hipnosis diharapkan mampu menembus *critical factor* pasien secara cepat, sehingga pasien memiliki persepsi positif terhadap konstruk HBM dan akhirnya pasien memiliki kepatuhan yang mutlak untuk minum obat secara terus menerus tanpa putus selama program pengobatan.

Berdasarkan teori tersebut diambil kesimpulan awal bahwa hipnosis sangat bermanfaat pada pemberdayaan diri pasien untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien TB. Kondisi hipnosis dapat mendatangkan rasa senang, rasa aman, rasa puas, rasa nyaman dan membuat orang yang bersangkutan merasa memiliki kekuatan dari dalam untuk mengikuti program pengobatan yang diberikan.

H. Kerangka Pemikiran

Pasien TB memiliki berbagai latar belakang yang beragam baik data demografi, lingkungan, norma-norma, pengetahuan mengenai TB, persepsi terhadap TB, keyakinan untuk sembuh ataupun faktor pengaruh dari orang-orang yang ada di dekatnya termasuk petugas kesehatan. Kondisi yang majemuk menyebabkan pasien TB bisa patuh minum obat selama 6 bulan secara mutlak ataupun justru putus di tengah program pengobatan karena berbagai faktor.

Pada penelitian ini pasien TB yang berobat di Puskesmas atau Balai Kesehatan Paru Masyarakat dikelompokkan menjadi 2 yaitu kelompok kontrol

dan kelompok perlakuan, pada kelompok kontrol pasien akan mendapatkan pelayanan standar di Puskesmas atau di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat, sedangkan pada kelompok perlakuan pasien mendapatkan tambahan intervensi hipnosis dengan fokus pemberian sugesti yang ditujukan pada prediktor perilaku yang terkait dengan kesehatan, isi sugesti mengacu pada teori *Health Belief Model* dari Rosenstock (1966). Pasien TB yang mendapatkan intervensi tambahan hipnosis akan memiliki kepatuhan mutlak minum obat terus-menerus tanpa putus selama 6 bulan berturut-turut.

Berdasarkan teori *Transtheoretical Model* atau *Stage of Change Model* bahwa untuk berubah seseorang akan melewati beberapa tahapan, yaitu pra perenungan, perenungan, persiapan, aksi dan pemeliharaan. Pada fase perenungan pasien berada pada kondisi peduli untuk mengikuti program pengobatan untuk penyakitnya meskipun dia tahu bahwa program 6 bulan itu panjang, namun pasien sudah mempertimbangkannya. Pada fase persiapan adalah tahap dimana seseorang peduli atau melakukan aksi dengan segera di masa mendatang. Pasien sudah mencoba untuk mematuhi semua program pengobatan dan segala saran dari petugas kesehatan, namun belum terdapat kepercayaan diri sendiri untuk secara aktif terlibat dalam proses memulai perubahan perilaku.

Konsep tersebut diperkuat lagi dengan teori *Health Belief Model* yang dikemukakan Rosenstock (1966) bahwa motivasi individu untuk melakukan aktivitas pencegahan dan pengobatan tergantung dari beberapa hal, antara lain *perceived level of susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barriers* serta didukung konsep *communication behavior change* maka penggunaan metode hipnosis akan *mem-by-pass Stages of Change*.

