



**PENGARUH EDUKASI MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN
TUBERCULOSIS**

SKRIPSI

Oleh :

**Rocha Ananda Indraswari
NIM: 30902400132**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 19 Agustus 2025

Mengetahui,
Wakil Dekan I

Peneliti



(Dr. Ns. Sri Wahyuni, M.Kep,Sp.Kep.Mat)
NUPTK. 9941753654230092

(Rocha Ananda Indraswari)



**PENGARUH EDUKASI MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN
TUBERCULOSIS**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

Rocha Ananda Indraswari

NIM: 30902400132

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

PENGARUH EDUKASI MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN TUBERCULOSIS

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Rocha Ananda Indraswari

NIM : 30902400132

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I

Tanggal: 19 Agustus 2025



Ns. Retno Setyawati, M.kep, Sp.KMB

NIDN. 0613067403

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

PENGARUH EDUKASI MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN TUBERCULOSIS

Disusun oleh:

Nama : Rocha Ananda Indraswari

NIM : 30902400132

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal Agustus 2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr.Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.kep., MAN
NIDN. 0605108901

Penguji II,

Ns. Retno Setyawati, M.kep, Sp.KMB
NIDN. 0613067403



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM., M. Kep.
NIDN. 0622087404

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2025**

ABSTRAK

Rocha Ananda Indraswari

**Pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual Terhadap Perilaku Pencegahan
Penularan Tuberculosis**

70 hal + 4 tabel + 12 jumlah hal depan + 9 lampiran

Latar Belakang: Tuberculosis (TBC) masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat global, termasuk di Indonesia. Penyakit ini disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang penularannya terutama melalui udara. Sejumlah studi menunjukkan bahwa edukasi berbasis audio-visual lebih efektif dibandingkan metode tradisional seperti ceramah atau leaflet. Media ini dinilai lebih menarik, mudah dipahami, dan mampu meningkatkan daya ingat, sehingga berdampak pada perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan quasi-eksperimen dengan pendekatan *pre-test* dan *post-test* pada kelompok intervensi dan kontrol. Sampel penelitian sebanyak 24 responden ditentukan dengan teknik *purposive sampling*. Intervensi diberikan dalam bentuk video edukasi, sedangkan pengukuran data dilakukan menggunakan kuesioner terstandar yang sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitas. Data primer dikumpulkan melalui pengisian kuesioner (*pre-test* dan *post-test*). Analisis data dilakukan dengan *Wilcoxon signed-rank test* untuk menguji perbedaan perilaku sebelum dan sesudah perlakuan dalam masing-masing kelompok, serta *Independent Sample t-Test* untuk melihat perbedaan skor pasca-intervensi antar kelompok. Tingkat signifikansi ditetapkan pada $p < 0,05$.

Hasil: Sebelum diberikan edukasi, rata-rata perilaku pencegahan TBC pada kelompok perlakuan adalah 57.29%, yang termasuk dalam kategori kurang. Setelah diberikan edukasi melalui media audio visual, rata-rata nilai perilaku pencegahan meningkat menjadi 86.45%, menunjukkan peningkatan yang signifikan ke dalam kategori baik. Hasil uji menunjukkan terdapat perbedaan signifikan pada kelompok perlakuan ($p=0.002 < 0.05$), sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan berarti ($p=0.131 > 0.05$). Rata-rata skor perilaku kelompok perlakuan lebih tinggi dibanding kelompok kontrol, yang mengindikasikan efektivitas media audio-visual dalam meningkatkan perilaku pencegahan TBC.

Simpulan: Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa edukasi melalui media audio visual berpengaruh signifikan terhadap perilaku pencegahan penularan Tuberculosis pada pasien TBC di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Peningkatan perilaku yang paling nyata terjadi pada kelompok yang diberikan perlakuan dengan video edukasi.

Kata kunci : Tuberculosis; Media Audio Visual; Edukasi; Perilaku; Pencegahan.

Daftar Pustaka: 25

**NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY OF SEMARANG
Thesis, August 2025**

ABSTRACT

Rocha Ananda Indraswari

The Effect of Education Through Audio-Visual Media on Tuberculosis Prevention Behavior

70 pages + 4 tables + 12 total front pages + 9 appendices

Background: Tuberculosis (TB) remains a global public health challenge, including in Indonesia. This disease is caused by *Mycobacterium tuberculosis* and is transmitted primarily through the air. Several studies have shown that audio-visual-based education is more effective than traditional methods such as lectures or leaflets. This media is considered more engaging, easier to understand, and able to improve memory, thus impacting changes in knowledge, attitudes, and behavior.

Methods: This study used a quasi-experimental design with a pre-test and post-test approach in the intervention and control groups. The study sample of 24 respondents was determined using a purposive sampling technique. The intervention was provided in the form of an educational video, while data were measured using a standardized questionnaire that had previously been tested for validity and reliability. Primary data were collected through questionnaires (pre-test and post-test). Data analysis was performed using the Wilcoxon signed-rank test to examine differences in behavior before and after treatment in each group, and the Independent Sample t-test to examine differences in post-intervention scores between groups. The significance level was set at $p < 0.05$.

Results: Before education, the average TB prevention behavior in the treatment group was 57.29%, which is categorized as poor. After education through audiovisual media, the average prevention behavior score increased to 86.45%, indicating a significant increase into the good category. The test results showed a significant difference in the treatment group ($p = 0.002 < 0.05$), while the control group showed no significant change ($p = 0.131 > 0.05$). The average behavioral score of the treatment group was higher than that of the control group, indicating the effectiveness of audio-visual media in improving TB prevention behavior.

Conclusion: Based on the study results, it can be concluded that education through audio-visual media has a significant effect on TB prevention behavior among TB patients at Dr. H. Soewondo Kendal Regional General Hospital. The most significant improvement in behavior occurred in the group treated with educational videos.

Keywords: Tuberculosis; Audio-Visual Media; Education; Behavior; Prevention.

Bibliography: 25

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr. Wb.

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat, nikmat dan ridhoNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “Pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis” dengan baik sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana S1 Keperawatan serta untuk menambah wawasan dan keterampilan dibidang keperawatan. Penulis menyadari dalam penyusunan proposal skripsi ini dapat berjalan dengan lancar berkat dukungan, bimbingan, dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Tri Bawono, SH., MH selaku Ketua Yayasan Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno S, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Retno Setyawati, M.kep, Sp.KMB selaku dosen pembimbing dan penguji yang telah meluangkan waktu ditengah kesibukan beliau, memberikan pengarahan, bimbingan, motivasi serta sabar membimbing penulis dalam proses menyusun skripsi ini dengan baik.
5. Dr. Ns. Ahmad Ikhlusul Amal, S.kep., MAN selaku penguji yang telah meluangkan waktu, memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis.
6. Seluruh staff dan dosen pengajar yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis selama menjalani pendidikan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Kedua orang tua saya yang sangat saya cintai serta suami saya dan kedua anak saya yang selalu memberikan dukungan dan dorongan serta doa-doa selama

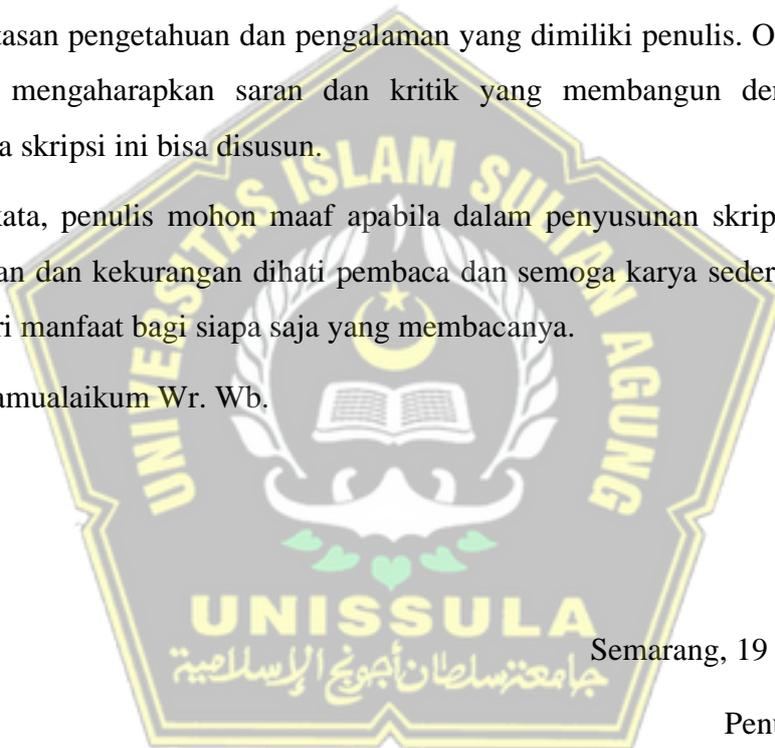
ini kepada penulis dalam menyelesaikan kuliah dalam jenjang S1 ini dan dalam penyusunan skripsi.

8. Teman seperjuangan seangkatan saya yang selalu bersama sejak awal kuliah dan telah berjuang bersama-sama untuk merampungkan pendidikan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan doa kepada penulis.

Penulis menyadari penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan, sehingga skripsi ini bisa disusun.

Akhir kata, penulis mohon maaf apabila dalam penyusunan skripsi ini terdapat kesalahan dan kekurangan dihati pembaca dan semoga karya sederhana ini dapat memberi manfaat bagi siapa saja yang membacanya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.



Semarang, 19 Agustus 2025

Penulis

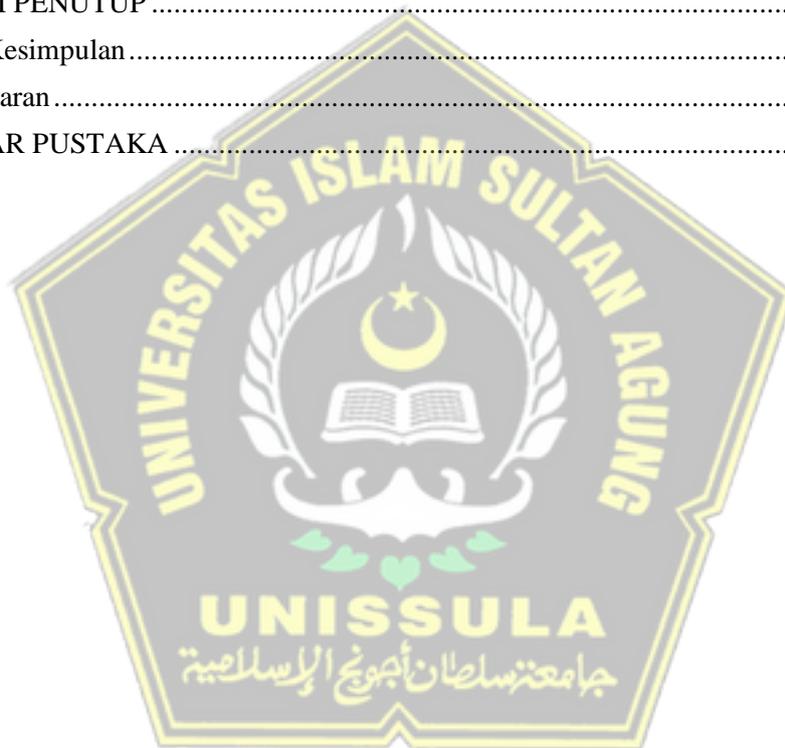
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Rocha Ananda Indraswari', written in a cursive style.

