

PENDEKATAN KOMUNIKASI PARTISIPATORI. DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT DI KALANGAN MASYARAKAT MISKIN

Maya May Syarah

Program Studi Penyiaran

Akademi Komunikasi Bina Sarana Informatika

Jalan Kayu Jati V No. 2, Pemuda, Rawamangun, Jakarta Timur

maya.mms@bsi.ac.id

Abstract

Indonesia was ranked fourth after India, China, and South Africa in terms of the prevalence of Tuberculosis (TB) with 65,000 deaths per year (WHO 2012). Since 1995 Indonesia implement Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) as a method of treatment of TB. DOTS method not only be implemented through a clinical approach but also a community-based approach, especially in the poor communities that the prevalence of TB is high. The research used a qualitative approach with case study method of TB control programs in poor urban communities with Community TB Care 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat. A total of 18 informants as a source of data, obtained by the snowball technique. The study used a model multitrack participatory communication theory. The results showed that happen combines participatory communication modes monologues and dialogue. Monologues occur in training and the delivery of information about the disease and treatment of TB patients, cadres and treatment supervision (PMO) as well as community lead-ers. While meeting the communication forum Dialogic was formed to solve the problem. Forums and meetings patient monitoring becomes an arena not only the exchange of information on TB treatment but the problem solving and the consultations and the 'vent' in assisting patients. Dialogic participatory modes of communication in health communication is required not only as a transfer of information from the owner of the program but also as an approach to exchange views in order to cure a disease. Keyword : health communication, participatory communication, tuberculosis

I. PENDAHULUAN

Data statistik *World Health Organization* (WHO) menunjukkan kondisi kesehatan masyarakat Indonesia yang memprihatinkan. Indonesia menduduki peringkat keempat setelah India, dan Afrika Selatan dalam hal prevalensi TB WHO (2012). Estimasi prevalensi TB semua kasus sebesar 680,000 dan estimasi insidensi berjumlah 450,000 kasus baru per tahun serta jumlah kematian akibat TB diperkirakan 65,000 kematian per tahun (WHO 2012). Penyebab tingginya masalah TB antara lain adalah kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, seperti pada negara yang

sedang berkembang, perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dunia dan perubahan struktur umur kependudukan, dampak pandemi HIV, dan kegagalan program TB diakibatkan tidak memadainya komitmen politik dan pendanaan, tidak memadainya organisasi pelayanan TB (kurang terakses oleh masyarakat, penemuan kasus /diagnosis yang tidak standar, obat tidak terjamin penyediaannya, tidak dilakukan pemantauan, pencatatan dan pelaporan yang standar, dan sebagainya), tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis), salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG serta infrastruktur kesehatan yang buruk

pada negara-negara yang mengalami krisis ekonomi atau pergolakan masyarakat Kemenkes (2007). Pada penelitian lain disebutkan faktor lain penyebab TB adalah tingkat pendidikan, pendapatan, kepadatan hunian, kondisi lingkungan rumah, pencahayaan, perilaku serta riwayat kontak dengan penderita (Ratnasari 2005; Fitriani 2012).

Tingginya TB juga dipicu kemiskinan dan menjamurnya kawasan kumuh akibat sistem kesehatan masyarakat yang hancur diungkapkan dalam penelitian Waisbord (2007). Dijelaskan tingkat pertumbuhan kemiskinan, percepatan internal dan migrasi internasional, menjamurnya kawasan kumuh di tengah kekacauan urbanisasi pada Dunia Ketiga, sistem kesehatan masyarakat yang hancur, dan krisis HIV / AIDS telah memberikan kontribusi untuk intensifikasi tingkat TB (Waisbord 2007).

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

Keterbatasan akses terhadap pelayanan DOTS yang berkualitas masih dijumpai terutama pada masyarakat miskin dan rentan di perkotaan, populasi di rutan/lapas, dan penduduk di kawasan terpencil, perbatasan dan kepulauan terutama di kawasan Indonesia Timur. Masyarakat miskin di perkotaan

mempunyai kendala sosial ekonomi untuk dapat mengakses pelayanan DOTS. Untuk itu penanganan TB bagi masyarakat miskin atau rumah tangga miskin (RTM) mendapat perhatian khusus.

Hal itu terbukti dari hasil penelitian yang mengindikasikan bahwa banyak hambatan terhadap penyembuhan TB tidak hanya masalah pribadi penderita, tetapi masalah-masalah di luar kontrol mereka (Ho 2004). Selain masalah individu pasien (ketidaktaatan minum obat karena efek samping, bosan minum obat, merasa sembuh sebelum waktunya juga disebabkan kurangnya dukungan keluarga, kerabat dan stigma sosial menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2005) seperti dikutip Fitriani (2012). Ditambah lagi bagi penderita miskin keterbatasan pendapatan untuk biaya pengobatan juga adanya hambatan sosial seperti stigma dari masyarakat, keterbatasan pelayanan kesehatan (jangkauan pelayanan yang luas dan keterbatasan fasilitas Puskesmas) belum ada jaminan penyediaan obat, yang kesemuanya terkait dengan anggaran kesehatan yang berkurang sejak sistem desentralisasi pemerintahan (Putri 2008). Keterbatasan petugas kesehatan juga menyebabkan pengendalian pengobatan secara optimal seperti pemeriksaan ulang dahak dan pelacakan penderita yang mangkir dalam masa pengobatan tidak dapat dilakukan menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2005) seperti dikutip Fitriani (2012). Masalah-masalah keterbatasan akses pelayanan DOTS yang berkualitas terutama terjadi pada masyarakat marjinal khususnya masyarakat miskin dan rentan di perkotaan, penghuni di rutan/lapas, dan penduduk di kawasan terpencil, perbatasan dan kepulauan terutama di kawasan Indonesia Timur (Kemenkes 2011).

Adanya kesadaran para praktisi dan akademisi akan kompleksitas masalah penyakit TB, peran intervensi komunikasi menjadi sangat penting dalam praktek pengobatan TB, sehingga tuntutan terhadap pengembangan teori komunikasi kesehatan juga semakin tinggi. Sebelumnya, pendekatan komunikasi kesehatan lebih menekankan pada pentingnya pe-

nyampaian informasi dengan anggapan bahwa keengganan masyarakat untuk berobat lebih disebabkan oleh kekurangan pengetahuan mengenai masalah penyakit TB dikenal sebagai pendekatan transfer informasi atau pendekatan biomedical. Belakangan pendekatan-pendekatan bersifat multi level untuk mengatasi kompleksitas seperti gencarnya gerakan “STOP TB Partnership”.