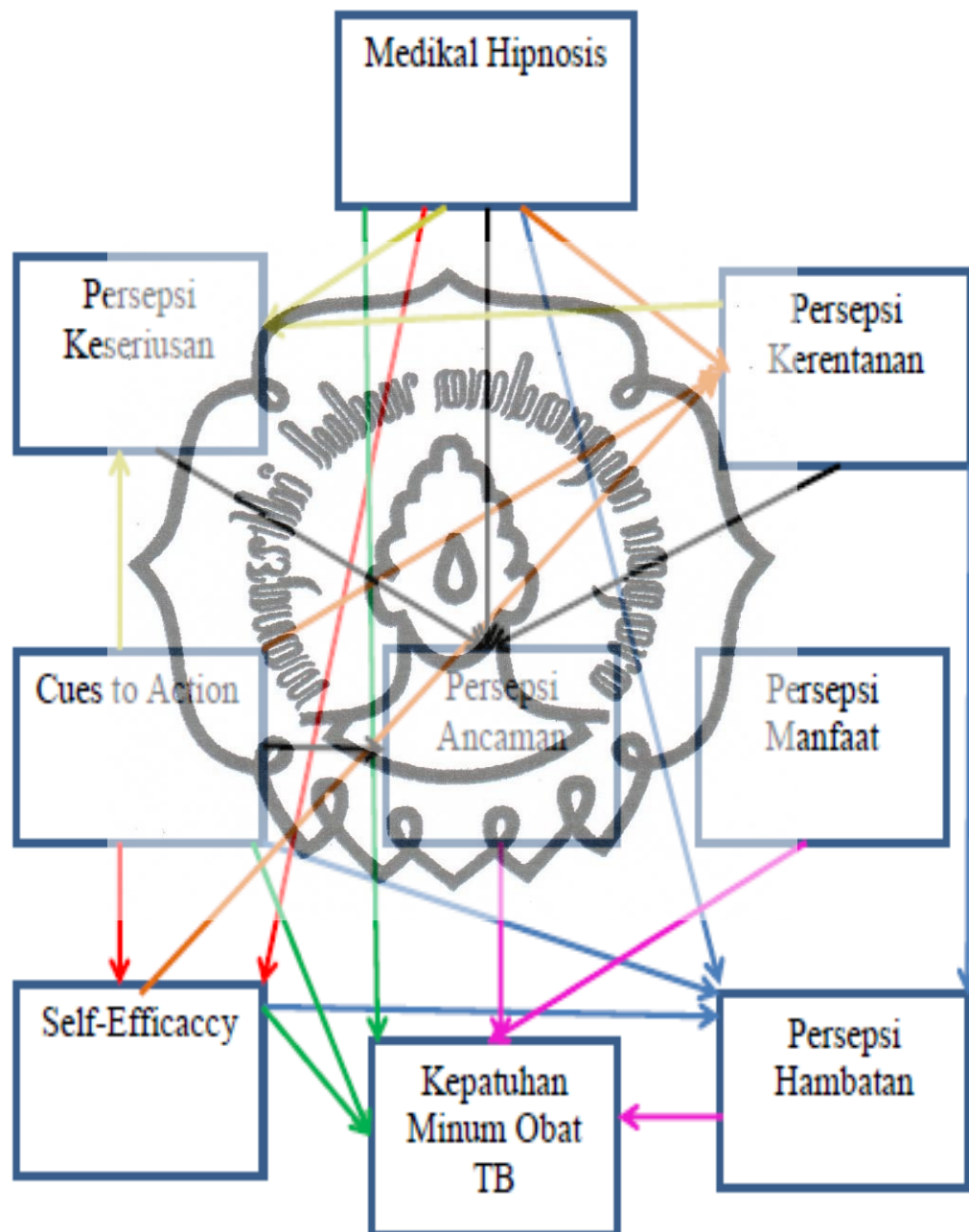
Pada penelitian ini pasien yang menjadi kelompok perlakuan dihipnosis secara langsung oleh peneliti hanya pada pertemuan pertama atau treatment ke satu dan pada treatment ke satu ini pasien sudah ditanamkan *anchor* untuk menjalani dan melakukan hipnosis selanjutnya. Pemberian hipnosis dilakukan dengan rekaman MP3 dan *handphone*, dengan cara ini diharapkan semua responden mendapatkan perlakuan yang sama. Penyusunan sugesti hipnosis dilakukan berdasar pada konstruk-konstruk HBM dan disampaikan dengan

sangat persuasif sehingga pasien lebih mudah menerima semua sugesti tanpa dikritisi.

