

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian utama dari misi pemerintah mengenai peningkatan kesejahteraan rakyat serta pembangunan kesehatan yang berkeadilan. Hal ini tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014. Dalam RPJMN tersebut, salah satu misi pemerintah adalah melanjutkan pembangunan menuju Indonesia yang sehat (Kemenkes RI, 2011).

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Hal ini dicapai melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan Negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan lingkungan yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia (Depkes RI, 2009).

Untuk mencapai tujuan tersebut, sesuai arah dan kebijakan pembangunan nasional bidang kesehatan, ditetapkan upaya kesehatan masyarakat dengan pendekatan paradigma sehat dengan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Salah satu tujuan khusus dari program upaya kesehatan adalah mencegah terjadinya dan tersebarnya penyakit menular sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat, dan menurunnya angka kematian dan angka kecacatan. Untuk itu disusun pokok-pokok program pembangunan kesehatan antara lain mencakup program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) (Depkes RI, 2009).

Salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih tinggi kasusnya di masyarakat dan menjadi perhatian global adalah Tuberkulosis (TB). Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang paling umum mempengaruhi paru-paru. Penyakit ini ditularkan dari orang ke orang melalui cairan dari tenggorokan dan paru-paru seseorang dengan penyakit pernafasan aktif (WHO, 2012). Sampai saat ini penyakit TB paru masih menjadi masalah kesehatan yang utama di

berbagai negara di dunia. Berdasarkan *Global Tuberculosis Report* tahun 2015, TB sekarang berada pada peringkat yang sama dengan penyakit akibat *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sebagai penyakit infeksi yang mematikan di dunia (WHO, 2015).

TB berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi bahkan mengancam keselamatan jiwa manusia. TB merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman TB tidak hanya menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sekitar 75% penderita TB adalah kelompok usia kerja produktif (15-49 tahun), kebanyakan dari kelompok sosial ekonomi dan berpendidikan rendah. Diperkirakan seorang penderita TB dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal ini berakibat kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk secara sosial yaitu dikucilkan oleh masyarakat (Depkes RI, 2008).

Angka prevalensi TB menurut data dari *Global Tuberculosis Report* pada tahun 2014 menjadi sebesar 647 per 100.000 penduduk meningkat dari 272 per 100.000 penduduk pada tahun sebelumnya, angka insiden tahun 2014 sebesar 399 per 100.000 dari sebelumnya sebesar 183 per 100.000 penduduk pada tahun 2013, demikian juga dengan angka mortalitas pada tahun 2014 sebesar 41 per 100.000 penduduk dari 25 per 100.000 penduduk pada tahun 2013. Data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 menyebutkan terdapat 9,6 juta kasus TB paru di dunia dan menyebabkan kematian 1,2 juta orang pada tahun 2014. Sejumlah 58% kasus terjadi di daerah Asia Tenggara dan Afrika. Tiga negara dengan insidensi kasus terbanyak tahun 2015 yaitu India (23%), Indonesia (10%), China (10%). Indonesia sekarang berada pada rangking kedua negara dengan beban TB tertinggi di dunia (WHO, 2015).

Profil kesehatan Indonesia, pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus TB sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus TB yang ditemukan pada tahun 2014 sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus TB di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia. Sedangkan angka penemuan seluruh kasus baru TB sempat mengalami penurunan dimana pada tahun 2013 sebesar 135 per 100.000 penduduk, menurun ditahun 2014 menjadi 129 per 100.000 penduduk dan kembali meningkat ditahun 2015 sebesar 130 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2016).

Angka notifikasi kasus baru TB di Jawa Tengah dalam Profil Kesehatan Jawa Tengah 2015 menunjukkan bahwa kasus baru TB yang ditemukan dan tercatat sebesar 117.36 per 100.000 penduduk, hal ini berarti penemuan kasus TB pada tahun 2015 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2014 yaitu sebesar 89.01 per 100.000 penduduk. Secara lebih rinci diketahui bahwa kabupaten/kota dengan angka notifikasi TB tertinggi adalah kota Magelang 777.45 per 100.000 penduduk, diikuti kota Tegal 482.76 per 100.000 penduduk kota Surakarta 358.45 per 100.000 penduduk (Dinkes Jawa Tengah, 2015).

Profil kesehatan Kabupaten Klaten penemuan penderita kasus baru TB BTA positif pada tahun 2015 yaitu sejumlah 447 kasus atau 8.30% dari jumlah perkiraan kasus baru, meningkat dibandingkan tahun 2014 sebesar 440 kasus. Angka insiden TB adalah 41.69 per 100.000 penduduk sedangkan untuk angka kesembuhan sebesar 82.23%. Sedangkan angka kematian akibat TB adalah 0.2 per 100.000 penduduk (Dinkes Klaten, 2015).