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

Program Community TB Care ‘Aisyiyah adalah sebuah program yang bergerak untuk mewujudkan infrastuktur kesehatan non-pemerintah dan dinamika kelompok sosial yang mampu secara mandiri menanggulangi masalah tuberculosis di Indonesia. ‘Aisyiyah sebagai organisasi perempuan muslim otonom khusus dari Muhammadiyah terpilih menjadi penanggungjawab utama penerima dana dari *Global Fund* mewakili kelompok masyarakat madani.

Dalam menjalankan program penanggulangan TB tersebut, prioritas kegiatan yang dilakukan antara lain adalah melatih dan meningkatkan peran kader komunitas TB, meningkatkan kapasitas lembaga dan tenaga kesehatan, pelibatan tokoh agama, penunjukkan pengawas minum obat (PMO) bagi pasien TB positif, peningkatan kualitas komponen civil society dan pendirian kelompok masyarakat peduli TB (KMP TB). Termasuk forum pertemuan yang dijadikan sebagai ajang pertukaran informasi. Semua unsur dan masyarakat dilibatkan secara aktif dan dituntut untuk berpartisipasi. Diharapkan dengan berbagai kegiatan tersebut pesan yang berkaitan mengenai informasi penanggulangan TB dapat diterima oleh berbagai pihak yang terlibat.

Community TB Care ‘Aisyiyah merupakan forum komunikasi, pelatihan, silaturahmi, advokasi dan penerangan sekaligus wadah kegiatan untuk penanggulangan TB secara terpadu. Proses pelaksanaan program *Community TB Care* ‘Aisyiyah merupakan suatu proses komunikasi partisipatif. Melalui tahapan yang dilaksanakan, diharapkan masyarakat sebagai sasaran akhir terlibat secara langsung untuk memberikan saran, pendapat dan masukan kepada pendamping mengenai berbagai permasalahan yang dihadapi masyarakat berkaitan dengan penanggulangan TB, sehingga menjadikan pasien TB sembuh dan penurunan penderita TB sebagai tujuan akhir program dapat terlaksana. Dengan begitu dapat meningkatkan kesehatan masyarakat.

Dengan orientasi pemberdayaan, dalam komunikasi pembangunan terjadi pergeseran dari pendekatan komunikasi linier (modernisasi) mengarah pada pendekatan komunikasi partisipatori (Mefalopulos dan Kamlongera 2004). Di dalam pendekatan komunikasi partisipatori pemahaman bersama terhadap pesan dibangun melalui proses komunikasi dua arah dan dialogis dengan prinsip penghargaan dan kesetaraan (Rahim 2004; Tufte dan Mefalopulos 2009; Nair dan White 2004). Karena itu, tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan pendekatan komunikasi partisipatori yang terjadi dalam penanggulangan TB pada *Community TB Care* ‘Aisyiyah KPT Jakarta Barat.

II. KAJIAN PUSTAKA

2.1. Komunikasi Kesehatan

Menurut Schiavo (2007) Komunikasi Kesehatan adalah pendekatan yang beragam dan multidisiplin untuk mencapai audiens yang berbeda dan berbagi informasi kesehatan terkait dengan tujuan mempengaruhi, menarik dan mendukung individu, masyarakat, profesional kesehatan, kelompok khusus, pembuat kebijakan dan masyarakat untuk juara, memperkenalkan, mengadopsi, atau mendukung perilaku, praktik

atau kebijakan yang pada akhirnya akan meningkatkan hasil kesehatan.

Menurut Liliweri (2011) komunikasi kesehatan adalah studi yang mempelajari bagaimana cara menggunakan strategi komunikasi untuk menyebarkan informasi kesehatan yang dapat mempengaruhi individu dan komunitas agar mereka dapat membuat keputusan yang tepat berkaitan dengan pengelolaan kesehatan.

Sementara menurut Smith dan Hornik seperti dikutip Liliweri (2011) menyatakan komunikasi kesehatan adalah komunikasi yang berkaitan dengan proses pertukaran pengetahuan, meningkatkan konsensus, mengidentifikasi aksi-aksi yang berkaitan dengan kesehatan yang mungkin dilakukan secara efektif. Melalui proses dialog tersebut maka informasi kesehatan yang dipertukarkan di antara dua pihak itu bertujuan membangun pengertian bersama demi penciptaan pengetahuan baru yang dapat diwariskan bersama. Jadi, dasar dari persetujuan adalah aksi dan kerjasama.

Ratzan (1994) yang dikutip Liliweri (2011) menjelaskan komunikasi merupakan proses komunikasi antara para partisipan berdasarkan dialog dua arah yang di dalamnya ada suasana interaktif, ada pertukaran gagasan, ada kesepakatan mengenai suatu gagasan, ada kesepakatan mengenai kesatuan gagasan mengenai kesehatan, juga merupakan teknik dari pengirim dan penerima untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan yang seimbang demi membaharui pemahaman bersama.

2.2. Komunikasi Partisipatori

Menurut Freire seperti dikutip dalam Nair dan White (2004), semua individu memiliki kapasitas untuk melakukan refleksi, kapasitas untuk berfikir abstrak, untuk membuat konseptualisasi, mengambil keputusan, memilih alternatif dan merencanakan perubahan sosial. Aksi dan refleksi bukan merupakan aktifitas yang terpisah akan tetapi sebagai keseluruhan organ dan dialektikal ini saling mempengaruhi aksi dan refleksi yang merupakan sebuah proses conscientization (Conscientization). Berdasarkan

Freire, partisipasi asli (autentik) adalah sebuah pengalaman emansipatori yang menghasilkan kebebasan aktual.

