

**PERSEPSI KELUARGA KONTAK SERUMAH TENTANG PENULARAN  
TUBERKULOSIS PARU DENGAN PENDEKATAN *HEALTH BELIEF*  
*MODEL*: STUDI KUALITATIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KEDATON**

TESIS

Oleh:

GUSTI MAHARANI  
NPM. 2528021032



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2026**

**PERSEPSI KELUARGA KONTAK SERUMAH TENTANG PENULARAN  
TUBERKOLUSIS PARU DENGAN PENDEKATAN *HEALTH BELIEF  
MODEL*: STUDI KUALITATIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KEDATON**

Oleh:

GUSTI MAHARANI  
NPM. 2528021032

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Pada  
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2026**

## ABSTRAK

### PERSEPSI KELUARGA KONTAK SERUMAH TENTANG PENULARAN TUBERKULOSIS PARU DENGAN PENDEKATAN *HEALTH BELIEF MODEL*: STUDI KUALITATIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDATON

OLEH

GUSTI MAHARANI

Tuberkulosis (TB) Paru masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan tingginya risiko penularan pada keluarga kontak serumah. Meskipun edukasi telah diberikan, perilaku pencegahan belum diterapkan secara konsisten. Penelitian ini bertujuan menganalisis persepsi keluarga kontak serumah tentang penularan TB Paru menggunakan pendekatan *Health Belief Model* (HBM). Penelitian menggunakan metode kualitatif desain studi kasus di wilayah kerja UPT Puskesmas Kedaton Bandar Lampung. Informan terdiri dari 15 keluarga kontak serumah, 1 kader kesehatan, dan 1 petugas kesehatan yang dipilih secara *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis secara tematik berdasarkan konstruk HBM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan memiliki persepsi kerentanan dan keseriusan yang masih rendah meskipun mengetahui TB Paru dapat menular melalui droplet dan kontak erat. Informan memahami manfaat penggunaan masker, menjaga ventilasi rumah, dan pola hidup sehat, namun penerapannya belum konsisten. Hambatan utama meliputi kebiasaan merokok, lupa menggunakan masker, stigma sosial, rendahnya kesadaran keluarga, serta kondisi sosial ekonomi. Kesimpulan Edukasi dari tenaga kesehatan menjadi pemicu utama tindakan pencegahan, tetapi *self-efficacy* sebagian informan masih rendah. Selain itu, masih ditemukan anggapan bahwa TB merupakan penyakit keturunan atau akibat guna-guna. Penelitian ini menegaskan pentingnya edukasi kesehatan yang komunikatif, berkelanjutan, dan berbasis budaya untuk meningkatkan perilaku pencegahan TB Paru pada keluarga kontak serumah.

Kata Kunci: tuberkulosis paru, *health belief model*, keluarga kontak serumah, persepsi kesehatan, perilaku pencegahan, studi kualitatif.

## **ABSTRACT**

### **PERCEPTION OF FAMILY CONTACTS IN THE SAME HOUSEHOLD REGARDING PULMONARY TUBERCULOSIS TRANSMISSION USING THE HEALTH BELIEF MODEL APPROACH: A QUALITATIVE STUDY IN THE WORKING AREA OF THE KEDATON PUBLIC HEALTH CENTER**

**BY**

**GUSTI MAHARANI**

Pulmonary tuberculosis (TB) remains a public health problem, with a high risk of transmission among household contacts. Although education has been provided, preventive behaviors have not been consistently implemented. This study aims to analyze the perceptions of household contacts regarding pulmonary TB transmission using the Health Belief Model (HBM) approach. The study employed a qualitative case study design in the working area of the Kedaton Community Health Center in Bandar Lampung. Informants included 15 household contacts, one health cadre, and one health worker selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation, then analyzed thematically based on the HBM construct. The results showed that most informants had low perceptions of susceptibility and seriousness, despite knowing that pulmonary TB can be transmitted through droplets and close contact. Informants understood the benefits of wearing masks, maintaining home ventilation, and adopting a healthy lifestyle, but their implementation was inconsistent. Key barriers included smoking, forgetting to wear masks, social stigma, low family awareness, and socioeconomic conditions. In conclusion, education from health workers is a primary driver of preventive action, but self-efficacy among some informants remains low. Furthermore, the perception that TB is a hereditary disease or the result of witchcraft persists. This study emphasizes the importance of communicative, sustainable, and culturally based health education to improve TB prevention behavior among household contacts.

**Keywords:** pulmonary tuberculosis, health belief model, household contacts, health perception, prevention behavior, qualitative study.

Judul Tesis : Persepsi Keluarga Kontak Serumah Tentang Penularan Tuberkulosis Paru Dengan Pendekatan *Health Belief Model*: Studi Kualitatif Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton

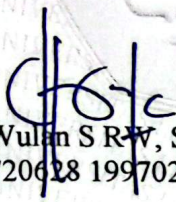
Nama Mahasiswa : **Gusti Maharani**

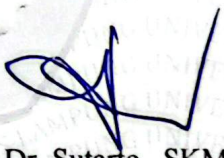
NPM : 2528021032

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat


Fakultas : Kedokteran

Menyetujui,  
Komisi Pembimbing

  
Prof. Dr. Dyah Wulan S R W, SKM, M. Kes  
NIP. 19720628 199702 2 001

  
Dr. Sutarto., SKM., M. Epid  
NIP. 19720706 199503 1 002

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat,

  
Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked, M. Kes, Sp.Par.K  
NIP. 19781009 200501 1 001

## MENGESAHKAN

### 1. Tim penguji

Ketua : Prof. Dr. Dyah Wulan S RW, SKM, M. Kes  
NIP. 19720628 199702 2 001

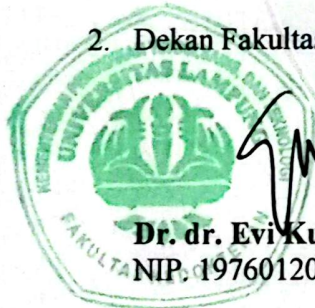
Sekretaris : Dr. Sutarto, SKM, M. Epid  
NIP. 197207061995031002

Anggota : Dr. dr. Reni Zuraida., M.Si.  
NIP. 19790124 200501 2 015

Anggota : Dr. dr. Fitria Saftarina., M. Sc.  
NIP. 19780903 200604 2 001

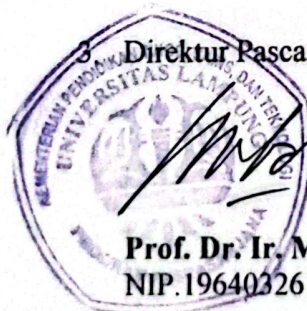


### 2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked, M. Sc  
NIP. 19760120 200312 2 001

### 3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung



Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si  
NIP. 196403261989021001

Tanggal lulus ujian tesis: 15 juni 2026

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul “Persepsi Keluarga Kontak Serumah Tentang Penularan Tuberkolusis Paru Dengan Pendekatan *Health Belief Model*: Studi Kualitatif di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton” adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut *plagiarism*.
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya, maka saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, 15 Juni 2026

Pembuat pernyataan



*Gusti Maharani*  
Gusti Maharani

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis lahir di Tanjung Karang pada 07 Agustus 1982 sebagai anak kesatu dari 3 bersaudara, putra dari Bapak H. Hidayat dan Ibu Hj. Farida Kusnani, S. Pd, M. Pd Riwayat pendidikan penulis diawali di TK Sriwijaya Bandar Lampung.

Pendidikan Sekolah Dasar ditempuh di SDN 1 Surabaya dan selesai pada tahun 1994. Selanjutnya, penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Pertama di SLTPN 12 Bandar Lampung selesai pada tahun 1997, serta Sekolah Menengah Atas di SMUN 1 Bandar Lampung selesai pada tahun 2000.

Pada tahun 2000, penulis melanjutkan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati Bandar Lampung. Setelah menyelesaikan Pendidikan profesi dokter, penulis pernah bekerja di RSUD Menggala Kabupaten Tulang Bawang periode 2007-2008, Penulis juga pernah mengabdikan sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) Kementerian Kesehatan pada kategori daerah Sangat terpencil Kabupaten Musi Rawas Sumatera Selatan selama periode 2008–2009. Pada tahun 2010, penulis diterima sebagai CPNS di Kabupaten Musi Rawas Sumatera Selatan. Sejak tahun 2013 hingga sekarang, penulis bertugas di Kota Bandar Lampung, dan saat ini bertugas di Puskesmas Kedaton. Untuk meningkatkan kompetensi akademik, penulis melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung pada tahun 2025.

## **PERSEMBAHAN**

Tesis ini saya persembahkan kepada Papa, Mama, suami, ketiga anak-anak Lelakiku, dan kedua adikku tercinta yang senantiasa memberikan doa, kasih sayang, dan dukungan dalam setiap langkah perjalanan hidup saya.

## SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Esa atas segala rahmat, karunia, dan hidayah-Nya sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Tesis yang berjudul “Persepsi Keluarga Kontak Serumah Tentang Penularan Tuberkulosis Paru Dengan Pendekatan *Health Belief Model*: Studi Kualitatif di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton” sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Dalam proses penyusunan tesis ini, penulis memperoleh banyak dukungan, bantuan, serta bimbingan dari berbagai pihak. pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A, I.P.M selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked M. Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM, M. Kes. selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan, bimbingan, motivasi, kritik dan saran dalam penyelesaian tesis ini;
4. Dr. Sutarto, SKM, M. Epid selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, masukan, serta motivasi selama proses penyusunan tesis;
5. Dr. dr. Reni Zuraida, M. Si selaku pembahas utama yang telah memberikan berbagai saran dan masukan demi penyempurnaan tesis ini;
6. Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc. selaku pembahas kedua yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penyelesaian tesis ini;
7. Dr. Suharmanto, S. Kep, MKM selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan selama masa perkuliahan;
8. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah memberikan ilmu, bantuan, dan pelayanan selama penulis menjalani pendidikan;
9. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia meluangkan waktu dan berpartisipasi dalam penelitian ini;
10. Papa, Mama dan Suami tercinta atas doa, kasih sayang, nasihat, serta dukungan yang tiada henti selama penulis menempuh Pendidikan magister;

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki berbagai kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan di masa mendatang.

Bandar Lampung, 15 juni 2026  
Penulis,

Gusti Maharani

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN DEPAN .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL .....	iv
DAFTAR GAMBAR .....	v

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1.Latar Belakang .....	1
1.2.Rumusan Masalah .....	6
1.3.Tujuan Penelitian.....	6
1.4.Manfaat Penelitian.....	7

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Landasan Teori.....	<b>8</b>
2.1.1. Definisi Tuberculosis Paru .....	8
2.1.2. Epidemiologi Tuberculosis Paru .....	9
2.1.3. Faktor Faktor Risiko Tuberkolusis Paru .....	11
2.1.4. Penularan Tuberkolusis Paru.....	12
2.1.5. Program Pencegahan Penularan Tuberculosis Paru di Puskesmas .....	14
2.1.6. <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	16
2.1.7. Penelitian Kualitatif.....	24
2.2. Penelitian Terdahulu .....	27
2.3. Kerangka Teori.....	33
2.4. Kerangka Konsep Penelitian .....	34

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1. Jenis Penelitian.....	35
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian .....	36
3.3. Subjek Penelitian / Informan.....	36

3.4. Pengumpulan Data .....	40
3.5. Analisis Data .....	41
3.6. Keabsahan Data.....	42

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN**

4.1. Gambaran Umum Subjek Penelitian .....	43
4.2. Karakteristik Informan .....	44
4.3. Hasil Penelitian .....	44
4.3.1. Persepsi Kerentanan ( <i>Perceived Susceptibility</i> ).....	44
4.3.2. Persepsi Keparahan ( <i>Perceived Severity</i> ).....	44
4.3.3. Persepsi Manfaat ( <i>Perceived Benefits</i> ).....	48
4.3.4. Persepsi Hambatan ( <i>Perceived Barriers</i> ).....	50
4.3.5. Isyarat Untuk Bertindak ( <i>Cues to Actions</i> ) .....	50
4.3.6. Efikasi Diri ( <i>Self Efficacy</i> ) .....	54
4.4. Analisis Tematik .....	54

#### **BAB V PEMBAHASAN**

5.1. Pembahasan.....	70
5.1.1. Interpretasi Persepsi Kerentanan ( <i>Perceived Susceptibility</i> )	70
5.1.2. Interpretasi Persepsi Keparahan ( <i>Perceived Severity</i> ).....	74
5.1.3. Interpretasi Persepsi Manfaat ( <i>Perceived Benefits</i> ).....	80
5.1.4. Interpretasi Persepsi Hambatan ( <i>Perceived Barriers</i> ).....	84
5.1.5. Interpretasi Isyarat Untuk Bertindak ( <i>Cues to Actions</i> ) .....	90
5.1.6. Interpretasi Efikasi Diri ( <i>Self Efficacy</i> ) .....	95
5.2. Implikasi Penelitian.....	100
5.3. Keterbatasan penelitian .....	103

#### **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

6.1. Kesimpulan .....	106
6.2. Saran .....	107

#### **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu .....	28
Tabel 3.1. Subjek Penelitian Kualitatif .....	39
Tabel 4.1. Karakter Informan .....	28
Tabel 4.2. Tabel Tematik Informan Utama .....	39
Tabel 4.3. Tabel Tematik Informan Triangulasi .....	39

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori .....	33
Gambar 2.2. Kerangka Konsep .....	34

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1.Latar Belakang**

Tuberkolusis Paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang terutama menyerang jaringan paru dan ditandai oleh peradangan granulomatosa akibat reaksi imun inang, agen penyebab, transmisi lewat droplet pernapasan, dan potensi progresi dari infeksi laten ke penyakit aktif menjadikan TB Paru sebagai penyakit menular utama dengan implikasi klinis dan program kesehatan masyarakat (Zhang et al., 2023) Dari sisi diagnostik, pemeriksaan TB Paru modern menekankan bukti bakteriologis atau molekuler sebagai konfirmasi penyakit, teknik seperti expert (nama sistem uji molekuler otomatis) *Mycobacterium tuberculosis*/Rifampicin (dan varian ultra), kultur, dan metode non-invasif (misalnya oral swab atau sputum alternatif) telah diulas untuk melihat tingkat sensitivitas/spesifisitasnya, oleh karena itu definisi operasional di penelitian dan program kontrol sering menyertakan spesifikasi metode diagnostik yang digunakan (Zhang et al., 2023).

Secara global kasus TB Paru pada tahun 2024 mencapai 10.7 juta kasus, tahun 2023 mencapai 10,8 juta kasus, tahun 2022 mencapai 10,6 juta kasus, tahun 2021 mencapai 10,4 juta kasus, hal ini menunjukkan salah satu permasalahan kesehatan dunia, dan merupakan indikator penting dalam pencapaian *Sustainable Development Goals*, terutama target *Sustainable Development Goals* yang menargetkan pengakhiran epidemi TB Paru pada tahun 2030. Penurunan insiden TB Paru sejak 2015 baru mencapai kisaran 8–9%, jauh di bawah *milestone* yang ditetapkan untuk tahun 2025 (Kanmani et al., 2024). Perlu adanya penekanan ulang pada pembiayaan berkelanjutan, integrasi layanan sosial (penanggulangan kemiskinan, perumahan layak), dan pelibatan komunitas sebagai langkah untuk menutup gap antara target *Sustainable Development Goals* dengan capaian TB Paru (Goletti et al., 2025).

Di Indonesia kasus TB Paru untuk tahun 2023 meningkat menjadi 889.000 kasus, pada tahun 2024 mencapai 1.092.000 kasus, dengan angka kematian diperkirakan mencapai 125.000 jiwa, dan pada tahun 2024 mencapai 85,5%, masih berada di bawah target Renstra Kementerian Kesehatan 2024 yaitu 90% peningkatan angka kejadian menunjukkan ada permasalahan penularan TB Paru aktif dimasyarakat salah satunya adalah penularan kontak serumah (Kemenkes RI, 2024).

Penularan TB Paru aktif di masyarakat dapat melalui penularan kontak serumah, yaitu kondisi ketika individu tinggal dalam satu rumah dan memiliki intensitas interaksi yang tinggi, sehingga berpotensi besar mengalami paparan penyakit menular, termasuk TB Paru. Dalam konteks TB Paru, kontak serumah mencakup anggota keluarga yang tinggal bersama pasien TB Paru aktif, dimana penularan dapat terjadi melalui droplet udara saat penderita batuk, bersin, atau berbicara. Lingkungan fisik rumah, seperti kepadatan hunian, ventilasi yang buruk, dan kualitas udara dalam ruangan, berperan penting dalam meningkatkan risiko penularan. Selain itu, faktor sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, dan kondisi sosial ekonomi turut memengaruhi kerentanan individu terhadap TB Paru, karena berkaitan erat dengan kualitas hunian dan pola hidup sehari-hari. Penelitian menunjukkan bahwa penularan TB Paru tidak hanya terjadi di dalam rumah, tetapi juga dapat meluas ke lingkungan sekitar rumah dan tempat kerja, meskipun transmisi internal rumah tangga merupakan bentuk penularan yang paling dominan (Wardani et al, 2018).

Penularan TB Paru melalui kontak serumah dipengaruhi oleh beberapa aspek yang perlu mendapat perhatian khusus dalam upaya pengendalian penyakit. Kepadatan penghuni rumah meningkatkan frekuensi dan durasi kontak dengan penderita TB Paru, sehingga memperbesar peluang inhalasi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Ventilasi yang tidak memadai dan tingginya polusi udara dalam ruangan, seperti asap rokok atau bahan bakar padat,

memperburuk kualitas udara dan mempercepat penularan. Selain faktor lingkungan fisik, kondisi sosial ekonomi yang rendah sering kali membatasi akses terhadap informasi kesehatan, pemeriksaan dini, dan pengobatan yang tepat. Oleh karena itu, dalam penanganan penularan TB Paru pada kontak serumah, perlu diperhatikan integrasi antara perbaikan lingkungan hunian, penguatan edukasi kesehatan, serta pemeriksaan dan pemantauan intensif terhadap anggota keluarga yang tinggal bersama pasien TB Paru aktif sebagai kelompok berisiko tinggi (Wardani et al, 2018).

Untuk mengurangi risiko penularan kontak serumah, sudah dilakukan program nasional eliminasi bebas TB Paru Tahun 2030 yang salah satunya yaitu pemberian edukasi kepada keluarga kontak serumah alasannya karena edukasi merupakan komponen kunci dalam pencegahan penularan TB Paru pada kontak serumah, terutama karena faktor pendidikan terbukti sebagai indikator terkuat dalam determinan sosial ekonomi yang memengaruhi kondisi perumahan dan akhirnya berdampak pada penularan TB Paru. Rendahnya tingkat pendidikan berkorelasi dengan kepadatan hunian yang tinggi, ventilasi yang buruk, serta rendahnya pemahaman tentang perilaku pencegahan TB Paru di dalam rumah. Oleh karena itu, peningkatan edukasi dipandang sebagai intervensi strategis untuk menurunkan risiko penularan internal rumah tangga, khususnya pada kelompok masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi rendah (Wardani et al., 2018).

Dalam perspektif *Health Belief Model* (HBM), tingginya penularan TB Paru berkaitan dengan rendahnya *perceived susceptibility* dan *perceived severity*, di mana sebagian masyarakat belum merasa rentan tertular TB Paru atau belum memandang TB Paru sebagai penyakit serius yang berdampak jangka panjang. Selain itu, *perceived barriers* seperti stigma, ketakutan akan diskriminasi, keterbatasan akses layanan kesehatan, serta kendala ekonomi sering kali menghambat individu dan keluarga termasuk kontak serumah untuk melakukan pemeriksaan dini dan pencegahan. Lemahnya *cues to action*,

seperti edukasi kesehatan yang kurang efektif dan minimnya pengingat atau ajakan dari tenaga kesehatan, turut memperlambat respons masyarakat terhadap risiko TB Paru. Kondisi ini diperburuk oleh rendahnya *self-efficacy*, yaitu keyakinan individu dan keluarga bahwa mereka mampu menerapkan perilaku pencegahan seperti etika batuk, perbaikan ventilasi rumah, dan kepatuhan skrining kontak. Dengan demikian, peningkatan kejadian TB Paru mencerminkan belum optimalnya seluruh komponen *Health Belief Model* (HBM) dalam mendorong perubahan perilaku pencegahan penularan TB Paru di tingkat individu, keluarga, dan masyarakat (Khormi, 2025).

Merujuk dari peneliti lain, menyebutkan bahwa Determinan Perilaku sebagai Faktor Risiko Terjadinya TB Paru, hal ini menunjukkan bahwa konstruksi *Health Belief Model* (HBM), termasuk persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan berkaitan dengan kejadian TB Paru pada populasi (Ramadhani et al., 2022). Selain itu edukasi kesehatan berbasis *Health Belief Model* (HBM) meningkatkan *knowledge* keluarga pasien TB Paru. Studi ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis *Health Belief Model* (HBM) efektif dalam meningkatkan pemahaman keluarga tentang pencegahan dan penanganan TB Paru (Bolon et al., 2021). Upaya pencegahan penularan TB Paru dengan menilai komponen *Health Belief Model* (HBM) seperti *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *cues to action* pada responden masyarakat. Hasilnya menunjukkan hubungan antara keyakinan kesehatan dengan perilaku pencegahan TB Paru di komunitas tertentu (Supinganto et al., 2020).

Di Provinsi Lampung Pada tahun 2024, beban TB Paru masih tergolong tinggi, dengan estimasi jumlah kasus mencapai sekitar 31.302 kasus. Pada tahun 2023, kinerja penemuan kasus TB Paru menunjukkan perbaikan, dengan cakupan penemuan kasus mencapai sekitar 99,5 %, yang menandakan peningkatan intensitas skrining dan pelaporan kasus TB Paru di tingkat provinsi. Sementara itu, pada tahun 2022, cakupan penemuan kasus TB Paru

di Provinsi Lampung tercatat lebih rendah, yaitu sekitar 76,3 %, menggambarkan bahwa pada periode tersebut masih terdapat cukup banyak kasus TB Paru yang belum terdeteksi. Pola fluktuasi selama tiga tahun ini menunjukkan bahwa meskipun upaya pengendalian TB Paru terus dilakukan, Provinsi Lampung masih menghadapi tantangan besar dalam menjaga konsistensi penemuan kasus dan memutus rantai penularan TB Paru di masyarakat (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2024).