Rocha Ananda Indraswari

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME.....	ii
SAMPUL DEPAN	ivi
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ivii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	ivi
KATA PENGANTAR	ivii
DAFTAR ISI.....	vx
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiiiv
BAB I PENDAHULUAN.....	xiii
A. Latar Belakang Masalah	14
B. Rumusan Masalah.....	18
C. Tujuan Penelitian	18
1. Tujuan Umum.....	18
2. Tujuan Khusus.....	18
D. Manfaat Penelitian	19
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	21
A. Tinjauan Teori	21
1. Tuberkulosis	21
2. Perilaku.....	26
3. Edukasi	34
4. Media Audio Visual.....	37
B. Kerangka Teori	39
C. Hipotesis.....	39
BAB III METODE PENELITIAN.....	53
A. Kerangka Konsep.....	53
B. Variable Penelitian.....	53
C. Desain Penelitian	54
D. Populasi dan Sampel Penelitian	55
E. Tempat dan Waktu Penelitian	58

F. Definisi Operasional dan Definisi Istilah	59
G. Instrumen/ Alat Pengumpulan Data	59
H. Metode Pengumpulan Data	60
I. Analisa Data	63
J. Etika Penelitian	60
BAB IV HASIL PENELITIAN	61
A. Hasil Analisa Univariat	61
B. Hasil Analisa Bivariat	64
BAB V PEMBAHASAN	66
BAB VI PENUTUP	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	70



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	46
Tabel 4.1	Distribusi karakteristik Responden.....	57
Tabel 4.3	Hasil Uji Wilcoxon.....	58
Tabel 4.4	Uji Independen Sample Test	59



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	39
Skema 3.1 kerangka Konsep	40
Skema 3.3 Desain Penelitian Quasi Eksperimental	41



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran. 1. Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran. 2. Berita Acara Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran. 3. Surat Rekomendasi Penelitian
- Lampiran. 4. Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran. 5. SOP Edukasi Pasien
- Lampiran. 6. Lembar Informed Consent
- Lampiran. 7. Catatan Hasil Konsultasi/Bimbingan
- Lampiran. 8. Lembar Kuesioner
- Lampiran. 9. Uji Valititas Penelitian Terdahulu
- Lampiran. 10. Hasil Analisis
- Lampiran. 11. Rekap Data Responden
- Lampiran. 12. Jadwal Penelitian
- Lampiran. 13. Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis (TBC) saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat baik di Indonesia maupun Internasional sehingga menjadi salah satu tujuan Pembangunan Kesehatan Berkelanjutan (SDGs). Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dan bersifat menular. Hampir seperempat penduduk dunia terinfeksi dengan *mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis menjadi salah satu penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia dan penyebab utama kematian dari agen infeksius dibandingkan dengan HIV/AIDS (WHO, 2022)

Berdasarkan Global TB Report tahun 2022, didapatkan data 7,5 juta orang baru terdiagnosa menderita TBC. Jumlah tersebut menunjukkan peningkatan dari jumlah tahun 2019 sebanyak 7,1 juta orang, tahun 2020 sebanyak 5,8 juta orang, dan tahun 2021 sebanyak 6,4 juta orang. Diperkirakan secara global pada tahun 2021, beban TBC di dunia mencapai 10,6 juta orang yang menderita TBC. Dan estimasi insiden TBC di Indonesia mencapai angka sebesar 454 per 100.000 penduduk, hal tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan angka insiden TBC tahun 2020 sebesar 301 per 100.000 penduduk.

Data TBC berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022 disebutkan jumlah kasus TBC yang ditemukan di Indonesia sebanyak

677.464 kasus meningkat cukup tinggi dibandingkan kasus TBC yang ditemukan tahun 2021 sebesar 397.377 kasus. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan dari provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah. Kasus TBC di ketiga provinsi tersebut menyumbang angka sekitar 47% dari seluruh kasus TBC di Indonesia. Disebutkan dalam Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2022, jumlah penderita TBC di Jawa Tengah sebesar 77.426 atau 179 per 100.000 penduduk yang meningkat dibandingkan tahun 2021 sebesar 110 per 100.000 penduduk. Sedangkan untuk Kabupaten Kendal sendiri menunjukkan angka kesakitan sebesar 185 per 100.000 penduduk atau 1.931 orang penderita TBC pada tahun 2022. Angka tersebut mengalami peningkatan setiap tahunnya dan hal tersebut menunjukkan tingginya angka kesakitan TBC di Kabupaten Kendal.

TBC ditularkan terutama melalui udara, dan kunci penting dalam pengendalian penyakit ini adalah penegakkan diagnosis dengan cepat. Pengobatan segera pada penyakit TBC aktif dan identifikasi kemungkinan adanya infeksi laten yang mengalami TBC dengan prevalensi kejadian 10,4 juta kasus secara global, dimana kawasan asia tenggara menempati urutan pertama dengan persentase kasus terbanyak (Kemenkes, 2019)

Pengetahuan yang baik mengenai TBC menjadi faktor pendukung penting untuk menghasilkan sikap yang baik dan perilaku yang positif sehingga mendukung upaya pencegahan dan pengendalian TBC di Indonesia (Notoatmodjo, 2010). Salah satu upaya dalam bentuk Edukasi yang

memungkinkan untuk merubah perilaku adalah dengan penyuluhan dengan cara menyebarkan pengetahuan dan menanamkan keyakinan, sehingga pada akhirnya dapat menghasilkan pengetahuan baru yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku dalam mencegah penularan penyakit (Utari, Arneliwati, & Riri , 2014)

Pengobatan TBC memerlukan waktu yang cukup lama sekitar 6-8 bulan dan pasien TBC yang tidak patuh minum obat secara teratur akan meningkatkan kekebalan bakteri TBC dua kali lipat terhadap OAT yang pada akhirnya akan menyebabkan pasien lebih banyak menghabiskan uang untuk pengobatan dengan jangka waktu yang lebih lama yang secara tidak langsung akan berdampak pada ekonomi penderita TBC (Warjiman, Berniati, & Ermeisi , 2022).

Berdasarkan penelitian menyebutkan bahwa data hasil evaluasi peningkatan pengetahuan masyarakat terkait penyakit tuberkulosis dengan menggunakan video edukasi memberikan dampak positif, dimana dengan pemberian edukasi melalui media audiovisual yang lebih menarik, tidak membosankan, mudah dipahami akan memberikan rangsangan yang cukup baik ke otak yang akan mempermudah dalam pemberian informasi kepada masyarakat sehingga pengetahuan masyarakat semakin baik (Rina , Noviasari , Albertus, & Putri, 2023). Sedangkan dari penelitian lain menunjukkan perbedaan signifikan pada kedua kelompok bahwa penyuluhan kesehatan dengan media audio visual melalui metode ceramah dari pada pemberian leaflet saja yaitu didapatkan rata-rata skor pengetahuan responden pada

kelompok perlakuan (16,43) dan rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok kontrol (15,63) ($p=0,048$). Demikian juga ditemukan perbedaan signifikan pada sikap setelah diberikan perlakuan didapatkan Rata-rata skor sikap responden pada kelompok perlakuan (74,57) dan rata-rata skor sikap responden pada kelompok kontrol (71,20) ($p=0,039$). Berdasarkan rata-rata skor perilaku responden pada kelompok perlakuan (73,97) dan rata-rata skor perilaku responden pada kelompok kontrol (68,23) sesudah perlakuan juga menunjukkan perbedaan signifikan ($p=0,001$) (Yanti, 2021).

Kasus TBC di RSUD dr. H. Soewondo Kendal tahun 2023 sejumlah 380 orang, laki-laki 227, perempuan 153 untuk pasien rawat inap. Sedangkan untuk rawat jalan didapatkan 2.948 kasus, 1.457 laki-laki 1.491 perempuan.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, tingginya angka kesakitan orang yang menderita TBC dan belum optimalnya penatalaksanaan yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah pencegahan penularan TBC. Penulis tertarik untuk menelaah hasil-hasil penelitian terdahulu guna mengatasi pencegahan penularan TBC. Sehingga penulis tertarik melakukan penelitian yang berjudul Pengaruh Edukasi melalui media Audio Visual terhadap perilaku Pencegahan Penularan Tuberkulosis.

B. Rumusan Masalah

Pengetahuan yang baik mengenai TBC menjadi faktor pendukung penting untuk menghasilkan sikap yang baik dan perilaku yang positif sehingga mendukung upaya pencegahan dan pengendalian TBC di Indonesia. Salah satu upaya dalam bentuk Edukasi yang memungkinkan untuk merubah perilaku adalah dengan penyuluhan dengan cara menyebarluaskan pengetahuan dan menanamkan keyakinan, sehingga pada akhirnya dapat menghasilkan pengetahuan baru yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku dalam mencegah penularan penyakit. Berdasarkan latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah Apakah ada Pengaruh Edukasi melalui media Audio Visual terhadap perilaku Pencegahan Penularan Tuberkulosis?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh Edukasi melalui media Audio Visual terhadap perilaku Pencegahan Penularan Tuberkulosis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien Tuberkulosis (umum dan pendidikan).
- b. Mengidentifikasi perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi
- c. Mengidentifikasi perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis

- sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok kontrol
- d. Menganalisis perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi
 - e. Menganalisis perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok kontrol
 - f. Menganalisis perbedaan perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis setelah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
 - g. Menganalisis pengaruh Edukasi melalui media Audio Visual terhadap perilaku Pencegahan Penularan Tuberkulosis.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

1. Profesi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan peneliti. Selain itu, diharapkan dapat menjadi bahan, referensi atau acuan untuk dilakukan penelitian yang lain mengenai cara pencegahan penularan Tuberkulosis.

2. Insitusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan atau gambaran mengenai cara edukasi melalui media audio visual sehingga lebih menarik dan mudah dipahami serta menambah wawasan bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

3. Masyarakat

Tulisan ini diharapkan bermanfaat bagi masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan kewaspadaan dalam pencegahan penularan Tuberkulosis.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tuberkulosis

a. Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok Mycobacterium yaitu Mycobacterium tuberculosis. Sumber penularan adalah TB BTA positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik relik dahak yang infeksius tersebut. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei / percik relik). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak (Kemenkes, 2019)

Tuberculosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman tuberculosis paru (mycobacterium tuberculosis). tuberculosis paru adalah penyakit yang dapat menular melalui udara (airbone disease), yang akan dihirup ke dalam paru, kemudian kuman dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem limfe, melalui

saluran pernapasan (bronkus) atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (Suriya, 2018).

Tuberkulosis paru merupakan infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang jaringan parenkim paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk bakteri aerob yang sering menginfeksi jaringan yang memiliki kandungan oksigen tinggi. *Mycobacterium tuberculosis* merupakan batang tahan asam gram positif, serta dapat diidentifikasi dengan pewarnaan asam yang secara mikroskopis disebut basil tahan asam (BTA) (Juniarti, 2019).