Hipnosis diawali dengan induksi, kemudian dilanjutkan dengan deepening. Pada kondisi hipnosis / *trance* maka *reticulo activating system* (faktor kritis) terbuka. sehingga sugesti yang diberikan langsung diterima pada *sub conscious*. Setelah pasien dalam keadaan *trance* diberikan sugesti untuk patuh pada program pengobatan selama 6 bulan terus-menerus secara mutlak dan perilaku hidup sehat, agar optimal sugesti dilakukan berulang-ulang minimal sampai enam kali. Karena sugesti tidak dikritisi maka akan lebih mudah diterima menjadi keyakinan baru untuk mengikuti program pengobatan dengan mutlak.

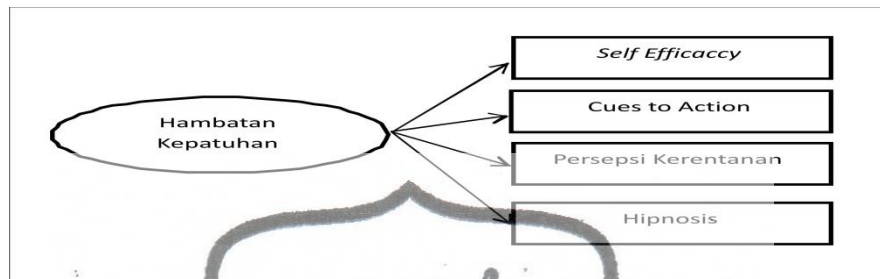
Perubahan perilaku pasien TB yang mendapatkan perlakuan akan lebih cepat karena tahapan perenungan dan persiapan di *by-pass*, sehingga lebih cepat untuk memperkuat keyakinan pasien untuk sembuh dan terjadi aksi melalui perubahan perilaku yaitu peningkatan kepatuhan minum obat.

Dimensi kepatuhan minum obat sesuai program secara mutlak adalah kepatuhan meminum obat selama program pengobatan atau enam bulan secara terus menerus. Apabila program intervensi medikal hipnosis berjalan, pasien patuh minum obat maka program pengobatan diharapkan dapat berjalan sesuai perencanaan, sehingga pasien sembuh dan sehat, berikut gambaran kerangka konseptual intervensi medikal hipnosis pada penelitian ini:



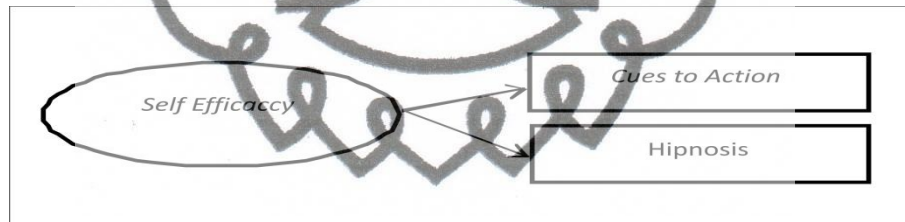
Gambar 2.4 Kerangka Berpikir Penelitian

Berdasarkan pertanyaan penelitian gambaran intervensi medikal hipnosis sebagai upaya pemberdayaan pasien TB untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dengan pendekatan konsep HBM dapat dilihat pada gambar 2.6 sampai 2.17.



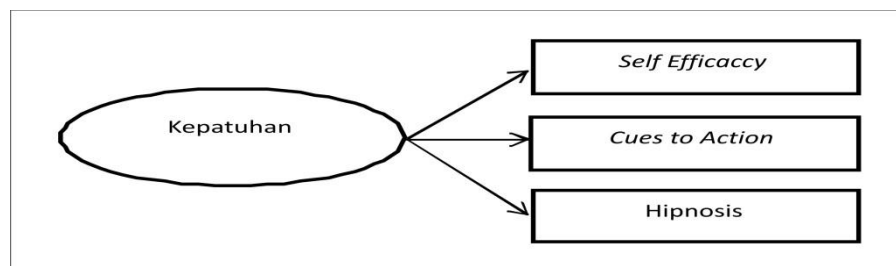
Gambar 2.6 Pengaruh persepsi *self efficacy*, *cues to action*, kerentanan dan hipnosis terhadap hambatan kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Gambar 2.6 Pengaruh persepsi *self efficacy*, pencetus aksi/CtA, kerentanan dan hipnosis terhadap hambatan kepatuhan minum obat pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 1.