Freire menegaskan bahwa dialog merupakan hal yang esensial pada proses penyadaran. Freire menggarisbawahi potensi yang luas dari dialog dan dengan bersemangat mempertahankan kekuatan bahasa sebagai alat yang mampu menanamkan dominasi maupun kebebasan. Tentu saja dialog dapat membawa seseorang untuk memaknai dunia dan mendorong transformasi sosial dan pembebasan sebagaimana terungkap dalam kata-kata Freire: *“To exist, humanly, is to name the world, to change it.”*

Tufte dan Mefalopulos (2009) mengungkapkan bahwa fokus dari komunikasi partisipasi adalah dialog, suara, media didik, aksi-refleksi. Dialog merupakan suatu prinsip komunikasi partisipasi, dalam dialog dimana peserta akan mengungkapkan usulan dengan prinsip aksi-refleksi-aksi dan komunikasi horizontal. Dalam dialog proses yang terjadi diawali dengan definisi program dimana terjadi kesenjangan informasi. Tipe masalah yang terjadi dapat berupa sosial dan ekonomi masyarakat atau isu kemiskinan dan ketidakadilan. Strategi komunikasi yang dikembangkan adalah merangkum isu yang general sehingga memperoleh gambaran yang terjadi dan dapat merangkum solusi yang ada.

Suara atau pendapat yang sifatnya sentral bagi komunikasi dialogis adalah kesadaran yang terdapat dalam setiap hubungan manusia. Perhatian Freire adalah pergeseran dalam kekuasaan, menyuarakan kelompok marjinal, waktu dan ruang untuk mengartikulasikan keprihatinan mereka, mengidentifikasi masalah, merumuskan solusi, dan bertindak.

Menurut Cangara (2005), ada tiga bentuk dalam komunikasi dialogis, yaitu Percakapan, Dialog dan Wawancara. Baik percakapan, dialog maupun wawancara memiliki karakteristik masing-masing. Percakapan berlangsung dalam suasana yang bersahabat dan informal, dialog berlangsung dalam situasi yang lebih intim, lebih dalam dan

lebih per-sonal, sedangkan wawancara sifatnya lebih se-rius, yakni ada pihak yang dominan pada posisi bertanya dan yang lainnya pada posisi menjawab.

Komunikasi partisipatif adalah suatu proses komunikasi dimana terjadi komunikasi dua arah atau dialogis, sehingga menghasilkan suatu pemahaman yang sama terhadap pesan yang disampaikan. Rahim (2004), mengajukan empat konsep terkait komunikasi partisipatif akan mendorong terbangunnya pember-dayaan (*empowerment*) yaitu heteroglasia, dialogis, poliponi dan karnaval. Pertama, Heteroglasia: Konsep ini menunjukkan fakta bahwa sistem pembangu-nan selalu dilandasi oleh berbagai kelompok dan ko-munitas yang berbeda-beda dengan berbagai variasi ekonomi, sosial, dan faktor budaya yang saling meng-isi satu sama lain. Perbedaan berikutnya adalah pada level aktivitas pembangunan baik ditingkat nasional-lokal, makro-mikro, public-privat, teknis-ideologis, dan informasional-emosional. Terkait dengan ber-bagai perbedaan tersebut terdapat berbagai macam perbedaan bahasa dan pesan atau komunikasi yang melibatkan berbagai peserta yang berbeda. Sebagai contoh dalam level nasional pembangunan ekonomi dan politik akan menggunakan bahasa yang berbeda dalam mengkomunikasikannya kepada orang lain karena mereka melihat pembangunan dari perspektif yang berbeda.

Kedua, dialog adalah komunikasi transaksion-al dengan pengirim (*sender*) dan penerima (*receiver*) pesan saling berinteraksi dalam suatu periode waktu tertentu hingga sampai pada makna-makna yang sal-ing berbagi. Dalam dialog yang diperluas, masing-masing peserta juga melakukan dialog dengan dirinya sendiri sebelum berbicara atau merespon peserta yang lain. Peserta dalam dialog tidak memiliki kedaulatan ego, dia musti membangun suatu kesadaran diri (*so-sial*). Kesadaran dirinya tergantung pada seberapa ak-tif kesadaran sosial yang lain juga dimunculkan.

Dialog internal merupakan aspek penting da-lam proses dialog. Ini mirip seperti meditasi. Subjek meditasi menumbuhkan perhatian pada

dunia sekitar dan subjek lain yang ada dalam dunia. Ini secara diam berbicara dengan mereka, dan dalam proses tersebut menguji secara kritis ideologi mereka sendiri. Meskipun demikian hanya sedikit orang yang dapat melaku-kan meditasi seperti ini. Bagi sebagian orang lain, hal ini harus dipelajari dan itu dapat dipraktikkan apabila situasi komunikasi di desain untuk menstimuli proses tersebut. Salah satu jalan untuk mendorong meditasi tersebut dalam komunikasi pembangunan adalah den-gan menstrukturkan situasi-situasi komunikasi untuk meditasi tertentu dan untuk mengkostruksikan suatu pesan yang dapat menstimuli suatu dialog internal.

Esensi dari dialog adalah mengenal dan menghormati pembicara lain, atau suara lain, se-bagai subyek yang otonom, tidak lagi hanya sebagai obyek komunikasi. Dalam dialog setiap orang memiliki hak yang sama untuk bicara atau untuk didengar, dan mengharap bahwa suaranya tidak akan ditekan atau disatukan dengan suara orang lain.

Ketiga, poliponi adalah bentuk tertinggi dari suatu dialog dimana suara-suara yang tidak menyatu atau terpisah dan meningkat menjadi terbuka, mem-perjelas satu sama lain, dan tidak menutupi satu sama lain. Itu adalah suatu bentuk ideal dari komunikasi partisipatif dimana keberbedaan suara-suara disadari secara kolektif dengan menghubungkan berbagai per-lakuan konstruksi umum komunitas. Kesatuan polipo-ni bukan sesuatu yang diperkenalkan dari luar tetapi terbangun dari suatu proses dialog sehingga otonomi suatu suara selalu diartikulasikan dengan yang lain, mendirikan ikatan saling ketergantungan yang saling menguatkan.