Kasus TB Paru Kota Bandar Lampung Tahun 2024 tercatat  $\pm 4.986$  kasus, Tahun 2023 tercatat  $\pm 4.500$  kasus dan Tahun 2022 tercatat 4.073 kasus. Data tersebut menunjukkan bahwa kasus TB Paru di Kota Bandar Lampung cenderung meningkat dari tahun 2022 hingga 2024, yang mengindikasikan bahwa penularan TB Paru di masyarakat masih berlangsung aktif. Kondisi ini menegaskan perlunya penguatan upaya deteksi dini, investigasi kontak yang khususnya kontak serumah serta edukasi berkelanjutan kepada masyarakat untuk memutus rantai penularan TB Paru (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2024). Di wilayah kerja UPT Puskesmas Kedaton, Data program TB Paru tahun 2024 menunjukkan *Case Notifications Rate* (CNR) sebesar 231 kasus atau 67%, pada tahun 2023 sebesar 279 kasus atau 68%, dan pada tahun 2022 sebesar 279 kasus atau 68%, ditemukan nilai yang masih berada di bawah target nasional yaitu 90% penanggulangan TB Paru. Angka ini menggambarkan bahwa sebagian kasus TB Paru di komunitas kemungkinan masih belum teridentifikasi, sehingga rantai penularan *Mycobacterium tuberculosis* dapat terus berlanjut di lingkungan masyarakat (UPT Puskesmas Kedaton, 2025).

Upaya yang dilakukan puskesmas melalui program pencegahan dan pengobatan TB Paru telah dilakukan oleh petugas puskesmas pada awal pengobatan kepada pasien dan keluarga kontak serumah, salah satunya dengan melakukan edukasi yang dilakukan diawal pengobatan pasien, kepada pasien

dan keluarga kontak serumah oleh petugas TB paru Puskesmas. Namun, masih ada penularan yang terjadi setelah diadakan upaya edukasi. Oleh karena itu, peneliti bertujuan melakukan penelitian Persepsi keluarga kontak serumah yang diberi edukasi penularan TB Paru dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM) di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana persepsi keluarga kontak serumah tentang penularan TB Paru berdasarkan pendekatan *Health Belief Model* (HBM).

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### 1.3.1. Tujuan Umum:

Menganalisis persepsi keluarga kontak serumah tentang penularan TB Paru menggunakan pendekatan *Health Belief Model* (HBM)

### 1.3.2. Tujuan Khusus:

1. Untuk mendeskripsikan persepsi kerentanan keluarga kontak serumah terhadap TB Paru.
2. Untuk mendeskripsikan persepsi keseriusan dampak TB Paru.
3. Untuk mendeskripsikan persepsi manfaat tindakan pencegahan penularan TB Paru.
4. Untuk mendeskripsikan hambatan dalam penerapan pencegahan penularan TB Paru.
5. Untuk mendeskripsikan faktor pemicu tindakan pencegahan penularan TB Paru.
6. Untuk mendeskripsikan keyakinan diri dalam melakukan perilaku pencegahan penularan TB Paru.

**1.4. Manfaat Penelitian**

1. Memberikan kontribusi pada pengembangan teori perilaku kesehatan terkait persepsi keluarga kontak dalam pencegahan penularan TB Paru.
2. Menjadi dasar bagi tenaga kesehatan dalam merancang edukasi yang lebih efektif untuk meningkatkan pemahaman dan perubahan perilaku keluarga kontak TB Paru.
3. Memberikan informasi empiris untuk penguatan kebijakan pencegahan TB Paru berbasis keluarga serta intervensi yang mempertimbangkan faktor lingkungan dan sosial dalam komunitas.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Landasan Teori**

##### **2.1.1. Definisi Tuberkolusis Paru**

Tuberkolusis Paru adalah penyakit infeksi disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang terutama menyerang jaringan paru dan ditandai oleh peradangan granulomatosa akibat reaksi imun inang; agen penyebab, transmisi lewat droplet pernapasan, dan potensi progresi dari infeksi laten ke penyakit aktif menjadikan TB Paru sebagai penyakit menular utama dengan implikasi klinis dan program kesehatan masyarakat (Zhang et al., 2023).

Secara klinis, TB Paru merupakan kombinasi gejala penyakit respiratori (seperti batuk persisten, hemoptisis, nyeri dada), dan adanya temuan radiologis (seperti lesi kaviter atau infiltrat pada X-ray/CT), dan/atau bukti bakteriologis (AFB mikroskopis, kultur MTB, atau molekuler seperti *Xpert*); definisi kasus praktik klinik sering menggabungkan diagnosis bakterio-positif dan diagnosis klinis ketika bukti laboratorium tidak tersedia (Ning et al., 2025).

Dari sisi diagnostik, pemeriksaan TB Paru modern menekankan bukti bakteriologis atau molekuler sebagai konfirmasi penyakit, teknik seperti *Xpert* MTB/RIF (dan varian ultra), kultur, dan metode non-invasif (misalnya oral swab atau sputum alternatif) telah diulas untuk melihat tingkat sensitivitas/spesifisitasnya; oleh karena itu definisi operasional di penelitian dan program kontrol sering menyertakan spesifikasi metode diagnostik yang digunakan (Zhang et al., 2023).

### 2.1.2. Epidemiologi Tuberkolusis Paru

Secara global, tren insiden dan sebaran TB Paru menunjukkan penurunan yang lambat selama dua dekade terakhir, akan tetapi dengan variasi regional yang besar; analisis spasial nasional dan regional menegaskan bahwa beberapa wilayah masih mencatat beban penyakit yang tinggi akibat faktor sosial-demografis dan kluster geografis, sehingga intervensi perlu diarahkan berbasis bukti spasial. Studi multinegara yang memetakan tren dari 2000–2021 menunjukkan pola penurunan insiden di banyak negara namun juga memperingatkan adanya stagnasi/kemunduran di beberapa lokasi akibat gangguan layanan misalnya pada masa pandemi COVID-19 dan ketimpangan akses layanan Kesehatan (Bai et al, 2024).

Analisis beban penyakit dari studi global dan ringkasan data nasional menekankan bahwa meskipun angka kejadian dan mortalitas TB Paru menurun secara keseluruhan, angka kematian tetap substansial dan resistensi obat (MDR/XDR-TB) masih menjadi ancaman yang melambatkan kemajuan eliminasi; oleh karena itu penanggulangan TB Paru memerlukan kombinasi deteksi dini, pengobatan efektif, dan intervensi sosial-ekonomi untuk mengurangi determinan struktural penyakit. Hal ini menunjukkan perbedaan umur-spesifik dan beban yang penting untuk perencanaan program (Cui et al., 2025).

Studi observasional pada kontak serumah menegaskan bahwa rumah tangga adalah unit utama penularan: insiden TB Paru pada kontak serumah jauh lebih tinggi dibanding populasi umum, dan faktor-faktor seperti *bacillary load* kasus indeks, durasi paparan, kondisi ventilasi rumah, serta status nutrisi atau komorbiditas kontak (misalnya seperti HIV dan diabetes) secara konsisten dikorelasikan dengan risiko infeksi dan penyakit aktif. Hasil-hasil ini memperkuat pentingnya strategi skrining aktif *household contact investigation* dan implementasi TPT untuk memutus rantai penularan (Seid et al., 2025).

Proyeksi jangka panjang dan analisis tren menunjukkan bahwa penurunan insiden dan kematian TB Paru dapat berlanjut jika intervensi program diperkuat, termasuk cakupan skrining, kapasitas laboratorium, akses pengobatan, serta program pencegahan seperti TPT, akan tetapi tanpa perbaikan determinan sosial-ekonomi dan penguatan sistem kesehatan, target eliminasi 2030–2035 sulit tercapai. Model proyeksi juga menyoroti kelompok usia anak dan lansia sebagai populasi yang tetap rentan dan memerlukan intervensi spesifik (Li et al., 2025)

Dari sisi diagnostik dan pengendalian, tinjauan mutakhir menyatakan bahwa kemajuan teknologi (uji molekuler cepat, digital radiography, dan jejak genomik) memperbaiki sensitivitas deteksi TB Paru dan identifikasi resistensi, yang berdampak langsung pada epidemiologi yang mempercepat deteksi kasus, mengurangi masa penularan, dan memungkinkan intervensi yang lebih tepat sasaran. Namun, adopsi teknologi ini masih terhambat oleh keterbatasan infrastruktur di banyak daerah endemik sehingga distribusi teknologi yang merata menjadi prioritas epidemiologis (Maciejak et al., 2025).

Tren mortalitas TB Paru dari analisis periode terbaru memperlihatkan penurunan umum namun juga adanya perbedaan yang jelas menurut usia, jenis kelamin, dan wilayah, studi-studi longitudinal menekankan pentingnya pemantauan berkelanjutan terhadap mortalitas TB Paru sebagai indikator kunci efektivitas program, serta perlunya kombinasi intervensi klinis dan sosial untuk mengurangi kematian akibat TB Paru. Temuan ini menegaskan bahwa pengukuran *outcome* epidemiologis (insiden, prevalensi, mortalitas, DALYs) harus dipakai bersamaan dengan indikator proses (penemuan kasus, keberhasilan pengobatan, cakupan TPT) untuk menilai kemajuan program (S. Y. Chen, 2024).

### 2.1.3. Faktor Faktor Risiko Tuberkolusis Paru

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kontak serumah memiliki insiden TB Paru jauh lebih tinggi dibanding populasi umum, dan faktor sosioekonomi seperti kemiskinan, dan kepadatan rumah serta karakteristik klinis indeks kasus TB Paru (bakteri positif, adanya kavitas paru) meningkatkan risiko penularan ke anggota rumah tangga. Studi tersebut menegaskan kontribusi signifikan determinan klinis dan sosial ekonomi terhadap kejadian TB Paru di antara kontak serumah (Pinto et al., 2024).

Analisis dan tinjauan sistematis terhadap studi kontak memperlihatkan bahwa waktu respons pelacakan kontak (*timeliness*) dan kelengkapan skrining adalah determinan penting untuk menurunkan kejadian TB Paru pada kontak serumah, keterlambatan identifikasi dan evaluasi kontak memperbesar peluang berkembangnya penyakit aktif. Oleh karena itu, perbaikan metrik ketepatan waktu dan jalur rujukan rumah ke fasilitas kesehatan menjadi strategi program kunci (Nair et al., 2025).

Penelitian lapangan dengan pendekatan investigasi kunjungan rumah (*door-to-door*) menemukan *yield* deteksi TB Paru aktif yang tinggi terutama pada kontak serumah dari kasus bakterio-positif; faktor risiko terkait mencakup usia anak <5 tahun, status nutrisi buruk, dan komorbiditas seperti HIV atau diabetes. Temuan ini menegaskan perlunya penekanan screening sistematis pada kelompok rentan dalam rumah tangga (Seid et al., 2025b)

Studi di Tiongkok yang menggunakan tes imunologi (IGRA) dan skrining mikrobiologi melaporkan prevalensi infeksi *Mycobacterium Tuberculosis* yang tinggi di antara kontak serumah, dengan faktor risiko yang konsisten termasuk ventilasi rumah yang buruk, lama paparan, dan sifat penyakit indeks (misalnya beban bakteri tinggi). Hasil ini menyoroti peran kondisi

lingkungan rumah (seperti ventilasi, kepadatan) sebagai faktor kunci yang dapat dimodifikasi (Shi et al., 2025).

Kajian menggunakan model-epidemiologi menyatakan bahwa sebagian besar kasus baru pada kontak serumah dapat ditelusuri ke transmisi rumah tangga dan subklinis, faktor seperti penyakit subklinis pada indeks atau durasi paparan lama meningkatkan kontribusi transmisi yang tidak tertangkap oleh skrining berbasis gejala. Ini mendukung strategi deteksi aktif (*active case finding*) dan perlakuan preventif pada kontak berisiko (Ross et al., 2021).

Penelitian yang menelaah peran kasus subklinis/asimtomatik menunjukkan bahwa mereka menyumbang bagian nontrivial dari transmisibilitas populasi, sehingga kontak serumah yang terpapar kasus subklinis tetap berisiko. Implikasi praktisnya ialah perlunya kebijakan yang memasukkan evaluasi diagnostik yang lebih sensitif seperti radiologi, molekuler, IGRA pada anak dan orang berisiko, pada kontak serumah, bukan hanya skrining gejala (Emery et al., 2023)

#### **2.1.4. Penularan Tuberkulosis Paru**

Penularan *Mycobacterium Tuberculosis* pada manusia terjadi terutama lewat inhalasi droplet nuclei (aerosol kecil, 1–5  $\mu\text{m}$ ) yang dihasilkan saat orang dengan TB Paru batuk, tetapi juga dapat terjadi melalui berbicara, tertawa, atau bahkan pernapasan normal, partikel kecil ini mampu menetap di udara dan dihirup hingga mencapai alveolus penerima sehingga memulai proses infeksi didalam tubuh. Penelitian terkini yang menggunakan pengumpulan aerosol dan kultur menegaskan bahwa, bacil hidup dilepaskan selama berbagai aktivitas pernapasan, sehingga kontrol infeksi udara (ventilasi, filtrasi) tetap merupakan intervensi kunci untuk mencegah penularan (Patterson et al., 2024)

Banyak studi lapangan dan survei kohort menunjukkan bahwa kontak serumah terhadap pasien TB Paru memiliki risiko jauh lebih tinggi untuk tertular dibanding populasi umum, faktor yang meningkatkan risiko meliputi kedekatan fisik, durasi dan frekuensi paparan, beban bakteri pada kasus indeks, serta faktor kerentanan kontak (seperti usia muda, HIV, malnutrisi). Melalui studi populasi menegaskan bahwa deteksi aktif kontak rumah tangga (screening terarah) memberikan *yield* kasus yang signifikan dan merupakan kesempatan penting untuk pencegahan dan terapi preventif (Carter et al., 2023)

Secara etiologis, *mycobacterium tuberculosis* adalah bakteri adaptif dengan dinding sel lipid kaya *mycolic acid*, kemampuan bertahan intraseluler, dan faktor virulensi yang memungkinkan pengelakan respons imun awal, karakteristik ini menentukan bagaimana bakteri dapat menetap diparu, membentuk fokus infeksi, dan dalam beberapa kasus menghasilkan beban aerosolisasi tinggi. Pemahaman molekuler tentang faktor virulensi dan jalur metabolik Mtb membantu menjelaskan mengapa sebagian kasus lebih menular seperti kavitas paru dengan beban bakteri tinggi (Mohammadnabi et al., 2024)

Setelah inhalasi, makrofag alveolar menelan Mtb, interaksi kompleks antara bakteri dan respon imun seluler (sekaligus sinyal sitokin seperti IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ ) menentukan apakah infeksi dikendalikan (latensi) atau berkembang menjadi penyakit aktif. Proses pembentukan granuloma berfungsi menahan penyebaran bakteri tetapi juga menciptakan nisbah antara latensi dan aktivasi penyakit, perubahan lingkungan granuloma (hipoksia, kebocoran jaringan) dapat memicu reaktivasi dan meningkatkan potensi pelepasan bacil ke saluran napas. Pemahaman patofisiologis ini menjelaskan dasar biologis mengapa individu dengan gangguan imun lebih rentan menjadi sumber penularan (Yang et al., 2023).

Bukti kajian model dan data lapangan menunjukkan bahwa kasus subklinis (asimtomatik namun bakteriel atau radiologis positif) dapat menyumbang proporsi penting dari penularan, artinya bergantung hanya pada skrining berbasis gejala akan melewatkan sumber infeksi. Studi pemodelan kuantitatif memperkirakan kontribusi substansial dari kasus subklinis terhadap rantai transmisi populasi, sehingga strategi deteksi aktif (misalnya skrining radiologis atau diagnostik molekuler pada kontak) dan perlakuan preventif kontak menjadi penting untuk memutus penularan tersembunyi ini (Emery et al., 2023)

Selain karakteristik mikroba dan inang, kondisi fisik ruang tinggal termasuk ventilasi buruk, kepadatan penghuni, dan waktu paparan yang lama, secara konsisten diasosiasikan dengan peningkatan risiko penularan pada kontak serumah. Penelitian yang mengukur aerosol pernapasan menunjukkan bahwa pernapasan tidal (bukan hanya batuk) dapat menghasilkan jumlah bacil yang relevan, sehingga kombinasi intervensi lingkungan (perbaikan ventilasi, pengurangan kepadatan), proteksi pernapasan, dan penanganan cepat kasus indeks sangat penting untuk mengurangi transmisi rumah tangga (Dinkele et al., 2022)

#### **2.1.5. Program Pencegahan Penularan Tuberkolusis Paru di Puskesmas**

Pedoman konsolidasi WHO menekankan bahwa fasilitas pelayanan primer (puskesmas) harus mengintegrasikan skrining sistematis untuk kelompok prioritas, termasuk kontak serumah dalam paket layanan rutin. Rekomendasi ini meliputi penapisan terstruktur, alur rujukan yang jelas, dan manajemen TPT (*tuberculosis preventive therapy*) sebagai strategi program sentral untuk mencegah perkembangan penyakit pada kontak berisiko. Implementasi kebijakan ini memerlukan adaptasi lokal di puskesmas untuk memastikan ketersediaan obat, kemampuan diagnosis, dan pencatatan pelacakan kontak (WHO, 2020)

Bukti dari kajian sistematis menunjukkan bahwa *contact investigation* (pelacakan kontak) yang dilakukan puskesmas mampu meningkatkan deteksi dini kasus aktif dan memperlebar cakupan TPT (*tuberculosis preventive therapy*) pada anak serta kelompok rentan, sehingga mengurangi risiko transmisi rumah tangga. Program puskesmas yang menetapkan alur kunjungan rumah, skrining cepat (gejala + ray/tes molekuler bila tersedia), serta penjadwalan tindak lanjut memperbaiki *cascade of care* bagi kontak serumah. Pendekatan ini efektif jika didukung oleh pelatihan tenaga kesehatan dan mekanisme pencatatan yang memadai (Salazar-Austin et al., 2022)

Studi implementasi *Active Case Finding* (ACF) menyatakan bahwa puskesmas yang melakukan pendekatan masyarakat (melalui program *door-to-door*, kampanye skrining di fasilitas komunitas) menunjukkan peningkatan yield diagnostik dibandingkan hanya mengandalkan penemuan pasif, *Active Case Finding* (ACF) juga menurunkan waktu dari gejala pertama hingga diagnosis, sehingga berpotensi mengurangi periode akut penularan. Agar *Active Case Finding* (ACF) efisien, puskesmas perlu menargetkan populasi berisiko, mengoptimalkan jalur sampel (sputum/radiologi/molekuler), serta menjamin rujukan cepat ke pengobatan (MacPherson et al., 2024).

Penelitian lapangan programatis (dengan pendekatan penelitian mixed-methods) menunjukkan keberhasilan yang heterogen dalam pemberian TPT (*tuberculosis preventive therapy*), faktor penghambat meliputi keterlambatan pelacakan, kekhawatiran akan efek samping, kepatuhan, dan ketersediaan obat di puskesmas. Studi program di tingkat kabupaten/kawasan merekomendasikan penguatan rantai pasok, pencatatan tindak lanjut berbasis puskesmas, edukasi keluarga, dan monitoring kepatuhan sebagai strategi untuk meningkatkan cakupan dan

menyelesaikan regimen TPT (*tuberculosis preventive therapy*) pada kontak serumah (Nair et al., 2025)

Kajian model berpusat pada pasien (*Person Centered*) menekankan bahwa puskesmas akan lebih efektif mencegah penularan, bila mengintegrasikan peran kader komunitas, pendidikan kesehatan yang sensitif budaya, serta layanan yang mengatasi hambatan sosial-ekonomi. Pendekatan ini memaksimalkan penerimaan skrining kontak, mengurangi stigma, dan mendukung keberlanjutan intervensi pencegahan seperti TPT (*tuberculosis preventive therapy*) dan pengawasan rumah. *Evidence* menunjukkan intervensi yang melibatkan komunitas dapat meningkatkan akses serta menurunkan *loss-to-follow-up* pada rantai penanganan kontak (Calderwood et al., 2024).

Literatur implementasi program pencegahan penularan TB Paru di puskesmas merekomendasikan indikator kunci untuk dilaksanakan seperti: (1) proporsi kontak serumah yang terdaftar dan disaring dalam 7–14 hari setelah diagnosis indeks, (2) cakupan inisiasi TPT (*tuberculosis preventive therapy*) pada kontak berisiko, (3) kepatuhan dan penyelesaian TPT (*tuberculosis preventive therapy*), serta (4) penurunan delay diagnostik pada kasus tersangka yang ditemukan lewat pelacakan. Pengukuran metrik ketepatan waktu (*timeliness*) dan pemantauan kinerja secara rutin membantu puskesmas mengidentifikasi *bottleneck* dan meningkatkan efektivitas pencegahan penularan TB Paru (Nair et al., 2025).

#### **2.1.6. Health Belief Model (HBM)**

*Health Belief Model* (HBM) dikembangkan pada tahun 1950–1960 oleh sekelompok peneliti di *United States Public Health Service* yang berlatar belakang psikologi sosial. Model ini lahir dari permasalahan praktis di bidang kesehatan masyarakat, khususnya rendahnya partisipasi masyarakat dalam program pencegahan dan skrining penyakit meskipun layanan

tersebut tersedia secara gratis atau berbiaya sangat rendah, seperti pemeriksaan TB paru dan deteksi dini kanker serviks. Dengan demikian, *Health Belief Model* (HBM) tidak muncul sebagai teori murni, melainkan berkembang seiring upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat yang nyata (Rosenstock, 2016).

Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa pengembangan *Health Belief Model* (HBM) sangat dipengaruhi oleh teori medan (*field theory*) Kurt Lewin, yang menekankan bahwa perilaku manusia ditentukan oleh persepsi subjektif individu terhadap lingkungannya. Para peneliti *Health Belief Model* (HBM) memandang bahwa keputusan seseorang untuk melakukan tindakan kesehatan lebih ditentukan oleh bagaimana individu tersebut memaknai risiko penyakit dan manfaat tindakan pencegahan, bukan semata-mata oleh kondisi objektif atau informasi medis yang tersedia. Oleh karena itu, *Health Belief Model* (HBM) sejak awal berorientasi pada perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*) (Rosenstock, 2016)

*Health Belief Model* (HBM) didefinisikan sebagai suatu kerangka konseptual yang menjelaskan perilaku kesehatan individu berdasarkan keyakinan dan persepsi pribadi terhadap ancaman penyakit serta evaluasi terhadap tindakan pencegahan yang tersedia. Menurut Rosenstock (1974), seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan kesehatan apabila ia percaya bahwa dirinya rentan terhadap suatu penyakit, penyakit tersebut memiliki dampak serius, dan tindakan yang dilakukan dapat mengurangi risiko atau keparahan penyakit tersebut (Rosenstock, 2016)

Lebih lanjut, *Health Belief Model* (HBM) menekankan bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil interaksi antara kekuatan pendorong (persepsi kerentanan dan keseriusan) dan penilaian individu terhadap manfaat serta hambatan dari suatu tindakan. Rosenstock menegaskan bahwa yang

menentukan perilaku bukanlah efektivitas tindakan secara objektif, melainkan keyakinan subjektif individu mengenai manfaat dan hambatan tersebut. Dengan demikian, *Health Belief Model* (HBM) menempatkan persepsi individu sebagai faktor sentral dalam pengambilan keputusan Kesehatan (Rosenstock, 2016)

*Health Belief Model* (HBM) merupakan kerangka konseptual yang dirancang untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan individu berdasarkan persepsi subjektif terhadap ancaman kesehatan dan penilaian terhadap tindakan preventif. *Health Belief Model* (HBM) mengasumsikan bahwa keputusan seseorang untuk mengambil tindakan pencegahan, seperti skrining, vaksinasi, pengobatan, atau pencegahan penyakit sangat dipengaruhi oleh *perceived susceptibility* (keyakinan bahwa dirinya rentan terhadap penyakit) dan *perceived severity* (keyakinan bahwa penyakit tersebut serius atau berdampak buruk). Di samping itu, *Health Belief Model* (HBM) memasukkan konstruk *perceived benefits* (keyakinan bahwa tindakan preventif akan efektif), *perceived barriers* (keyakinan adanya hambatan dalam mengambil tindakan), serta faktor tambahan seperti *self-efficacy* (keyakinan diri bahwa mampu melaksanakan tindakan) dan *cues to action* (pemicu tindakan seperti edukasi, nasihat tenaga kesehatan, atau pengalaman pribadi). Kerangka ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak hanya didasari pengetahuan saja, tetapi juga persepsi risiko dan kemauan individu untuk bertindak secara rasional berdasarkan keyakinan (Alamer, 2024).