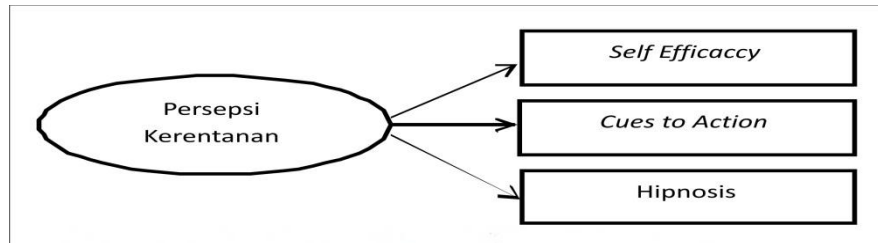
Gambar 2.7. Pengaruh *Cues to Action* dan pemberian hipnosis terhadap *self efficacy* pasien penyakit TB.

Gambar 2.7 Pengaruh pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap *self efficacy* pasien penyakit TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 2



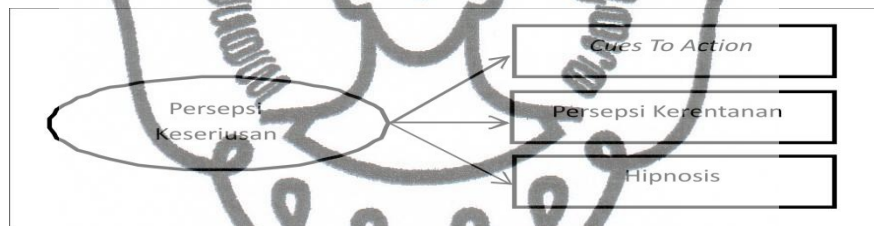
Gambar 2.8 Pengaruh *self efficacy*, pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pasien TB

Gambar 2.8 Pengaruh *self efficacy*, pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 3.



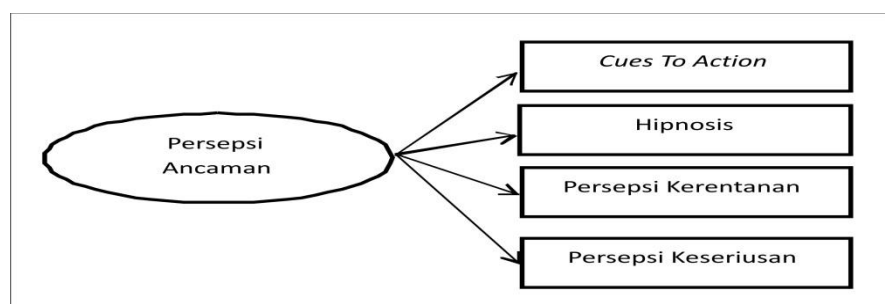
Gambar 2.9 Pengaruh *self efficacy*, pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap persepsi kerentanan pada pasien TB

Gambar 2.9 Pengaruh *self efficacy*, pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap persepsi kerentanan pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 4.



