

**DAFTAR ISI**

<b>HAL</b>	<b>NAMA</b>	<b>JUDUL</b>
97 – 100	Siti Umi Marhamah Polpoke, Farah Christina Noya, Rodrigo Limmon	THE EFFECT OF UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION ON THE INCIDENCE OF ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN OF ENT DEPARTMENT OF DR. M. HAULUSSY GENERAL HOSPITAL AMBON
101 – 109	Felmi Violita Ingrad de Lima, Amanda Gracia Manuputty	HUBUNGAN PAPARAN SINAR MATAHARI DENGAN ANGKA KEJADIAN PTERIGIUM DI DESA WAAI KABUPATEN MALUKU TENGAH TAHUN 2013
110 – 127	Jusuf Huningkor, Sri Wahyuni Djoko	PREVALENSI DAN KARAKTERISTIK PENDERITA HIPERTENSI SEBAGAI FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER DI DESA ETI TAHUN 2013
128 – 131	Farah Christina Noya	DEVELOPMENT OF OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE) IN A NEW AND RESOURCE-LIMITED UNDERGRADUATE MEDICAL SCHOOL LIKE FACULTY OF MEDICINE PATTIMURA UNIVERSITY AMBON
132 – 136	Syahran Wael, Theopilus W. Watuguly, Winarto	PEMBERIAN MINYAK JINTAN HITAM ( <i>Nigella sativa</i> ) TERHADAP MOTILITAS DAN JUMLAH SPERMATOZOA TIKUS SPRAGUE DAWLEY YANG DIPAPAR MINUMAN TRADISIONAL ARAK AMBON (SOPI)
137 – 141	Titik H. Tanujaya, Indranila K.S, Imam B.W	CORRELATION BETWEEN FE, HAEMOGLOBIN, TOTAL IRON BINDING CAPACITY AND GLYCATED HAEMOGLOBIN OR GLYCOSYLATED HAEMOGLOBIN (HbA1c) ELDERLY DIABETIC PATIENT IN DR. KARIADI HOSPITAL SEMARANG
142 – 149	Meis Malirmasele, Rodrigo Limmon, Amanda Gracia Manuputty	KARAKTERISTIK PENDERITA OTITIS MEDIA SUPURATIF KRONIS DI KLINIK TELINGA HIDUNG TENGGOROK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. M. HAULUSSY AMBON TAHUN 2012
150 – 157	Wahyuni Syukuriah Tatuhey, Helfi Nikijuluw, Josepina Mainase	KARAKTERISTIK KANKER KOLOREKTAL DI RSUD DR. M HAULUSSY AMBON PERIODE JANUARI 2012 JUNI 2013
158 – 164	Vebiyanti, Rosdiana Perau, Pariyani Pangeran, Maya Ross Sopamena, Saleha Saiman, Faradilah Nasri, Frans Matatula	EFEKTIVITAS PENYULUHAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN TB ( <i>TUBERCULOSIS</i> ) DAN MDR-TB ( <i>MULTIDRUG RESISTANCE TUBERCULOSIS</i> ) PENDERITA SUSPEK TB-MDR DI BBKPM (BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT) PROVINSI MALUKU TAHUN 2014

**EFEKTIVITAS PENYULUHAN TERHADAP PENINGKATAN  
PENGETAHUAN TB (*TUBERCULOSIS*) DAN MDR-TB  
(*MULTIDRUG RESISTANCE-TUBERCULOSIS*) PENDERITA SUSPEK  
TB-MDR DI BBKPM (BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT)  
PROVINSI MALUKU TAHUN 2014**

**Vebiyanti<sup>1</sup>, Rosdiana Perau<sup>2</sup>, Pariyani Pangeran<sup>2</sup>, Maya Ross Sopamena<sup>2</sup>,  
Saleha Saiman<sup>2</sup>, Faradilah Nasri<sup>2</sup>, Frans Matatula<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Pattimura,  
<sup>2</sup>Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat, Provinsi Maluku  
e-mail: vebi\_tentua@yahoo.com