- a. ***Perceived susceptibility*** merujuk pada keyakinan individu mengenai kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit. Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa persepsi kerentanan bersifat subjektif dan dapat bervariasi antarindividu, mulai dari penyangkalan total terhadap risiko penyakit hingga keyakinan kuat bahwa dirinya berada dalam kondisi berisiko tinggi. Persepsi ini tidak selalu didasarkan pada data medis

objektif, melainkan pada penilaian pribadi yang dipengaruhi oleh pengalaman, pengetahuan, dan informasi yang diterima individu (Rosenstock, 2016).

Dalam konteks perilaku kesehatan, persepsi kerentanan merupakan prasyarat penting munculnya tindakan pencegahan. Individu yang tidak merasa rentan cenderung tidak memiliki dorongan untuk bertindak, meskipun tersedia layanan kesehatan yang mudah diakses. Sebaliknya, semakin tinggi persepsi kerentanan seseorang, semakin besar kemungkinan individu tersebut mempertimbangkan tindakan untuk mencegah atau mendeteksi penyakit secara dini (Rosenstock, 2016)

- b. ***Perceived severity*** adalah keyakinan individu tentang tingkat keparahan suatu penyakit dan dampaknya terhadap kehidupan. Menurut Rosenstock (1974), persepsi keseriusan tidak hanya mencakup konsekuensi medis seperti kematian atau kecacatan, tetapi juga mencakup dampak psikologis, sosial, dan ekonomi yang mungkin ditimbulkan oleh penyakit tersebut (Rosenstock, 2016)

Persepsi keseriusan juga dapat dipengaruhi oleh tingkat ketakutan atau kecemasan yang muncul ketika seseorang memikirkan penyakit tertentu. Seorang individu mungkin menilai suatu penyakit tidak terlalu berbahaya secara medis, namun tetap menganggapnya serius karena dapat mengganggu pekerjaan, kehidupan keluarga, atau status sosialnya. Dengan demikian, persepsi keseriusan berperan penting dalam membentuk motivasi individu untuk melakukan tindakan Kesehatan (Rosenstock, 2016)

- c. ***Perceived benefits*** merujuk pada keyakinan individu bahwa suatu tindakan kesehatan akan memberikan manfaat dalam mengurangi risiko terkena penyakit atau menurunkan tingkat keparahannya. Rosenstock (1974) menyatakan bahwa meskipun seseorang merasa rentan dan menganggap penyakit serius, tindakan kesehatan tidak akan dilakukan jika individu tersebut tidak percaya bahwa tindakan

- yang tersedia benar-benar bermanfaat. Manfaat yang dipersepsikan bersifat subjektif dan tidak selalu sejalan dengan efektivitas tindakan secara ilmiah. Individu akan memilih tindakan yang menurutnya paling efektif dan paling sesuai dengan kondisinya. Oleh karena itu, keyakinan terhadap manfaat suatu tindakan menjadi faktor penentu arah perilaku kesehatan yang dipilih oleh individu (Rosenstock, 2016)
- d. ***Perceived barriers*** merupakan penilaian individu terhadap berbagai hambatan yang dapat menghalangi pelaksanaan tindakan kesehatan. Rosenstock (1974) mengidentifikasi hambatan tersebut meliputi aspek biaya, rasa sakit, ketidaknyamanan, waktu, rasa malu, serta faktor psikologis lainnya yang dianggap merugikan. Persepsi hambatan sering kali menjadi faktor paling kuat yang menghambat terjadinya perilaku kesehatan. Meskipun seseorang merasa rentan, menganggap penyakit serius, dan percaya akan manfaat tindakan, perilaku kesehatan tetap tidak dilakukan apabila hambatan yang dirasakan dianggap lebih besar daripada manfaat yang diperoleh. Oleh karena itu, keseimbangan antara manfaat dan hambatan sangat menentukan keputusan akhir individu (Rosenstock, 2016)
- e. ***Cues to action*** adalah faktor pemicu yang mendorong individu untuk mulai melakukan tindakan kesehatan. Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa kombinasi persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan belum tentu langsung menghasilkan tindakan tanpa adanya pemicu tertentu. Isyarat untuk bertindak dapat berasal dari dalam diri, seperti munculnya gejala fisik, maupun dari luar diri, seperti saran tenaga kesehatan, kampanye media, pengalaman sakit anggota keluarga, atau pengingat dari fasilitas kesehatan. Intensitas isyarat yang dibutuhkan untuk memicu tindakan sangat bergantung pada tingkat persepsi ancaman penyakit yang dirasakan individu (Rosenstock, 2016)
- f. ***Self-efficacy*** merujuk pada keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk melakukan tindakan kesehatan yang

dianjurkan. Meskipun konsep ini berkembang lebih lanjut setelah formulasi awal *Health Belief Model* (HBM), Rosenstock (1974) telah menekankan pentingnya kesiapan psikologis individu dalam menjalankan tindakan kesehatan secara konsisten. Efikasi diri berperan penting terutama pada tindakan kesehatan yang memerlukan komitmen jangka panjang, seperti kepatuhan pengobatan atau perubahan perilaku. Individu yang memiliki efikasi diri tinggi cenderung lebih percaya diri dalam menghadapi hambatan dan lebih mampu mempertahankan perilaku kesehatan yang positif, dibandingkan individu dengan efikasi diri rendah (Rosenstock, 2016)

Penggunaan *Health Belief Model* (HBM) dalam penelitian perilaku kesehatan modern terus berkembang dan ditemukan bahwa *Health Belief Model* (HBM) tetap relevan, bahkan semakin sering digunakan, termasuk dalam konteks kesehatan global maupun di lingkungan pelayanan kesehatan. Sebuah *bibliometric analysis* yang meninjau literatur *Health Belief Model* (HBM) dari database internasional menunjukkan bahwa sejak 2014 hingga 2023 terjadi pertumbuhan signifikan dalam publikasi yang menggunakan *Health Belief Model* (HBM), dengan lonjakan paling besar pada periode 2022–2023, yang banyak merefleksikan penelitian terkait COVID-19, vaksinasi, kesehatan masyarakat, dan intervensi digital kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa *Health Belief Model* (HBM) tidak statis melainkan mampu beradaptasi dengan konteks dan tantangan kesehatan kontemporer (Alamer, 2024).

*Health Belief Model* (HBM) tetap menjadi kerangka teoritik utama dalam menjelaskan dan memprediksi perilaku pencegahan kesehatan karena menekankan peran persepsi individu terhadap ancaman kesehatan (*perceived susceptibility & severity*), persepsi manfaat dan hambatan intervensi (*perceived benefits & barriers*), serta penentu pelengkap seperti *cues to action* dan *self-efficacy*. Analisis literatur pada konteks pandemi

COVID-19 menunjukkan bahwa konstruk-konstruk *Health Belief Model* (HBM) secara konsisten berkorelasi dengan niat dan tindakan pencegahan, termasuk penerimaan vaksin, sehingga *Health Belief Model* (HBM) layak digunakan untuk merancang intervensi komunikasi kesehatan yang menargetkan perubahan keyakinan personal sebelum mempromosikan tindakan preventif (Chen et al., 2021).

Implementasi *Health Belief Model* (HBM) pada konteks vaksinasi COVID-19 menegaskan bahwa persepsi manfaat (*perceived benefits*) dan *self-efficacy* adalah prediktor paling kuat untuk niat vaksinasi, sementara *perceived barriers* (misalnya kekhawatiran efek samping atau akses) sering menjadi penghalang utama. Temuan ini relevan secara metodologis bagi penelitian perilaku pencegahan penyakit menular lain seperti TB Paru, karena intervensi edukasi yang menurunkan hambatan dan meningkatkan keyakinan efektifitas tindakan cenderung meningkatkan uptake intervensi Kesehatan (Limbu et al, 2023).

Intervensi berbasis *Health Belief Model* (HBM) yang melibatkan program edukasi pencegahan dan skrining (misalnya skrining kanker kolorektal) mendemonstrasikan bahwa desain program yang eksplisit mengukur dan menargetkan konstruk *Health Belief Model* (HBM) (meningkatkan pemahaman risiko, menurunkan hambatan, memperjelas manfaat, serta meningkatkan *self-efficacy*) mampu meningkatkan perilaku skrining secara bermakna. Hal ini menegaskan peran *Health Belief Model* (HBM) bukan hanya sebagai kerangka deskriptif tetapi juga sebagai panduan praktis untuk merancang modul edukasi dan alat ukur evaluasi dalam program kesehatan masyarakat (Rakhshani et al., 2024)

Implementasi *Health Belief Model* (HBM) dalam survei populasi besar di konteks perkotaan memperlihatkan bahwa semua konstruk *Health Belief Model* (HBM) berkontribusi terhadap prediksi niat vaksinasi; studi ini juga

mengungkap alasan-alasan spesifik yang berfungsi sebagai *perceived barriers* (misalnya ketakutan jarum, kekhawatiran halal, efek samping) sehingga intervensi yang efektif harus berorientasi pada pengurangan hambatan kontekstual tersebut. Temuan empiris semacam ini penting untuk memformulasikan strategi edukasi yang sensitif budaya dan kontekstual di level puskesmas (Hidayana et al., 2022)

Penelitian yang menggabungkan *Health Belief Model* (HBM) dan teori perilaku lain (misalnya *Theory of Planned Behavior*) pada fenomena *hesitancy* menunjukkan bahwa meskipun konstruk-konstruk *Health Belief Model* (HBM) memberikan pemahaman kuat terhadap motivasi individu, penjelasan perilaku yang komprehensif kerap memerlukan integrasi faktor sosial (norma subjektif, dukungan keluarga) dan aspek *self-efficacy* yang lebih operasional. Dengan kata lain, *Health Belief Model* (HBM) paling efektif bila digunakan bersama pemahaman mengenai konteks sosial-interpersonal yang memoderasi respons individu terhadap edukasi Kesehatan (Bouguettaya et al., 2022)

Secara khusus untuk perilaku pencegahan TB Paru pada kontak serumah, aplikasi *Health Belief Model* (HBM) pada studi lapangan menunjukkan bahwa konstruk *Health Belief Model* (HBM) dapat menjelaskan variasi perilaku preventif, misalnya kepatuhan skrining dan penerimaan TPT, di antaranya melalui hubungan antara pengetahuan TB, persepsi kerentanan, dan hambatan praktis (akses layanan, biaya, stigma). Oleh karena itu, pengukuran konstruk *Health Belief Model* (HBM) (melalui instrumen terstandarisasi) dan penargetan edukasi berdasarkan hasil pengukuran tersebut menjadi strategi yang direkomendasikan untuk meningkatkan efektivitas program pengendalian TB di tingkat keluarga dan puskesmas (Khamai et al., 2024).

### 2.1.7. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif merupakan pendekatan ilmiah yang berorientasi pada pemahaman mendalam terhadap makna sosial, pengalaman subjektif, serta proses interaksi yang terjadi dalam konteks kehidupan nyata. Penelitian kualitatif tidak bertujuan untuk menghasilkan generalisasi statistik, melainkan untuk membangun pemahaman yang kaya (*thick description*) melalui data deskriptif berupa kata-kata, narasi, dan interpretasi. Neuman menekankan bahwa pendekatan ini bersifat naturalistik, fleksibel, dan interpretatif, di mana peneliti berperan sebagai instrumen utama dalam mengumpulkan serta menganalisis data secara simultan. Prosesnya berlangsung secara siklikal dan reflektif, sehingga memungkinkan peneliti mengembangkan konsep atau memperkaya konstruk teoretis berdasarkan temuan empiris di lapangan (Neuman, 2015).

Studi kasus adalah strategi penelitian yang digunakan untuk menyelidiki suatu fenomena kontemporer secara mendalam dalam konteks kehidupan nyata, terutama ketika batas antara fenomena dan konteksnya tidak tampak secara tegas. Studi kasus berfokus pada suatu sistem yang terikat (*bounded system*), baik individu, kelompok, organisasi, maupun komunitas tertentu, dengan tujuan memahami dinamika internalnya secara komprehensif. Yin menekankan bahwa studi kasus sangat tepat digunakan untuk menjawab pertanyaan “bagaimana” dan “mengapa”, serta memungkinkan penggunaan berbagai sumber data seperti wawancara, observasi, dan dokumentasi guna meningkatkan validitas temuan melalui triangulasi (Yin, 2015)

*Purposive sampling* adalah teknik penentuan informan dalam penelitian kualitatif yang dilakukan secara sengaja berdasarkan kriteria tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian. Teknik ini bertujuan memilih partisipan yang dianggap paling mengetahui, mengalami, atau terlibat langsung dalam fenomena yang diteliti, sehingga mampu memberikan informasi yang

mendalam dan bermakna. Dalam konteks penelitian kualitatif, *purposive sampling* bersifat fleksibel dan berkembang sesuai kebutuhan data di lapangan. Pemilihan informan tidak didasarkan pada representasi statistik, melainkan pada pertimbangan kesesuaian karakteristik partisipan dengan fokus kajian penelitian (Usman, 2017)

penelitian kualitatif menurut Neuman menekankan pemahaman makna sosial secara mendalam melalui pendekatan naturalistik dan interpretatif, sementara studi kasus menurut Yin memberikan kerangka metodologis untuk mengeksplorasi fenomena secara komprehensif dalam konteks nyata melalui pertanyaan “bagaimana” dan “mengapa”. Dalam pelaksanaannya, *purposive sampling* menjadi teknik yang selaras dengan karakteristik penelitian kualitatif dan studi kasus, karena memungkinkan pemilihan informan yang relevan dan berpengalaman langsung terhadap fenomena yang dikaji. Ketiga konsep ini saling melengkapi dalam membangun desain penelitian yang koheren, sistematis, dan berorientasi pada kedalaman analisis (Effendy, 2018).

Secara sistematis, pelaksanaan penelitian dimulai dengan perumusan masalah yang bersifat eksploratif dan penentuan fokus studi kasus. Selanjutnya, peneliti menetapkan kriteria informan dan melakukan pemilihan partisipan menggunakan teknik *purposive sampling*. Tahap berikutnya adalah pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi dengan peneliti sebagai instrumen utama. Analisis data dilakukan secara induktif dan simultan dengan proses pengumpulan data melalui tahapan reduksi data, pengodean, kategorisasi, dan penarikan tema. Untuk menjaga keabsahan data, dilakukan triangulasi sumber dan teknik, serta reflektivitas peneliti selama proses penelitian. Hasil penelitian kemudian disajikan dalam bentuk narasi deskriptif-analitis yang mengintegrasikan temuan empiris dengan kerangka teoretis yang digunakan (Effendy, 2018)

Analisis data kualitatif dengan pendekatan deskriptif merupakan proses sistematis untuk mengorganisasi, menginterpretasi, dan memaknai data berupa narasi, hasil wawancara, catatan lapangan, dokumen, serta hasil observasi. Analisis dilakukan sejak awal pengumpulan data (*ongoing process*), tidak menunggu data terkumpul seluruhnya. Mekanisme utama analisis kualitatif deskriptif meliputi tiga komponen utama: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan (Neuman, 2015)

#### 1. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data merupakan proses seleksi, fokus, penyederhanaan, dan transformasi data mentah menjadi informasi yang relevan. Peneliti membaca seluruh transkrip wawancara, mencermati catatan lapangan, serta menilai temuan observasi untuk mengidentifikasi data yang berkaitan dengan fokus penelitian. Pada tahap ini dilakukan:

- a. *Open coding*: mengidentifikasi kata kunci, makna, tema awal, dan konsep penting,
- b. Mengelompokkan data berdasarkan isu seperti persepsi, makna setelah edukasi, serta pengaruh eksternal,
- c. Membuang data tidak relevan atau yang hanya memperkaya konteks tetapi tidak menjawab fokus penelitian.

#### 2. Penyajian Data (*Data Display*)

Tahap ini adalah proses mengorganisasi data yang telah direduksi ke dalam bentuk yang mudah dipahami sehingga peneliti dapat melihat pola, hubungan, atau kecenderungan. Bentuk penyajiannya dapat berupa:

- a. Matriks tema,
- b. Bagan hubungan antar konsep,
- c. Uraian naratif,
- d. Kutipan langsung yang representatif dari informan.

Penyajian data dalam pendekatan deskriptif bertujuan untuk memberikan gambaran apa adanya (*rich description*) mengenai

fenomena yang diteliti tanpa melakukan interpretasi yang berlebihan.

### 3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Kesimpulan mulai muncul sejak awal proses analisis. Peneliti menafsirkan makna data, menemukan pola, membuat kategori tematik, serta memahami hubungan antar tema. Kesimpulan diverifikasi melalui teknik: triangulasi data yaitu membandingkan dari wawancara, observasi dan dokumen.

Keabsahan data dalam penelitian kualitatif tidak bergantung pada pengukuran numerik, tetapi pada ketepatan, konsistensi, dan kredibilitas proses pengumpulan serta analisis data. penelitian kualitatif harus memastikan bahwa temuan yang dihasilkan benar-benar merefleksikan realitas sosial yang dialami oleh partisipan. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan data dari berbagai sumber (wawancara, observasi, dokumen), sehingga peneliti dapat menguji konsistensi temuan. *Member checking* dilakukan dengan meminta informan meninjau kembali interpretasi peneliti untuk memastikan bahwa makna yang ditangkap tidak menyimpang dari apa yang mereka maksudkan (Neuman, 2015).

## 2.2. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu yang berkaitan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut sebagaimana penulis susun dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu 1

No	Nama dan Tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
1.	(Wardani & Wahono, 2018)	<i>Prediction Model of Tuberculosis Transmission Based on Its Risk Factors and Socioeconomic Position in Indonesia</i>	<p><b>Objek penelitian:</b> transmisi tuberkulosis (TB) yang dipengaruhi oleh posisi sosial ekonomi dan faktor risiko TB, khususnya faktor perumahan, nutrisi, dan akses pelayanan kesehatan.</p> <p><b>Subjek penelitian:</b> adalah 166 pasien TB paru BTA positif yang tercatat pada 30 Puskesmas pelaksana strategi DOTS di Kota Bandar Lampung, Indonesia.</p>	<p><b>Pengorganisasian data:</b> dilakukan dengan mengelompokkan variabel ke dalam variabel laten dan indikator terukur. Variabel laten meliputi posisi sosial ekonomi, determinan perumahan, determinan nutrisi, determinan akses kesehatan, dan transmisi TB</p> <p><b>Analisis data:</b> dilakukan menggunakan <i>Structural Equation Modeling</i> berbasis <i>Partial Least Square</i> (SEM-PLS) dengan perangkat lunak SmartPLS versi 3.</p>	<p><b>Hasil penelitian</b> menunjukkan bahwa posisi sosial ekonomi berpengaruh signifikan terhadap determinan perumahan, dan determinan perumahan selanjutnya berpengaruh signifikan terhadap transmisi TB. dengan nilai R<sup>2</sup> sebesar 42,3%, yang menunjukkan bahwa hampir setengah variasi transmisi TB dapat dijelaskan oleh kombinasi kedua faktor tersebut. Indikator terkuat dalam masing-masing variabel laten adalah pendidikan, kepadatan hunian, dan penularan dalam rumah.</p>
2.	(Suntana et al., 2023)	<i>Acceptability of Tuberculosis Preventive Treatment for Household Contacts in Moulvibazar District, Bangladesh: An Implementation Research</i>	<p><b>Objek Penelitian:</b> Penerimaan (<i>acceptability</i>) terapi pencegahan TB (TPT) pada keluarga kontak serumah.</p> <p><b>Subjek Penelitian:</b> Anggota keluarga yang merupakan kontak serumah dari pasien TB dan petugas kesehatan</p>	<p><b>Pengorganisasian Data:</b> Menggunakan analisis tematik kualitatif dengan coding. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis dengan pendekatan <i>inductive thematic analysis</i>.</p> <p><b>Analisis Data:</b> Penelitian implementasi ini menggunakan pendekatan metode campuran Partisipan wawancara dipilih</p>	<p><b>Hasil Penelitian:</b> Dari April hingga Desember 2022, 7.297 kontak rumah tangga teridentifikasi dan 3.105 (43%) di antaranya memulai TPT. Pengobatan pencegahan kurang dapat diterima oleh kontak tersebut. Mereka mempertanyakan alasan pengobatan untuk 'tidak ada penyakit' dan khawatir tentang efek samping obat serta</p>