Angka kejadian TB yang cenderung meningkat setiap tahunnya menjadi salah satu gambaran bahwa penularannya terjadi secara cepat. Sumber penularan utama TB adalah pasien TB BTA positif sendiri. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Kemenkes RI, 2013).

Penyakit TB berdampak fisik dan psikologis pada penderitanya. Dampak fisik yang ditimbulkan antara lain kelemahan secara umum, batuk berdahak yang dapat bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang, pucat, serta nyeri dada (Kemenkes RI, 2014). Dampak secara psikologis antara lain adanya masalah emosional yang diakibatkan karena penyakitnya seperti merasa bosan, kurang motivasi, sampai dengan gangguan jiwa yang cukup serius seperti depresi berat. Penderita TB dapat mengalami ketakutan, syok dan tidak percaya ketika mengetahui bahwa mereka menderita TB, malu serta takut mati (Jong K, 2011). Penyakit TB apabila tidak diobati atau

pengobatannya tidak tuntas maka dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian. Di Indonesia pada tahun 2014 jumlah kematian akibat TB sebanyak 25 per 100.000 penduduk, di Jawa Tengah sebanyak 1.04 per 100.000 penduduk dan di kabupaten Klaten sebanyak 0.2 per 100.000 penduduk. Anggota keluarga kasus TB BTA positif merupakan golongan masyarakat yang paling rentan tertular penyakit TB karena sulit menghindari kontak dengan penderita. Hasil penelitian Guwat udde dkk, di Kampala, Uganda diperoleh hasil bahwa prevalensi TB BTA (+) pada kontak serumah adalah sebesar 6% (Agung dkk, 2012).

Berbagai cara penularan inilah yang kemudian menjadikan pencegahan terhadap penularan TB harus dilakukan. Berdasarkan Permenkes RI No 565/Menkes/PER/III/2011 tentang Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis (STRANS TB) Tahun 2011-2014, maka pemerintah daerah, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, institusi pendidikan/penelitian, serta lembaga swadaya masyarakat dituntut untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan program pengendalian TB. Penanggulangan kasus TB MDR (*Multi Drugs Resisten*) dilakukan dengan menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) Plus dimana “S” adalah strategi bukan *Short course therapy* sedangkan “plus” berarti menggunakan OAT (*Obat Anti Tuberkulosis*) lini kedua dan melakukan kontrol infeksi.

Strategi DOTS Plus sebagai strategi yang direkomendasikan WHO untuk menanggulangi TB MDR, mempunyai lima hal yang diutamakan yaitu: komitmen politik yang berkesinambungan dalam masalah MDR, strategi penemuan kasus dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO), jaminan tersedianya OAT lini kedua secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu dengan mutu terjamin, serta sistem pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB MDR (Kemenkes RI, 2013).

Strategi DOTS plus memiliki kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS pada penanggulangan TB. Perbedaannya terdapat pada jangka pengobatan dan penggunaan OAT lini kedua serta penderitanya. Jangka pengobatan TB dengan strategi DOTS dilakukan selama 6 bulan sedangkan untuk TB MDR dengan strategi DOTS Plus dilakukan selama 2 tahun. Penggunaan OAT dalam strategi DOTS menggunakan lini pertama yang terdiri dari : INH, *rifampicin*, *pirazinamin*, *etambutol* dan *streptomycin* sedangkan OAT

pada strategi DOTS plus menggunakan lini kedua yang terdiri dari: *kanamisin*, *kapreomisin*, *amikasin*, *kuinolon*, *sikloserin*, *setinamid*. Serta strategi DOTS diberikan pada penderita TB sedangkan strategi DOTS Plus pada penderita TB yang resisten obat atau TB MDR.

Selain pengobatan dan penatalaksanaan tersebut beberapa upaya yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk pencegahan TB sebagai berikut; menjauhkan anggota keluarga lain dari penderita TB saat batuk, menghindari penularan melalui dahak pasien penderita TB, membuka jendela rumah untuk pencegahan penularan TB dalam keluarga, menjemur kasur pasien TB untuk pencegahan penularan TB dalam keluarga (Jaji, 2010).