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* atau TBC. Sebagian besar kuman TBC menyerang paru tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman TBC ini berbentuk batang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut juga sebagai basil tahan asam BTA. Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dorman tertidur lama selama beberapa tahun (Kemenkes, 2019)

b. Etiologi Tuberkulosis

Penyebab TBC adalah kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman yang berbentuk batang tahan asam dengan ukuran

panjang 1-4/ μ m dan tebal 0.3-0.6/ μ m yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar matahari. Kuman ini dapat ditularkan ketika seorang penderita TBC aktif batuk, bersin, atau berbicara, sehingga keluarlah droplet dan jatuh ke tanah, lantai, udara, atau tempat lainnya (Soemantri, 2008).

Menguapnya droplet bakteri ke udara yang dibantu dengan pergerakan angin akan membuat bakteri tuberculosis yang terkandung dalam droplet terbang ke udara. Apabila bakteri ini terhirup oleh orang yang sehat maka orang itu dapat berpotensi terkena tuberculosis (Arif, 2012)

Menurut Black & Hawks (2014) TB merupakan infeksi melalui udara dan umumnya didapatkan dengan inhalasi partikel kecil (diameter 1 hingga 5 μ m) yang mencapai alveolus. Droplet tersebut keluar saat bicara, batuk, bersin, tertawa, droplet nuklei terinfeksi kemudian dapat terhirup oleh orang yang rentan. Sebelum terjadi infeksi paru, organisme yang terhirup harus melewati mekanisme pertahanan paru dan menembus jaringan paru (Black & Hawks, 2014)

Kuman Mycobacteria Tuberculosis berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam, oleh karena itu di sebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Basil tuberculosis dapat hidup dan tetap virulen beberapa minggu dalam keadaan kering, tetapi dalam cairan akan mati pada suhu

60°C selama 15-20 menit, dan dengan sinar matahari langsung karena tidak tahan terhadap sinar ultraviolet, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini pada kondisi yang tidak memungkinkan untuk berkembang dan beraktifitas, kuman akan bersifat dormant atau tertidur sampai beberapa tahun. Jika keadaan telah memungkinkan dan menguntungkan, kuman TBC yang dormant akan mulai beraktifitas (Kemenkes, 2019).

Faktor predisposisi

1) Faktor umur

Beberapa faktor resiko penularan penyakit tuberculosis yaitu, umur, jenis kelamin, ras, asal negara bagian, serta infeksi AIDS. Dari hasil penelitian yang dilaksanakan di New York pada panti penampungan orang-orang yang gelandangan menunjukkan bahwa kemungkinan mendapat infeksi tuberculosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di indonesia diperkirakan 75% penderita TBC adalah kelompok usia produktif yaitu 15-50 tahun.

2) Faktor jenis kelamin

Jumlah penderita TBC laki-laki hampir dua kali lipat dibanding jumlah penderita TBC wanita, 50,34% dan

30,9% pada wanita. TBC lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TBC.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TBC, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaannya.

4) Pekerjaan

Jenis menentukan faktor resiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TBC. Jenis pekerjaan seseorang juga mempengaruhi terhadap pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari diantara konsumsi

makanan, pemeliharaan kesehatan selain itu juga akan mempengaruhi terhadap kepemilikan rumah (konstruksi rumah). Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TBC. Dalam hal jenis konstruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang maka konstruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TBC.

5) Kebiasaan merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan resiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik dan kanker kandung kemih. Prevalensi merokok pada hampir semua negara berkembang lebih 50% terjadi pada laki-laki dewasa, sedangkan wanita perokok kurang 5%. Dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TBC.

6) Kepadatan hunian

kamar tidur Luas lantai bangunan rumah sangat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas lantai

bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh rumah biasanya dinyatakan dalam $m^2/orang$. Luas minimum perorang sangat relatif tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Untuk rumah sederhana luasnya minimum $10m^2/orang$. Untuk kamar tidur diperlukan luasnya minimum $3 m^2/orang$. Untuk mencegah penularan penyakit pernafasan, jarak antara tepi tempat tidur yang satu dengan yang lainnya minimum 90 cm. Kamar tidur sebaiknya tidak dihuni lebih dari dua orang, kecuali untuk suami istri dan anak di bawah 2 tahun. Untuk menjamin volume udara yang cukup di syartkan juga langit-langit minimum tingginya 2,75 m.

7) Pencahayaan

Untuk memperoleh cahaya cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% luas lantai. Jika peletakan jendela kurang baik atau kurang leluasa maka dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TB karena rumah itu rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup.

Intensitas pencahayaan minimum yang diperlukan 10 kali lilin atau kurang lebih 60 lux, kecuali untuk kamar tidur diperlukan cahaya yang lebih redup. Semuanya jenis cahaya dapat mematikan kuman hanya berbeda dari segi lamanya proses mematikan kuman untuk setiap jenisnya. Cahaya yang sama apabila dipancarkan melalui kaca tidak bewarna dapat membunuh kuman dalam waktu yang lebih cepat dari pada yang melalui kaca bewarna penularan kuman TBC relatif tidak tahan pada sinar matahari. Bila sinar matahari dapat masuk dalam rumah serta sirkulasi udara diatur maka resiko penularan antar penghuni akan sangat berkurang.

8) Ventilasi

Ventilasi mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah untuk menjaga agar aliran udara didalam rumah tersebut tetap segar. hal ini berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventialasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah, disamping itu kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembapan ini akan merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri patogen

bakteri penyebab penyakit, misalnya kuman TB. Fungsi kedua dari ventilasi itu adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen, karena disitu selalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Bakteri yang terbawa oleh udara selalu mengalir. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan kamar tidur selalu tetap didalam kelembababan (humidity) yang optimum. Untuk sirkulasi yang baik diperlukan paling sedikit luas lubang ventilasi sebesar 10% dari luas lantai. Untuk ventilasi permanen minimal 5% dari luas lantai dan luas ventilasi insidental (dapat dibuka tutup) 5% dari luas lantai. Udara segar juga diperlukan untuk menjaga temperatur dan kelembaban udara dalam ruangan. Umumnya temperatur kamar 22°-30°C dari kelembaban udara optimum kurang lebih 60%.

9) Kondisi rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TBC, atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembang biaknya kuman *Mycobacterium tuberculosis*.

10) Kelembaban udara

Kelembaban udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, dimana kelembaban yang optimum berkisar 60% dengan temperatur kamar 22°-30°C. Kuman TBC akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab.

11) Status gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai resiko 3,7 kali untuk menderita TBC berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan dan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit.

12) Keadaan sosial ekonomi

Keadaan sosial ekonomi berkaitan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk maka akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TBC.

13) Perilaku

Perilaku dapat terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan penderita TBC yang kurang tentang cara penularan, bahaya dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular obagi orang disekelilingnya (Achmad, 2010).

c. **Klasifikasi Tuberkulosis**

Klasifikasi TBC dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologik, radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya, klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determine untuk menetapkan strategi terapi. Sesuai dengan program genduras P2TB klasifikasi TBC dibagi sebagai berikut:

1) TBC BTA positif dengan kriteria:

a) Dengan atau tanpa gejala klinik

b) BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong biakan positif satu kali atau disokong radiologik positif 1 kali

c) Gambaran radiologik sesuai dengan TBC

2) TBC BTA negatif dengan kriteria

a) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan TBC aktif

b) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif

- 3) Bekas TBC dengan kriteria:
 - a) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif
 - b) klinik tidak ada/ ada gejala sisa akibat kelainan paru
 - c) Radiologik menunjukkan gambaran lesi TB inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah.
 - d) Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung) (Suratun, Ekarini, & Manurung, 2013)

d. Manifestasi Klinis Tuberkulosis

Gambaran klinik TBC dapat di bagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik (Wijaya & Putri, 2013):

- 1) Gejala respiratorik, meliputi ;
 - a) Batuk : Gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan.
 - b) Batuk darah : darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak.
 - c) Nyeri dada : Nyeri dada pada TBC termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila system persarafan di pleura rusak.

d) Sesak nafas : gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia, dan lain-lain.

2) Gejala sistemik, meliputi :

a) Demam : Merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

b) Gejala sistemik lain : keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise. Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbulnya menyerupai gejala pneumonia/ tuberkulosis paru termasuk insidius (Wijaya & Putri,

2013)

e. Patofisiologi TBC

Individu rentan menghirup basil TB dan menjadi terinfeksi, bakteri dipindahkan melalui jalan nafas ke alveoli, tempat dimana mereka berkumpul dan memperbanyak diri, kemudian basil dipindahkan melalui sistem limfe, dan aliran darah kebagian

tubuh lainnya (ginjal, tulang, korteks serebri) dan area paru lainnya.

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi, fagosit spesifik tuberkulosis melisi (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan exsudat dalam elveoli, menyebabkan bronkopneumonia infeksi TB biasanya terjadi 2-10 minggu setelah pemajatan. Setelah pemajatan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon in adekuat dari respon sistem imun. Penyakit aktif dapat juga terjadi dengan infeksi tulang dan aktifitas infeksi bakteri. Dalam kasus ini tubercel memecah dan melepaskan bakteri seperti keju kedalam bronki kemudian bakteri tersebar ke udara, sehingga bisa menyebabkan penyakit lebih jauh (Suratun, Ekarini, & Manurung, 2013).

Tempat masuk kuman Mycobacterium Tuberculosis adalah saluran pernafasan, infeksi tuberculosis terjadi melalui airbor nyaitu melalui instalasi dropet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi, basil tuberkel yang mempunyai permukaan alveolis biasanya ada instalasi sebagai suatu basil yang cenderung tertahan disaluran hidung atau cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruangan alveolus biasanya

dibagian lobus bawah berisi tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan, leukosit polimortonuklear pada tempat tersebut dan memfagosit namun tidak membunuh organism tersebut (Price & Wilson, 2016)

f. Pemeriksaan penunjang Tuberkulosis

Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita TBC adalah :

- 1) Pemeriksaan Diagnostik
- 2) Pemeriksaan sputum Pemeriksaan sputum sangat penting karena dengan di ketemukannya kuman BTA diagnosis tuberculosis sudah dapat di pastikan. Pemeriksaan dahak dilakukan 3 kali yaitu: dahak sewaktu datang, dahak pagi dan dahak sewaktu kunjungan kedua. Bila didapatkan hasil dua kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA positif. Bila satu positif, dua kali negatif maka pemeriksaan perlu diulang kembali. Pada pemeriksaan ulang akan didapatkan satu kali positif maka dikatakan mikroskopik BTA negatif.
- 3) Ziehl-Neelsen (Pewarnaan terhadap sputum). Positif jika diketemukan bakteri tahan asam.
- 4) Skin test (PPD, Mantoux) Hasil tes mantoux dibagi menjadi :
 - a) indurasi 0-5 mm (diameternya) maka mantoux negative atau hasil negative

- b) indurasi 6-9 mm (diameternya) maka hasil meragukan
- c) indurasi 10-15 mm yang artinya hasil mantoux positif
- d) indurasi lebih dari 16 mm hasil mantoux positif kuat
- e) reaksi timbul 48-72 jam setelah injeksi antigen intrakutan berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrasi limfosit yakni persenyawaan antara antibody dan antigen tuberculin.