Keempat, karnaval: Konsep ini bagi komu-nikasi pembangunan membawa semua varian dari semua ritual seperti legenda, komik, festival, per-mainan, parodi, dan hiburan secara bersama-sama. Proses ini dilakukan dengan tidak formal dan biasa juga diselingi oleh humor dan canda tawa. Anggota komunitas didorong berpartisipasi dalam karnaval secara bebas. Karnaval tidak memiliki sanksi resmi. Ini merupakan lawan dari sesuatu yang serius dan otoratif dari Negara, agama, politik, dan doktrin-

dok-trin ekonomi. Karnaval dan pembangunan bermain secara berdampingan, masing-masing saling mengartikulasikan dan mengisi. Orang-orang hidup dengan karnaval sebelum dan selama mereka hidup dengan pembangunan. Bahasa dan gaya dari komunikasi karnaval selalu berdasarkan pengalaman khalayak yang tidak dimediasi, menggunakan kosakata yang umum, fantastik, dan berbau pengalaman dari mereka.

Model partisipatori membutuhkan komunikator pembangunan menambahkan dimensi baru pada aturan tradisional, contohnya inisiator, fasilitator, negosiator, dan mediator. Komunikator pembangunan akan mencari keduanya, sumber dan penerima pesan, menambahkan kontak langsung, dan interaksi penerima sebagaimana juga sumber. Proses partisipatori pada dasarnya akan transaksional. (Nair dan White 2004) Komunikasi transaksional bukanlah merupakan proses persuasi satu arah. Itu merupakan dialog dimana pengirim dan penerima pesan berinteraksi dalam periode waktu tertentu, datang dan berbagi pemahaman. Sebagai contoh, ide baru atau praktek lebih disukai diadopsi jika penerima terlibat dalam dialog dan diskusi tentang kebutuhan mereka, alternatif tindakan, dan penerimaan dalam sumber-sumber untuk menyelesaikan tujuan pembangunan.

Pesan pembangunan partisipatori secara langsung melibatkan audiens sasaran dan berbagai proses yang diperlukan untuk membangun dan menyampaikan pesan memanfaatkan baik sumber pengetahuan asli maupun dari luar. Beberapa prosesnya: (1) Mengidentifikasi dan menyeleksi audiens, (2) Melakukan penilaian yang dibutuhkan, (3) Membangun profil penerima, (4) Membuat garis besar pesan dan pilihan media, dan (5) Memilih saluran dan konteks untuk penyampaian pesan, (Nair dan White, 2004)

Dialog antara komunikator pembangunan dan sasaran penerima, membuat keputusan dasar tentang desain pesan akan menyelesaikan sejumlah pertanyaan: (1) Darimana isi pesan berasal? (2) Siapa yang membutuhkan informasi, kepada siapa pesan harus diarahkan? (3)

bagaimana pesan dibangun dan disampaikan? (4) Apa dampak pesan yang mungkin terhadap penerima? (5) Siapa yang terlibat dalam proses pembangunan pesan partisipatori?

Tingkat tertinggi partisipasi akan menemukan perwakilan sasaran penerima akan terlibat dari kebutuhan penilaian melalui produksi media ke efektifitas evaluasi akhir. Tingkat menengah memperpanjang partisipasi akan konsentrasi pada partisipasi yang berarti dan sasaran penerima dalam mendesain dan memproduksi pesan. Level partisipasi rendah tidak akan melibatkan sasaran penerima tetapi mengantisipasi komunikator pembangunan, dalam kenyataannya, mengadakan penilaian kebutuhan dalam kontak dengan penerima. Tantangannya adalah menyederhanakan dan mendesain model konstruksi pesan level mikro yang menggabungkan partisipasi kuat dari sasaran penerima.

Tufte dan Mefalopulos (2009) menyatakan bahwa ada tiga cara dalam melakukan komunikasi partisipasi yakni (1) komunikasi secara monologik dimana komunikasi yang dilakukan dengan penyampaian secara langsung kepada masyarakat dengan menggunakan pendekatan instruksi dan atau pengumuman, metode ini dilakukan dengan pendekatan yang bersifat massa dan persuasif; (2) Komunikasi secara dialogik dimana komunikasi yang dilakukan dengan melibatkan masyarakat sebagai sumber dan penerima dalam menggerakkan program yang digeluti, kegiatan ini melibatkan stakeholder dari pihak-pihak yang terkait dari problematika yang dihadapi sehingga rumusan kegiatan dilakukan dengan tahapan-tahapan yang telah disepakati bersama oleh sejumlah pihak yang terkait di masyarakat; (3) Komunikasi secara gabungan dari monologik dan dialogik atau multi tract, kegiatan ini dilakukan dengan menggabungkan sejumlah komunikasi secara massa dan berkelompok dalam penyampaian pesan. Aktivitas komunikasi mengkombinasikan penekanan kepada media sekunder dan primer yang menitikberatkan pada interpersonal dan dialog sejumlah masyarakat.

III. METODE PENELITIAN

Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus Penanggulangan TB di wilayah miskin pada Program *Community TB Care* 'Aisyiyah KPT Jakarta Barat di Kelurahan Kalianyar, Kecamatan Tambora, Jakarta Barat.

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

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

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

IV. PEMBAHASAN

Program penanggulangan TB *Community TB Care* 'Aisyiyah di Jakarta Barat bertujuan untuk menyembuhkan penderita TB sehingga menurunkan angka pasien penderita TB. Target program komunikasi penanggulangan TB ini adalah perubahan perilaku hidup sehat pasien TB sehingga menurunkan angka kematian dan penyembuhan bagi pasien TB. Sumber komunikasi (komunikator) dapat berbentuk individu dan kelompok. Komunikator atau penyampai pesan dalam kegiatan ini adalah KPT Jakarta Barat, kader komunitas, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Komunikator yang terpilih tersebut dilatih agar memiliki keterampilan berpikir dan berbiacara mengenai pesan-pesan yang berkaitan dengan TB. Sehingga kader, tokoh agama, dan tokoh masyarakat mempunyai pengetahuan yang mendalam terhadap pesan yang disampaikan maupun terhadap penerima pesan (komunikan).

Pesan yang disampaikan dalam program ini antara lain deteksi gejala TB, penanggulangan TB menggunakan sistem DOTS, cara pencegahan penularan TB serta pola hidup sehat pendukung penyembuhan dan menghindari penularan TB. Menurut Ketua KPT Jakarta Barat, forum menyampaikan pesan TB yang dilakukan *Community TB Care* 'Aisyiyah antara lain rapat, pelatihan/workshop, atau seminar. Selain media interpersonal tersebut media yang digunakan adalah brosur, film, chart.