No	Nama dan Tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
			yang terlibat dalam pemberian TPT.	melalui <i>purposive sampling</i> .	kemungkinan stigma. Konseling kontak sebelum memulai TPT, persepsi kerentanan terhadap TB, dukungan keluarga, layanan kesehatan gratis, dan program penjangkauan.
3.	(Felisia et al., 2023)	<i>High Tuberculosis Preventive Treatment Uptake and Completion Rates Using a Person-Centered Approach among Tuberculosis Household Contact in Yogyakarta</i>	<b>Objek penelitian:</b> pelaksanaan TPT mulai pengobatan dan tingkat penyelesaian dari TPT yang diberikan kepada kontak serumah dari kasus TB paru di Yogyakarta, <b>Subjek Penelitian:</b> Program pencegahan TB via TPT untuk kontak serumah: bagaimana program itu diimplementasikan (regimen 3-bulan), kontak menerima dan menyelesaikan TPT,	<b>Pengorganisasian Data:</b> Melalui tahapan sistematis untuk menggambarkan capaian program TPT pada kontak serumah, dan menilai efektivitas pendekatan <i>person-centered care</i> dalam meningkatkan keberhasilan pengobatan. Verifikasi data yang berasal dari registri TB, catatan kontak serumah, serta dokumentasi program TPT.  <b>Analisis Data:</b> Analisis deskriptif kuantitatif menilai gambaran umum karakteristik kontak, tingkat inisiasi TPT, tingkat penyelesaian pengobatan.	<b>Hasil Penelitian:</b> menunjukkan penerapan pendekatan pada program <i>Tuberculosis Preventive Treatment (TPT)</i> memberikan dampak signifikan terhadap peningkatan keberhasilan pencegahan TB pada kontak serumah. Menunjukkan tingkat <i>uptake</i> yang tinggi dalam konteks program nasional. Selain itu, menyelesaikan pengobatan. Regimen TPT pendek (3RH dan 3HP) terbukti lebih dapat diterima, dengan angka penghentian obat yang rendah dan efek samping yang mayoritas bersifat ringan.
4.	(Janah et al., 2024)	Evaluasi Keberlanjutan Kolaborasi Pelayanan Penyakit Tuberculosis - Diabetes Melitus di Kota Yogyakarta, DIY	<b>Objek penelitian:</b> keberlanjutan kolaborasi pelayanan skrining dan penanggulangan TB-DM di Kota Yogyakarta, khususnya implementasi program kolaborasi skrining TB pada penderita Diabetes	<b>Pengorganisasian Data:</b> Wawancara pada 14 informan dengan desain studi deskriptif kualitatif, sistem surveilans dengan wawancara pada 11 informan desain studi deskriptif.  <b>Analisis Data:</b> studi analitik faktor risiko partisipasi skrining	<b>Hasil Penelitian:</b> Ditemukan bahwa belum ada pencatatan dan pelaporan pada kolaborasi program skrining TB-DM, sehingga dibuatkan <i>Google Sheet</i> . Pada studi analitik ditemukan faktor risiko yang mempengaruhi penyandang DM tidak ikut serta skrining TB

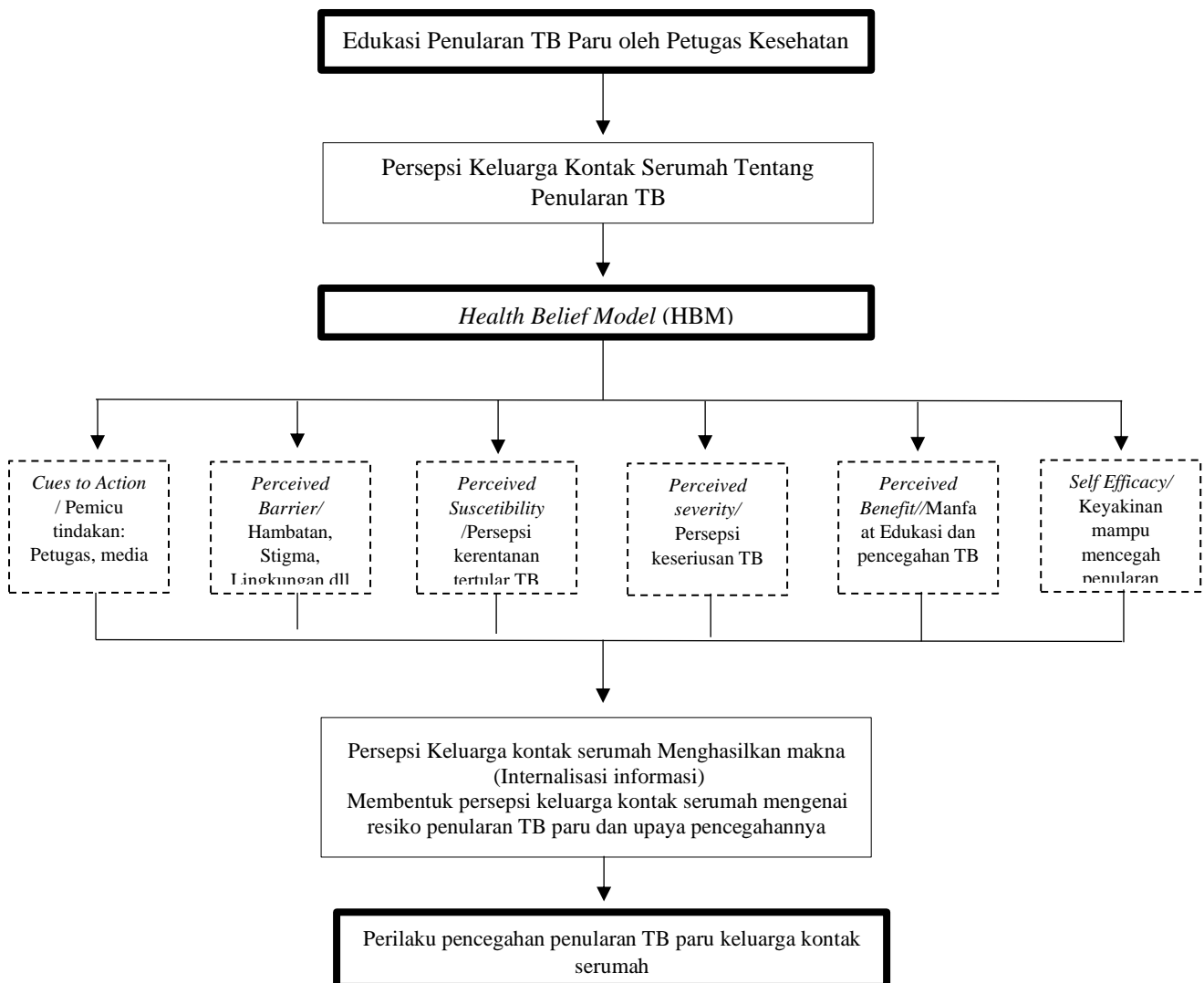
No	Nama dan Tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
			Mellitus (TB-DM) <b>Subjek penelitian:</b> terdiri dari tiga komponen sesuai desain studi gabungan yang digunakan	TB pada penyandang DM dengan desain kasus kontrol (1:1), melibatkan 160 kasus dan 160 kontrol. Waktu penelitian yaitu Januari-Juni 2024.	yaitu persepsi kerentanan, pengetahuan dan dukungan keluarga
5.	(Abadi et al., 2025)	Hubungan Karakteristik Kontak Erat dengan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis: Studi Potong Lintang di Puskesmas Kenarilang, Alor, Nusa Tenggara Timur	<b>Objek penelitian:</b> adalah hubungan antara karakteristik kontak erat dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan tb <b>Subjek penelitian:</b> Anggota keluarga tinggal serumah	<b>Pengorganisasian data:</b> Dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner terstruktur. pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan TB. <b>Analisis data:</b> dilakukan dalam dua tahap, yaitu analisis univariat dan bivariat.	<b>Hasil penelitian</b> menunjukkan bahwa karakteristik kontak erat memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan tuberkulosis.
6.	(Abbasiah et al., 2025)	<i>Development of a Self-Screening Education Model for Household Contacts of Patients with Pulmonary Tuberculosis</i>	<b>Objek Penelitian:</b> Model edukasi berbasis web. <b>Subjek Penelitian:</b> Kontak serumah. Penelitian ini menggunakan pendekatan <i>Research and Development</i> dengan model ADDIE	<b>Pengorganisasian data:</b> Melalui beberapa tahapan uji untuk menilai kelayakan dan efektivitas media edukasi “KECAPI”. Data diperoleh dari masukan pengguna, hasil uji coba media, perubahan tingkat pengetahuan kontak serumah. <b>Analisis data:</b> dengan menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif.	<b>Hasil Penelitian:</b> Menunjukkan bahwa edukasi berbasis web yang disajikan dalam bentuk visual, teks, dan video dapat membantu keluarga kontak serumah memahami informasi kesehatan secara lebih efektif.
7.	(Falah, Sansuwito, Dioso, Sari, et al., 2025)	<i>Research Paper A Family’s Knowledge and Attitudes Toward the Prevention of Pulmonary Tuberculosis</i>	<b>Objek penelitian:</b> ini adalah upaya pencegahan penularan TB Paru pada keluarga, terkait pengetahuan dan sikap keluarga dalam	<b>Pengorganisasian data:</b> studi kuantitatif dengan <i>desain cross-sectional analytic</i> , dengan kuesioner terstruktur <b>Analisis Data:</b> dianalisis secara	<b>Hasil penelitian</b> Mayoritas responden memiliki pengetahuan baik, sikap positif, dan strategi pencegahan yang baik. Uji <i>Chi-square</i> menemukan adanya hubungan bermakna antara

No	Nama dan Tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
		<i>in Tasikmalaya City, Indonesia, in 2023: A Cross-sectional Study</i>	menerapkan tindakan pencegahan. <b>Subjek penelitian</b> Keluarga kontak serumah pasien TB Paru yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tamansari	bivariat dengan uji <i>Chi-square</i> untuk melihat hubungan antarvariabel. Untuk menentukan faktor dominan yang memengaruhi perilaku pencegahan, peneliti melanjutkan ke analisis multivariat ( <i>regresi logistic</i> )	pengetahuan dengan pencegahan dan antara sikap dengan pencegahan. Dari analisis regresi logistik, pengetahuan muncul sebagai faktor paling dominan
8.	(Y. Zhang et al., 2024)	<i>Knowledge, attitude, and practice toward tuberculosis prevention and management among household contacts in Suzhou Hospital, Jiangsu province, China</i>	<b>Objek Penelitian:</b> <i>Knowledge-Attitude-Practic</i> terhadap pencegahan dan manajemen TB anggota keluarga yang tinggal serumah bersama pasien. <b>Subjek Penelitian:</b> 502 individu kontak serumah pasien TB yang dirawat di <i>Suzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine</i>	<b>Pengorganisasian Data:</b> Menggunakan desain cross-sectional kuantitatif, dengan kuesioner terstruktur  <b>Analisis Data:</b> Mendeskripsikan skor rata-rata dan distribusi variabel; lalu menggunakan <i>multivariat logistic regression</i> untuk mengidentifikasi faktor (misalnya tingkat pendidikan, area tempat tinggal, sikap) yang secara independen terkait dengan skor praktik atau pengetahuan.	<b>Hasil Penelitian:</b> Bahwa kontak serumah pasien TB memiliki nilai rata-rata relatif rendah menunjukkan secara umum pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan/manajemen TB paru kontak serumah tergolong kurang memadai. Faktor-faktor seperti tinggal di area suburban atau pedesaan, tingkat pendidikan rendah, dan rendahnya pendapatan per kapita berhubungan dengan skor KAP yang lebih buruk.
9.	(Mamo et al., 2023)	<i>Household Contact Tuberculosis Screening Adherence and Associated Factors Among Pulmonary Tuberculosis Patients on Follow-Up at Health Facilities in Shashamane Town, Southeast Ethiopia</i>	<b>Objek Penelitian:</b> Berkfokus pada objek “ <i>adherence skrining kontak serumah</i> ” di antara keluarga/kontak serumah, yakni seberapa konsisten membawa anggota keluarganya untuk pemeriksaan TB <b>Subjek penelitian</b>	<b>Pengorganisasian Data:</b> Menggunakan desain <i>mixed-method cross-sectional</i> : data kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner wawancara terstruktur, sedangkan data kualitatif diperoleh dari 23 key informants (kontak rumah tangga dan petugas kesehatan) melalui wawancara	<b>Hasil penelitian:</b> Kepatuhan skrining kontak serumah pada pasien TB paru di Shashamane Town masih tergolong rendah, sebagian kontak yang benar-benar datang ke fasilitas kesehatan. Sejumlah faktor ditemukan berhubungan signifikan dengan kepatuhan tersebut, antara lain tingkat

No	Nama dan Tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
			392 pasien dewasa PTB yang memiliki kontak serumah, serta untuk pendekatan kualitatif, sejumlah 23 informan kunci	mendalam  <b>Analisis Data</b> menggunakan perangkat lunak SPSS versi 25; analisis dilakukan dengan tahap bivariat dan <i>multivariat logistic regression</i>	pengetahuan, dukungan petugas kesehatan, aksesibilitas layanan, serta persepsi stigma terhadap TB dalam keluarga maupun lingkungan sosial.
10.	(Permana et al., 2025)	<i>Exploration of Concordance Behavior between Tuberculosis Patients, Families, and Healthcare Workers in Supporting Treatment Adherence: A Qualitative Study</i>	<b>Objek penelitian:</b> adalah perilaku keselarasan dalam mendukung kepatuhan pengobatan TB, yaitu bagaimana pasien, keluarga, dan petugas kesehatan bekerja sama, berkomunikasi, dan membangun pemahaman bersama <b>Subjek penelitian</b> terdiri dari pasien TB, anggota keluarga yang mendampingi atau merawat pasien, dan tenaga kesehatan.	<b>Teknik pengorganisasian:</b> menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan beberapa langkah sistematis.  <b>Analisis Data:</b> Dengan analisis tematik. Proses analisis ini mencakup interpretasi mendalam terhadap hubungan antar tema, pencarian faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan, serta penyusunan pola interaksi antara ketiga pihak. Validitas data triangulasi sumber, <i>peer debriefing</i> , atau <i>member checking</i> .	<b>Hasil penelitian</b> Perilaku <i>concordance</i> dalam pengobatan TB sangat dipengaruhi oleh kualitas komunikasi dan hubungan antara pasien, keluarga, serta tenaga kesehatan. Penelitian menemukan bahwa ketika tenaga kesehatan memberikan edukasi yang jelas, empatik, dan konsisten, keluarga menjadi lebih siap mendampingi pasien. Hal ini memperkuat motivasi pasien untuk patuh minum obat dan kontrol rutin. Peran keluarga terbukti menjadi faktor kunci.

### 2.3. Kerangka Teori

Kerangka teori pada Penelitian Persepsi Keluarga Kontak Serumah tentang Penularan TB Paru oleh Petugas Kesehatan Studi Kualitatif di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Bandar Lampung sebagaimana gambar diagram alir dibawah ini:



Keterangan:

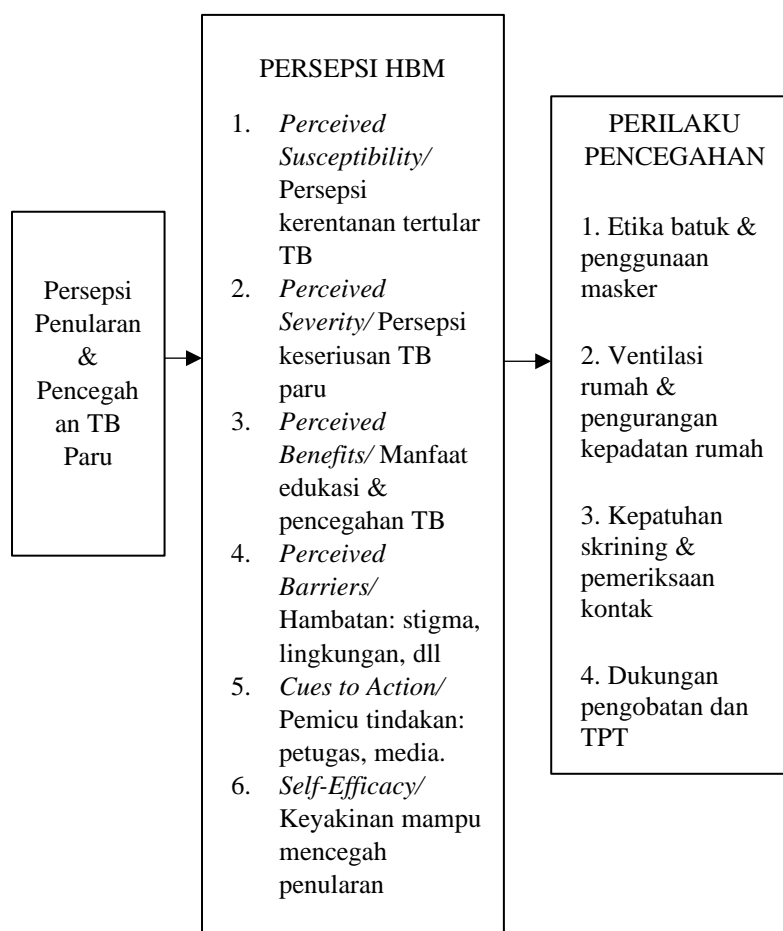
Garis lurus menunjukkan hubungan langsung (direct relationship) antar variabel.

Garis terputus-putus menunjukkan hubungan tidak langsung, hubungan lemah, atau hubungan yang masih bersifat dugaan/konseptual.

Gambar 2.1. Kerangka Teori 1

## 2.4. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini disusun untuk memahami secara komprehensif bagaimana persepsi keluarga kontak serumah tentang penularan dan pencegahan TB Paru yang diberikan oleh petugas kesehatan, dengan menggunakan pendekatan *Health Belief Model* (HBM)



Gambar 2.2. Kerangka Konsep 1

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus yang bertujuan untuk memahami secara mendalam persepsi keluarga kontak serumah terhadap penularan dan pencegahan TB Paru dalam konteks nyata di suatu wilayah tertentu. Studi kasus berfokus pada eksplorasi intensif terhadap satu kasus atau beberapa kasus yang dibatasi oleh waktu, tempat, dan situasi tertentu, sehingga memungkinkan peneliti memperoleh gambaran yang komprehensif dan kontekstual mengenai dinamika yang terjadi. Dalam penelitian ini, kasus yang dikaji adalah persepsi keluarga kontak serumah pasien TB Paru dalam memahami risiko penularan serta menerapkan upaya pencegahan di lingkungan rumah tangga. Pendekatan ini tidak bertujuan untuk menghasilkan generalisasi statistik, melainkan untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai kompleksitas situasi, interaksi, serta makna yang dibangun oleh keluarga dalam konteks sosial dan budaya setempat.

Pendekatan studi kasus dalam penelitian ini dipadukan dengan *Health Belief Model* sebagai kerangka konseptual untuk menganalisis dan menafsirkan temuan. Konstruk dalam *Health Belief Model*, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy*, digunakan sebagai panduan dalam mengidentifikasi dan mengorganisasi tema-tema yang muncul dari data lapangan. Dalam konteks studi kasus ini, *Health Belief Model* tidak digunakan sebagai variabel yang diukur secara kuantitatif, melainkan sebagai kerangka analisis untuk memahami bagaimana keluarga dalam kasus yang diteliti memaknai kerentanan dan keseriusan TB Paru, mempertimbangkan manfaat dan hambatan pencegahan, serta membangun keyakinan dan kesiapan untuk melakukan tindakan pencegahan. Dengan demikian, pendekatan ini

memungkinkan peneliti menyajikan deskripsi yang mendalam, holistik, dan kontekstual terhadap fenomena yang dikaji.

### **3.2. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan selama 2 (Dua) bulan yaitu terhitung Maret 2026 sampai dengan April 2026 pada Wilayah kerja UPTD Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung.

### **3.3. Subjek Penelitian / Informan**

Subjek penelitian merupakan pihak yang menjadi sumber data utama dalam suatu penelitian. Pemilihan subjek penelitian dilakukan secara purposif sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga informasi yang diperoleh dapat menggambarkan fenomena yang diteliti secara mendalam. Dalam penelitian ini, subjek dipilih berdasarkan kriteria tertentu yang relevan dengan fokus penelitian, memiliki pengalaman terkait permasalahan yang dikaji, serta bersedia memberikan informasi secara jujur dan lengkap untuk mendukung proses pengumpulan data.

- a. Penelitian ini melibatkan 15 orang informan utama yaitu keluarga kontak serumah.
- b. Penelitian ini melibatkan 2 informan triangulasi yaitu kader Kesehatan dan petugas Kesehatan.
- c. Penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling yaitu teknik penentuan informan secara sengaja berdasarkan pertimbangan tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian dengan melakukan wawancara sampai jenuh.
- d. Penelitian informan tidak dilakukan secara acak, melainkan berdasarkan karakteristik khusus yang dinilai mampu memberikan informasi yang mendalam, relevan, dan sesuai dengan fokus penelitian.
- e. Teknik ini Teknik ini digunakan karena penelitian bertujuan untuk menggali persepsi keluarga kontak serumah tentang TB Paru, sehingga

diperlukan informan yang benar-benar mengalami dan memahami fenomena yang diteliti.

- f. Kriteria inklusi penelitian ini adalah:
- 1) Anggota keluarga tinggal serumah dengan pasien TB Paru.
  - 2) Laki-laki dewasa berusia di atas 17 tahun yang telah mendapatkan edukasi mengenai penularan dan pencegahan TB Paru dari petugas Kesehatan.
  - 3) Bersedia menjadi informan dengan memberikan persetujuan mengikuti penelitian.
- g. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah:
- 1) Tidak tinggal serumah dengan pasien TB paru.
  - 2) berusia  $\leq 17$  tahun.
  - 3) belum pernah menerima edukasi TB Paru.
  - 4) memiliki hambatan komunikasi yang menyulitkan proses wawancara, dan
  - 5) tidak bersedia berpartisipasi. Proses wawancara dilakukan sampai jenuh oleh peneliti.
- h. Kriteria kader Kesehatan penelitian ini adalah:
- 1) Bekerja sebagai kader minimal 2 tahun.
  - 2) Kader P2TB Puskesmas Kedaton.

Dalam penelitian ini, pendekatan analisis dipandu oleh *Health Belief Model* sebagai kerangka konseptual untuk memahami persepsi dan keyakinan informan terkait penularan dan pencegahan TB Paru. Konstruksi *Health Belief Model* digunakan sebagai lensa analisis tematik untuk mengeksplorasi:

- a. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan), yaitu bagaimana informan memandang risiko dirinya tertular TB Paru sebagai kontak serumah.
- b. *Perceived Severity* (Persepsi Keseriusan), yaitu bagaimana informan memaknai dampak atau konsekuensi TB Paru terhadap kesehatan, ekonomi, dan kehidupan keluarga.

- c. *Perceived Benefits* (Persepsi Manfaat), yaitu keyakinan informan terhadap manfaat tindakan pencegahan seperti penggunaan masker, etika batuk, ventilasi rumah, dan pemeriksaan kesehatan.
- d. *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan), yaitu faktor-faktor yang dianggap menghambat pelaksanaan pencegahan, baik dari sisi pengetahuan, budaya, ekonomi, maupun kebiasaan.
- e. *Cues to Action* (Isyarat untuk Bertindak), yaitu dorongan atau pemicu yang mendorong informan melakukan tindakan pencegahan, seperti edukasi petugas kesehatan, pengalaman sakit anggota keluarga, atau dukungan sosial.
- f. *Self-Efficacy* (Efikasi Diri), yaitu tingkat keyakinan informan terhadap kemampuan dirinya dalam menerapkan perilaku pencegahan TB Paru secara konsisten.

Dalam konteks penelitian ini, konstruk *Health Belief Model* tidak diperlakukan sebagai variabel yang diukur secara kuantitatif, melainkan sebagai kerangka kategorisasi dan interpretasi data untuk memahami secara sistematis bagaimana keluarga kontak serumah membangun persepsi, keyakinan, dan keputusan terkait pencegahan TB Paru. Dengan demikian, pendekatan ini memungkinkan analisis yang lebih terstruktur namun tetap mempertahankan kedalaman dan konteks pengalaman subjektif informan.