5) Rontgen dada

Menunjukkan adanya infiltrasi lesi pada paru-paru bagian atas, timbunan kalsium dari lesi primer atau penumpukan cairan. Perubahan yang menunjukkan perkembangan Tuberkulosis meliputi adanya kavitas dan area fibrosa.

6) Pemeriksaan fungsi paru

Turunnya kapasitas vital, meningkatnya ruang fungsi, meningkatnya rasio residu udara pada kapasitas total paru, dan menurunnya saturasi oksigen sebagai akibat infiltrasi parenkim / fibrosa, hilangnya jaringan paru, dan kelainan pleura (akibat dari tuberkulosis kronis)

7) Biopsi jaringan paru

Menampakkan adanya sel-sel yang besar yang mengindikasikan terjadinya nekrosis.

- 8) Pemeriksaan histology / kultur jaringan Positif bila terdapat Mikobakterium Tuberkulosis.
- 9) Pemeriksaan elektrolit
Mungkin abnormal tergantung lokasi dan beratnya infeksi.
- 10) Analisa gas darah (AGD)
Mungkin abnormal tergantung lokasi, berat, dan adanya sisa kerusakan jaringan paru.

g. Penatalaksanaan penderita Tuberkulosis

- 1) Pengobatan TBC

Pengobatan tetap dibagi dalam dua tahap yakni:

- a) Tahap intensif (initial), dengan memberikan 4-5 macam obat anti TB per hari dengan tujuan mendapatkan konversi sputum dengan cepat (efek bakteri sidal), menghilangkan keluhan dan mencegah efek penyakit lebih lanjut, mencegah timbulnya resistensi obat 2)

- b) Tahap lanjutan (continuation phase), dengan hanya memberikan 2 macam obat per hari atau secara intermitten dengan tujuan menghilangkan bakteri yang tersisa (efek sterilisasi), mencegah kekambuhan pemberian dosis diatur berdasarkan berat badan yakni kurang dari 33 kg, 33-50 kg dan lebih dari 50 kg.

Kemajuan pengobatan dapat terlihat dari perbaikan klinis (hilangnya keluhan, nafsu makan meningkat, berat badan naik dan lain-lain), berkurangnya kelainan radiologis paru dan konversi sputum menjadi negatif. Kontrol terhadap sputum BTA langsung dilakukan pada akhir bulan ke-2, 4, dan 6. Pada yang memakai paduan obat 8 bulan sputum BTA diperiksa pada akhir bulan ke-2, 5, dan 8. BTA dilakukan pada permulaan, akhir bulan ke-2 dan akhir pengobatan. Kontrol terhadap pemeriksaan radiologis dada, kurang begitu berperan dalam evaluasi pengobatan. Bila fasilitas memungkinkan foto dapat dibuat pada akhir pengobatan sebagai dokumentasi untuk perbandingan bila nanti timbul kasus kambuh.

2) Perawatan bagi penderita tuberkulosis

Perawatan yang harus dilakukan pada penderita tuberkulosis adalah :

- a) Awasi penderita minum obat, yang paling berperan disini adalah orang terdekat yaitu keluarga.
- b) Mengetahui adanya gejala efek samping obat dan merujuk bila diperlukan
- c) Mencukupi kebutuhan gizi seimbang penderita
- d) Istirahat teratur minimal 8 jam per hari

- e) Mengingatn penderit untuk periksa ulang dahak pada bulan kedua, kelima dan enam
 - f) Menciptakan lingkungan rumah dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik
- 3) Pencegahan penularan TBC

Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah :

- a) Menutup mulut bila batuk
- b) Membuang dahak tidak di sembarang tempat. Buang dahak pada wadah tertutup yang diberi lisol
- c) Makan makanan bergizi
- d) Memisahkan alat makan dan minum bekas penderita
- e) Memperhatikan lingkungan rumah, cahaya dan ventilasi yang baik
- f) Untuk bayi diberikan imunisasi BCG (Kemenkes, 2019)

2. Perilaku

a. Konsep Perilaku

Seluruh aktivitas manusia, yang bisa diamati baik secara langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar disebut dengan perilaku, baik itu berupa nilai kemampuan berpikir seseorang, kepandaian, bagaimana bersikap, minat karena setiap manusia memiliki kepribadian dengan perilaku yang berbeda antara yang satu dengan yang lainnya.

Faktor lingkungan, keturunan dan ketersediaan fasilitas kesehatan juga dapat mempengaruhi perilaku artinya perilaku tidak dapat dikatakan sebagai satu-satunya penyebab permasalahan utama. Berdasarkan teori yang disampaikan oleh L.Green, terdapat tiga faktor yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku baik itu pada individu maupun kelompok antara lain:

1) Faktor pendorong (*Predisposing Factor*)

Faktor ini meliputi sikap, nilai dan norma social, pengetahuan, kepercayaan dan beberapa hal lain yang ada dalam diri individu maupun suatu kelompok masyarakat yang erat kaitannya dengan upaya kesehatan. Upaya yang dimaksud bertujuan agar memudahkan proses pemberian informasi atau nasihat-nasihat kesehatan dengan cara penyuluhan yang bertujuan untuk perubahan perilaku baik individu maupun masyarakat.

2) Faktor pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor ini meliputi kesiapan sarana dan prasarana, contohnya ketersediaan sarana air bersih, sarana tempat buangan sampah dan lainnya, selain itu kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan pada hakikatnya turut mendukung atau membantu terwujudnya perilaku kesehatan. Pemberdayaan masyarakat melalui pengorganisasian atau

pengembangan masyarakat juga merupakan hal yang sangat penting dalam pembentukan masyarakat yang mencerminkan perilaku sehat.

3) Faktor penguat (*Reinforcing Factor*)

Merupakan faktor penguat untuk melakukan perubahan perilaku seseorang hal ini tidak terlepas dari peranan pasangan sebagai orang terdekat, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan. Faktor yang dapat memperkuat dalam pendidikan kesehatan dapat dilakukan kepada tokoh masyarakat (toma) maupun tokoh agama (toga) baik formal atau informal.

b. Tahap Membentuk Perilaku

Tahap Membentuk Perilaku menurut Beberapa penelitian yang sama, salah satunya menurut jurnal penelitian memberikan 1 kali perlakuan dapat membentuk perilaku kesehatan, dari yang perilakunya kurang setelah diberikan 1 kali perlakuan perilaku berubah menjadi baik (Rina , Noviasari , Albertus, & Putri, 2023).

Sedangkan penelitian yang lain memaparkan bahwa pemberian informasi kesehatan dilakukan sebanyak 1 kali dapat merubah perilaku yang buruk menjadi baik. Perilaku seorang anak dapat terbentuk dengan baik dengan cara memberikan suatu pengetahuan yang dapat menciptakan keinginan anak dalam menjalankan suatu tindakan yang baik atau positif (Utari,

Arneliwati, & Riri , 2014).

Perilaku tidak dapat muncul secara tiba-tiba. Sedangkan waktu yang dibutuhkan untuk merubah perilaku seseorang adalah 21 hari, dan rata-rata sampai 61 hari (Maltz, 2015). Sebelum seseorang memiliki perilaku baru maka orang itu melalui beberapa tahapan. Proses tersebut antara lain awareness, interest, evaluation, trial, dan adaption (Notoatmodjo , 2018).

1) Tahap *Awareness* (Kesadaran)

Awareness adalah tahap awal membentuk perilaku seseorang, dengan memberikan informasi yang edukatif dan informatif. Karena dengan informasi yang diberikan akan membentuk kesadaran seseorang sehingga dapat berfikir lebih lanjut tentang apa yang dia terima.

2) Tahap *Interest* (Ketertarikan)

Tahap dimana pendengar sudah mulai tertarik pada pembaruan dirinya. Interest merupakan tahap ke dua setelah seseorang sadar terhadap suatu stimulus. Seseorang dalam tahap ini sudah melakukan suatu tindakan dari stimulus yang diterimanya. Kegiatan untuk meningkatkan minat adalah dengan memberikan penyuluhan melalui poster, pamflet, ceramah dan lain lain.

3) Tahap Percobaan (*Trial*)

Tahap dimana masyarakat sudah mulai mencoba tingkah laku baru. Pada saat ini tenaga kesehatan berupaya lebih meyakinkan dan mengawasi agar perubahan perilaku yang dalam proses dapat berlangsung terus menerus. Agar masyarakat tidak kembali ke perilaku semula.

4) Tahap Adopsi (*Adoption*)

Tahap dimana masyarakat telah bertingkah laku baru sesuai perilaku yang diinginkan, untuk itu tenaga kesehatan harus mengontrol dan memelihara kelangsungan perilaku secara terus menerus. Perilaku ini akan muncul sesuai dengan kesadaran, pengetahuan, dan sikap yang dimiliki seseorang. Sehingga ia mampu melakukan suatu tindakan yang dianggap baik atau salah sesuai stimulus yang ia terima. Perilaku akan terbentuk berdasarkan proses, begitu pula dengan perilaku kesehatan. Perilaku akan ditunjukkan dengan keyakinan yang dimiliki. Keyakinan dipengaruhi oleh latar belakang intelektual dan pengetahuan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2018).

5) Tahap Evaluasi (*evaluation*)

Tahap dimana tenaga kesehatan mampu melakukan pendekatan baik secara individu maupun kelompok. evaluasi merupakan sikap seseorang dalam memikirkan

baik buruk stimulus yang ia terima setelah adanya sikap ketertarikan. Apabila stimulus yang dianggap buruk atau kurang berkesan, maka ia akan diam atau acuh. Sebaliknya apabila stimulus yang dia terima dianggap baik dia akan membuat seseorang melakukan tindakan

c. Faktor Membentuk Perilaku

Perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor pembentuk perilaku adalah hal yang berperan penting dalam perubahan perilaku (Notoatmodjo , 2018). Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Faktor Predisposisi (*Predisposition Factor*)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar melakukan suatu tindakan. Faktor predisposisi pada seseorang diantaranya sikap, keyakinan, nilai-nilai, persepsi, usia, status sosial ekonomi, pendidikan orangtua, jenis kelamin, yang menjadi pemicu seseorang melakukan tindakan.

2) Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan motivasi atau keinginan untuk dapat terlaksana. Contoh faktor pemungkin adalah kemampuan, sumber daya, ketersediaan informasi, dan ketersediaan fasilitas.

3) Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*)

Faktor penguat merupakan faktor yang muncul setelah tindakan itu dilakukan. Faktor ini dapat bersifat negatif atau positif. Hal ini yang mempengaruhi seseorang dari stimulus yang diterimanya. Contoh faktor penguat adalah adanya manfaat atau ganjaran yang diterima oleh seseorang.

d. Bentuk Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku memang mempunyai beberapa proses, ada beberapa bentuk perubahan perilaku untuk kesehatan. Bentuk perubahan perilaku kesehatan adalah sebagai berikut :

1) Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia dapat berubah. Sebagian perubahan disebabkan karena kejadian alamiah yang dialami oleh dirinya. Jadi manusia berubah natural dari dalam dirinya.

2) Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku yang memang direncanakan oleh subjek dan biasanya didasari dalam dirinya.

3) Kesiapan Untuk Berubah (*Readiness To Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan didalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut, sebagian orang lain sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut.