Komunikasi atau khalayak sasaran adalah pasien TB dan keluarga pasien TB serta masyarakat di sekitar pasien TB tinggal. Dengan orientasi pemberdayaan, pendekatan komunikasi yang dilakukan mengarah pada pendekatan komunikasi partisipatori.

Kegiatan komunikasi dengan pendekatan partisipatori pada program penanggulangan TB di KPT Jakarta Barat antara lain forum monitoring dan evaluasi (monev), pelatihan PMO, pertemuan pasien, kunjungan pasien, bakti sosial dan "gentengisasi". Dari beberapa kegiatan komunikasi tersebut terlihat kontak antara kader,

tokoh agama, tokoh masyarakat, PMO dan pasien. Kontak komunikasi berlangsung melalui dua arah yakni berupa dialog maupun berupa *multitrack* atau gabungan monolog dan dialog.

Pertama komunikasi terjadi satu arah namun kemudian dilengkapi dengan dialog atau dua arah. Pada kegiatan komunikasi yang dilakukan dapat terlihat siapa saja yang terlibat dan moda komunikasi yang digunakan. Lokasi kegiatan komunikasi antara lain di sekretariat KPT Jakarta Barat yakni RS Ibnu Sina, di rumah kader, di rumah pasien ataupun di tempat pertemuan di sekitar rumah pasien.

Pada monev bentuk komunikasi partisipatori yang ditemui adalah gabungan monolog yang bersifat menyampaikan informasi terkait dengan penyakit TB dan dialog dalam bentuk konsultasi secara interpersonal, sehingga terjadi persamaan makna antara pe-nyampai dan penerima pesan.

Pada forum monev yang dibu-ka oleh pihak *Sub Sub Recipient* (SSR) pemberian informasi awal dilakukan dengan pendekat-an monolog yakni berupa penyampaian informasi yang bersifat satu arah dilengkapi (*hybrid*) dengan pendekatan dialog secara interpersonal dan tatap muka (*face to face*) dengan penerima pesan.

Setting komunikasi untuk forum monev di-lakukan di RS Ibnu Sina. Menurut Rmd selaku SSR Jakarta Barat, tempat diadakan monev di RS Ibnu Sina bertepatan dengan kantor sekretariat KPT Jakarta Ba-rat. Adapun mengenai setting tersebut terlihat dalam ungkapan yang disampaikan Rmd pada kutipan beri-kut ini :

“Lokasi diadakan monev memang sengaja dipilih di RS Ibnu Sina, jadi semua kader komunitas dari kecamatan se Jakarta Barat datang kesini. KPT Jakarta Barat kan punya sekretariat disini jadi sega-la kegiatan dipusatkan disini. Kecuali yang berkaitan dengan pasien bisa disesuaikan dengan wilayah di-mana pasien itu berada. Untuk penempatan tempat duduk pada monev tidak dipisahkan peserta laki-laki maupun perempuan. Tapi biasanya bapak-bapak malah milih duduk di belakang. Kalau dari kita sih paling membagi

dua bagian tempat duduk agar se-mua peserta bisa melihat ke pembicara yang didepan dengan jelas”.

Suasana monev berjalan formal dengan tu-juan untuk menerima pertanyaan dan masukan dari kader serta memastikan kesiapan kader untuk berpar-tisipasi dalam program penanganan TB.

Kegiatan training PMO diikuti oleh keluarga pasien yang ditunjuk oleh kader menjadi PMO. Pada kegiatan ini peserta diberikan pre test antara lain beri-si pertanyaan berupa tugas PMO dan pengetahuan tentang TB. Setelah pengisian pre test, peserta diberi penyuluhan dari pihak KPT Jakarta Barat antara lain PMO diminta untuk mengetahui mengenai gejala-ge-jala TB yang ada dalam penderita. PMO juga dibeka-li pengetahuan bagaimana seorang pasien harus hidup sehat sebagai pendukung kesembuhan pasien. Tidak lupa PMO juga harus melakukan pengawasan ter-hadap pasien. Kala pasien minum obat yakni PMO harus yakin bahwa OAT benar-benar sudah ditelan oleh pasien. PMO juga diminta untuk menuliskan catatan minum obat pasien dan tidak lupa mengingat-kan jadwal pengambilan obat. Setelah peserta diberi penyuluhan diadakan forum tanya jawab.

Dalam pelatihan PMO ini terjadi moda ko-munikasi partisipatori *multitrack* yakni gabungan monolog dan dialog. Pertama pesan disampaikan oleh pihak KPT Jakarta Barat mengenai pengeta-huan tentang gejala TB, penularan TB, cara mi-num OAT dan pola hidup sehat untuk mendukung penyembuhan TB. Dalam pesan monolog juga disampaikan apa saja yang menjadi tugas dari PMO yang antara lain adalah melihat atau mengawasi pasien minum obat, sampai obat tersebut benar-benar ditelan pasien. Kemudian PMO juga harus bisa men-catat mengenai jadwal pengambilan OAT di UPK.

Kegiatan komunikasi pertemuan pasien bisa dilakukan di rumah kader atau tempat-tempat per-temuan. Pesertanya yakni kader, tokoh agama, tokoh masyarakat, pasien dan PMO. Dalam pertemuan sep-erti yang dilakukan

di Kelurahan Tambora, biasanya dilakukan saat acara keagamaan. Dalam pengajian ibu-ibu RW yang dihadiri tokoh agama tersebut sebelum berbicara hal-hal yang menyangkut keagamaan disinggung dahulu mengenai masalah TB. Disini setiap yang hadir diajak untuk memberikan pendapatnya.

Pertemuan pasien lainnya yang diadakan di PAUD 'Aisyiyah di Kalianyar. Terlihat seluruh peserta mendengarkan dengan serius pesan yang disampaikan oleh para kader. Ini menunjukkan komunikasi yang terjadi adalah monolog. Namun komunikasi dilanjutkan dengan dialog. Dari 20 pasien dan mantan pasien serta 20 PMO yang hadir hanya 2 orang yang berani mengajukan pertanyaan atau menyampaikan pendapatnya. Salah satunya adalah pasien yang bernama Iwn yang mengajukan pertanyaan dengan malu-malu. Iwn bertanya mengenai kondisinya yang masih dalam tahap pengobatan tersebut kadang-kadang terlambat untuk mengganti obat. Dikatakan Iwn dia berani menyampaikan pertanyaan di forum tersebut karena jika ingin bertanya pada perawat atau dokter puskesmas ada rasa takut. Keberanian Iwn menyampaikan pendapatnya tertuang dalam kutipan di bawah ini :

“Mumpung ada kader saya mau tanya, abisnya kalau mau nanya ini ke suster ga berani, dia galak sih. Saya mau nanya kalau mau ganti obat boleh ga. Atau bisa ga yang ga tiap hari. Selama ini sih belum pernah kelewat tapi takut aja...”