Tabel 3.1. Subjek Penelitian Kualitatif 1

No.	Variabel	Definisi	Keterangan	Cara Ukur	Alat Ukur
1.	<b>Persepsi Kerentanan</b> ( <i>Perceived Susceptibility</i> )	Pandangan subjektif informan bahwa dirinya rentan terhadap penularan penyakit TB paru	Menjelaskan keyakinan informan kemungkinan dirinya berisiko terinfeksi TB paru	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
2.	<b>Persepsi Keseriusan</b> ( <i>Perceived Severity</i> )	Pandangan subjektif informan bahwa TB paru serius atau berdampak pada kehidupan (fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi)	Menjelaskan keyakinan informan mengenai tingkat keparahan penyakit TB dan konsekuensinya bagi kehidupan informan	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
3.	<b>Persepsi Manfaat</b> ( <i>Perceived Benefits</i> )	Pandangan informan bahwa tindakan pencegahan penularan TB paru akan bermanfaat	Menjelaskan keyakinan informan bahwa tindakan pencegahan bermanfaat mengurangi risiko terinfeksi	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
4.	<b>Persepsi Hambatan</b> ( <i>Perceived Barriers</i> )	Pandangan informan mengenai adanya hambatan dalam mengambil tindakan pencegahan penularan Tb paru. (hambatan fisik, psikologis, sosial, dan struktural)	Menjelaskan penilaian informan terhadap berbagai hambatan yang dapat menghalangi pelaksanaan tindakan pencegahan penularan TB.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
5.	<b>Isyarat untuk Bertindak</b> ( <i>Cues to Action</i> )	Pengalaman pribadi, edukasi, nasihat dari tenaga kesehatan yang memicu informan untuk menerapkan perilaku pencegahan.	Menjelaskan pemicu internal dan eksternal tindakan pencegahan penularan TB paru	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
6.	<b>Efikasi Diri</b> ( <i>Self-Efficacy</i> )	Keyakinan diri informan bahwa mampu melaksanakan tindakan pencegahan penularan TB paru	Menjelaskan kemampuan dan kepercayaan diri informan dalam mengatasi hambatan dalam menerapkan tindakan pencegahan penularan TB paru	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam

### 3.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif ini dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) sebagai teknik utama untuk menggali pengalaman, persepsi, dan pemaknaan subjek penelitian terhadap penularan dan pencegahan TB Paru. Wawancara mendalam memungkinkan peneliti memperoleh data yang kaya, kontekstual, dan reflektif, karena memberikan ruang bagi partisipan untuk mengungkapkan pandangan, keyakinan, serta pengalaman mereka secara bebas dan mendalam. Dalam pendekatan *Health Belief Model* (HBM), wawancara mendalam digunakan untuk mengeksplorasi cara individu memersepsikan risiko penyakit dan respons pencegahan berdasarkan kerangka kognitif dan psikososial yang membentuk perilaku kesehatan.

Pendekatan *Health Belief Model* (HBM) dalam wawancara mendalam berfungsi sebagai kerangka konseptual yang menuntun penyusunan pedoman wawancara dan proses eksplorasi data, tanpa membatasi narasi partisipan. Pertanyaan wawancara diarahkan untuk menggali enam konstruk utama *Health Belief Model* (HBM), yaitu *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan terhadap TB Paru), *perceived severity* (persepsi keseriusan dampak TB Paru), *perceived benefits* (persepsi manfaat dari tindakan pencegahan), *perceived barriers* (persepsi hambatan dalam menerapkan pencegahan), *cues to action* (pemicu atau dorongan untuk bertindak), dan *self-efficacy* (keyakinan diri dalam melakukan perilaku pencegahan). Dengan demikian, wawancara tidak hanya menangkap apa yang diketahui partisipan, tetapi juga bagaimana mereka menilai, merasakan, dan memaknai ancaman TB Paru serta upaya pencegahannya.

Dalam pelaksanaannya, wawancara mendalam dilakukan secara semi-terstruktur agar peneliti memiliki fleksibilitas untuk menyesuaikan alur pertanyaan dengan konteks dan pengalaman partisipan. Pendekatan ini

memungkinkan peneliti menggali lebih jauh makna di balik jawaban partisipan melalui pertanyaan lanjutan (*probing*), sehingga dapat mengungkap dinamika persepsi dan proses pengambilan keputusan terkait perilaku pencegahan TB Paru. Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara induktif dan tematik, dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM) digunakan sebagai lensa interpretatif untuk mengorganisasi tema-tema yang muncul, sehingga menghasilkan pemahaman mendalam mengenai hubungan antara persepsi kesehatan dan perilaku pencegahan TB Paru dalam konteks kehidupan partisipan.

### 3.5. Analisis Data

Analisis data kualitatif dengan pendekatan deskriptif dilakukan secara sistematis untuk mengorganisasi, menginterpretasi, dan memaknai data berupa narasi, hasil wawancara mendalam, analisis dilakukan sejak awal pengumpulan data (*ongoing process*), tidak menunggu data terkumpul seluruhnya. Mekanisme utama analisis kualitatif deskriptif meliputi tiga komponen utama: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan (Neuman, 2015).

#### i. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Pada tahap ini dilakukan:

- a) *Open coding*: mengidentifikasi kata kunci, makna, tema awal, dan konsep penting,
- b) Mengelompokkan data berdasarkan isu seperti persepsi, makna setelah edukasi, serta pengaruh eksternal,
- c) Membuang data tidak relevan atau yang hanya memperkaya konteks tetapi tidak menjawab fokus penelitian.

#### 2. Penyajian Data (*Data Display*)

Bentuk penyajiannya dapat berupa:

- a) Matriks tema,
- b) Bagan hubungan antar konsep,
- c) Uraian naratif,

- d) Kutipan langsung yang representatif dari informan.
3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi (*Conclusion Drawing & Verification*)
- Kesimpulan diverifikasi melalui teknik:
- a) *Member checking* (konfirmasi kepada informan),
  - b) Triangulasi data (membandingkan dari wawancara, observasi, dan dokumen).

### **3.6. Keabsahan Data**

Keabsahan data dalam penelitian kualitatif tidak bergantung pada pengukuran numerik, tetapi pada ketepatan, konsistensi, dan kredibilitas proses pengumpulan serta analisis data. penelitian kualitatif harus memastikan bahwa temuan yang dihasilkan benar-benar merefleksikan realitas sosial yang dialami oleh partisipan. Untuk itu, dapat melakukan beberapa strategi utama, yaitu triangulasi. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan data dari berbagai sumber (wawancara, observasi, dokumen), sehingga peneliti dapat menguji konsistensi temuan. *Member checking* dilakukan dengan meminta informan meninjau kembali interpretasi peneliti untuk memastikan bahwa makna yang ditangkap tidak menyimpang dari apa yang mereka maksudkan (Neuman, 2015).

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN**

### **4.1. Gambaran Umum Subjek Penelitian**

Wilayah kerja UPT Puskesmas Kedaton memiliki luas sekitar 4,72 km<sup>2</sup> yang mencakup 7 kelurahan, yaitu Kedaton, Sidodadi, Surabaya, Sukamenanti, Sukamenanti Baru, Penengahan, dan Penengahan Raya. Secara geografis wilayah ini berbatasan dengan beberapa kecamatan di Kota Bandar Lampung dan didominasi oleh kondisi daratan serta perbukitan dengan akses transportasi yang relatif baik. Jarak rata-rata antar kelurahan ke fasilitas kesehatan cukup dekat, yaitu sekitar 1 km, sehingga secara aksesibilitas pelayanan kesehatan termasuk memadai. Kondisi ini mendukung pelaksanaan program kesehatan, termasuk upaya pengendalian penyakit menular seperti tuberculosis (UPT Puskesmas Kedaton, 2025).

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kedaton pada tahun 2025 mencapai 61.429 jiwa yang tersebar tidak merata di tujuh kelurahan. Kelurahan Kedaton merupakan wilayah dengan jumlah penduduk tertinggi ( $\pm 15.799$  jiwa), sedangkan Penengahan merupakan yang terendah ( $\pm 4.079$  jiwa). Karakteristik demografi menunjukkan mayoritas masyarakat bekerja sebagai pegawai negeri, pedagang, dan buruh, serta didominasi oleh agama Islam. Kepadatan dan persebaran penduduk yang tidak merata ini berpotensi mempengaruhi pola penularan penyakit, termasuk tuberculosis paru, terutama pada wilayah dengan kepadatan tinggi dan interaksi sosial yang intens (UPT Puskesmas Kedaton, 2025).

Gambaran kasus tuberculosis di wilayah kerja Puskesmas Kedaton menunjukkan bahwa penemuan dan penanganan kasus sudah berjalan cukup baik, dengan capaian pelayanan pada suspek TBC sebesar 100% dan angka keberhasilan pengobatan mencapai sekitar 94% pada tahun 2025. Selain itu,

tidak terdapat kematian selama masa pengobatan, yang menunjukkan efektivitas program penanggulangan TB di puskesmas. Jumlah kasus TB aktif pada bulan maret – april 2026 ada 17 orang.

## 4.2. Karakteristik Informan

Karakteristik informan merupakan gambaran umum mengenai latar belakang individu yang terlibat dalam penelitian ini. Pada penelitian ini melibatkan 15 orang informan khususnya laki-laki dewasa yang berusia diatas 17 tahun yang merupakan keluarga kontak serumah pasien TB paru.

Tabel 4.1. Karakteristik Informan

No.	Kode Informan	Usia	JK	Hub dengan Penderita	Pendidikan	Pekerjaan
1	2	3	4	5	6	7
<b>A. Keluarga Kontak Serumah</b>						
1.	I 1 – Tn AW	24 Tahun	Laki-laki	Keponakan	SMA	Karyawan
2.	I 2 – Tn F	25 Tahun	Laki-laki	Adik	SMK	Freelance
3.	I 3 – Tn AD	17 Tahun	Laki-laki	Anak	SMA	Pelajar
4.	I 4 – Tn MD	31 Tahun	Laki-laki	Anak	SMK	Wiraswasta
5.	I 5 – Tn B	51 Tahun	Laki-laki	Ayah	SMA	Buruh
6.	I 6 – Tn MD	82 Tahun	Laki-laki	Suami	SMP	Tidak ada
7.	I 7 – Tn H	55 Tahun	Laki-laki	Ayah	SMA	Karyawan
8.	I 8 – Tn I	25 Tahun	Laki-laki	Adik	SMK	Buruh
9.	I 9 – Tn R	35 Tahun	Laki-laki	Adik	SMA	Honoror
10.	I 10 – Tn R	32 Tahun	Laki-laki	Kakak	S1	PNS
11.	I 11 – Tn S	66 Tahun	Laki-laki	Ayah	SMA	Buruh
12.	I 12 – Tn S	46 Tahun	Laki-laki	Sepupu	D3	Karyawan
13.	I 13 – Tn M	65 Tahun	Laki-laki	Suami	SMA	Buruh
14.	I 14 – Tn M	55 Tahun	Laki-laki	Adik	SMA	Wiraswasta
15.	I 15 – Tn S	56 Tahun	Laki-laki	Ayah	SMA	Karyawan
<b>B Informan Triangulasi</b>						
16	I 16 – Ny K	54 Tahun	Perempuan	Kader TB	SMA	Kader TB
17	I 17 – NyN	57 Tahun	Perempuan	Petugas P2TB	D3	Perawat TB

## 4.3. Hasil Penelitian

### 4.3.1. Persepsi Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) pada keluarga kontak serumah terhadap penyakit

Tuberkulosis bervariasi, namun dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat kesamaan persepsi antar informan.

Sebagian informan belum menyadari bahwa interaksi sehari-hari dalam keluarga merupakan faktor risiko penularan. Responden cenderung merasa aman, tidak memikirkan kemungkinan tertular, serta menganggap kondisi keluarga tetap sehat meskipun terdapat paparan. Persepsi ini juga dipengaruhi oleh keyakinan pribadi, pengalaman yang belum pernah tertular, serta pandangan fatalistik yang membuat risiko tidak dianggap sebagai ancaman nyata.

I1: *“sering ketemu, makan bareng”*. *“tidak terpikir sebelumnya”*

I3: *“Enggak”*. *“Sehat”*. *“Enggak tahu”*. *“Enggak pernah”*. *“Sehat semua”*. *“Enggak ada yang merasa beresiko”*.

I6: *“Saya nggak takut tertular”*. *“Cuma berdua saja”*. *“Saya sebenarnya nggak ada perasaan tertularnya”*.

I13: *“Selama ini belum kejadian”*. *“Keluarga sehat-sehat”*.

I15: *“Biasa-biasa aja”*. *“Nggak terpikirkan ke situ”*. *“Saya rasa nggak ada”*.

Selanjutnya, informan mulai menyadari adanya risiko penularan, terutama karena intensitas kontak dalam keluarga dan lingkungan. Namun, persepsi ini belum sepenuhnya kuat karena masih dipengaruhi oleh faktor lain seperti kondisi fisik, ketidakpastian sumber penularan, serta keterbatasan pengetahuan. Informan mulai mengenali faktor risiko seperti kontak erat, kebiasaan merokok, ventilasi rumah, serta kondisi kesehatan, tetapi masih menunjukkan ambivalensi dalam menilai tingkat kerentanan dirinya.

I2: *“Karena berpotensi”*. *“Kemungkinan besar sekitar 70 persen”*. *“Sering berkontak”*. *“Belum pernah berpikir”*.

I5: *“Kurang pengetahuan”*. *“Sering campur dengan penderita”*. *“Ventilasi kecil”*. *“Merokok”*.

I7: *“Usia semakin lemah”*. *“Rokok bisa jadi”*. *“50-50”*. *“Tidak segera tahu”*.

I10: *“Kalau fisik saya sehat tidak mudah tertular”*. *“50-50”*. *“Ada kemungkinan tertular”*. *“Sirkulasi udara buruk meningkatkan risiko”*.

Selain itu, informan menunjukkan pemahaman yang lebih baik mengenai risiko penularan TB, terutama karena pengalaman langsung dan paparan kasus dalam keluarga. Informan menyadari bahwa kontak erat, tinggal serumah, serta penularan melalui udara merupakan faktor utama. Selain itu, muncul rasa was-was dan kekhawatiran yang mendorong kesadaran serta potensi perubahan perilaku. Edukasi dari tenaga kesehatan juga berperan penting dalam meningkatkan pemahaman dan membentuk persepsi yang lebih kuat.

- I4: *“Rentan tertular”. “Badan lemas”. “Lingkungan ada yang kena TB”.*  
 I8: *“Karena kontak rumah”. “Sejak tahu penyakitnya”. “Beresiko ya?”.*  
 I9: *“Karena serumah”. “Menular melalui udara”. “Lebih beresiko”. “Ibu saya paling beresiko”.*  
 I11: *“Semua beresiko”. “Semenjak anaknya sakit”.*  
 I12: *“Sering kontak”. “Penularannya melalui udara”. “Lebih beresiko karena serumah”. “80 persen”.*  
 I14: *“Was-was”. “Kemungkinan tertular ada”. “Takut tertular”.*  
 I16: *“Paham”. “Bertanya cara penularan”. “Kurang sosialisasi”.*  
 I17: *“Merasa beresiko”. “TB itu menular bukan keturunan”. “Suami istri pisah kamar”.*

#### **4.3.2. Persepsi Keparahan (*Perceived Severity*)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi keparahan (*perceived severity*) terhadap penyakit Tuberkulosis pada keluarga kontak serumah bervariasi, namun dapat dikelompokkan berdasarkan kesamaan persepsi antar informan.

Informan cenderung tidak menganggap TB sebagai penyakit yang serius secara emosional, meskipun sebagian memiliki pemahaman dasar terkait dampak penyakit. Persepsi ini ditandai dengan tidak adanya rasa takut atau kekhawatiran, serta keyakinan bahwa kondisi tersebut masih dapat dikendalikan atau diserahkan pada faktor lain. Selain itu, pengalaman yang terbatas terhadap kasus TB yang berat turut mempengaruhi rendahnya

persepsi keparahan, sehingga dampak penyakit tidak dipandang sebagai ancaman yang mendesak.

I6: *“Enggak ada khawatir”. “Enggak ada”. “Kita berserah dengan yang di atas”.*

I7: *“Tidak terlalu khawatir”. “Kalau saya sih tidak”.*

I13: *“Nggak ada” (pengalaman takut). “Nggak” (TB tidak dianggap bahaya).*

I15: *“Nggak ada rasa takut atau khawatir”. “Sekarang sudah ada obatnya”*

Selanjutnya, informan telah menyadari bahwa TB dapat menimbulkan dampak serius seperti gangguan pernapasan, kematian, serta pengaruh terhadap aktivitas dan pekerjaan. Namun, persepsi ini belum sepenuhnya kuat karena tidak selalu diiringi dengan respons emosional yang konsisten. Informan cenderung memiliki pemahaman kognitif mengenai bahaya TB, tetapi masih menunjukkan ambivalensi dalam menilai tingkat keparahan, terutama jika belum memiliki pengalaman langsung dengan kasus yang berat.

I2: *“Khawatir karena tidak tahu dampak”. “Takut ke organ lain”. “Tidak merasakan dampak langsung”.*

I3: *“Bahaya”. “Bisa menyebabkan kematian”. “Mengganggu aktivitas sekolah”.*

I10: *“Bisa jadi kematian”. “Setengah-setengah takut”. “Tidak terlalu ancaman”.*

I13: *“Kalau terkena... bisa mati”. “Mempengaruhi pernafasan”.*

I15: *“Kalau nggak diobati mungkin tambah parah paru-parunya”.*

Selanjutnya, informan menunjukkan pemahaman yang komprehensif bahwa TB merupakan penyakit berbahaya yang berdampak luas, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun ekonomi. Dampak fisik yang disadari meliputi gangguan pernapasan, penurunan kondisi tubuh, hingga risiko kematian. Selain itu, informan juga menyadari adanya dampak sosial seperti stigma dan pengucilan, serta dampak ekonomi berupa terganggunya pekerjaan dan penghasilan. Persepsi ini umumnya diperkuat oleh pengalaman langsung melihat atau merasakan dampak TB, sehingga memunculkan rasa takut,

khawatir, dan kewaspadaan yang lebih tinggi, serta mendorong perilaku pencegahan.

I1: “*Merasa khawatir*”. “*Bisa menyerang paru, otak*”. “*Akan tambah parah*”.

I4: “*Bahaya, terlalu bahaya*”. “*Pekerjaan terganggu*”. “*Minder*”.

I5: “*Bahaya... nafas jadi susah*”. “*Jalan 10 meter terengah-engah*”. “*Ada rasa takut*”.

I8: “*Bahaya*”. “*Bisa sakit parah*”. “*Operasi*”.

I9: “*Memang bahaya*”. “*Dikucilkan*”. “*Mengganggu pekerjaan*”.

I11: “*Memang berbahaya*”. “*Nambah banyak pikiran*”. “*Berpengaruh pada pekerjaan*”.

I12: “*Bisa mengakibatkan kematian*”. “*Terganggu banget*”. “*Takut menularkan*”.

I14: “*Cukup bahaya*”. “*Risiko kematian*”. “*Mengganggu pekerjaan*”.

I16: “*Takut*”. “*Bisa menyebabkan kematian*”. “*Takut tertular*”.

I17: “*Bisa menyebabkan kematian*”. “*Sudah ada korban*”. “*Takut menular ke keluarga*”.

#### **4.3.3. Persepsi Manfaat (*Perceived Benefits*)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi manfaat (*perceived benefits*) terhadap upaya pencegahan dan pengobatan penyakit Tuberkulosis pada keluarga kontak serumah cenderung bervariasi, namun dapat dikelompokkan berdasarkan kesamaan tingkat keyakinan antar informan.

Informan sebenarnya telah memiliki pemahaman kognitif mengenai pentingnya tindakan pencegahan, seperti penggunaan masker dan ventilasi yang baik untuk mencegah penularan. Namun, pemahaman tersebut belum diikuti dengan penerapan dalam perilaku sehari-hari, sehingga manfaat yang dirasakan belum cukup kuat untuk mendorong perubahan kebiasaan. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pengetahuan dan praktik, di mana individu mengetahui manfaat tindakan kesehatan tetapi belum memiliki motivasi yang cukup untuk melaksanakannya secara konsisten.

I3: “*Manfaatnya untuk mencegah penularan*”. “*Penting*”. “*Enggak pernah pakai masker*”.

Selanjutnya, informan menunjukkan keyakinan bahwa tindakan pencegahan dan pengobatan memiliki manfaat dalam mengurangi risiko penularan dan membantu kesembuhan. Namun, keyakinan ini belum sepenuhnya kuat dan masih dipengaruhi oleh faktor situasional, sehingga penerapan perilaku belum konsisten. Informan umumnya memahami bahwa tindakan seperti memakai masker, menjaga jarak, ventilasi, serta pola hidup sehat dapat memberikan perlindungan, tetapi belum menjadikannya sebagai kebiasaan yang rutin dilakukan.

I6: *“Ya bermanfaat, dan penting”. “Ya pake masker”.*

I7: *“Penting”. “Supaya nggak tertular”. “Ventilasi”. “Tidak merokok di dalam rumah”.*

I10: *“Meminimalisir risiko penularan”. “Untuk memutus penularan dan sembuh”. “Pakai masker, jaga jarak”.*

I11: *“Mengurangi penyakit”. “Supaya tidak tertular”. “Harus bersih-bersihan”.*

I15: *“Penting untuk mencegah”. “Kalau diobati bisa sembuh”.*

Selanjutnya, informan menunjukkan keyakinan yang kuat bahwa tindakan pencegahan dan pengobatan sangat efektif dalam mencegah penularan serta mempercepat kesembuhan. Informan tidak hanya memahami manfaat secara kognitif, tetapi juga mengaitkannya dengan perlindungan terhadap diri sendiri dan anggota keluarga. Tindakan seperti penggunaan masker, menjaga ventilasi rumah, tidak merokok, menjaga kebersihan, serta kepatuhan dalam pengobatan dipandang sebagai langkah penting yang harus dilakukan. Persepsi ini umumnya didukung oleh pengalaman langsung, informasi dari tenaga kesehatan, serta pengamatan terhadap dampak penyakit, sehingga mendorong terbentuknya perilaku pencegahan yang lebih aktif dan konsisten.

I1: *“Pakai masker, ventilasi terbuka”. “Menjaga kebersihan”. “Positif, untuk tidak tertular TB”.*

I2: *“Supaya tidak menular ke orang lain”. “Sangat penting”. “Masker selalu ada di rumah”.*

I4: *“Bermanfaat sekali”. “Agak tidak tertular”. “Pengobatan bermanfaat”*

I5: “Mengurangi resiko tertular”. “Bermanfaat sekali”. “Selalu pakai masker”.