Diterima 15 Juli 2012/Disetujui 24 September 2012

**Abstract**

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* bacteria that are the second cause the death in the world after HIV (Human Immunodeficiency Virus). Although currently, data on incidence, prevalence and mortality of TB has declined, but tuberculosis remains unresolved problems, including the problem of Multi Drug Resistance Tuberculosis (MDR-TB). Indonesia ranks 9<sup>th</sup> of 27 countries that have a high load and priorities for MDR-TB/XDR. In 2008 MDR-TB cases in Indonesia has reached 6,427 cases. The aim of this study was to assess the effectiveness of education extension to increase TB and MDR-TB knowledge inpatient suspected with MDR-TB in BBKPM Maluku province. The method used was a quasi-experimental methods, using "separate sample pretest-posttest" design. Sampling was determined using purposive sampling, in patients with suspected MDR-TB in the BBKPM of the month January 2013 until March 2014. Samples were chosen based on the inclusion and exclusion criteria were then grouped into two, namely the control and intervention groups. The study was conducted from March - April 2014 in BBKPM Maluku province. Results: significant differences occurred on knowledge of TB and MDR-TB before and after counseling in the intervention group ( $p < 0.05$ ), whereas in the control group who did not receive counseling there was no significant difference ( $p > 0.05$ ). In conclusion: increased knowledge of TB and MDR-TB through the media by means of counseling and other media outlets, should continue to be done on an ongoing basis, so as to change the behavior of TB treatment, and prevent the spread of germs that are resistant TB (MDR-TB).

**Keywords:** Suspect MDR-TB, MDR-TB Knowledge TB, Education extension

**Abstrak**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang diakibatkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menyebabkan kematian nomor dua di dunia setelah HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

Meskipun saat ini data mengenai insiden, prevalensi dan angka kematian TB telah menurun, namun tuberkulosis masih menjadi masalah yang belum terselesaikan, termasuk masalah *Tuberculosis-Multi Drug Resistance* (TB-MDR). Indonesia menempati urutan ke 9 dari 27 negara-negara yang memiliki beban tinggi dan prioritas untuk TB-MDR/XDR. Tahun 2008 kasus TB-MDR di Indonesia telah mencapai 6.427 kasus. Tujuan dari penelitian ini adalah menilai efektivitas penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan TB dan TB-MDR penderita suspek TB-MDR di BBKPM Provinsi Maluku. Metode yang digunakan adalah metode *kuasi eksperimental*, dengan rancangan " *separate sample pretest-posttest*". Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*, pada pasien suspek MDR-TB di BKPM dari bulan Januari 2013 s/d Maret 2014. Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi kemudian dikelompokkan menjadi dua yaitu kelompok kontrol dan intervensi. Penelitian dilakukan dari bulan Maret - April 2014 di BKPM Provinsi Maluku. Hasil: terjadi perbedaan bermakna mengenai pengetahuan TB dan MDR-TB sebelum dan setelah penyuluhan pada kelompok intervensi ( $p < 0,05$ ), sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberi penyuluhan tidak ada perbedaan bermakna ( $p > 0,05$ ). Kesimpulannya: peningkatan pengetahuan mengenai TB dan MDR-TB melalui media dengan sarana penyuluhan dan sarana media lainnya, harus terus menerus dilakukan secara berkesinambungan, sehingga dapat mengubah perilaku pengobatan penderita TB, dan mencegah penularan kuman TB yang resisten (MDR-TB).

**Kata kunci:** suspek MDR-TB, pengetahuan TB dan MDR-TB, penyuluhan

## PENDAHULUAN

Insiden, prevalensi dan angka kematian TB saat ini telah menurun, namun tuberkulosis masih menjadi masalah yang belum terselesaikan. Masalah saat ini yang dihadapi adalah *Tuberculosis-Multi Drug Resistance* (TB-MDR) (Kemenkes RI, 2012; WHO, 2012). Resistensi terhadap obat TB ini merupakan masalah yang cukup serius karena dampaknya yang dapat menular ke orang lain dan dapat menyebabkan kematian. Pada tahun 2012, WHO memperkirakan bahwa ada sekitar 440.000 kasus TB-MDR setiap tahunnya didunia dengan angka kematian sekitar 150.000. Dari jumlah tersebut baru 8,5% yang ditemukan dan diobati. Menurut WHO SEARO (*the South East Asia Region*) angka TB-MDR adalah 2,8% dari kasus TB baru dan 18,8% dari TB pengobatan ulang dan lebih dari seperempat juta kasus TB-MDR di dunia atau sekitar 28% berada dikawasan ini.