Pertanyaan Iwn pun dijawab kader komunitas Znb bahwa obat bisa saja diganti oleh dokter tapi sebenarnya kandungan obatnya sama hanya merek dagangnya saja yang berbeda. Namun untuk saat ini obat TB jenis oral masih harus dikonsumsi setiap hari. Terlihat di dalam pertemuan ini dialogis dengan suasana penuh keakraban.

Peserta lain yang berani menyampaikan pendapat adalah End yakni mantan penderita baru sembuh yang kebetulan juga menjabat menjadi RT di lingkungannya. End menyampaikan pendapat bahwa adanya dukungan keluarga serta kedekatan dengan kader membuat dirinya semakin semangat untuk sembuh.

Menurut End semangat kuat untuk sembuh ada dalam dirinya. End menyarankan pada teman-teman penderita yang hadir dalam diskusi tersebut agar bila ada hal yang tidak dimengerti mengenai pengobatan TB segera menanyakan ke kader mengingat bila bertanya dengan petugas kesehatan di puskesmas tidak bisa setiap saat. Testimoni End diungkapkan dalam kutipan berikut ini.

“Saya mau banget sembuh soalnya waktu itu mpok saya bilang, kalau kamu mati anak-anak nanti gimana. Selain mpok saya, bu Zaenab selalu memantau saya, dia ga bosan nanya keadaan saya. Yang seperti gini buat saya semangat sembuh. Memang waktu awal tahu kena TB sempat kepikiran lama banget berobatnya. Kata dokter minimal 6 bulan, waduh rasanya gimana gitu. Tapi ya tadi karena keluarga kasih semangat, kader saya rajin mantau jadi saya bilang dalam diri, saya ga boleh bosan minum obat. Nah makanya ibu/bapak PMO jangan bosan ya mantau atau nyemangatin pasiennya. Terus kalau kita ada yang ga ngerti misal kalau dah berapa bulan kan biasanya obatnya ganti, nah kalau nanya ke puskesmas kan harus pas jam berobat jadi bisa kelamaan, jadi langsung aja temui kader kita tanya deh langsung. Alhamdulillah kader – kader disini kan baik-baik...”

Dalam pertemuan pasien yang dihadiri oleh penderita, mantan penderita, keluarga penderita, kader serta tokoh masyarakat tersebut menggunakan pendekatan multitrack yakni gabungan monolog dan dialog.

Kunjungan pasien dilakukan oleh kader kepada pasiennya. Dalam kunjungan tersebut kader melihat pola hidup sehat yang dilakukan pasien dan keteraturan minum obat. Biasanya untuk kunjungan pertama kader akan menjelaskan pada penderita atau pun keluarganya mengenai bahayanya TB. Seperti Znb pada pasien baru beliau akan mengatakan bahwa dari satu orang yang positif kena TB bisa menularkan kepada 15 orang. Sebab itu menyembuhkan pasien TB sangat penting untuk memutus rantai penyakit tersebut. Belum lagi bahaya TB pada pasien sendiri yang bisa

mengakibatkan kematian bila dibiarkan tidak diobati.

Kunjungan selanjutnya juga dilakukan Znb untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien-nya. Tidak jarang dalam kunjungan kepada pasiennya Znb membawakan susu untuk pasien.

Dalam kunjungan terlihat bagaimana akrab-nya Znb dengan pasien. Dengan gaya khas dialek Betawi kental Znb menyapa pasien. Sapaan kader komunitas tersebut diungkapkan pada kutipan berikut

“Bhek, gimana sekarang masih batuk-batuk ga? Awas ye jangan ngerokok lagi, sama jangan begadang. Ntar kalau lu sakit lu yang rugi sendiri ga bisa bangun-bangun lagi...”

Penderita Bek pun hanya tersenyum dan menjawab sepele dua patah kata bahwa dia sehat dan sudah tidak batuk-batuk lagi. Bek juga menyatakan kalau berat badannya sudah mulai naik. Hanya saja Bek mengakui masih suka begadang meski hanya sebentar. Penuturan Bek terlihat dalam kutipan berikut.

“Sekarang saya udah merasa enakan. Batuk juga udah ga. Nih saya ikuti omongan bu haji ma-kan makanan yang bergizi. Alhamdulillah berat udah naik. Kalau ngerokok sih kagak tapi begadang mah iya. Jarang sih itu juga bentar...”

Dalam kunjungan pasien ini komunikasi yang terjadi adalah dialog. Dari awal pertemuan antara kader dan pasien sudah dilakukan dialog yakni sama-sama bertukar pesan dan sama-sama mendengarkan suara atau pendapat orang lain. Kunjungan pasien yang peneliti ikuti dialog dimulai dari kader yang kemudian diikuti oleh pasien dan PMO atau keluarga pasien yang ada di lokasi pertemuan.

Kegiatan bakti sosial (baksos) adalah kegiatan yang bertujuan untuk memberikan pakaian layak pakai dan pemberian pangan bergizi untuk penderita TB serta masyarakat sekitar. Selain baksos berupa pemberian pangan bergizi KPT juga menyelenggara-kan baksos berupa pengobatan gratis. Komunikasi yang terjadi saat bakti sosial ada-lah gabungan

monolog dan dialog. Dimulai dengan penyampaian pesan atau informasi dari pihak KPT Jakarta Barat baik panitia atau pengurus KPT, kemudian dilanjutkan dengan dialog dengan masyarakat yang hadir dalam acara bakti sosial tersebut. Seperti dijelaskan pihak Fif, sebelum acara pengobatan gratis, pihak KPT Jakarta Barat atau perwakilan dari PR menyampaikan pesan atau informasi mengenai TB. Tidak jarang dalam kegiatan tersebut pihak KPT Jakarta Barat juga meminta dukungan dari warga yang hadir untuk tanggap terhadap TB atau aktif ikut menanggulangi TB dengan memperhatikan pasien TB yang ada di sekitar lingkungannya. Setelah pihak KPT Jakarta Barat atau pun pemerintah setempat menyampaikan pesannya komunikasi dilanjutkan dengan dialog yakni memberikan kesempatan pada warga yang hadir untuk menyampaikan aspirasi atau pendapat-nya.