I8: “Bermanfaat, penting”. “Sangat baik buat kesehatan”. “Berhenti merokok”.

I9: “Supaya tidak menular ke keluarga”. “Pasien sembuh dan mencegah penularan”.

I12: “Mencegah penularan”. “Menjadi lebih sehat”. “Pakai masker, jaga jarak”.

I13: “Memutus penularan”. “Sangat penting”. “Biar tidak menular yang lain”.

I14: “Penting”. “Yakin”. “Menjaga kesehatan”.

I16: “Bisa, percaya”. “Mau menerapkan”.

I17: “Paham bahwa TB bisa dicegah”. “Percaya TB bisa dicegah”. “Keluarga pakai masker”.

#### 4.3.4. Persepsi Hambatan (*Perceived Barriers*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi hambatan (*perceived barriers*) dalam pencegahan dan pengobatan Tuberkulosis pada keluarga kontak serumah bervariasi, namun dapat dikelompokkan berdasarkan kesamaan jenis hambatan yang dialami oleh informan.

Informan umumnya tidak mengalami kendala berarti dalam menerapkan perilaku pencegahan maupun mengakses layanan kesehatan. Faktor seperti biaya, waktu, dan akses layanan tidak menjadi penghalang karena didukung oleh fasilitas, lingkungan, serta dukungan keluarga. Meskipun demikian, beberapa informan tetap mengakui adanya stigma sosial ringan, namun tidak cukup kuat untuk menghambat tindakan pencegahan. Kondisi ini menunjukkan bahwa lingkungan yang mendukung dapat meminimalkan hambatan dan mempermudah individu dalam berperilaku sehat.

I2: “Tidak ada hambatan”. “Hambatan waktu kerja”.

I4: “Tidak ada hambatan”. “Ada sedikit (malu/stigma)”.

I7: “Nggak ada”. “Tidak ada kendala... ditanggung perusahaan”. “Iya, malu”.

I9: “Tidak ada hambatan biaya karena BPJS”. “Tidak ada hambatan waktu”. “Rasa malu tidak jadi hambatan”.

I13: “Tidak ada hambatan”. “Tidak (stigma)”.

I14: “Enggak ada”. “Biaya enggak ada masalah”. “Waktu ada”.

I15: “Tidak ada hambatan biaya atau jarak”

Informan menghadapi beberapa kendala praktis dan sosial, namun hambatan tersebut masih dapat diatasi dan tidak sepenuhnya menghalangi perilaku pencegahan. Hambatan yang muncul meliputi keterbatasan waktu akibat pekerjaan, biaya tertentu, ketersediaan sarana seperti masker, serta stigma sosial dari lingkungan. Selain itu, kurangnya kesadaran anggota keluarga dan keterbatasan dalam mengontrol perilaku orang lain juga menjadi tantangan. Meskipun demikian, informan tetap berupaya menjalankan tindakan pencegahan dengan menyesuaikan kondisi yang ada.

I1: *“Kebiasaan merokok”. “Lingkungan ikut merokok”. “Waktu kerja”. “Khawatir pakai masker”.*

I5: *“Yang sehat kurang peka”. “Susah bagi waktu”. “Ada rasa khawatir dikatakan”.*

I8: *“Biaya dan waktu”. “Ada rasa malu”.*

I10: *“Tidak ada masker”. “Tidak beli masker”. “Tergantung puskesmas”.*

I11: *“Perlu biaya”. “Kendala pemeriksaan”. “Harus mengatur waktu”.*

I12: *“Terkadang tidak mau pakai masker”. “Terkadang malu”. “Jadi bahan omongan”.*

Selanjutnya, kendala yang dialami lebih didominasi oleh faktor internal seperti kebiasaan, kurangnya kesadaran, rasa malas, dan kelupaan, serta faktor eksternal yang lebih kompleks seperti budaya, kepercayaan terhadap pengobatan alternatif, dan rendahnya kepatuhan terhadap pengobatan. Hambatan ini bersifat mendasar karena mempengaruhi konsistensi perilaku dan kepatuhan dalam jangka panjang. Selain itu, kurangnya dukungan sosial serta kesibukan pekerjaan juga turut memperkuat hambatan dalam penerapan perilaku pencegahan secara optimal.

I3: *“Enggak terbiasa”. “Enggak ada kendala”. “Udah”.*

I6: *“Sering lupa”. “Kadang pakai masker, kadang enggak”.*

I15: *“Hambatannya lupa”.*

I16: *“Males... kurang sadar”. “Ganggu pekerjaan”.*

I17: *“Pakai obat alternatif”. “Tidak mau minum obat”. “Tidak ada waktu kerja”. “Tidak ada yang ambil obat”.*

#### 4.3.5. Isyarat Untuk Bertindak (*Cues to Actions*)

Sebagian besar informan menunjukkan bahwa edukasi dari tenaga kesehatan merupakan isyarat utama yang mendorong munculnya perilaku pencegahan tuberkulosis. Informasi yang diberikan melalui penyuluhan, pengambilan obat di puskesmas, maupun kunjungan langsung terbukti meningkatkan pemahaman informan mengenai penularan dan pencegahan TB. Hal ini kemudian mendorong perubahan sikap menjadi lebih waspada, seperti menjaga jarak, menggunakan masker, serta segera mencari pengobatan saat muncul gejala. Selain itu, edukasi yang dilakukan secara aktif dan berkelanjutan, termasuk oleh kader kesehatan melalui metode *door-to-door*, dinilai sangat efektif dalam memperkuat kesadaran dan tindakan pencegahan.

I1: *"Petugas kesehatan mengingatkan."*

I2: *"Iya. Mempengaruhi banget."*

I3: *"Dari petugas"*

I6: *"Ada" (edukasi merubah perilaku)*

I7: *"Iya, dari puskesmas saat ambil obat."*

I8: *"Himbauan dari petugas."*

I9: *"Dikasih tahu petugas saat ambil obat"*

I11: *"Ada pengaruhnya." (tenaga kesehatan)*

I12: *"Edukasi tenaga kesehatan."*

I13: *"Berpengaruh sangat" (petugas)*

I15: *"Edukasi langsung mempengaruhi"*

I16: *"door to door"*

I17: *"edukasi langsung paling efektif"*

Selain edukasi, pengalaman langsung dalam keluarga atau lingkungan sekitar yang terkena TB menjadi pemicu kuat dalam mendorong tindakan pencegahan. Informan yang memiliki anggota keluarga sakit atau pernah melihat kasus TB di lingkungan sekitarnya cenderung memiliki kesadaran yang lebih tinggi untuk bertindak. Pengalaman tersebut menimbulkan rasa khawatir akan penularan, sehingga mendorong individu untuk lebih menjaga kesehatan dan melakukan tindakan preventif secara aktif.

- I1: *"Karena kita yang tadinya tidakantisipasi, sekarang jadi menjaga kesehatan supaya tidak tertular."*  
 I4: *"Tetangga pernah kena"*  
 I5: *"Pengalaman saya sendiri sakit"*  
 I6: *"Pernah" (dipicu pengalaman tetangga)*  
 I7: *"Iya, Pak." (pengalaman keluarga mempengaruhi)*  
 I9: *"Pengalaman bapak sakit"*  
 I10: *"Keluarga sakit."*  
 I11: *"Semenjak beliau ini sakit."*  
 I12: *"Pengalaman keluarga."*  
 I13: *"Ada" (pengalaman orang lain)*  
 I14: *"Semenjak kakak sakit."*  
 I15: *"Harus begitu" (setelah ada anggota keluarga sakit)*  
 I17: *"tetangga ada yang kena"*

Faktor lain yang juga memperkuat *cues to action* adalah dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan sekitar, termasuk peran anggota keluarga yang saling mengingatkan serta motivasi untuk melindungi orang terdekat. Dukungan ini berperan dalam mempertahankan konsistensi perilaku pencegahan dan memperkuat keyakinan individu untuk tetap menjalankan tindakan kesehatan.

- I2: *"Teman-teman... di rumah mungkin ya ibu."*  
 I6: *"Anak"*  
 I7: *"Keluarga mendukung."*  
 I8: *"Sering mengingatkan."*  
 I9: *"Takut tertular"*  
 I13: *"Ada saling mengingatin"*  
 I14: *"Mau sehat, sayang keluarga."*  
 I17: *"mereka mau mendengarkan"*

Selain itu, paparan informasi dari media seperti televisi, internet, poster, dan media sosial juga menjadi sumber isyarat tambahan yang mendorong tindakan. Informasi ini membantu memperluas pengetahuan informan, meskipun kekuatannya tidak selalu sebesar pengalaman langsung atau edukasi tenaga kesehatan. Namun, kombinasi berbagai sumber informasi terbukti mampu memperkuat dorongan untuk bertindak.

- I5: *"Informasi dari media/internet"*  
 I6: *"Dari poster, media, internet, pernah"*

I9: *"Saya cari tahu dari teman dan media sosial"*

I11: *"Dari TV."*

I12: *"Pernah dengar dari media."*

I14: *"Saya baca aja, Bu."*

I16: *"suka buka searching"*

I17: *"pengalaman dari media"*

Meskipun demikian, terdapat sebagian kecil informan yang menunjukkan bahwa isyarat untuk bertindak belum cukup kuat atau tidak berkelanjutan, sehingga belum mampu membentuk perilaku pencegahan yang konsisten. Hal ini umumnya disebabkan oleh kurangnya penguatan dari lingkungan sekitar atau rendahnya intensitas edukasi yang diterima.

I3: *"Ada diterapkan? Ada."*

#### **4.3.6. Efikasi Diri (*Self Efficacy*)**

Sebagian besar informan menunjukkan bahwa tingkat efikasi diri yang tinggi menjadi faktor utama dalam keberhasilan dan keberlanjutan perilaku pencegahan tuberkulosis. Informan dengan keyakinan diri yang kuat merasa mampu melakukan tindakan pencegahan seperti memakai masker, menjaga jarak, serta menjaga kebersihan lingkungan secara konsisten. Keyakinan ini umumnya didorong oleh motivasi internal, seperti keinginan untuk tetap sehat dan melindungi keluarga dari penularan. Selain itu, kemampuan dalam mengatasi hambatan serta inisiatif pribadi juga memperkuat perilaku tersebut, sehingga tindakan pencegahan menjadi kebiasaan dalam kehidupan sehari-hari.

I2: *"Yakin banget."* *"Sangat yakin. Bisa ya? Bisa."*

I4: *"Yakin sih"*. *"Karena pengen sehat"*. *"Agar keluarga tidak terkena"*

I5: *"Yakin. Harus yakin"*. *"Bisa mengatasi hambatan"*. *"Saya berusaha untuk pencegah semuanya"*

I6: *"Saya yakin 100 persen"*

I7: *"Yakin."* *"Tidak terlalu sulit."*

I8: *"Yakin, Bisa."*

- I9: *“Saya yakin semaksimal mungkin”. “Menerapkan pencegahan maksimal”*  
 I10: *“90 persen yakin.”. “Dari diri sendiri.”*  
 I11: *“Yakin.”. “Karena sayang sama anak.”*  
 I12: *“80 persen yakin”*  
 I13: *“Yakin 90%”. “Bisa” (atasi hambatan)*  
 I14: *“100% yakin.”. “Bisa mengatasi hambatan.”*  
 I15: *“Yakin 90% bisa menerapkan”. “ Karena ingin sehat”*  
 I16: *“Percaya diri banget”*  
 I17: *“mereka mau diobatin”. “bisa sembuh kalau minum obat teratur”*

Selain motivasi internal, dukungan dari tenaga kesehatan dan keluarga menjadi faktor penting yang memperkuat efikasi diri informan. Edukasi, pendampingan, serta dorongan dari petugas kesehatan memberikan keyakinan bahwa tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan benar. Dukungan keluarga, seperti saling mengingatkan dan memberikan motivasi, juga berperan dalam menjaga konsistensi perilaku pencegahan. Kombinasi antara dukungan eksternal dan keyakinan internal ini membuat informan lebih percaya diri dalam menjalankan perilaku sehat secara berkelanjutan.

- I4: *“Dukungan dokter”. “Berpengaruh”*  
 I5: *“Dukungan petugas”*  
 I7: *“Sangat membantu.”*  
 I9: *“Edukasi petugas mengubah perilaku”. “Adek paling aktif mengingatkan”*  
 I11: *“Ada dukungan... berpengaruh.”*  
 I12: *“keluarga mengingatkan”*  
 I13: *“Berpengaruh banget”*  
 I16: *“lebih percaya diri dia”*

Meskipun sebagian besar informan memiliki efikasi diri yang tinggi, terdapat beberapa informan yang menunjukkan bahwa keyakinan diri belum sepenuhnya stabil atau belum diikuti oleh konsistensi perilaku. Hal ini dipengaruhi oleh faktor lingkungan, kebiasaan yang belum terbentuk, serta kurangnya dukungan atau pengingat dari sekitar. Pada kondisi ini, individu sebenarnya memiliki pengetahuan atau keyakinan dasar, namun belum mampu mengimplementasikannya secara konsisten dalam kehidupan sehari-hari.

- I1: “*Tidak begitu yakin, karena lingkungan.*”. “*tidak begitu yakin*”  
 I3: “*Enggak ada semua*” (*yang mengingatkan*). “*Enggak biasa*”  
 I6: “*Walaupun kadang-kadang lupa*”

Untuk menjamin keabsahan dan kredibilitas data penelitian, peneliti melakukan triangulasi data. Triangulasi digunakan sebagai teknik pemeriksaan data dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber, metode, maupun waktu pengumpulan data. Melalui proses ini, data yang diperoleh dapat diverifikasi sehingga menghasilkan temuan penelitian yang lebih valid, objektif, dan dapat dipercaya.

Menurut informan I16 Dari aspek *perceived susceptibility*, keluarga sudah memiliki kesadaran bahwa mereka berisiko tertular TB karena tinggal serumah dengan penderita. Hal ini terlihat dari perilaku aktif seperti bertanya mengenai cara penularan. Namun, kesadaran ini belum sepenuhnya merata karena masih dipengaruhi oleh kurangnya sosialisasi dan rendahnya kesadaran sebagian individu.

“*dia bertanya, kalau ini cara penularannya*”  
 “*Paham.*”  
 “*Kurang sosialisasi... kurang sadar*”

Selanjutnya merujuk pada informan I16, pada aspek *perceived severity*, keluarga menunjukkan persepsi yang sangat kuat terhadap bahaya TB. Penyakit ini dipandang sebagai penyakit serius, menular, bahkan dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati secara teratur. Rasa takut yang muncul menjadi faktor emosional penting yang mendorong kewaspadaan terhadap penyakit.

“*Iya takut.*”  
 “*dia takut nanti jadi penyakit, dia juga kena*”  
 “*rasa takut tertular itu*”  
 “*Paham, paham dia.*”  
 “*bisa menyebabkan kematian kalau dia memang nggak rutin minum obat*”

Selanjutnya Informan I16 pada aspek *perceived benefits* didapatkan bahwa keluarga percaya bahwa TB dapat disembuhkan dan dicegah. Keyakinan ini

diperkuat oleh informasi dari kader kesehatan sehingga mendorong mereka untuk bersedia mengikuti anjuran seperti pemeriksaan dan penggunaan masker. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi manfaat berperan besar dalam membentuk niat untuk bertindak.

*“Mau, mau menerapkan”  
 “Bisa, percaya dong”  
 “percaya mereka”*

Menurut Informan I16 mengenai pandangannya terhadap keluarga kontak serumah mengemukakan bahwa perilaku pencegahan tidak terlepas dari *perceived barriers*. Hambatan yang ditemukan meliputi faktor internal seperti rasa malas dan kurangnya kesadaran, serta faktor eksternal seperti keterbatasan ekonomi, kesibukan pekerjaan, dan kepercayaan terhadap pengobatan alternatif atau mistis.

*“Males dok... kurang sadar”  
 “ngaruh juga dok”  
 “ganggu pekerjaan”*

Selanjutnya informan 16 mengemukakan Faktor yang paling dominan dalam mendorong tindakan atau aspek *cues to action* adalah melalui edukasi langsung oleh kader kesehatan dengan metode *door-to-door*. Selain itu, pengalaman melihat orang lain sakit TB, munculnya gejala, serta informasi dari media juga menjadi pemicu penting.

*“Respon keluarga bagus”  
 “Dia langsung kayak mau meriksa”  
 “Berperan banget”  
 “Dengan langsung... ada liplet juga”  
 “sering kunjungan”  
 “Ada” (gejala muncul)  
 “suka buka searching”  
 “door to door”  
 “Ada, lewat PMO”*

Menurut Informan I16, dari sisi *self-efficacy*, keluarga menunjukkan tingkat kepercayaan diri yang tinggi dalam melakukan tindakan pencegahan. Dukungan dari kader dan petugas kesehatan semakin memperkuat keyakinan tersebut.

Individu yang memiliki efikasi diri tinggi cenderung lebih mampu mempertahankan perilaku sehat.

*“Percaya diri banget”*  
*“lebih percaya diri dia”*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan I17, aspek *perceived susceptibility* keluarga kontak serumah terhadap TB pada awalnya cenderung rendah karena sebagian masih menganggap TB sebagai penyakit keturunan, bukan penyakit menular. Namun, setelah diberikan edukasi oleh petugas kesehatan, terjadi peningkatan pemahaman bahwa TB dapat menular melalui kontak erat, terutama dalam keluarga. Kesadaran ini semakin kuat pada keluarga yang telah memiliki pengalaman langsung dengan kasus TB, seperti pasangan suami istri yang sampai harus tidur terpisah.

*“merasa sih beresiko... suami istri pisah kamar”*  
*“kalau anak-anak ya...”*  
*“TB itu menular bukan keturunan”*  
*“nanti kalau saya ketularan...”*

Wawancara kepada informan I17, mengemukakan bahwa aspek *perceived severity* sebagian besar keluarga sudah memiliki persepsi keparahan yang cukup baik, ditunjukkan dengan pemahaman bahwa TB dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati. Pengalaman langsung maupun tidak langsung, seperti melihat tetangga atau anggota keluarga yang terdampak, turut meningkatkan kesadaran akan bahaya TB.

*“Kalau tidak diminum obatnya bisa menyebabkan kematian”*  
*“Sudah ada korban... jadi lebih hati-hati”*  
*“Mereka tahu dampaknya”*  
*“penting banget karena bisa menular”*  
*“takut menular ke keluarga”*

Selanjutnya, Informan I17 mengemukakan aspek *perceived benefits* keluarga kontak serumah umumnya memahami manfaat dari tindakan pencegahan dan pengobatan TB. Mereka mengetahui bahwa penggunaan masker, ventilasi rumah

yang baik, serta kepatuhan minum obat dapat mencegah penularan dan membantu kesembuhan.

*“jendelanya dibuka... buang dahak tidak sembarangan... memakai masker”*  
*“pola makan... protein... buka jendela... jemur kasur”*  
*“paham bahwa TB bisa dicegah”*  
*“kunjungan selanjutnya jendela sudah dibuka”*  
*“percaya karena setelah pengobatan badan naik”*  
*“percaya TB bisa dicegah”*  
*“keluarga pakai masker”*

Menurut Informan I17 berpendapat bahwa aspek *perceived barriers* yang dihadapi keluarga cukup beragam, meliputi faktor budaya (kepercayaan pada obat alternatif), kepatuhan pengobatan (putus obat), efek samping obat, serta kurangnya dukungan dalam pengambilan obat.

*“disangka penyakit keturunan”*  
*“pakai obat alternatif jamu-jamuan”*  
*“masih ada yang tidak mau minum TPT”*  
*“efektif paling 1-2 pasien”*  
*“keluhan minum obat”*  
*“tidak ada yang ambil obat”*  
*“tidak ada waktu kerja”*

Selanjutnya informan I17 Faktor pemicu tindakan atau aspek *cues to action* pada keluarga cukup kuat dan berasal dari berbagai sumber, seperti pengalaman melihat kasus TB di lingkungan sekitar, edukasi dari tenaga kesehatan, serta informasi dari media.

*“sudah ada korban jadi lebih hati-hati”*  
*“mereka mau mendengarkan”*  
*“tetangga ada yang kena”*  
*“edukasi langsung... leaflet... kunjungan rumah”*  
*“setiap ngambil obat”*  
*“pelayanan sudah baik”*  
*“jalur khusus jastib”*  
*“pengalaman dari media”*  
*“menerima saran petugas”*  
*“edukasi langsung paling efektif”*

Terakhir, menurut informan I17 Sebagian besar keluarga menunjukkan tingkat efikasi diri yang baik dalam menerapkan perilaku pencegahan TB. Hal ini terlihat

dari kesediaan mereka untuk membuka jendela, menjaga kebersihan, menggunakan masker, serta menjalani pengobatan.

*“mereka mau diobatin”*

*“bisa sembuh kalau minum obat teratur”*

Berdasarkan hasil triangulasi sumber, informasi yang disampaikan keluarga kontak serumah mengenai persepsi dan perilaku pencegahan TB Paru diperkuat oleh keterangan kader kesehatan dan petugas kesehatan puskesmas. Sebagian keluarga mengaku telah menerima edukasi terkait penggunaan masker, etika batuk, pentingnya ventilasi rumah, serta pemeriksaan kontak serumah, namun penerapannya masih belum konsisten dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi tersebut dikonfirmasi oleh kader kesehatan yang menyatakan bahwa beberapa keluarga masih menganggap TB Paru sebagai penyakit biasa, penyakit keturunan, bahkan dikaitkan dengan faktor nonmedis seperti guna-guna, sehingga mereka kurang disiplin menerapkan perilaku pencegahan. Petugas kesehatan juga menjelaskan bahwa edukasi sebenarnya telah diberikan sejak awal pengobatan pasien, namun pemahaman keluarga sering kali dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, budaya, serta kebiasaan masyarakat yang telah berlangsung lama. Temuan triangulasi ini menunjukkan adanya kesesuaian antara jawaban informan utama dengan informan triangulasi, bahwa hambatan utama bukan hanya kurangnya informasi, tetapi juga persepsi subjektif keluarga terhadap penyakit TB Paru.

Hasil triangulasi juga memperlihatkan bahwa petugas kesehatan dan kader menilai masih rendahnya *self-efficacy* keluarga dalam melakukan pencegahan TB Paru secara berkelanjutan. Beberapa keluarga diketahui memahami pentingnya penggunaan masker dan menjaga kebersihan lingkungan, namun sering merasa tidak nyaman, lupa, atau tidak terbiasa menerapkannya secara konsisten. Hal ini sejalan dengan konsep *Health Belief Model* (HBM) yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh *perceived barriers* dan *self-efficacy* individu. Kader kesehatan menyampaikan bahwa sebagian keluarga baru menunjukkan kepatuhan ketika terdapat pengawasan atau kunjungan petugas kesehatan,

sedangkan setelah itu perilaku pencegahan mulai berkurang. Petugas kesehatan juga mengonfirmasi bahwa stigma sosial dan rasa takut dikucilkan masih menjadi hambatan dalam pelaksanaan skrining maupun penerapan perilaku pencegahan di rumah tangga. Dengan demikian, triangulasi sumber memperkuat bahwa faktor psikologis, sosial, dan budaya memiliki pengaruh besar terhadap perilaku pencegahan penularan TB Paru pada keluarga kontak serumah.