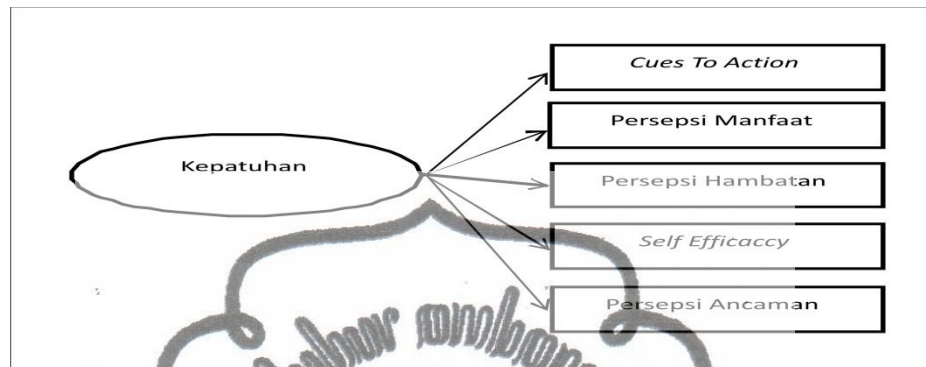
Gambar 2.10 Pengaruh *Cues to action*, persepsi kerentananan dan pemberian hipnosis terhadap persepsi keseriusan pasien terhadap penyakit TB.

Gambar 2.10 Pengaruh pencetus aksi/CtA, persepsi kerentananan dan pemberian hipnosis terhadap persepsi keseriusan pasien terhadap penyakit TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 5.



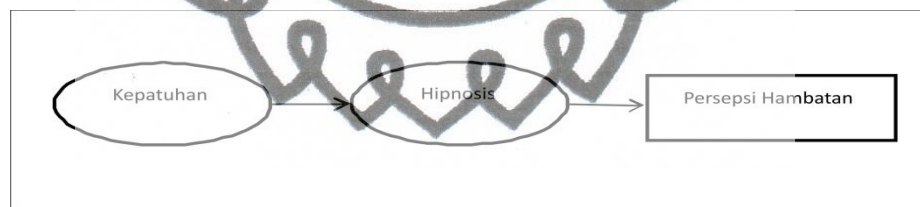
Gambar 2.11 Pengaruh pencetus aksi/CtA, hipnosis, persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan terhadap persepsi ancaman penyakit TB.

Gambar 2.11 Pengaruh pencetus aksi/CtA, hipnosis, persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan terhadap persepsi ancaman penyakit TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 6.



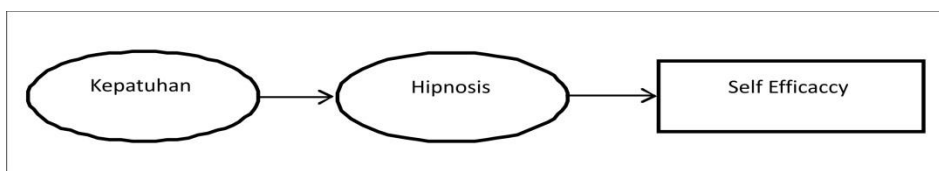
Gambar 2.12 Pengaruh pencetus aksi/CtA, persepsi manfaat, persepsi hambatan, *self-efficacy* dan persepsi ancaman terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Gambar 2.12 Pengaruh pencetus aksi/CtA, persepsi manfaat, persepsi hambatan, *self-efficacy* dan persepsi ancaman terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 7.



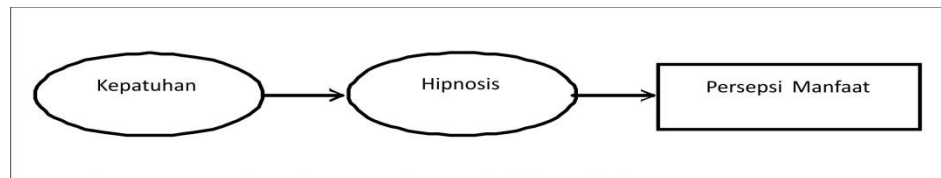
Gambar 2.13 Pengaruh variabel hambatan dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Gambar 2.13 Pengaruh variabel hambatan dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 8.