Gentengisasi adalah kegiatan mengganti genteng rumah warga yang terkena TB dari genteng biasa menjadi genteng yang terbuat dari kaca sehingga cahaya matahari bisa masuk ke rumah tersebut. Menu-rut ketua KPT, gentengisasi ini masih sulit dilaksana-kan di rumah warga yang terkena TB karena bentuk Tabel 01: Moda Komunikasi Partisipatori di KPT Jakarta Barat bentuk rumah pasien yang sebagian besar berada di kawasan padat penduduk dan banyak sekali rumah yang tidak memiliki genteng atau atap.

Kegiatan dan Lokasi	Komunikator	Pesan	Komunikasi
Monev Di RS Ibnu Sina/Sekretariat KPT Jakbar	SSR	Informasi Terbaru mengenai program TB Care 'Aisyah	TA, Kader (peserta yang hadir di monev)
	Tokoh Agama (TA)	Informasi kesehatan dikaitkan dengan nilai agama	Kader (Peserta yang hadir di monev)
	Kader	Menyampaikan data mengenai pasien dan permasalahan yang dihadapi di lapangan.	SSR, Pengurus KPT
Training PMO Di RS Ibnu Sina/Sekretariat KPT Jakbar	Kader	Penjelasan mengenai tugas dan tanggung jawab seorang pengawas menelan obat	PMO
	PMO	Bertanya bila ada hal yang tidak dimengerti soal tugas PMO	Kader
Diskusi Di Rumah kader / tempat pertemuan RT	TA	Hidup sehat dikaitkan dengan nilai-nilai keagamaan	Peserta Diskusi
	TM	Bahaya TB terhadap lingkungan	Peserta Diskusi
	Kader	Hidup sehat dalam penanganan TB	Peserta Diskusi
	Pasien	Bertanya berkaitan cara penyembuhan TB	Kader
Kunjungan Pasien Di Rumah Pasien	PMO	Bertanya berkaitan dengan penyembuhan TB	Kader
	Kader	Melihat perkembangan kondisi pasien, pola hidup sehatnya dan keteraturan minum obatnya	Pasien, PMO
Bakti Sosial Di RS Ibnu Sina / Sekretariat KPT Jakbar	Pengurus KPT	Pemeriksaan kesehatan gratis bagi pasien dan warga sekitar	Pasien, Warga sekitar
	Kader	Pembagian sembako bagi pasien	Pasien, warga sekitar
Gentengisasi Di Rumah Pasien	Pengurus KPT	Penggantian genteng rumah pasien dari genteng biasa (tanah liat) ke genteng kaca.	Pasien
	Kader		

Tabel 01
Sumber: Penulis

Vin mengungkapkan kesulitan program gentengisasi sebagai berikut:

“Gentengisasi adalah salah satu program KPT Jak-bar, tapi baru kita laksanakan satu kali. Karena ternyata prakteknya sulit. Dalam gentengisasi kan harus merubah bentuk atap rumah warga yang terkena TB, masalahnya banyak pasien ternyata rumah-nya memang tidak beratap atau ga ada gentengnya. Rumah mereka dua lantai. Banyak rumah pasien satu rumah ditempati lebih dari satu KK. Jadi di bawah keluarga siapa yang atas sudah keluarga lain. Jadi mungkin kita akan mencari rumah warga yang me-mang berada tidak di wilayah padat dulu...”

Komunikasi yang terjadi saat kegiatan gen-tengisasi adalah dialog. Yakni adanya pertukaran pe-san dari pihak KPT Jakarta Barat dengan pasien dan keluarga pasien. Dalam kegiatan tersebut pihak KPT Jakarta Barat menanyakan kondisi kesehatan pasien saat itu, kemudian meminta pasien atau keluarganya menyampaikan pendapatnya mengenai pengobatan pasien dan pola hidup sehat pasien. Pada kesempatan tersebut juga pasien diminta untuk menyampaikan harapannya pada KPT Jakarta Barat terkait dengan upaya penanggulangan TB.

Komunikasi partisipatori adalah salah satu bentuk komunikasi pembangunan yang dilakukan da-lam penanggulangan TB pada Community TB Care ‘Aisyiyah. Seperti yang dijelaskan Tufte dan Mefa-lopulos (2009) bahwa ada tiga cara untuk melakukan komunikasi partisipatori dalam sebuah program: (1) Komunikasi secara monologik; (2) Komunikasi se-cara dialogik; (3) Komunikasi secara gabungan dari monologik dan dialogik atau multi tract.

Komunikasi yang terjadi pada *Communtiy TB Care ‘Aisyiyah* merupakan pendekatan komunikasi partisipatori yang mengkombinasikan moda monologis dan dialogis. Moda monologis terjadi da-lam pelatihan dan penyampaian informasi mengenai penyakit dan pengobatan TB kepada pasien, kader dan PMO serta tokoh masyarakat. Sementara forum pertemuan komunikasi dialogis terbentuk untuk me-

mechakan masalah. Forum-forum *monitoring* dan pertemuan pasien menjadi arena tidak hanya pertu-karan informasi tentang pengobatan TB tetapi juga pemecahan masalah dan ajang konsultasi dan ‘curhat’ dalam mendampingi pasien. Kunjungan pasien dan pendampingan oleh PMO tidak hanya untuk me-mantau pengobatan tetapi sebagai bagian penting menghibur dan memberikan semangat kepada pasien yang cemas dan bosan minum obat.

Kegiatan komunikasi yang yang berlangsung di KPT Jakarta Barat tersebut terdiri dari enam kasus kegiatan komunikasi yakni forum monev, *training* PMO, pertemuan pasien, kunjungan pasien, bakti so-sial dan gentengisasi. Komunikasi partisipatori yang menjadi instrumen penting dalam penelitian adalah dialog yang terjadi. Proses komunikasi dialog lebih diidentikkan dengan komunikasi yang transaksional (Rahim 2004). Terlihat dalam pertemuan pasien atau kunjungan pasien terjadi pertukaran pendapat antara kader, pasien dan PMO tentang kondisi kesehatan atau pengobatan TB.