Berbagai cara penularan, dampak dan komplikasi yang begitu banyak serta pencegahan, pengobatan dan penatalaksanaan yang diharuskan dilakukan oleh penderita TB, dimana waktu pengobatan dan penatalaksanaan yang membutuhkan waktu yang cukup lama serta keteraturan dan jenis pengobatan yang banyak menjadikan pasien dan keluarga membutuhkan pengetahuan mengenai hal tersebut. Pendidikan kesehatan tentang penyakit TB merupakan salah satu upaya untuk pengendalian tersebut. Hal ini sesuai dengan teori *self care* (Orem) dimana salah satu metode bantuan (*Helping Methods*) yang dapat diberikan perawat kepada individu jika kemampuan merawat kurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi perawatan dirinya yaitu pendidikan atau edukasi. Dalam teori tersebut kemampuan alami setiap pasien (penderita TB Paru dan keluarga/*care giver*) dapat dioptimalkan. Perawat sebagai *nursing agency* berperan dalam memberikan bantuan kepada keluarga dalam rangka mengembalikan *self care agency* penderita TB. Dalam suatu studi diketahui bahwa pengetahuan pasien dan penerapan praktik meningkat signifikan setelah konseling pendidikan kesehatan. Hasil penelitian ini juga didukung oleh Djannah, dkk (2009) yang menyebutkan bahwa dengan pendidikan maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Pengetahuan dan pemahaman penderita TB memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan TB.

Dalam penelitian Sjattar (2011) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan keluarga tentang penularan, pencegahan dan perawatan TB. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa setelah diberi perlakuan berupa penerapan model Keluarga Untuk Keluarga (KUK) yang merupakan integrasi teori keperawatan *self care* dan *family centre nursing* (SCFCN) dengan sistem keperawatan edukasi suportif merupakan salah satu intervensi keperawatan yang mendukung keluarga dan pasien TB. Perlakuan tersebut diberikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemandirian keluarga merawat anggota

pasien TB. Menurut Bahuguna, et all (2009) dalam studi pengetahuan tentang tuberkulosis di Nepal menyebutkan bahwa mayoritas penderita mempunyai pengetahuan tentang tanda dan gejala tuberkulosis sangat baik tetapi pengetahuan penderita tentang agent, metode pembuangan dahak dan pencegahan masih rendah. Penelitian selanjutnya disarankan desain program pendidikan kesehatan yang berfokus pada agent penyebab, metode pembuangan dahak dan pencegahan penularan tuberkulosis.

Djannah, dkk (2009) yang menyebutkan bahwa dengan pendidikan maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Pengetahuan dan pemahaman penderita TB memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan TB paru. Hasil penelitian ini sejalan dengan Kumboyono(2011) bahwa terdapat perbedaan pengetahuan pasien tuberkulosis antara yang diberi penyuluhan kesehatan dengan menggunakan media cetak pada saat *pretest* dan *posttest*. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian penyuluhan kesehatan menggunakan media cetak (*posttes*) cenderung lebih tinggi daripada sebelum diberi penyuluhan kesehatan.

Hasil penelitian Yulfira (2012) menyebutkan bahwa sebagian masyarakat mempunyai sikap yang kurang peduli jika merasakan gejala batuk, sehingga mereka mengobatinya hanya dengan membeli obat di warung. Umumnya mereka berpendapat bahwa penyakit batuk adalah hal yang biasa dan tidak merupakan penyakit yang serius. Selanjutnya jika tidak sembuh dan cukup parah barulah mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan, sehingga terdapat hubungan antara sikap sebelum dan setelah diberi penyuluhan. Hasil penelitian ini didukung oleh Infanti (2011) yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap penderita TB paru positif tentang pencegahan penularan TB paru pada keluarga. Menurut Manalu dan Sukana (2011) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa setelah mengetahui gejala dan tanda menderit TB Paru sebagian besar responden langsung mencari pengobatan apakah itu sifatnya konsultasi, berobat ke puskesmas untuk memastikan terkena TB paru, dan ada penderita yang berpindah-pindah tempat dalam pengobatan. Lebih lanjutnya dijelaskan bahwa kepatuhan minum obat bagi penderita TB paru adalah merupakan suatu faktor yang sangat penting untuk keberhasilan penyembuhan TB paru secara tuntas dan sesudah diberi pendidikan kesehatan melalui penyuluhan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Balai Kesehatan Masyarakat Klaten pada tanggal 10 April 2017 tercatat bahwa pada trimester pertama di tahun 2014 sebanyak 45 pasien baru yang menjalani pengobatan. Pada tahun 2015 dalam empat

trimester sebanyak 163 pasien baru yang menjalani pengobatan. Jumlah pasien baru yang menjalani pengobatan tersebut meningkat pada tahun 2016 yaitu 165 pasien baru. Penatalaksanaan pada pasien baru TB yang dilakukan oleh Balai Kesehatan Masyarakat Klaten adalah melakukan program, dimana program tersebut mengacu pada program nasional. Salah satu program yang dilakukan oleh Balai Kesehatan Masyarakat Klaten adalah melakukan program pendidikan kesehatan.