Masyarakat ingin berubah karena ada dorongan, motivasi dan inovasi.

e. Pengukuran Perilaku

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara secara langsung, yakni dengan pengamatan (obsevasi), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (Recall). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu (Notoatmodjo , 2018).

Instrumen yang di gunakan untuk melihat perilaku seseorang dapat mengukur dengan menggunakan kuesioner yang di buat oleh peneliti dan menggunakan *skala Guttman*. Skala dalam penelitian ini didapat jawaban yang tegas “ya atau tidak”. Rumus yang di gunakan untuk mengukur presentase dari jawaban yang di dapat dari kuesioner, yaitu:

$$\text{Presentase} = \frac{\text{Jumlah nilai yang benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100$$

Kategori hasil dalam skala pengukuran ini menggunakan skala ordinal dengan kategori:

- 1) Perilaku baik jika nilainya $\geq 76-100$ %
- 2) Perilaku cukup jika nialinya $61 - 75$ %
- 3) Perilaku kurang jika nilainya ≤ 60 % (Arikunto, 2010)

3. Edukasi

a. Pengertian Edukasi

Edukasi merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat sebagai perawat pendidik (Suliha, 2012)

Edukasi adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan taraf kesehatannya. Jadi dapat disimpulkan bahwa Edukasi adalah suatu bentuk kegiatan dengan menyampaikan materi tentang kesehatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku sasaran (Notoatmodjo, 2018).

b. Tujuan Edukasi

Tujuan Edukasi yaitu : Terjadi perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat dalam membina serta memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Nursalam & Efendi,, 2020).

c. Sasaran Edukasi

Sasaran Edukasi dibagi dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu:

1) Sasaran primer (*Primary Target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung

segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan juga sebagainya.

2) Sasaran sekunder (*Secondary Target*)

Yang termasuk dalam sasaran ini adalah para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya.

Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan Edukasi kepada kelompok ini diharapkan untuk nantinya kelompok ini akan memberikan Edukasi kepada masyarakat di sekitarnya.

3) Sasaran tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak langsung terhadap perilaku tokoh masyarakat dan kepada masyarakat umum (Notoatmodjo , 2018).

d. Ruang lingkup Edukasi

Ruang lingkup Edukasi dapat dilihat dari 3 dimensi menurut Fitriani (2011) yaitu;

- 1) Dimensi sasaran
 - a) Edukasi individu dengan sasarannya adalah individu.
 - b) Edukasi kelompok dengan sasarannya adalah kelompok masyarakat tertentu.
 - c) Edukasi masyarakat dengan sasarannya adalah masyarakat luas.
- 2) Dimensi tempat pelaksanaan
 - a) Edukasi di rumah sakit dengan sasarannya adalah pasien dan keluarga
 - b) Edukasi di sekolah dengan sasarannya adalah pelajar.
 - c) Edukasi di masyarakat atau tempat kerja dengan sasarannya adalah masyarakat atau pekerja.
- 3) Dimensi tingkat pelayanan kesehatan
 - a) Edukasi untuk promosi kesehatan (Health Promotion), misal: peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.
 - b) Edukasi untuk perlindungan khusus (Specific Protection) misal: imunisasi
 - c) Edukasi untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (Early diagnostic and prompt treatment) misal: dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan.

- d) Edukasi untuk rehabilitasi (Rehabilitation) misal :
dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan -
latihan tertentu.

4. Media Audio Visual

a. Pengertian Media Audio Visual

Media audio visual adalah media yang melibatkan indera pendengaran dan pengelihatatan sekaligus dalam satu proses. Sifat pesan yang dapat disalurkan baik berupa pesan verbal dan non verbal yang terlihat seperti media audio visual, juga pesan verbal dan non verbal yang seperti media audio diatas (Munadi, 2019).

Media audio visual adalah jenis media yang selain mengandung unsur suara juga mengandung unsur gambar yang dapat dilihat, seperti misalnya rekaman video, berbagai ukuran film, slide suara dan lain sebagainya (Sanjaya, 2014).

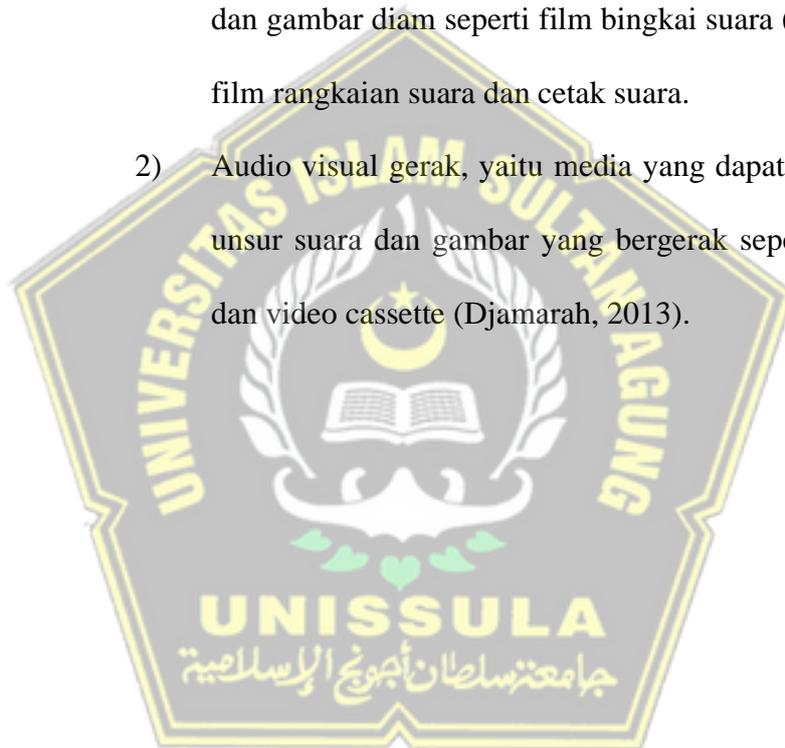
Media audio visual adalah media yang mempunyai unsur suara dan gambar. Jenis media ini memiliki kemampuan yang lebih baik, karena meliputi kedua jenis media yang pertama dan kedua (Djamarah, 2013).

Dari beberapa pendapat diatas dapat diasumsikan bahwa media audio visual adalah media yang memiliki unsur suara dan gambar yang digunakan sebagai perantara dalam menyampaikan pesan-pesan dari bahan pelajaran untuk mencapai tujuan pembelajaran.

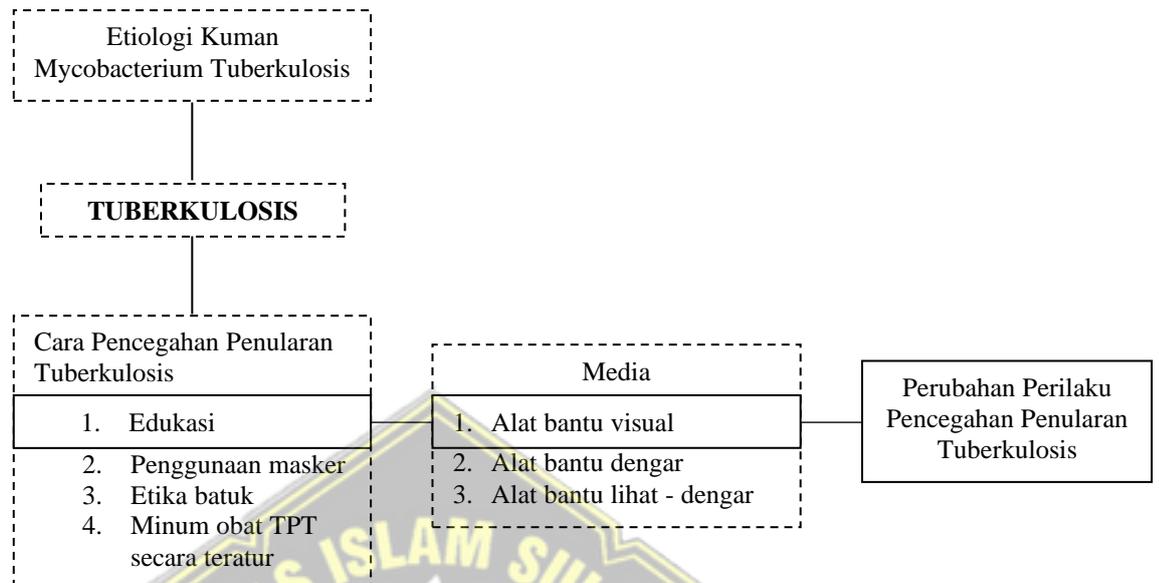
b. Jenis-Jenis Media Audio Visual

Ada begitu banyak media audio visual yang dapat digunakan dalam media pembelajaran, namun penulis akan memaparkan beberapa media audio visual. Media ini terbagi dalam dua kategori, yaitu:

- 1) Audio visual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara (*sound slides*), film rangkaian suara dan cetak suara.
- 2) Audio visual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan video cassette (Djamarah, 2013).



B. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

C. Hipotesis

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ho : Pengaruh edukasi dengan media audio visual tidak efektif terhadap perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis.

Ha : Pengaruh edukasi dengan media audio visual efektif terhadap perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Gambar berikut merupakan kerangka konsep penelitian yang diambil dari kerangka teori. Adapun yang termasuk dalam kerangka konsep merupakan variabel-variabel yang akan diteliti.



Skema 3.1 Kerangka Konsep

B. Variable Penelitian

1. Variabel independen (bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya dan timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2012). Variabel independen dalam penelitian ini adalah Edukasi melalui media audio visual.

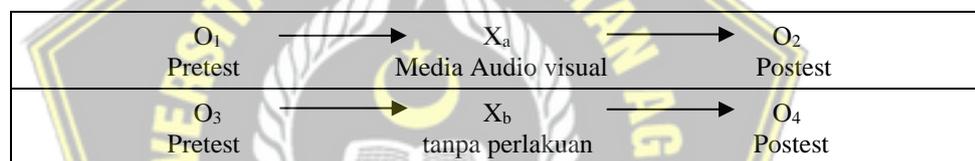
2. Variabel dependen (terikat)

Variabel ini adalah variabel yang menjadi pusat perhatian utama penelitian. Variabel dependen sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen atau variabel terikat (Sugiyono, 2012). Variabel dependen (terikat) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi

akibat karena adanya variabel bebas. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah: Perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis.

C. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini berupa penelitian quasi eksperimental serta menggunakan rancangan pretest dan posttest yaitu dengan cara melakukan pengukuran awal sebelum dan sesudah diberikan perlakuan. Skema yang menggambarkan dari studi dapat dilihat dari skema berikut ini:



Skema 3.2 Desain penelitian quasi eksperimental

Keterangan:

- X_a X_b : Menggunakan media audio visual (video) dan tanpa perlakuan
- O₁ : Pengukuran pertama kelompok media audio visual, observasi awal untuk mengetahui perilaku pencegahan penularan TB pada kelompok perlakuan
- O₂ : Pengukuran kedua kelompok media audio visual, obeservasi akhir untuk mengetahui perilaku pencegahan penularan TB pada kelompok perlakuan setelah dilakukan perlakuan.
- O₃ : Pengukuran pertama kelompok tanpa perlakuan, observasi awal untuk mengetahui perilaku pencegahan penularan TB pada kelompok kontrol.