Selain triangulasi wawancara, hasil observasi lapangan juga mendukung temuan penelitian terkait risiko penularan TB Paru di lingkungan rumah tangga. Observasi menunjukkan masih terdapat rumah dengan ventilasi kurang baik, kepadatan hunian tinggi, pencahayaan minim, serta anggota keluarga yang belum menggunakan masker ketika berinteraksi dengan pasien TB Paru aktif. Peneliti juga menemukan adanya kebiasaan batuk tanpa menutup mulut dan masih terbatasnya pemisahan alat pribadi pasien dengan anggota keluarga lainnya. Kondisi observasional tersebut memperkuat pernyataan informan mengenai masih rendahnya penerapan perilaku pencegahan meskipun edukasi telah diberikan. Temuan observasi ini relevan dengan teori penularan TB Paru yang menyatakan bahwa ventilasi buruk, kepadatan rumah, dan kontak erat dalam waktu lama merupakan faktor utama peningkatan transmisi *mycobacterium tuberculosis* di lingkungan rumah tangga. Oleh karena itu, hasil observasi memberikan validasi empiris bahwa faktor lingkungan fisik rumah dan perilaku sehari-hari keluarga masih menjadi tantangan besar dalam upaya memutus rantai penularan TB Paru pada kontak serumah.

#### **4.4. Analisis Tematik**

Analisis tematik dalam penelitian ini digunakan untuk mengidentifikasi, mengelompokkan, dan memahami pola makna yang muncul dari hasil wawancara para informan. Proses ini dilakukan melalui tahapan pengkodean, penelusuran tema, hingga penarikan interpretasi yang merepresentasikan pengalaman, persepsi, dan pandangan informan terhadap

fenomena yang diteliti. Setiap tema yang dihasilkan mencerminkan isu-isu utama yang secara konsisten muncul dalam data, serta menggambarkan dinamika yang terjadi dalam konteks penelitian.

Melalui pendekatan ini, data kualitatif yang diperoleh tidak hanya disajikan secara deskriptif, tetapi juga dianalisis secara mendalam untuk menemukan keterkaitan antar kategori dan makna yang lebih luas. Tema-tema yang terbentuk kemudian disusun secara sistematis untuk memberikan gambaran utuh mengenai realitas yang dialami oleh informan, sekaligus menjadi dasar dalam penarikan kesimpulan penelitian.

Tabel 4.2. Tabel Tematik Informan Utama

Tema Utama	Sub Tema	Kutipan Informan Utama	Keterangan
1	2	3	4
<i>Perceived Susceptibility</i>	Kontak erat/tinggal serumah meningkatkan risiko	“Sering ketemu, makan bareng” (I1), “Karena serumah... sering komunikasi” (I9), “Karena kan sudah kumpul sama yang punya TB” (I7), “di dalam rumah... sering peluk” (I12)	Sebagian besar informan memahami bahwa kontak erat dan tinggal serumah meningkatkan risiko penularan TB.
	Lingkungan rumah dan ventilasi buruk meningkatkan penularan	“Kalau jendela gak dibuka” (I8), “hawonya nggak keluar” (I5), “ventilasi... bisa sih” (I12), “udara jarang dibuka” (I4)	Kondisi rumah yang tertutup dan ventilasi buruk dipersepsikan memperbesar risiko penularan TB.
	Kelompok rentan dan kondisi fisik mempengaruhi risiko	“Usia semakin lemah” (I7), “Anak” (I5), “Ibu saya paling berisiko” (I9), “Kalau fisik sehat mudah-mudahan nggak tertular” (I10)	Anak-anak, lansia, dan individu dengan kondisi fisik lemah dianggap lebih rentan tertular TB.
	Pemahaman penularan melalui udara/batuk	“Menular melalui udara” (I9), “Lewat batuk, udara” (I11), “mudah melalui batuk” (I13)	Informan memahami TB menular melalui udara atau percikan batuk.
	Kurangnya pengetahuan awal dan kesadaran	“Belum tau” (I5), “Tidak segera tahu” (I7), “Tidak terpikir	Rendahnya pengetahuan awal menyebabkan rendahnya persepsi

	risiko tentang TB	sebelumnya” (I1). “Enggak” (I3), “Saya nggak takut tertular” (I6), “Biasa-biasa aja” (I15) “Sejak dia tahu penyakitnya” (I8), “Karena ada yang sakit” (I10), “Ketika sudah tahu ada yang tertular” (I7)	kerentanan. Sebagian informan tidak merasa dirinya berisiko meskipun berada dalam kondisi rentan.  Kesadaran risiko meningkat setelah ada anggota keluarga atau lingkungan yang terkena TB.
<b><i>Perceived Severity</i></b>	TB dianggap penyakit serius dan dapat menyebabkan kematian	“Bahaya, terlalu bahaya” (I4), “Mengakibatkan kematian” (I12), “Kalau nggak diobati bisa mati” (I13)	Mayoritas informan memandang TB sebagai penyakit serius dan berpotensi fatal bila tidak diobati.
	Dampak fisik dan gangguan aktivitas	“Jalan 10 meter sudah terengah-engah” (I5), “Susah nafas” (I12), “Aktivitas berkurang” (I1)	TB dipersepsikan menyebabkan kelemahan fisik dan mengganggu aktivitas sehari-hari.
	Dampak ekonomi dan pekerjaan	“Penghasilan berkurang” (I1), “Mengganggu pekerjaan” (I9), “Pekerjaan terganggu” (I4)	Penyakit TB dipahami berdampak terhadap produktivitas dan kondisi ekonomi keluarga.
	Dampak psikologis dan stigma sosial	“Minder” (I4), “Dikucilkan” (I9), “Malu” (I7), “Takut menularkan” (I12)	TB menimbulkan tekanan psikologis, rasa malu, dan stigma sosial di lingkungan.
	Risiko komplikasi bila tidak diobati	“Kalau nggak diobatin lebih parah” (I5), “Pemobatannya lebih panjang lagi” (I16)	Informan memahami bahwa TB dapat memburuk bila tidak diobati dengan baik.
	Persepsi keparahan rendah/tidak takut	“Enggak pernah takut” (I3), “Tidak terlalu khawatir” (I7), “Enggak ada” (I13)	Sebagian kecil informan tidak menganggap TB sebagai ancaman serius.
<b><i>Perceived Benefits</i></b>	Manfaat penggunaan masker dan perilaku pencegahan untuk melindungi keluarga, serta keyakinan bahwa TB dapat dicegah dan disembuhkan.	“Pakai masker, jaga jarak” (I1), “Masker aja” (I14), “Mengurangi risiko tertular” (I5). ‘Supaya tidak menular ke keluarga” (I9), “Biar nggak tambah lagi keluarga” (I8). “Percaya bisa diobati” (I16), “Penyakit paru bisa dicegah” (I17)	Informan percaya penggunaan masker dan perilaku sehat dapat mencegah penularan TB. Motivasi utama pencegahan adalah melindungi anggota keluarga lain. Informan memiliki keyakinan bahwa TB dapat dicegah dan disembuhkan bila ditangani dengan baik.

	Pentingnya pengobatan dan kepatuhan minum obat	“Sangat penting” (I1), “Harus rutin minum obat” (I11), “Untuk sembuh dan memutuskan penularan” (I10)	Pengobatan dipahami penting untuk kesembuhan dan mencegah penularan.
	Perilaku hidup sehat dan lingkungan bersih	“Ventilasi rumah” (I9), “Berhenti merokok” (I8), “Pola hidup sehat” (I5)	Lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat dianggap efektif dalam pencegahan TB.
<b>Perceived Barriers</b>	Kebiasaan dan lupa menerapkan pencegahan, Kurangnya kesadaran dan kepatuhan keluarga	“Merokok sulit” (I1), “Kadang lupa pakai masker” (I11), “Kadang pakai kadang enggak” (I6). Yang sehat kurang peka” (I5), “Kurang sadar” (I16), “Tidak mau pakai masker” (I12)	Kebiasaan lama dan kelalaian menjadi hambatan utama dalam pencegahan TB. Rendahnya kesadaran anggota keluarga menghambat upaya pencegahan.
	Hambatan waktu dan pekerjaan	“Karena kerja” (I1), “Susah bagi waktu” (I5), “Gak ada waktu dia kerja” (I17)	Kesibukan kerja menjadi kendala dalam akses layanan dan kepatuhan pengobatan.
	Hambatan ekonomi dan fasilitas	“Biaya” (I8), “Perlu biaya” (I16), “Tidak selalu ada masker” (I11)	Faktor ekonomi dan keterbatasan sarana mempengaruhi perilaku pencegahan.
	Stigma sosial dan rasa malu	“Takut dikatain” (I5), “Malu” (I12), “Bahan omongan” (I12)	Adanya stigma sosial menyebabkan sebagian informan enggan terbuka atau konsisten melakukan pencegahan.
	Kepercayaan budaya dan pengobatan alternative	“Guna-guna” (I16), “Penyakit keturunan” (I17)	Kepercayaan tradisional menyebabkan keterlambatan pengobatan medis.
	Tidak ada hambatan berarti	“Tidak ada” (I4), “Nggak ada” (I7), “Tidak” (I15)	Sebagian informan merasa tidak memiliki hambatan dalam melakukan pencegahan TB.
<b>Cue to Action</b>	Edukasi tenaga kesehatan sebagai pemicu tindakan	“Dikasih tahu petugas kesehatan” (I2), “Dari puskesmas” (I11), “Ngasih penyuluhan” (I4)	Edukasi dari petugas kesehatan menjadi faktor utama yang mendorong perilaku pencegahan TB.
	Pengalaman pribadi, Gejala, keluarga sakit memicu pemeriksaan	“Karena pengalaman sendiri sakit” (I5), “Karena ada yang sakit” (I11), “Keluarga sakit” (I12).	Pengalaman langsung dengan TB meningkatkan kewaspadaan dan tindakan pencegahan.

		“Langsung ke puskes” (I12), “Karena merasa batuk-batuk” (I16)	Gejala fisik menjadi pemicu utama untuk mencari pengobatan atau pemeriksaan kesehatan.
	Informasi dari media/internet	“Dari media/internet” (I5), “Cari tahu dari media sosial” (I9), “Suka searching” (I16)	Media menjadi sumber tambahan informasi dan kesadaran terkait TB.
	Dukungan keluarga dan sosial	“Keluarga mendukung” (I7), “Sering mengingatkan” (I8), “Anak saya” (I6)	Dukungan keluarga membantu meningkatkan kepatuhan dan perilaku pencegahan.
	Motivasi internal dan rasa takut tertular	“Takut tertular” (I9), “Tidak ingin ada yang tertular” (I7), “Pengen sehat lagi” (I8)	Motivasi pribadi dan rasa takut tertular mendorong tindakan pencegahan TB.
<b><i>Self-Efficacy</i></b>	Keyakinan mampu melakukan pencegahan dan konsisten perilaku.	“Yakin banget bisa” (I2), “90 persen” (I10), “Percaya diri banget” (I16). “Saya sendiri yang mengingatkan” (I5), “Tetap dilakukan” (I12), “Saya jaga diri saja” (I11)	Mayoritas informan memiliki keyakinan cukup tinggi untuk melakukan pencegahan TB. Informan menunjukkan usaha mandiri dalam menerapkan perilaku pencegahan
	Motivasi internal untuk sehat dan melindungi keluarga	“Karena pengen sehat” (I4), “Sayang keluarga” (I9), “Tidak ingin keluarga tertular” (I7)	Dorongan internal dan perlindungan keluarga memperkuat efikasi diri.
	Dukungan tenaga kesehatan dan keluarga memperkuat keyakinan.	“Berpengaruh banget” (I1), “Sangat membantu” (I7), “Keluarga mengingatkan” (I12)	Dukungan eksternal meningkatkan kepercayaan diri dan kepatuhan perilaku pencegahan.
	Ketidakkonsistenan dan efikasi diri rendah	“Tidak begitu yakin” (I1), “Kadang lupa” (I6), “Enggak pakai masker” (I3)	Sebagian informan masih menunjukkan keraguan dan perilaku yang belum konsisten.

Tabel 4.3. Tabel Tematik Informan Triangulasi

Tema Utama	Sub Tema	Kutipan Informan Utama	Keterangan
1	2	3	4
<i>Perceived Susceptibility</i>	Kontak erat/tinggal serumah meningkatkan risiko	“Paham”(I16). “Ya ya paham sih mereka, tapi ya kadang-kadang ada yang menjalani, ada yang nggak,kalau paham ya jendelanya dibuka. Terus kalau buang dahak tidak sembarang, memakai masker” (I17)	Sebagian besar informan memahami bahwa kontak erat dan tinggal serumah meningkatkan risiko penularan TB.
	Lingkungan rumah dan ventilasi buruk meningkatkan penularan	“Paham”(I16). “Paham” (I17)	Kondisi rumah yang tertutup dan ventilasi buruk dipersepsikan memperbesar risiko penularan TB.
	Kelompok rentan dan kondisi fisik mempengaruhi risiko	“Ada yang paham” (I16). “Ada yang paham” (I17)	Anak-anak, lansia, dan individu dengan kondisi fisik lemah dianggap lebih rentan tertular TB.
	Pemahaman penularan melalui udara/batuk	“Sebagian besar paham” (i16). “Mereka memahami” (I17)	Informan memahami TB menular melalui udara atau percikan batuk.
	Kurangnya pengetahuan awal dan kesadaran risiko tentang TB	“Ya salah satunya, Kurang sosialisasi lah mereka ya, kayaknya. Sama mereka kurang sadar ya? Kurang sadar.” (I16). “Ya ,mereka akhirnya kalau seandainya pasiennya tidak memakai masker, keluarga yang memakai masker” (I17)	Rendahnya pengetahuan awal menyebabkan rendahnya persepsi kerentanan. Sebagian informan tidak merasa dirinya berisiko meskipun berada dalam kondisi rentan.  Kesadaran risiko meningkat setelah ada anggota keluarga atau lingkungan yang terkena TB.
<i>Perceived Severity</i>	TB dianggap penyakit serius dan dapat menyebabkan kematian	“Bisa menyebabkan kematian kalau dia memang nggak rutin minum obat.”(I16). “Ya ada “ (I17)	Mayoritas informan memandang TB sebagai penyakit serius dan berpotensi fatal bila tidak diobati.
	Dampak fisik dan gangguan aktivitas	“Tahu, kalau pekerjaan ngaruh juga”(I16).	TB dipersepsikan menyebabkan

		“Ya tahu” (I17)	kelemahan fisik dan mengganggu aktivitas sehari-hari.
	Dampak ekonomi dan pekerjaan	“Ada mbak, ngaruh juga dok” (I16). “Ada” (I17)	Penyakit TB dipahami berdampak terhadap produktivitas dan kondisi ekonomi keluarga.
	Dampak psikologis dan stigma sosial	“malu,ada” (I16). “Ada” (I17)”	TB menimbulkan tekanan psikologis, rasa malu, dan stigma sosial di lingkungan.
	Risiko komplikasi bila tidak diobati	“Pengobatannya lebih panjang lagi” (I16) “Sadar mereka tahu kalau tidak diminum obatnya bisa menyebabkan kematian.” (I17)	Informan memahami bahwa TB dapat memburuk bila tidak diobati dengan baik.
	Persepsi keparahan rendah/tidak takut	“Ada” (I16). “Tidak ada” (I17)	Sebagian kecil informan tidak menganggap TB sebagai ancaman serius.
<b><i>Perceived Benefits</i></b>	Manfaat penggunaan masker dan perilaku pencegahan untuk melindungi keluarga, serta keyakinan bahwa TB dapat dicegah dan disembuhkan.	“Percaya bisa diobati” (I16), “Penyakit paru bisa dicegah” (I17)	Informan percaya penggunaan masker dan perilaku sehat dapat mencegah penularan TB. Motivasi utama pencegahan adalah melindungi anggota keluarga lain. Informan memiliki keyakinan bahwa TB dapat dicegah dan disembuhkan bila ditangani dengan baik.
	Pentingnya pengobatan dan kepatuhan minum obat	“Paham, bisa menyebabkan kematian kalau dia memang g rutin minum obat.” (I16). “Sadar mereka tahu kalau tidak diminum obatnya bisa menyebabkan kematian” (I17)	Pengobatan dipahami penting untuk kesembuhan dan mencegah penularan.
	Perilaku hidup sehat dan lingkungan bersih	Kurang sadar tentang kebersihan (I16). “Apabila kita datang untuk kunjungan selanjutnya jendela sudah dibuka atau mereka jemur kasurnya sudah tahu”(I17)	Sebagian besar mrmahami lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat dianggap efektif dalam pencegahan TB.

<b>Perceived Barriers</b>	Kebiasaan dan lupa menerapkan pencegahan, Kurangnya kesadaran dan kepatuhan keluarga	“Kurang sadar” (I16), “Santai aja dia udah dikasih tahu pakai masker, ada yang tetap tidak mau minum tpt” (I17)	Kebiasaan lama dan kelalaian menjadi hambatan utama dalam pencegahan TB. Rendahnya kesadaran anggota keluarga menghambat upaya pencegahan.
	Hambatan waktu dan pekerjaan	“Ya mbak, ngaruh juga dok” (I16). “Gak ada waktu dia kerja” (I17)	Kesibukan kerja menjadi kendala dalam akses layanan dan kepatuhan pengobatan.
	Hambatan ekonomi dan fasilitas	“Perlu biaya” (I16), “Ya” (I17)	Faktor ekonomi dan keterbatasan sarana mempengaruhi perilaku pencegahan.
	Stigma sosial dan rasa malu	“Ada” (I16). “Masih ada” (I17)	Adanya stigma sosial menyebabkan sebagian informan enggan terbuka atau konsisten melakukan pencegahan.
	Kepercayaan budaya dan pengobatan alternative	“Guna-guna” (I16), “Penyakit keturunan” (I17)	Kepercayaan tradisional menyebabkan keterlambatan pengobatan medis.
	Tidak ada hambatan berarti	“Ada” (I16). “Ada” (I17)	Sebagian informan merasa tidak memiliki hambatan dalam melakukan pencegahan TB.
	<b>Cue to Action</b>	Edukasi tenaga kesehatan sebagai pemicu tindakan	“Ya, Takut” (I16). “Ya”
Pengalaman pribadi, Gejala, keluarga sakit memicu pemeriksaan		“Karena merasa batuk-batuk, langsung kayak mau memeriksa” (I16) “Ya” (I17)	Pengalaman langsung dengan TB meningkatkan kewaspadaan dan tindakan pencegahan. Gejala fisik menjadi pemicu utama untuk mencari pengobatan atau pemeriksaan kesehatan.
Informasi dari media/internet		“Suka searching” (I16). “Ya dari medi” (I17)	Media menjadi sumber tambahan informasi dan kesadaran terkait TB.
Dukungan keluarga dan sosial		“Ada” (I16) “Ada” (I17)	Dukungan keluarga membantu meningkatkan kepatuhan dan perilaku pencegahan.

	Motivasi internal dan rasa takut tertular	“Ada”.(I16). “Ada” (I17)	Motivasi pribadi dan rasa takut tertular mendorong tindakan pencegahan TB.
<i>Self-Efficacy</i>	Keyakinan mampu melakukan pencegahan dan konsisten perilaku.	“Percaya diri banget” (I16). “Ya menunjukkan karena mereka mau diobatin” (I17)	Mayoritas informan memiliki keyakinan cukup tinggi untuk melakukan pencegahan TB. Informan menunjukkan usaha mandiri dalam menerapkan perilaku pencegahan
	Motivasi internal untuk sehat dan melindungi keluarga	“Ada” (I16). “Ada” (I17)	Dorongan internal dan perlindungan keluarga memperkuat efikasi diri.
	Dukungan tenaga kesehatan dan keluarga memperkuat keyakinan.	“Pengaruh, lebih percaya diri dia” (I16). “Pengaruh banget karena mereka kan ada yang belum mengerti, setelah kita edukasi jadi mengerti.” (I17)	Dukungan eksternal meningkatkan kepercayaan diri dan kepatuhan perilaku pencegahan.
	Ketidakkonsistenan dan efikasi diri rendah	“Ya masih” (I16) “Ada” (I17)	Sebagian informan masih menunjukkan keraguan dan perilaku yang belum konsisten.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. KESIMPULAN**

Berdasarkan tujuan penelitian untuk menggali persepsi keluarga kontak serumah tentang penularan TB Paru dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM), dapat disimpulkan bahwa persepsi keluarga terbentuk melalui proses pemaknaan terhadap pengalaman, edukasi dari tenaga kesehatan, serta kondisi lingkungan sosial yang melingkupinya. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus dengan informan keluarga kontak serumah yang dipilih secara *purposive*, sehingga mampu menggambarkan secara mendalam bagaimana persepsi tersebut terbentuk dalam konteks nyata kehidupan sehari-hari.

1. Pada aspek *perceived susceptibility*, sebagian besar informan menunjukkan persepsi kerentanan yang rendah, ditandai dengan tidak merasa berisiko tertular meskipun tinggal serumah dengan penderita TB Paru.
2. Pada aspek *perceived severity*, informan cenderung memaknai TB paru sebagai penyakit yang dapat disembuhkan sehingga belum sepenuhnya memahami dampak serius yang mungkin terjadi. Selanjutnya,
3. pada aspek *perceived benefits*, informan telah mengetahui manfaat tindakan pencegahan, namun belum seluruhnya diterapkan secara konsisten dalam kehidupan sehari-hari.
4. Pada aspek *perceived barriers*, ditemukan bahwa hambatan menjadi faktor dominan yang memengaruhi perilaku, meliputi faktor lingkungan, kebiasaan, stigma, serta kondisi sosial ekonomi.
5. Pada aspek *cues to action*, edukasi dari tenaga kesehatan menjadi pemicu utama terbentuknya kesadaran, namun belum cukup kuat untuk mendorong perubahan perilaku yang berkelanjutan. Sementara itu,

6. pada aspek *self-efficacy*, sebagian informan masih menunjukkan keraguan dalam kemampuan diri untuk melakukan tindakan pencegahan secara konsisten, terutama karena pengaruh lingkungan sekitar.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku pencegahan penularan TB Paru pada keluarga kontak serumah belum optimal karena dipengaruhi oleh rendahnya persepsi kerentanan dan keseriusan, serta tingginya hambatan yang dirasakan. Meskipun edukasi telah diberikan, proses internalisasi informasi belum sepenuhnya menghasilkan perubahan perilaku yang konsisten. Hal ini menegaskan bahwa persepsi yang terbentuk melalui konstruk *Health Belief Model* (HBM) memiliki peran penting dalam menentukan tindakan pencegahan di tingkat keluarga.