Program pendidikan kesehatan yang dilakukan tersebut diberikan kepada pasien TB baru ketika terdeteksi penyakit TB setelah dilakukan pemeriksaan dahak atau pemeriksaan *rontgen* paru dengan hasil pemeriksaan positif TB. Pasien yang datang berobat, melakukan pemeriksaan dahak rutin dan pemeriksaan lanjutan juga akan diberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh Balai Kesehatan Masyarakat Klaten ini dilakukan di dalam ruangan TB DOTS. Sehingga dalam pelaksanaannya, pendidikan kesehatan ini diberikan oleh petugas kesehatan yang berada di ruang TB DOTS. Program pendidikan kesehatan yang diberikan tersebut bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada pasien TB mengenai penyakit TB, terjadinya penyakit, penyebab, penularan, gejala, pemeriksaan serta pengobatan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan tersebut menggunakan media *leaflet* dan lembar balik. Selain itu, program tersebut juga bertujuan agar penderita TB melakukan upaya pencegahan dan penularan penyakit TB tersebut kepada keluarga dan masyarakat dengan meningkatkan kepedulian dan sikap penderita terhadap penyakit TB.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan evaluasi pemberian edukasi tentang tuberkulosis terhadap pengetahuan dan sikap penderita dalam pencegahan dan penularan tuberkulosis di Balai Kesehatan Masyarakat Klaten.

B. Rumusan Masalah

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Gejala utama adalah batuk selama 2 minggu atau lebih, batuk disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa berkegiatan fisik, serta demam lebih dari 1 bulan. (Risksedas, 2013)

Djannah, dkk (2009) yang menyebutkan bahwa dengan pendidikan maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa.

Pengetahuan dan pemahaman penderita TB memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan TB paru

Pengetahuan dan sikap penderita TB yang belum mengetahui penyakitnya serta penularan penyakit itu sendiri menjadi salah satu penyebab penyebaran penularan TB semakin meningkat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan bagi penderita TB, hal ini bertujuan agar terjadi peningkatan pengetahuan dan sikap penderita TB, sehingga dapat menurunkan penyebaran penyakit TB.

Berdasarkan latar belakang diatas memberi dasar bagi peneliti untuk mengetahui “Adakah Hubungan Evaluasi Pemberian Edukasi Tentang Tuberkulosis Dengan Pengetahuan dan Sikap Penderita Dalam Pencegahan Dan Penularan Tuberkulosis di Balai Kesehatan Masyarakat Klaten?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan evaluasi pemberian edukasi tentang tuberkulosis terhadap pengetahuan dan sikap penderita dalam pencegahan dan penularan tuberkulosis di Balai Kesehatan Masyarakat Klaten.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengetahui karakteristik responden, meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menderita dan lama menjalani pengobatan tuberkulosis.
- b. Mengetahui tingkat pengetahuan responden sebelum dan setelah dilakukan edukasi.
- c. Mengetahui sikap responden sebelum dan setelah dilakukan edukasi.
- d. Mengetahui peningkatan sikap dan pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan edukasi.
- e. Menganalisis hubungan evaluasi pemberian edukasi tuberkulosis terhadap pengetahuan dan sikap penderita dalam pencegahan dan penularan tuberkulosis.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menambah informasi dan pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis dengan mengikuti pendidikan kesehatan yang dilakukan tenaga kesehatan dan dari media informasi kesehatan yang lain misalnya internet dan TV.

2. Bagi Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan edukasi pada pasien yang berkaitan dengan penyakit tuberkulosis.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan mampu mengaplikasikan edukasi kepada pasien, keluarga dan masyarakat tentang pentingnya mengetahui tentang penyakit tuberkulosis dan sikap yang dapat diambil bagi penderita dan keluarga dengan tuberkulosis.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sumber rujukan dan referensi untuk penelitian mengenai pengetahuan dan sikap dari penderita tuberkulosis yang selanjutnya.

5. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang pemberian edukasi dengan pengetahuan serta sikap penderita tuberkulosis.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya yang serupa dengan penelitian ini, antara lain :

1. Palupi (2011) dengan judul *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Penderita Tuberkulosis yang Berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Surakarta*. Jenis penelitian ini adalah eksperimen semu (*quasi experiment*), dengan rancangan *one group pretest- posttest*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita TB yang berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Surakarta. Sampel sejumlah 35 orang yang diambil dengan *cluster random sampling*. Variabel bebas adalah pendidikan kesehatan dan variabel terikat adalah pengetahuan, sikap dan perilaku. Cara pengumpulan data dengan metode kuesioner. Dan hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan Uji *paired t-test* . Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan pada nilai $p=0,001$, terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap pada $p=0,001$ dan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku pencegahan penularan penyakit TB pada nilai $p=0,001$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat

pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan penularan.

Perbedaan penelitian Dewi (2011) dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah dalam penelitian Dewi, variabel terikatnya yaitu perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku pasien TB, sedangkan variabel terikat yang digunakan peneliti adalah pengetahuan dan sikap penderita TB. Jenis penelitian yang digunakan oleh Dewi adalah eksperimen semu sedangkan peneliti berencana menggunakan jenis penelitian pre eksperimen. Teknik pengambilan sampel yang digunakan Dewi adalah *cluster random sampling*, sedangkan peneliti berencana menggunakan teknik sampel berupa *purposive sample*.

2. Kastuti (2016) dengan judul *Peningkatan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dalam Perawatan TB Paru Melalui Paket Pendidikan Manajemen Diri*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh paket pendidikan manajemen diri TB Paru terhadap pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam perawatan TB Paru di Puskesmas Kembaran II Kabupaten Banyumas. Jenis penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan *post test only non equivalent control group design*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anggota keluarga yang berperan sebagai care giver utama penderita TB Paru di wilayah Puskesmas Kembaran II Kabupaten Banyumas. Sampel sebanyak 34 orang diambil dengan cara *purposive sampling*. Analisis statistik dengan uji independent t-test diperoleh skor pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam perawatan TB Paru setelah dilakukan paket pendidikan manajemen diri TB Paru pada kelompok kontrol memiliki rata-rata 25,59 (SD=5.038) dan pada kelompok intervensi 43,29 (SD=8,872), selisih mean sebesar 17,70, dengan p-value=0.001 dan $\alpha=0,05$. Dari eksperimen dihasilkan bahwa Paket pendidikan manajemen diri TB Paru berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam perawatan TB Paru di Puskesmas Kembaran II Kabupaten Banyumas.

Perbedaan dengan penelitian Kastuti (2016) adalah dalam penelitian Kastuti meneliti tentang peningkatan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam perawatan TB paru melalui paket pendidikan manajemen diri, sedangkan yang ingin dilakukan peneliti adalah hubungan antara pemberian edukasi terhadap pengetahuan dan sikap penderita TB paru. Dalam penelitian Kastuti tersebut menggunakan desain penelitian *post test only non equivalent control group design*, sedangkan peneliti berencana menggunakan desain penelitian one group pretest-posttest.

3. I Gusti (2013) dengan judul *Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalankan Program Pengobatan Obat Anti Tuberculosis (OAT)*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan pasien tuberkulosis menjalankan program pengobatan obat anti tuberkulosis (OAT) di poliklinik RSUD Wangaya 2013 dengan jumlah responden 28 orang, dengan metode penelitian jenis *deskriptif*, dengan pemilihan sampling secara *non probability sampling*, yaitu *consecutife sampling*. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil sebagian responden memiliki tingkat pengetahuan yaitu 28 responden (74%) dari 38 responden. Pada kisaran umur 36-45 tahun sebanyak 12 responden (31%), tamat SMP sebanyak 9 responden (23%) dan memiliki pengawas minum obat (PMO) keluarga sebanyak 26 responden (68%). Responden memiliki tingkat pengetahuan sedang sebanyak 9 responden (24%) dari 38 responden dengan karakteristik kisaran umur 36-45 tahun, sebanyak 5 responden (13%), tamat SMP sebanyak 3 responden (8%), dan tidak memiliki pengawas minum obat (PMO) sebanyak 5 responden (13%). Responden yang memililiki tingkat pengetahuan rendah sebanyak 1 responden (3%) dari 38 responden dengan karakteristik kisaran umur 36-45 tahun, pendidikan tamat SD dan tidak memiliki pengawas minum obat (PMO).
- Perbedaan dengan penelitian I Gusti (2013), variabel bebas pada penelitian I Gusti (2013) adalah pengetahuan pasien tuberkulosis, sedangkan yang peneliti gunakan adalah hubungan pemberian edukasi. Penelitian I Gusti menggunakan metode penelitian jenis *deskriptif*, dan menggunakan metode penelitian dengan pemilihan sampling secara *consecutife sampling* sedangkan peneliti akan menggunakan metode *purposive sampling*.