O4 : Pengukuran kedua kelompok tanpa perlakuan, proses observasi akhir untuk melihat perilaku pencegahan penularan TB pada kelompok kontrol.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Populasi dapat juga disebut sebagai sekumpulan unsur atau elemen yang menjadi objek penelitian, atau himpunan semua yang ingin diketahui. Kasus TBC di RSUD dr. H. Soewondo Kendal tahun 2023 sejumlah 380 orang, laki-laki 227, perempuan 153 untuk pasien rawat inap.

2. Sampel Penelitian

Teknik sampling adalah cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Sugiyono, 2012). Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Teknik purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang didasarkan atas suatu pertimbangan, seperti ciri-ciri atau sifat-sifat suatu populasi.

Jumlah sampel menggunakan rumus Rumus *Federer* adalah rumus jumlah subjek untuk penelitian eksperimental, yaitu:

$$(n-1)(t-1) \geq 15$$

Keterangan:

n : besar sampel setiap kelompok

t : jumlah kelompok

Menurut rumus *Federer*, banyaknya sampel yang diperlukan:

$$(n-1)(t-1) \geq 15$$

$$(n-1)(4-1) \geq 15$$

$$(n-1)3 \geq 15$$

$$3n-1 \geq 15$$

$$3n \geq 15 + 1$$

$$n \geq \frac{16}{3}$$

$$n \geq 6$$

Jumlah sampel yang digunakan harus lebih besar atau sama dengan 6 responden setiap kelompok. Sehingga jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 24 responden (12 responden pada kelompok media audio visual dan 12 responden pada kelompok tanpa perlakuan).

3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Syarat yang harus dipenuhi agar populasi dapat dijadikan sampel penelitian meliputi:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2016). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Terdiagnosis TB Paru
- 2) Sedang menjalani pengobatan OAT
- 3) Usia diatas 18 tahun
- 4) Kemampuan komunikasi baik
- 5) Bersedia ikut penelitian

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan mengeliminasi subjek atau sampel yang tidak memenuhi kriteria inklusi atau tidak layak menjadi sampel (Nursalam N. , 2016). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Tidak sadar atau kondisi lemah
- 2) Tidak kooperatif
- 3) Pasien tuberkulosis yang memiliki infeksi lain

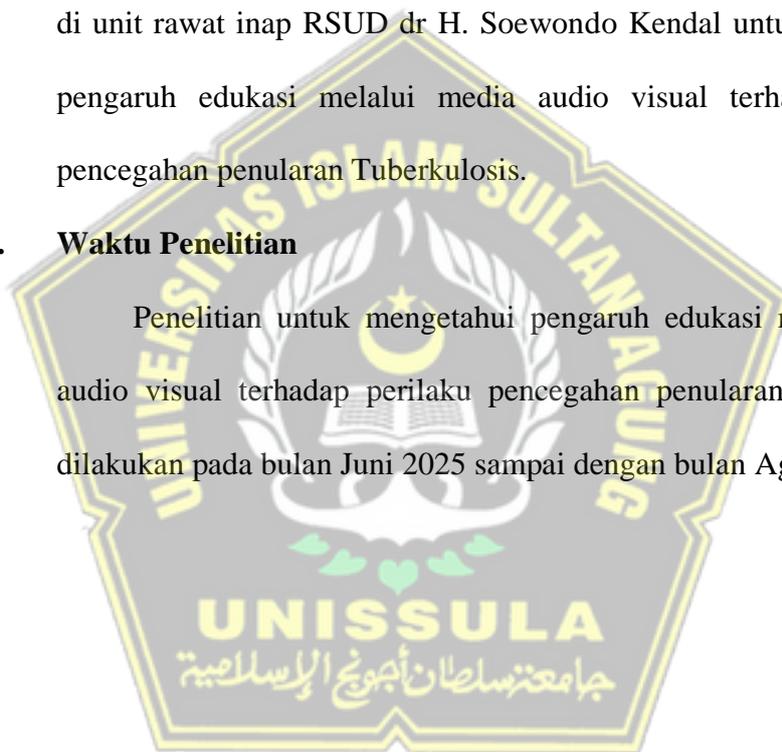
E. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di unit rawat inap RSUD dr H. Soewondo Kendal ruang Isolasi TB Flamboyan bawah. Wilayah penelitian ini dipilih berdasarkan pertimbangan yang matang agar dapat mencapai tujuan penelitian dengan efektif. Belum ada penelitian yang dilakukan di unit rawat inap RSUD dr H. Soewondo Kendal untuk mengetahui pengaruh edukasi melalui media audio visual terhadap perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis.

2. Waktu Penelitian

Penelitian untuk mengetahui pengaruh edukasi melalui media audio visual terhadap perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis dilakukan pada bulan Juni 2025 sampai dengan bulan Agustus 2025.



F. Definisi Operasional dan Definisi Istilah

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen					
Penyuluhan menggunakan video	Perlakuan yang diberikan sebagai upaya edukasi mengenai pencegahan penularan Tuberkulosis dengan menggunakan video. Media video diberikan kepada pasien sebagai media penyuluhan.	-	-	0 : sebelum perlakuan 1 : setelah perlakuan	Nominal
Variabel Dependen					
Perilaku pencegahan penularan TB	Kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan dengan baik dan benar tentang pengertian gejala, cara penularan cara mencegah dan pengobatan TB Paru yang diukur	Wawancara	Kuesioner	Kurang : < 56% Cukup : 56-75% Baik : 76-100%	Ordinal

G. Instrumen/ Alat Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini berupa audio visual (video), yang berisikan materi tentang penyakit Tuberkulosis meliputi pengertian, mekanisme penularan, pengobatan serta pencegahan yang dibuat sendiri oleh peneliti. Media yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan sebagai alat bantu penyuluhan untuk menjelaskan penyakit Tuberkulosis terhadap responden. Alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data adalah

kuesioner yang berisikan tentang pertanyaan seputar penyakit Tuberkulosis yang disesuaikan dengan pemaparan materi yang disampaikan. Kuisoner yang dipakai dalam penelitian ini menggunakan pertanyaan tertutup yang berisikan seputar penyakit Tuberkulosis.

Instrumen yang digunakan peneliti adalah kuesioner yang sudah digunakan oleh penelitian terdahulu yang sudah dilakukan uji *validitas* dan *reabilitas* dengan nilai $r = 0,734$ (Trinidad & Mangesa, 2018). Nilai ini menunjukkan bahwa instrumen perilaku berada dalam kategori tinggi (0,600 s/d 0,799) dan variabel dalam penelitian ini dinyatakan reliabel untuk digunakan (Arikunto, 2010).

H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses mendekati subjek dan mengumpulkan ciri-ciri yang diperlukan untuk penelitian (Nursalam, 2020).

1. Jenis Data

Data yang dihimpun didalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Proses pengumpulan data primer dilakukan secara langsung terhadap subjek penelitian dalam hal ini adalah pasien Tuberkulosis yang dijadikan responden dalam penelitian ini meliputi data hasil *pretest* dan *posttest* yang bertujuan mengukur tingkat pengetahuan responden tentang materi Tuberkulosis.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari rsud dr. H. Soewondo Kendal beserta data lainnya yang berkaitan jumlah penderita TBC.

2. Langkah-langkah pengumpulan data

a. Tahap persiapan

- 1) Melakukan studi pustaka dan penyusunan perposal
- 2) Peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada pihak Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- 3) Setelah mendapat ijin penelitian, peneliti melakukan uji etik penelitian.
- 4) Setelah mendapat izin etik peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada Direktur RSUD dr.H Soewondo Kendal dengan menyerahkan surat pengantar permohonan ijin penelitian.
- 5) Peneliti membuat instrumen penelitian berupa video, kemudian dikonsulkan ke dokter Spesialis Paru yang ada di Rumah Sakit Dr. H. Soewondo Kendal.

b. Tahap pelaksanaan

- 1) Peneliti melakukan survei dimulai dengan mengidentifikasi responden menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi. Pasien TBC yang memenuhi syarat berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi diberi gambaran tentang penelitian yang dilakukan.

- 2) Melakukan Informed consent diberikan kepada pasien yang ingin berpartisipasi dalam penelitian (persetujuan Responden) dengan memperhatikan aspek perlindungan privasi dan aspek kerahasiaan data pasien.
- 3) Peneliti membagi responden kedalam 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan tanpa perlakuan.
- 4) Peneliti memberikan kuesioner kepada kedua kelompok (Pretest) dan harus mengisinya dengan jujur sesuai dengan situasi yang dialaminya.
- 5) Peneliti mendampingi responden untuk mengisi kuesioner, mempersilahkan peneliti untuk menjelaskan pertanyaan yang tidak dimengerti oleh responden dan menjawab semua pertanyaan.
- 6) Peneliti mengecek ulang hasil pengisian lembar kuesioner.
- 7) Peneliti menyiapkan alat dan bahan intervensi. Pastikan responden dalam keadaan tenang dan rileks dan bukan ketika waktu jam besuk.
- 8) Peneliti memberikan edukasi kepala kelompok perlakuan menggunakan media audio visual tentang perilaku pencegahan penularan tuberculosis dalam pemberian edukasi selama 25 menit sesuai dengan SOP yang berlaku di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Dengan standar waktu 5 menit untuk persiapan alat, 5 menit persiapan pasien, 15

menit untuk langkah prosedur. Persiapan pasien Sebelum memutar video peneliti memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik, menjelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien dan keluarga serta menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan. Pemutaran video edukasi pencegahan penularan Tuberkulosis selama 3 menit dilanjutkan dengan diskusi dengan pasien dan keluarga serta evaluasi respon. Video dikirimkan melalui WA pasien atau keluarga untuk diputar kembali. sedangkan kelompok tanpa perlakuan tidak mendapatkan edukasi.

9) Setelah intervensi dilakukan, peneliti memberikan kuesioner kembali pada kedua kelompok (perlakuan dan tanpa perlakuan) ketika kontrol post rawat inap di poli Paru (post test).

10) Peneliti mengecek ulang hasil pengisian lembar kuesioner.

c. Tahap terminasi

Peneliti melakukan pencatatan dan diolah sebagai hasil akhir penelitian.

I. Analisis Data

Pada dasarnya, pengolahan data adalah proses dimana tingkatan yang dilakukan dengan tujuan memperoleh rangkuman yang didapatkan berdasarkan hasil kuisioner secara mentah. Sesudah mendapatkan hasilnya,

dapat dikategorikan menggunakan aplikasi komputerisasi, lalu data dapat dianalisis dengan memperoleh hasil informasi berupa data yang diinginkan.

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara manual dan menggunakan komputer sebagai bantuan dengan tahapan sebagai berikut (Sugiyono, 2012)

a. *Editing*

Pelaksanaan editing berupa kegiatan memeriksa jawaban terhadap instrumen yang telah diserahkan responden ke peneliti.

Tujuan dilakukannya editing adalah untuk mengurangi kesalahan pengisian instrumen.

b. *Coding*

Coding merupakan tahapan memberikan kode terhadap setiap jawaban untuk mempermudah menganalisis data maupun mempercepat entry data. Pada penelitian ini pemberian kode disesuaikan dengan skor setiap pertanyaan.

c. *Processing*

Dilakukan setelah melakukan editing dan coding. *Processing* yaitu proses data dengan cara meng-entry data dari instrumen penelitian ke komputer dengan menggunakan program statistik.