## 6.2. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa saran yang dapat diajukan adalah sebagai berikut:

### 1. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan diharapkan dapat meningkatkan efektivitas edukasi dengan pendekatan yang lebih komunikatif, kontekstual, dan berkelanjutan, tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi, tetapi juga pada perubahan persepsi risiko dan peningkatan keyakinan diri (*self-efficacy*) keluarga. Edukasi perlu disertai dengan monitoring dan pendampingan agar perilaku pencegahan dapat diterapkan secara konsisten.

### 2. Bagi Puskesmas dan Program TB

Puskesmas perlu mengembangkan strategi intervensi berbasis keluarga yang mempertimbangkan faktor sosial, budaya, dan lingkungan. Program pencegahan TB tidak hanya berfokus pada pasien, tetapi juga pada

keluarga sebagai kontak serumah, dengan memperkuat peran keluarga dalam pencegahan penularan di rumah tangga.

### **3. Bagi Masyarakat/Keluarga**

Keluarga kontak serumah diharapkan dapat meningkatkan kesadaran akan risiko penularan TB Paru serta lebih aktif dalam menerapkan perilaku pencegahan, seperti penggunaan masker, menjaga ventilasi rumah, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Dukungan antar anggota keluarga juga perlu diperkuat untuk menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung pencegahan penularan.

### **4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengembangkan studi dengan pendekatan yang lebih luas, baik secara kuantitatif maupun mixed-method, serta melibatkan variasi informan yang lebih beragam. Selain itu, penelitian longitudinal diperlukan untuk melihat perubahan persepsi dan perilaku pencegahan TB Paru secara berkelanjutan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, H., & Lily, E. M. (2025). Hubungan Karakteristik Kontak Erat dengan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis: Studi Potong Lintang di Puskesmas Kenarilang, Alor, Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 1–12. <https://doi.org/10.7454/epidkes.v9i2.1134>
- Abbasiah, Kalsum, U., Muhammad, D., & Huda, N. (2025). *Development Of A Self-Screening Education Model For Household Contacts Of Patients With Pulmonary Tuberculosis*. 1–12. <https://s.id/kecapitb>.
- Alamer, A. S. (2024). Behavior Change Theories and Models Within Health Belief Model Research: A Five-Decade Holistic Bibliometric Analysis. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.63143>
- Aldila, D., Fardian, B. L., Chukwu, C. W., Hifzhudin Noor Aziz, M., & Kamalia, P. Z. (2024). Improving tuberculosis control: assessing the value of medical masks and case detection - a multi-country study with cost-effectiveness analysis. *Royal Society Open Science*, 11(6). <https://doi.org/10.1098/rsos.231715>
- Bai, W., & Ameyaw, E. K. (2024). Global, regional and national trends in tuberculosis incidence and main risk factors: a study using data from 2000 to 2021. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17495-6>
- Bartolomeu-Gonçalves, G., Souza, J. M. de, Fernandes, B. T., Spoladori, L. F. A., Correia, G. F., Castro, I. M. de, Borges, P. H. G., Silva-Rodrigues, G., Tavares, E. R., Yamauchi, L. M., Pelisson, M., Perugini, M. R. E., & Yamada-Ogatta, S. F. (2024). Tuberculosis Diagnosis: Current, Ongoing, and Future Approaches. In *Diseases* (Vol. 12, Number 9). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/diseases12090202>
- Bio, R. B., Akweongo, P., Koduah, A., & Adomah-Afari, A. (2024). Economic burden and coping mechanisms by tuberculosis treatment supporters: a mixed method approach from Bono Region, Ghana. *BMC Health Services Research*, 24. <https://doi.org/10.1186/S12913-024-10611-1>
- Bouguettaya, A., Lu, Y., Li, Z., Ji, Y., & Sun, X. (2022). The impact of vaccine hesitation on the intentions to get COVID-19 vaccines: The use of the health belief model and the theory of planned behavior model.

- Calderwood, C. J., Timire, C., Mavodza, C., Kavenga, F., Ngwenya, M., Madziva, K., Fielding, K., Dixon, J., Ferrand, R. A., & Kranzer, K. (2024). Viewpoint Beyond tuberculosis: a person-centred and rights-based approach to screening for household contacts. In *www.thelancet.com/lancetgh* (Vol. 12). [www.thelancet.com/lancetgh](http://www.thelancet.com/lancetgh)
- Carter, N., Webb, E. L., Lebina, L., Motsomi, K., Bosch, Z., Martinson, N. A., & MacPherson, P. (2023). Prevalence of subclinical pulmonary tuberculosis and its association with HIV in household contacts of index tuberculosis patients in two South African provinces: a secondary, cross-sectional analysis of a cluster-randomised trial. *BMC Global and Public Health*, *1*(1). <https://doi.org/10.1186/s44263-023-00022-5>
- Chen, H., Li, X., Gao, J., Liu, X., Mao, Y., Wang, R., Zheng, P., Xiao, Q., Jia, Y., Fu, H., & Dai, J. (2021). Health belief model perspective on the control of covid-19 vaccine hesitancy and the promotion of vaccination in china: Web-based cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(9). <https://doi.org/10.2196/29329>
- Chen, S. Y. (2024). Trends and annual percentage changes in tuberculosis mortality estimated by Joinpoint regression and age-period-cohort analyses, Taiwan, 1978–2022. *Scientific Reports*, *14*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-80343-z>
- Cui, K., Zhao, X., Liu, W., & Bai, L. (2025). Global, regional, and national burden and trends of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis in adolescents and adults aged 15–49 years from 2010 to 2021: insights from the global burden of disease study 2021. *BMC Medicine*, *23*(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04269-7>
- Daehn, D., Meyer, C., Loew, V., Wabiszczewicz, J., Pohl, S., Böttche, M., Pawils, S., & Renneberg, B. (2024). Smartphone-based intervention for postpartum depressive symptoms (Smart-e-Moms): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *25*(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08304-5>
- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. (2024). *Profil Kesehatan Kota Bandar Lampung 2024*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2024). *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2024*.
- Dinkele, R., Gessner, S., McKerry, A., Leonard, B., Leukes, J., Seldon, R., Warner, D. F., & Wood, R. (2022). Aerosolization of Mycobacterium tuberculosis by Tidal Breathing. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *206*(2), 206–216. <https://doi.org/10.1164/rccm.202110-2378OC>

- Effendy, K. (2018). *Memadukan Metode Kuantitatif dan Kualitatif* (R. Effendy, Ed.; 2nd ed., Vol. 2). CV Indra Prahasta.
- Emery, J. C., Dodd, P. J., Banu, S., Frascella, B., Garden, F. L., Horton, K. C., Hossain, S., Law, I., van Leth, F., Marks, G. B., Nguyen, H. B., Nguyen, H. V., Onozaki, I., Quelapio, M. I. D., Richards, A. S., Shaikh, N., Tiemersma, E. W., White, R. G., Zaman, K., ... Houben, R. M. G. J. (2023). Estimating the contribution of subclinical tuberculosis disease to transmission: An individual patient data analysis from prevalence surveys. In *eLife* (Vol. 12). <https://doi.org/10.7554/eLife.82469>
- Falah, M., Sansuwito, T. Bin, Dioso, R., Sari, N. P., Lismayanti, L., Pranata, S., & Wahyuni, S. (2025). A Family's Knowledge and Attitudes Toward the Prevention of Pulmonary Tuberculosis in Tasikmalaya City, Indonesia, in 2023: A Cross-sectional Study. *Journal of Research and Health*, 15(4), 365–374. <https://doi.org/10.32598/JRH.15.4.2183.8>
- Falah, M., Sansuwito, T., Dioso, R. I., Said, F. Mohd., & Lismayanti, L. (2025). Enhancing self-care adherence in tuberculosis patients through family support: a systematic review. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 14(2), 661. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v14i2.24749>
- Fauziah Ramadhani, L., Suryono, H., & Kemenkes Surabaya, P. (2022). Determinan Perilaku Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Tuberkulosis Paru Di Wilayah Puskesmas Mojo Surabaya (Studi Pendekatan Teori Health Belief Model) Determinan Of Behavior As Risk Factors Of Lung Tuberculosis In The Area Of Puskesmas Mojo Surabaya (Health Belief Model Approach Study). *JPP) Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang*, 17(2). <https://doi.org/10.36086/jpp.v17i2>
- Felisia, F., Triasih, R., Nababan, B. W. Y., Sanjaya, G. Y., Dewi, S. C., Rahayu, E. S., Unwanah, L., du Cros, P., & Chan, G. (2023). High Tuberculosis Preventive Treatment Uptake and Completion Rates Using a Person-Centered Approach among Tuberculosis Household Contact in Yogyakarta. In *Tropical Medicine and Infectious Disease* (Vol. 8, Number 12). <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8120520>
- Fuady, A., Arifin, B., Yunita, F., Rauf, S., Fitriangga, A., Sugiharto, A., Yani, F. F., Nasution, H. S., Putra, I. W. G. A. E., Mansyur, M., & Wingfield, T. (2024). Stigma, depression, quality of life, and the need for psychosocial support among people with tuberculosis in Indonesia: A multi-site cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002489>

- Goh, M. H., & Anderson, D. E. (2025). Bending properties of human cartilaginous ribs and costal cartilage material vary with age, sex, and calcification. *JBMR Plus*, 9(1). <https://doi.org/10.1093/jbmrpl/ziae153>
- Goletti, D., Meintjes, G., Andrade, B. B., Zumla, A., & Shan Lee, S. (2025). Insights from the 2024 WHO Global Tuberculosis Report – More Comprehensive Action, Innovation, and Investments required for achieving WHO End TB goals. In *International Journal of Infectious Diseases* (Vol. 150). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107325>
- Hidayana, I., Amir, S., Pelupessy, D. C., & Rahvenia, Z. (2022). Using a health belief model to assess COVID-19 vaccine intention and hesitancy in Jakarta, Indonesia. *PLOS Global Public Health*, 2(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000934>
- Janah, M., Susanti, V. Y., & Indriani, C. (2024). *Evaluasi Keberlanjutan Kolaborasi Pelayanan Penyakit Tuberculosis-Diabetes Melitus Di Kota Yogyakarta, DIY*.
- Kanmani, S., Bincy, K., & Logaraj, M. (2024). Assessing the social burden of tuberculosis and trends in TB targets: A focus on sustainable development goals. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101554>
- Kasozi, W., Mwebesa, E., Zawedde-Muyanja, S., Nsubuga, T., Musaaazi, J., Etwom, A., Lemukol, J., Sagaki, P., Tino, S., Achar, C., Stavia, T., Murungi, M., Rutta, E., & Nabukenya-Mudiope, M. G. (2024). Knowledge, attitudes and practices towards tuberculosis: results of a community-based survey in the Karamoja subregion, North Eastern Uganda. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19986-6>
- Kemenkes RI. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2024*.
- Khamai, N., Seangpraw, K., & Ong-Artborirak, P. (2024). Using the health belief model to predict tuberculosis preventive behaviors among tuberculosis patients household contacts during the covid-19 pandemic in the border areas of northern Thailand. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 57(3), 223–233. <https://doi.org/10.3961/jpmp.23.453>
- Khormi, Y. H. (2025). *The Health Belief Model: A Framework for Understanding Health Behavior. 11*. <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000625>
- Li, N., Wei, W., Lao, Y., Zhu, X., Ye, Q., Chen, J., Ji, Y., Chen, R., & Yang, C. (2025). Long-term trends and future projections of the burden of tuberculosis among children and adolescents in China. *PLOS ONE*, 20(7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328255>

- Limbu, Y. B., & Gautam, R. K. (2023). How Well the Constructs of Health Belief Model Predict Vaccination Intention: A Systematic Review on COVID-19 Primary Series and Booster Vaccines. In *Vaccines* (Vol. 11, Number 4). MDPI. <https://doi.org/10.3390/vaccines11040816>
- Maciejak-Jastrzębska, A., Sygitowicz, G., Brzezińska, S., Bielska, K., & Augustynowicz-Kopeć, E. (2025). Tuberculosis Today: Microbial Insights, Epidemiological Trends, and the Role of Molecular Diagnostics. *Pathogens*, *14*(10), 965. <https://doi.org/10.3390/pathogens14100965>
- MacPherson, P., Shanaube, K., Phiri, M. D., Rickman, H. M., Horton, K. C., Feasey, H. R. A., Corbett, E. L., Burke, R. M., & Rangaka, M. X. (2024). Community-based active-case finding for tuberculosis: navigating a complex minefield. In *BMC Global and Public Health* (Vol. 2, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s44263-024-00042-9>
- Mamo, A. N., Gilo, R. F., Tesema, A. F., Worku, N. F., Kenea, T. T., Dibisa, D. K., Dagafa, Y. A., & Dube, L. (2023). Household Contact Tuberculosis Screening Adherence and Associated Factors Among Pulmonary Tuberculosis Patients on Follow-Up at Health Facilities in Shashamane Town, Southeast Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, *17*, 1867–1879. <https://doi.org/10.2147/PPA.S411685>
- Marin, P. M., Tryland, M., Munyeme, M., Jubara, A. S., Matovu, E., Waiswa, P., Romano, J. S., Mutebi, F., Onafroo, D., Kitale, E., Sabbath, E., Buhler, K. J., & Kankya, C. (2025). Elucidating the knowledge, attitude, and stigma associated with tuberculosis: a community based descriptive study in Wau and Jur River, South Sudan. *Tropical Medicine and Health*, *53*(1). <https://doi.org/10.1186/s41182-025-00696-7>
- Mohammadnabi, N., Shamseddin, J., Emadi, M., Bodaghi, A. B., Varseh, M., Shariati, A., Rezaei, M., Dastranj, M., & Farahani, A. (2024). Mycobacterium tuberculosis: The Mechanism of Pathogenicity, Immune Responses, and Diagnostic Challenges. In *Journal of Clinical Laboratory Analysis* (Vol. 38, Number 23). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/jcla.25122>
- Muhtar, M., Aniharyati, A., Kurniadi, K., & Kushariyadi, K. (2025). Supportive-educative nursing on knowledge, self-efficacy and medication compliance in pulmonary TB patients. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, *14*(1), 469. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v14i1.24692>
- Nair, D., Thekkur, P., Thiagesan, R., Vyas, A., Paul, S., Mishra, B. K., Hota, P. K., Khogali, M., Zachariah, R., Berger, S. D., Satyanarayana, S., Kumar, A. M. V., Bochner, A. F., Ananthkrishnan, R., & Harries, A. D. (2025). Implementing timeliness metrics for household contact tracing and TB

- preventive treatment through TB champions in the public sector, India: an explanatory mixed-methods study. *BMJ Open*, 15(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097935>
- Neuman, W. L. (2015). *Metodologi Penelitian Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif* (B. Sarwiji, Ed.; 7th ed., Vol. 1). PT. Indeks.
- Nindrea, R. D., Ming, L. C., & Agustian, D. R. (2025). Family support, motivation and patient adherence to tuberculosis treatment: Insights from Indonesia. *African Journal of Infectious Diseases*, 19(2), 42–48. <https://doi.org/10.21010/Ajidv19i2.5>
- Ning, J., Chi, S., Zhang, Y., & Qiao, L. (2025). Clinical characteristics and prognostic factors of pulmonary tuberculosis with interstitial changes. *BMC Infectious Diseases*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10970-y>
- Noviana, I., & Landudjama, L. (2024). *Preventing Tuberculosis Transmission at Home: a Literature Review Pencegahan Penularan Tuberculosis di Rumah: Literatur Review*. 3(2), 6–12.
- Ozaltun, S. C., & Akin, L. (2024). An Evaluation of Medication Adherence in New Tuberculosis Cases in Ankara: A Prospective Cohort Study. *Healthcare (Switzerland)*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare12232353>
- Patterson, B., Dinkele, R., Gessner, S., Koch, A., Hoosen, Z., January, V., Leonard, B., McKerry, A., Seldon, R., Vazi, A., Hermans, S., Cobelens, F., Warner, D. F., & Wood, R. (2024). Aerosolization of viable Mycobacterium tuberculosis bacilli by tuberculosis clinic attendees independent of sputum-Xpert Ultra status. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 121(12). <https://doi.org/10.1073/pnas.2314813121>
- Permana, R., Afrizal, ., Yunus, F., & Bachtiar, A. (2025). Exploration of Concordance Behavior between Tuberculosis Patients, Families, and Healthcare Workers in Supporting Treatment Adherence: A Qualitative Study. *The Open Public Health Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.2174/0118749445365074250103103825>
- Pinto, P. F. P. S., Teixeira, C. S. S., Ichihara, M. Y., Rasella, D., Nery, J. S., Sena, S. O. L., Brickley, E. B., Barreto, M. L., Sanchez, M. N., & Pescarini, J. M. (2024). Incidence and risk factors of tuberculosis among 420 854 household contacts of patients with tuberculosis in the 100 Million Brazilian Cohort (2004–18): a cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 24(1), 46–56. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00371-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00371-7)
- Rakhshani, T., Razeghi, E., Kashfi, S. M., Kamyab, A., & Khani Jeihooni, A. (2024). The effect of educational intervention based on health belief model

- on colorectal cancer screening behaviors. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19180-8>
- Rosenstock, I. M. (2016). Historical Origins of the Health Belief Model. In *Health Education Monographs* (Vol. 2, Number 4).
- Ross, J. M., Xie, Y., Wang, Y., Collins, J. K., Horst, C., Doody, J. B., Lindstedt, P., Ledesma, J. R., Shapiro, A. E., Hay, P. S. I., Kyu, H. H., & Flaxman, A. D. (2021). Estimating the population at high risk for tuberculosis through household exposure in high-incidence countries: a model-based analysis. *EClinicalMedicine*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101206>
- Sakaguchi, T., Sake, N., Tanaka, M., Fujiwara, Y., Arataki, S., Taoka, T., Kodama, Y., Takamatsu, K., Yasuda, Y., Nakagawa, M., Utsunomiya, K., & Tomiyama, H. (2024). Use of a Triaxial Accelerometer to Measure Changes in Gait Sway and Related Motor Function after Corrective Spinal Fusion Surgery for Adult Spinal Deformity. *Journal of Clinical Medicine*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/jcm13071923>
- Salazar-Austin, N., Mulder, C., Hoddinott, G., Ryckman, T., Hanrahan, C. F., Velen, K., Chimoyi, L., Charalambous, S., & Chihota, V. N. (2022). Preventive Treatment for Household Contacts of Drug-Susceptible Tuberculosis Patients. In *Pathogens* (Vol. 11, Number 11). MDPI. <https://doi.org/10.3390/pathogens11111258>
- Seid, G., Alemu, A., Diriba, G., Hailu, M., Wondimu, A., Tadesse, M., Tadesse, G., Mariam, S. H., & Gumi, B. (2025a). Active tuberculosis in household contacts of bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis patients: A multicenter study finding the “Missed One” in Central Ethiopia. *PLoS ONE*, 20(2 February). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316903>
- Shi, Z., Peng, J., Li, X., Fu, X., Zou, L., Chen, Q., Huang, T., Zhou, Y., Zhu, H., Wang, Y., Tang, S., & Wu, G. (2025). Mycobacterium tuberculosis infection status and associated factors among household close contacts of rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis patients: A single-center cross-sectional study. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2025.100561>
- Suntana, N., Safitri L, I., & Mahendradhata, Y. (2023). *Exploring The Acceptability Of Tuberculosis Preventive Treatment For Household Contacts In Moulvibazar District, Bangladesh: An Implementation Research*. Universitas Gadjah Mada.
- Supinganto, A., Kusriani, I., Setyarini, A., Amaliah, L., Hadi, S. P. I., & Budiana, I. (2020). Efforts to Prevent Tuberculosis Transmission Based on the Health

- Belief Model Theory in West Lombok. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 1274–1284. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.463>
- Suprijandani, S., Setiawan, S., Pathurrahman, P., Wardoyo, S., & Rahayyu, A. M. (2025). The behaviour of TB patients in East Lombok through a health belief model approach. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 44(1). <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00746-0>
- T.Bolon, C. adgalena, Pasaribu, V. R., Manurung, R., & Situmorang, P. R. (2021). *Efektifitas Pemberian Kesehatan The Health Belief Model Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang TB Paru di RS TNI AL Dr. Komang Makes Belawan*. 7, 1–5.
- Tran, H. M., Prathan, R., Hein, S. T., & Chuanchuen, R. (2024). Microbiological Quality and Antimicrobial Resistance of Commercial Probiotic Products for Food-Producing Animals. *Antibiotics*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/antibiotics13020148>
- UPT Puskesmas Kedaton. (2025). *Profil UPT Puskesmas Kedaton Tahun 2025*.
- Usman, H., & Akbar, P. S. (2017). *Metodologi Penelitian Sosial* (R. Damayanti, Ed.; 3rd ed., Vol. 3). Bumi Aksara.
- W. Lawrence Neuman. (2015). *Metodologi Penelitian Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif Edisi 7* (7th ed., Vol. 7). Indeks.
- Wardani, D. W. S. R., & Wahono, E. P. (2018). Prediction model of tuberculosis transmission based on its risk factors and socioeconomic position in Indonesia. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(3), 204–208. [https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM\\_60\\_18](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_60_18)
- WHO. (2020). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis Tuberculosis preventive treatment Second edition*.
- Yang, J., Zhang, L., Qiao, W., & Luo, Y. (2023). Mycobacterium tuberculosis: Pathogenesis and therapeutic targets. In *MedComm* (Vol. 4, Number 5). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/mco2.353>
- Yang, Y., & Huang, X. (2024). Correlation between a low serum free triiodothyronine level and mortality of severe pulmonary tuberculosis patients. *BMC Infectious Diseases*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09099-1>
- Yin, R. K. (2015). *Studi Kasus dan Desain Metode* (M. D. Mudzakir, Ed.; 1st ed., Vol. 14). PT Raja Grafindo Persada.
- Zhang, F., Wang, Y., Zhang, X., Liu, K., Shang, Y., Wang, W., Liu, Y., Li, L., & Pang, Y. (2023). Diagnostic accuracy of oral swab for detection of

pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. In *Frontiers in Medicine* (Vol. 10). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1278716>

Zhang, Y., Wu, J., Hui, X., Zhang, P., & Xue, F. (2024). Knowledge, attitude, and practice toward tuberculosis prevention and management among household contacts in Suzhou Hospital, Jiangsu province, China. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1249971>

Zhou, Y., Wang, F., Chen, S., Zhang, Y., Wang, W., Wu, Q., Luo, D., Ling, Y., Li, Y., Wang, L., Wei, J., Chen, B., Zhang, C., & Liu, K. (2024). The asymptomatic tuberculosis proportion among the elderly population: a systematic review and meta-analysis. In *BMC Public Health* (Vol. 24, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21019-1>