Moda gabungan monologis dan dialogis atau multitrack dapat terlihat pada forum monev, *training* PMO dan pertemuan pasien. Pada forum monev yang dibuka dari pihak Sub Sub Recipient (SSR) informasi awal memang dilakukan dengan pendekatan monologis yakni memberikan instruksi dan pengumuman dari pihak PR Community TB Care ‘Aisyiyah. Namun kemudian dilengkapi (hybrid) dengan dialog yakni terjadinya pertukaran pesan antara para peserta yang hadir dalam forum monev. Bentuk ini juga ditemukan pada kegiatan *training* PMO dan pertemuan pasien. Sementara pada kegiatan kunjungan pasien, bakti so-sial dan gentengisasi bentuk yang didapatkan adalah dialog.

Setting komunikasi pada program komunikasi KPT Jakarta Barat menentukan suasana kedekatan dan keakraban. Pada setting forum monev, *training* PMO dan pertemuan pasien yang lebih terlihat for-mal peserta kurang aktif untuk berdialog sementara pada setting kunjungan pasien keakraban lebih terasa serta

peserta lebih aktif untuk berdialog. Moda Komunikasi partisipatori dapat terlihat pada Tabel 1.

V. PENUTUP

Komunikasi yang terjadi merupakan komunikasi partisipatori yang mengkombinasikan moda monologis dan dialogis. Moda monologis terjadi dalam pelatihan dan penyampaian informasi mengenai penyakit dan pengobatan TB kepada pasien, kader dan PMO serta tokoh masyarakat. Sementara forum pertemuan komunikasi dialogis terbentuk untuk memecahkan masalah. Forum-forum monitoring dan pertemuan pasien menjadi arena tidak hanya pertukaran informasi tentang pengobatan TB tetapi juga pemecahan masalah dan ajang konsultasi dan 'curhat' dalam mendampingi pasien. Kunjungan pasien dan pendampingan oleh PMO tidak hanya untuk memantau pengobatan tetapi sebagai bagian penting menghibur dan memberikan semangat kepada pasien yang cemas dan bosan minum obat.

Moda komunikasi partisipatori dialogis dalam komunikasi kesehatan diperlukan tidak hanya sebagai transfer informasi dari pemilik program tapi juga sebagai pendekatan untuk bertukar pendapat dalam rangka penyembuhan suatu penyakit.

Saran yang dapat diajukan dalam penelitian ini adalah media komunikasi yang tepat pada program penanggulangan TB untuk moda komunikasi monologis adalah media massa mengingat dalam monologis berupa aliran satu arah informasi untuk tujuan penyebaran informasi dan pesan untuk mendorong perubahan. Sedangkan untuk komunikasi dialogis adalah media komunikasi interpersonal berupa tatap muka. Penggunaan media komunikasi interpersonal yang memiliki sifat arus pesannya cenderung dua arah sehingga kesamaan makna dan saling menghargai pendapat sebagai syarat dialogis dapat terwujud, terutama sebagai pembentukan dan perubahan sikap. Selain itu perlunya dilakukan penelitian lanjut untuk dapat mengukur efektivitas komunikasi partisipatori dalam program Community TB Care 'Aisyiyah.

DAFTAR PUSTAKA

- Airhihenbuwa, CO, Obregon, R. 2000. "A Critical Assesment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS". *Journal of Health Communication: International Perspectives Volume 05 (supplement)* 5-15: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080>
- Brewer, NT, Rimer, BK. 2008. *Perspectives on Health Behaviour Theories That Focus On Individuals. Dalam Health Behavior and Health Education Theory, Research, And Practice*, 4th Edition. Ed-itors: Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath.
- Dutta-Bergman. 2009. *Theory and Practice in Health Communication Campaigns A Critical Interrogation. Health Communication. Volume 18(02), 103-122*: <http://www.scirp.org/Journal/PaperInformation>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (Kemen-kes). 2007. *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta (ID): Kemenkes.
- _____. 2011. *Strategi Nasional Penganggulangan Tuberculosis 2011-2014*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Fitriani E. 2012. "Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberculosis Paru". *Unnes Journal of Public Health. Volume 1 (2)* :<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>
- Liliweri A. 2011. *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan*, Cetakan IV. Yogyakarta (ID): Pustaka Pelajar.
- Mefalopulos P, Kamlongera C. 2004. *Participatory Communication Strategy Design*. FAO of the United Nations, Roma
- Miles MB, Huberman AM. 1992. *Analisis Data Kualitatif : Buku Sumber Tentang Metode-Metode Baru*. Jakarta (ID): Penerbit Universitas Indonesia Press
- Nair KS, White SA. 2004. *Participatory Message Development: Conceptual Framework*

- da-lam White, SA dan Nair, KS, Ascroft, Joseph. 2004. *Participatory Communication Working for Change and development*. New Delhi (IN): Sage Publication India Pvt Ltd.
- Rahim SA. 2004. *Participatory Development Com-munication as a Dialogical Process dalam White, SA. 2004. Participatory Communication Work-ing for Change and Development*. New Delhi (IN): Sage Publication India Pvt Ltd.
- Ratnasari, Nunik. 2005. *Faktor-Faktor Risiko Tb Paru di Beberapa Unit Pelayanan Kesehatan Kota Semarang*. Skripsi. Semarang (ID): Universitas Dipenogoro.
- Schiavo R. 2007. *Health Communication from Theory to Practice*. San Fransisco, CA: Jossey Bass
- Tufte T, Mefalopoulos P. 2009. *A practical Guide par-ticipatory Communication*. Washington (US) : The World Bank.
- Waisbord S. 2007. *Beyond the Medical_Informational Model Recasting The Role Of Communication In Tuberculosis Control. Social Science and Medi-cine Jurnal. Volume 65(06), 2130-2134: <http://www.elsevier.com/locate/soscimed>*.
- World Health Organization (WHO). 2012. *Global Tu-berculosis Report. WHO Regional Office South of Asia, New Delhi (ID). WHO*.