Tujuan dilakukan *processing* adalah agar data yang sudah di-entry dapat dianalisis.

d. *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data yakni kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-entry ke komputer untuk melihat apakah terdapat kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat peneliti meng-entry data ke komputer. Tujuan dilakukan *cleaning* adalah mengetahui adanya missing, variasi dan konsistensi data.

2. Analisis Data

Analisis data yang digunakan untuk analisis statistik, terdiri dari:

a. Analisis Univariat

Variabel dari hasil penelitian yang dikumpulkan peneliti akan diproses melalui analisis secara mandiri, karena data ini hanya berfokus pada satu variabel saja. Untuk mengetahui representasi distribusi frekuensi variabel, perlu menggunakan tabel distribusi untuk menghasilkan distribusi serta mengetahui presentasi di setiap variabel yang diteliti. Untuk mempermudah melakukan kajian, peneliti memanfaatkan perhitungan komputerisasi dengan berbagai tipe yang tersedia.

Analisa univariat yang dilakukan untuk mendiskripsikan bermacam variabel yang dijabarkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang artinya dapat dipakai dan saling berkaitan. Berdasarkan tabel definisi operasional variabel bebas yaitu audio visual (video) dan variabel terikat yaitu pengetahuan responden

tentang Tuberkulosis, kemudian dianalisis secara deskriptif dengan menguraikan secara rinci berupa mean, nilai minimal dan maksimal, standar deviasi dan distribusi frekuensi.

b. Analisis Bivariat

Uji hipotesis satu dan dua untuk mencari perbedaan mean antara dua kelompok data yang dependen yaitu untuk menguji perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah penyuluhan dengan media audio visual (video) dengan menggunakan uji *Wilcoxon* yaitu merupakan uji nonparametris yang digunakan untuk mengukur perbedaan 2 kelompok data berpasangan berskala ordinal atau interval tetapi data berdistribusi tidak normal. Uji ini juga dikenal dengan nama uji match pair test.

Dasar pengambilan keputusan dalam uji *wilcoxon signed test* adalah sebagai berikut :

- 1) Ketika nilai *probabilitas Asym.sig 2 failed* $< 0,05$ maka terdapat perbedaan rata-rata.
- 2) Ketika nilai *probabilitas Asym.sig 2 failed* $> 0,05$ maka tidak terdapat perbedaan rata-rata.

J. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, responden yang termasuk kriteria akan menerima penjelasan mengenai maksud dan tujuan, manfaat dari penelitian tersebut serta kerahasiaan dokumen, atau responden dapat membaca lembar penjelasan yang disediakan peneliti. Apabila responden bersedia, maka responden wajib membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan (*inform consent*). Kaji etik untuk memperoleh persetujuan etik (*Ethical Approval*) diperoleh melalui komite etik penelitian Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Permasalahan kebijakan riset merupakan permasalahan yang wajib ditindaklanjuti dalam penelitian, karena selain penelitian kesehatan, maka segi etika yang harus diperhatikan ialah:

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)
2. *Annonimity* (kerahasiaan data)
3. *Confidentiality* (kerahasiaan)
4. Menghargai keputusan calon responden
5. Terdapat keadilan yang merata dan rincian keterangan yang perlu diperjelas.
6. Mampu memperhitungkan khasiat serta kemalangan yang diterima.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Ruang Flamboyan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Karakteristik	Kategori	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Preesen (%)	Frekuensi	Preesen (%)
Umur	17 – 25	3	25		
	26 – 35	3	25		
	36 – 45	1	8.3	2	16.7
	46 – 55	2	25	3	25
	56 – 65	2	25	4	33.3
	> 66	1	8.3	3	25
Total		12	100	12	100
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	58.3	8	66.7
	Perempuan	5	41.7	4	33,3
Total		12	100	12	100
Pendidikan	SD	1	8.3	5	41.7
	SMP	3	25	4	33.3
	SMA	8	66.7	3	25
Total		12	100	12	100
Pekerjaan	Karyawan	4	33.3	1	8.3
	Mahasiswa	1	8.3		
	Swasta	3	25.0	7	58.3
	PNS	1	8.3	1	8.3
	Lain-lain	3	25.0	3	25.0
Total		12	100	12	100

Tabel 4.1 diatas dapat dilihat distribusi responden berdasarkan umur kelompok perlakuan diperoleh terbanyak 17 – 25 tahun dan 26 – 35 tahun adalah sebanyak masing-masing 3 responden (25 %), sedangkan kelompok umur responden yang paling sedikit adalah 36-45 tahun dan > 66 tahun sebanyak 1 responden (8.3 %) dan distribusi

responden berdasarkan umur kelompok kontrol diperoleh terbanyak 56 – 65 tahun adalah sebanyak 4 responden (33.3 %), sedangkan kelompok umur responden yang paling sedikit adalah 36 – 45 tahun sebanyak 2 responden (16.7 %).

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin kelompok perlakuan diperoleh jenis kelamin terbanyak laki-laki adalah sebanyak 7 responden (58.3 %), sedangkan kelompok pendidikan responden yang paling sedikit adalah jenis kelamin perempuan sebanyak 5 responden (41.7 %). Sementara distribusi responden berdasarkan jenis kelamin kelompok kontrol diperoleh jenis kelamin terbanyak laki-laki adalah sebanyak 8 responden (66.7 %), sedangkan responden yang paling sedikit adalah jenis kelamin perempuan sebanyak 4 responden (33.3 %).

Distribusi responden berdasarkan pendidikan kelompok perlakuan diperoleh pendidikan terbanyak tingkat Sekolah Menengah Atas adalah sebanyak 8 responden (66.7 %), sedangkan kelompok pendidikan responden yang paling sedikit adalah tingkat Sekolah Dasar (SD) sebanyak 1 responden (8.3 %). Sementara distribusi responden berdasarkan pendidikan kelompok kontrol diperoleh pendidikan terbanyak tingkat Sekolah Dasar (SD) adalah sebanyak 5 responden (41.7 %), sedangkan kelompok pendidikan responden yang paling sedikit adalah tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 3 responden (25%).

Distribusi responden berdasarkan pekerjaan kelompok perlakuan diperoleh pekerjaan terbanyak karyawan adalah sebanyak 4 responden (33.3 %), sedangkan kelompok pekerjaan responden yang paling sedikit adalah Mahasiswa dan pegawai negeri masing-masing sebanyak 1 responden (8.3 %). Sementara Distribusi responden berdasarkan pekerjaan kelompok kontrol diperoleh pekerjaan terbanyak swasta adalah sebanyak 7 responden (58.3 %), sedangkan kelompok pekerjaan responden yang paling sedikit adalah karyawan dan pegawai negeri masing-masing sebanyak 1 responden (8.3 %).

2. Variabel Penelitian

Distribusi Hasil Perilaku Pencegahan Tuberculosis pada Kelompok Kontrol

Tabel 4.2 Distribusi Hasil Perilaku Pencegahan Tuberculosis pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

Perilaku Pencegahan Tuberculosis	Kategori	Pretes		Postes	
		Frekuensi	Presen (%)	Frekuensi	Presen (%)
Kelompok Perlakuan	Kurang	7	58.3		
	Cukup	5	41.7	4	33.3
	Baik			8	66.7
Total		12	100	12	100
Kelompok Kontrol	Kurang	7	58.3	8	66.7
	Cukup	5	41.7	4	33.3
	Baik				
Total		12	100	12	100

Tabel 4.2 diatas dapat dilihat perilaku pencegahan tuberkulosis sebelum diteliti pada kelompok kontrol diperoleh perilaku pencegahan terbanyak adalah kategori kurang yaitu sebanyak 7 responden (58.3 %),

sedangkan kelompok perilaku pencegahan yang paling sedikit adalah cukup sebanyak 5 responden (41.7 %). Setelah diteliti, didapatkan hasil perilaku pencegahan terbanyak adalah kategori kurang yaitu sebanyak 8 responden (66.7 %), sedangkan kelompok perilaku pencegahan yang paling sedikit adalah cukup sebanyak 4 responden (33.3 %).

Distribusi perilaku pencegahan tuberculosis sebelum di berikan edukasi menggunakan Media Audio Visual pada kelompok perlakuan diperoleh perilaku pencegahan terbanyak adalah kategori kurang yaitu sebanyak 7 responden (58.3 %), sedangkan kelompok perilaku pencegahan yang paling sedikit adalah cukup sebanyak 5 responden (41.7 %). Setelah diberikan edukasi Media Audio Visual didapatkan hasil perilaku pencegahan terbanyak adalah kategori baik yaitu sebanyak 8 responden (66.7 %), sedangkan kelompok perilaku pencegahan yang paling sedikit adalah cukup sebanyak 4 responden (33.3 %).

B. Analisis Bivariat

1. Distribusi Hasil *Uji Wilcoxon* perilaku pencegahan Tuberculosis terhadap kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Tabel 4.3 Hasil Uji Wilcoxon Pada Perilaku Pencegahan Tuberculosis *PreTest* Dan *PostTest* diberikan Edukasi Audio Visual

	Hasil Uji <i>Wilcoxon</i>	
	<i>Z-PreTest</i> Dan <i>PostTest</i> VAS	<i>Asymp Sig</i>
Kelompok Perlakuan	-3.115	0.002
Kelompok Kontrol	-1,512	0.131

Berdasarkan data pada tabel 4.3, hasil uji *Wilcoxon* menunjukkan nilai *Z* hitung sebesar -3,815 dengan nilai signifikansi 0,002. Mengacu pada kriteria penilaian uji *Wilcoxon*, nilai signifikansi 0,002 yang $<0,05$ menunjukkan bahwa terdapat perbedaan perilaku pencegahan tuberkulosis sebelum dan sesudah intervensi.

Sementara hasil uji *Wilcoxon* pada kelompok Kontrol menunjukkan nilai *Z* hitung sebesar -1,512 dengan nilai signifikansi 0,131. Mengacu pada kriteria penilaian uji *Wilcoxon*, nilai signifikansi 0,131 yang $>0,05$ menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan perilaku pencegahan tuberkulosis.

2. Distribusi Hasil *Uji Independent Sample Test* Perilaku Pencegahan Tuberculosis terhadap Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 4.4 Uji *Independent Sample Test* Pada Perilaku Pencegahan Tuberculosis Terhadap Kelompok Perlakuan dan kelompok Kontrol

Hasil Post Test Perilaku	Mean	Std. Deviation	Pvalue
Kelompok Perlakuan	86.46	9.91	0,000
Kelompok Kontrol	52.08	8.97	

Berdasarkan data pada tabel 4.4, hasil *Uji Independent Sample Test* menunjukkan terdapat perbedaan nilai rata-rata pada kelompok perlakuan yaitu sebesar 86.46 dan 52.08 pada kelompok kontrol dengan *p-value* 0.000 yang $<0,05$ menunjukkan bahwa terdapat perbedaan perilaku pencegahan tuberkulosis pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteris Responden

1. Umur Responden

Berdasarkan hasil peneliti distribusi responden berdasarkan umur diperoleh terbanyak 17 – 25 tahun dan 26 – 35 tahun. Dimana insiden tertinggi paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TBC adalah kelompok usia produktif yaitu 15 – 50 tahun.