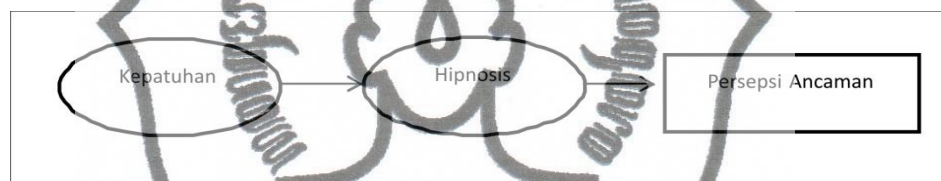
Gambar 2.14 Pengaruh variabel *self-efficacy* dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Gambar 2.14 Pengaruh variabel *self-efficacy* dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 9.



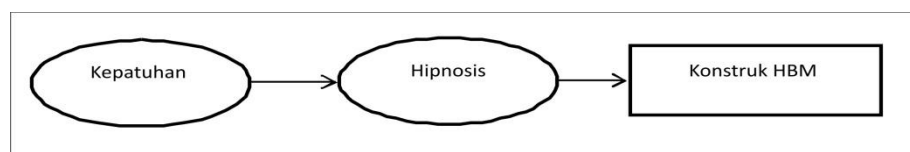
Gambar 2.15 Pengaruh variabel manfaat dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB:

Gambar 2.15 Pengaruh variabel manfaat dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 10.



Gambar 2.16 Pengaruh variabel ancaman dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Gambar 2.16 Pengaruh variabel ancaman dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB menjelaskan pola berpikir hipotesa 11.



Gambar 2.17 Pengaruh dalam pemberian hipnosis terhadap keseluruhan variabel dalam konsep HBM pada pasien TB dapat diterima.

Gambar 2.17 Pengaruh dalam pemberian hipnosis terhadap keseluruhan variabel dalam konsep HBM pada pasien TB dapat diterima menjelaskan pola berpikir hipotesa 12.

I. Hipotesis

Berdasar pertanyaan penelitian, kerangka konseptual dan kerangka pikir penelitian maka disusunlah dua belas hipotesis untuk memudahkan pengkajian dan analisis penelitian ini, hipotesis kesatu sampai kesebelas untuk menjawab pertanyaan penelitian kesatu dan ketiga, hipotesis keduabelas untuk menjawab pertanyaan penelitian kedua dan keempat, lebih jelasnya sebagai berikut:

1. Hipotesis pertama

Diduga ada pengaruh persepsi *self efficacy* pencetus aksi/CtA, kerentanan dan hipnosis terhadap hambatan kepatuhan minum obat pada pasien TB.

2. Hipotesis kedua

Diduga ada pengaruh pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap *self efficacy* pasien penyakit TB.

3. Hipotesis ketiga

Diduga ada pengaruh *self efficacy*, pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pasien TB.

4. Hipotesis keempat

Diduga ada pengaruh *self efficacy*, pencetus aksi/CtA dan pemberian hipnosis terhadap persepsi kerentanan pada pasien TB

5. Hipotesis kelima

Diduga ada pengaruh pencetus aksi/CtA, persepsi kerentananan dan pemberian hipnosis terhadap persepsi keseriusan pasien terhadap penyakit TB

6. Hipotesis keenam

Diduga ada pengaruh pencetus aksi/CtA, hipnosis, persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan terhadap persepsi ancaman penyakit TB.

7. Hipotesis ketujuh

Diduga ada pengaruh pencetus aksi/CtA, persepsi manfaat, persepsi hambatan, *self efficacy* dan persepsi ancaman terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

8. Hipotesis kedelapan

Diduga ada pengaruh variabel hambatan dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

9. Hipotesis kesembilan

Diduga ada pengaruh variabel *self efficacy* dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

10. Hipotesis kesepuluh

Diduga ada pengaruh variabel manfaat dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

11. Hipotesis kesebelas

Diduga ada pengaruh variabel ancaman dalam memediasi pemberian hipnosis terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB.

12. Hipotesis Overall

Diduga ada pengaruh dalam pemberian hipnosis terhadap keseluruhan variabel dalam model HBM pada pasien TB dapat diterima.