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil peneliti distribusi responden berdasarkan jenis kelamin diperoleh terbanyak laki-laki. Di Indonesia jumlah penderita TBC laki-laki hampir dua kali lipat dibanding jumlah penderita TBC wanita, 50,34 % dan 30,9 % pada wanita. TBC lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TBC.

3. Pendidikan Responden

Berdasarkan hasil peneliti distribusi responden berdasarkan pendidikan kelompok perlakuan diperoleh pendidikan terbanyak tingkat Sekolah Menengah Atas, sedangkan pada kelompok kontrol

pendidikan kelompok kontrol diperoleh pendidikan terbanyak tingkat Sekolah Dasar (SD).

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TBC, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaannya.

4. Pekerjaan

Berdasarkan hasil peneliti distribusi responden berdasarkan pekerjaan kelompok perlakuan diperoleh pekerjaan terbanyak karyawan, sedangkan pada kelompok kontrol pekerjaan terbanyak swasta.

Jenis menentukan faktor resiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TBC. Jenis pekerjaan seseorang juga mempengaruhi terhadap pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari diantara konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan selain itu juga akan mempengaruhi terhadap kepemilikan rumah (konstruksi rumah). Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan

dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TBC. Dalam hal jenis konstruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang maka konstruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TBC.

B. Perbedaan Perilaku Pencegahan Tuberculosis Dengan Media Audio Visual

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti bahwa tingkat Perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberculosis responden sebelum diberikan perlakuan berupa edukasi dengan Media Audio Visual dengan nilai rata-rata 57.29%. Artinya tingkat perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberculosis responden masih dalam kategori kurang.

Setelah diberikan perlakuan berupa edukasi dengan Media Audio Visual diketahui nilai rata-rata tingkat Perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberculosis meningkat sebanyak 86.45%. Artinya tingkat Perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberculosis responden meningkat yaitu dalam kategori baik.

C. Perbedaan Perilaku Pencegahan Tuberculosis Tanpa Diberikan Perlakuan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti bahwa tingkat Perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberculosis responden dengan nilai rata-rata 54.18 %. Artinya perilaku responden dalam kategori kurang. Dan diulang lagi setelah 21 hari, tingkat Perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberculosis responden terjadi penurunan dengan nilai rata-rata 52.08 % dimana nilai ini masih dalam kategori kurang.

D. Pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *wilcoxon signed test* menunjukkan $p\text{-value} = 0,002$ ($p < 0,05$) hal tersebut mengidentifikasi H_0 ditolak, artinya terdapat perbedaan antara Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau ada pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis.

Sebagai pembandingan, peneliti melakukan penelitian pada kelompok kontrol (tanpa perlakuan) dan mendapatkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *wilcoxon signed test* menunjukkan $p\text{-value} = 0,131$ ($p > 0,05$) hal tersebut mengidentifikasi H_0 diterima, artinya tidak terdapat perbedaan antara Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis tanpa adanya perlakuan

Pedoman edukasi yang baru-baru ini digalakkan WHO adalah pengobatan TB dengan menekankan edukasi kesehatan digital sebagai alat intervensi yang lebih efektif, rutin dan inovatif jika dibandingkan dengan metode atau cara yang lain (Swarnika Dey, et al.,2017).

Edukasi menggunakan video memberikan edukasi dalam bentuk audio visual yaitu paparan gambar disertai keunggulan dengan memiliki suara pada video. Media yang efektif dalam mempromosikan perubahan perilaku kesehatan antara lain media dengan konten berbasis bukti yang didukung oleh teori praktis dan focus pada determinan perilaku (Craig, et al., 2016).

E. Perbedaan Perilaku Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan *Uji Independent Sample Test* menunjukkan $p\text{-value} = 0,000$ ($p < 0,05$) hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara Perilaku Pencegahan Penularan Tuberculosis pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

TBC ditularkan terutama melalui udara, dan kunci penting dalam pengendalian penyakit ini adalah penegakkan diagnosis dengan cepat. Pengobatan segera pada penyakit TBC aktif dan identifikasi kemungkinan adanya infeksi laten yang mengalami TBC dengan prevalensi kejadian 10,4 juta kasus secara global, dimana kawasan asia tenggara menempati urutan pertama dengan persentase kasus terbanyak (Kemenkes, 2019).

Pengetahuan yang baik mengenai TBC menjadi faktor pendukung penting untuk menghasilkan sikap yang baik dan perilaku yang positif sehingga mendukung upaya pencegahan dan pengendalian TBC di Indonesia (Notoatmodjo, 2010). Salah satu upaya dalam bentuk Edukasi yang memungkinkan untuk merubah perilaku adalah dengan penyuluhan dengan cara menyebarkan pengetahuan dan menanamkan keyakinan, sehingga pada akhirnya dapat menghasilkan pengetahuan baru yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku dalam mencegah penularan penyakit (Utari, Arneliwati, & Riri, 2014).

Perluasan informasi tentang pencegahan TB akan mendorong keterlibatan masyarakat untuk mendukung upaya pemerintah daerah dalam menurunkan kasus TB paru. Untuk itu peningkatan pelayanan dalam upaya pencegahan penularan TB dengan memperluas informasi sangatlah diperlukan (Pratiwi, et al., 2017).

F. Opini Penulis

Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dan bersifat menular. Tuberkulosis ditularkan terutama melalui udara, dan kunci penting dalam pengendalian penyakit ini adalah penegakkan diagnosis dengan cepat. Pengobatan segera pada penyakit TBC aktif dan identifikasi kemungkinan adanya infeksi laten yang mengalami TBC. Pengetahuan yang baik mengenai TBC menjadi faktor pendukung penting untuk menghasilkan sikap yang baik dan perilaku yang

positif sehingga mendukung upaya pencegahan dan pengendalian TBC. Salah satu upaya dalam bentuk Edukasi yang memungkinkan untuk merubah perilaku adalah dengan penyuluhan dengan cara menyebarluaskan pengetahuan dan menanamkan keyakinan, sehingga pada akhirnya dapat menghasilkan pengetahuan baru yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku dalam mencegah penularan penyakit. Pengobatan TBC memerlukan waktu yang cukup lama sekitar 6-8 bulan dan pasien TBC yang tidak patuh minum obat secara teratur akan meningkatkan kekebalan bakteri TBC dua kali lipat terhadap OAT yang pada akhirnya akan menyebabkan pasien lebih banyak menghabiskan uang untuk pengobatan dengan jangka waktu yang lebih lama yang secara tidak langsung akan berdampak pada ekonomi penderita TBC. Peningkatan pengetahuan masyarakat terkait penyakit tuberkulosis dengan menggunakan video edukasi memberikan dampak positif, dimana dengan pemberian edukasi melalui media audio visual yang lebih menarik, tidak membosankan, mudah dipahami akan memberikan rangsangan yang cukup baik ke otak yang akan mempermudah dalam pemberian informasi kepada masyarakat sehingga pengetahuan masyarakat semakin baik.

G. Keterbatasan Peneliti

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian, keterbatasan tersebut yaitu peneliti tidak melibatkan keluarga dalam monitoring pasien dirumah.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap pasien di Ruang Isolasi Flamboyan Bawah RSUD dr. H. Soewondo Kendal Tahun 2025 didapatkan:

1. Karakteristik responden

- a. Sebagian besar responden kelompok perlakuan berada pada kelompok usia 17 – 25 tahun dan 26 – 35 tahun. Sedangkan Sebagian besar responden kelompok kontrol berada pada kelompok usia 56 – 65 tahun.
- b. Sebagian besar responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berdasarkan jenis kelamin diperoleh terbanyak laki-laki.
- c. Sebagian besar responden kelompok perlakuan berada pada tingkat pendidikan SMA. Sedangkan responden pada kelompok kontrol berada pada tingkat Pendidikan SD.
- d. Sebagian besar responden kelompok perlakuan pekerjaan terbanyak karyawan, sedangkan pada kelompok kontrol pekerjaan terbanyak swasta.

2. Sebagian besar perilaku responden sebelum diberikan tindakan dalam kategori kurang pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Setelah dilakukan perlakuan perilaku berubah menjadi kategori baik, sedangkan untuk kelompok kontrol masih dalam kategori kurang.

3. Terdapat perbedaan sebelum dan sesudah diberi edukasi menggunakan Media Audio Visual dengan p-value 0.002

B. Saran

1. Bagi instansi terkait

Pendidikan kesehatan mengenai Tuberkulosis pada RSUD dr. H. Soewondo Kendal untuk meminimalisir penularan kejadian Tuberkulosis. Yang dapat ditingkatkan melalui media edukasi digital karena efektif meningkatkan pengetahuan tuberkulosis masyarakat.

2. Bagi universitas

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya dan dapat memberikan bimbingan tentang pencegahan penyakit tuberkulosis

3. Bagi masyarakat

Diharapkan dengan adanya penelitian ini, pasien lebih sadar dan dapat meningkatkan kesehatan dengan patuh dalam pencegahan penularan Tuberkulosis.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan agar lebih mengembangkan penelitian yang lebih baik dengan melakukan penelitian serupa dengan menambahkan variabel lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, F. A. (2010). Analisis spasial Penyakit Tuberkulosis Paru BTA Positif .
Tesis, 83.
- Arif, M. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pasien dengan* . Jakarta: Salemba Media.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Reneke Cipta.
- Black, & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Managemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapura: Elsevier.
- Djamarah, S. B. (2013). *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta: Rineka.
- Juniarti, D. (2019). Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian .
- Kemenkes. (2019). *PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN* . Jakarta: Kemenkes.
- Munadi, Y. (2019). *Media Pembelajaran; Sebuah Pendekatan*. Jakarta: Referensi (GP Press Group).
- Notoatmodjo , S. (2018). *Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, & Efendi,, F. (2020). *Pendidikan Dalam Keperawatan* . Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, N. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salimba Medika.
- Price, S., & Wilson, L. (2016). *Patofisiologi Konsep Klinis dan Proses-proses penyakit. Vol. 2. Edisi ke-enam*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rina , P., Noviasari , N. A., Albertus, J., & Putri, I. H. (2023). Edukasi Tentang Pengetahuan Pada Pasien Pengobatan TB Melalui Media Audiovisual Di Wilayah Puskesmas Poncol Semarang. *Prosiding Seminar Kesehatan Masyarakat*, 148-153.
- Sanjaya, W. (2014). *Media Komunikasi Pembelajaran*. Jakarta: Kencana. Prenada Media Group.

- Soemantri, I. (2008). *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Suliha, U. (2012). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suratun, K. P., Ekarini, N. L., & Manurung, S. (2013). *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Suriya, M. (2018). Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup . *JurnalKeperawatanAbdurrah*, 2(1).
- Trinidad, D., & Mangesa, E. N. (2018). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU PASIEN TB PARU DENGAN KEJADIAN TB PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS JONGAYA MAKASSAR.
- Utari, W., Arneliwati, & Riri, N. (2014). Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). *Diunduh dari <http://scholar.google.go.id/scholar>*.
- Warjiman, Berniati, & Ermeisi, E. U. (2022). HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM . *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 164.
- WHO. (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 4*. World Health Organization.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa) Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yanti, B. (2021). PENYULUHAN PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS . *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 325-332.