Indonesia menempati urutan ke-4 dari 22 negara yang memiliki beban tinggi untuk TB dan urutan ke-9 dari 27 negara-negara yang memiliki beban tinggi dan prioritas untuk TB-MDR/XDR. Beban TB-MDR di 27 negara ini menyumbang 85% dari MDR-TB global. Pada tahun 2008 kasus TB-MDR di Indonesia telah mencapai 6.427 kasus (WHO, 2012). Sulitnya sarana kesehatan pada komunitas, seperti di Maluku yang adalah gugus kepulauan membuat pengetahuan pasien TB terhadap penyakit TB dan MDR-TB menjadi sangat kurang. Pengetahuan yang kurang membuat perilaku pencarian pengobatan penderita TB menjadi

lama, sehingga pengobatan TB menjadi terhambat dan kuman TB menjadi lebih aktif, selain itu sulitnya akses pelayanan kesehatan juga dapat menghambat pengobatan TB. Pengetahuan yang kurang mengenai pengobatan TB membuat pasien tidak teratur minum obat TB. Kurangnya kontrol program pengobatan di masa lalu dan saat ini menyebabkan timbulnya TB-MDR. Di BKPM Maluku penderita suspek TB-MDR hingga tahun 2013 telah mencapai jumlah 88 pasien, dengan jumlah pasien positif TB-MDR sebanyak 6 pasien.

Berdasarkan hasil penelitian BBKPM Provinsi Maluku tahun 2012 mengenai "Aspek Pengetahuan, Sikap dan Perilaku penderita TB Paru terhadap terjadinya suspek TB-MDR di BBKPM Provinsi Maluku", ditemukan bahwa jumlah penderita TB Paru sebagian besar (62%) masih memiliki pengetahuan yang kurang terhadap penyebab terjadinya TB-MDR. Pengetahuan yang kurang ini dapat memicu terjadinya TB-MDR dan menimbulkan kurangnya kesadaran pentingnya minum obat TB secara teratur. Oleh sebab itu BBKPM Provinsi Maluku, tertarik untuk melakukan penelitian mengenai efektivitas penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan MDR-TB pada penderita suspek MDR-TB.

## MATERI DAN METODE PENELITIAN

Untuk menjawab tujuan penelitian diatas, maka peneliti menggunakan metode penelitian *kuasi eksperimental* dengan rancangan " *separate sample pretest-posttest*". Metode pengambilan

sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Dalam penelitian ini, populasi yang diambil adalah : pasien yang berobat di BBKPM Maluku, kemudian sampel yang diambil adalah sampel suspek MDR-TB yang sedang atau pernah berobat di BBKPM Maluku dari bulan Januari 2013 sampai dengan Maret 2014. Sampel kemudian dikelompokkan menjadi dua yaitu kelompok kontrol dan intervensi. Kelompok intervensi adalah kelompok suspek TB-MDR yang akan mendapatkan penyuluhan, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok suspek TB-MDR yang tidak mendapatkan penyuluhan. Penelitian dilakukan dari bulan Maret–April 2014. Sebanyak 15 orang yang memenuhi kriteria inklusi masuk dalam kelompok kasus dan 25 orang untuk kelompok kontrol.

	<i>PreTest Intervensi</i>		<i>PostTest</i>
Kelompok Intervensi (Kasus)	O1	X	O2
Kelompok Kontrol	O1	-	O2

#### Keterangan:

- O1 : pretest penderita suspek TB-MDR mengenai pengetahuan TB dan TB MDR
- X : dilakukan penyuluhan mengenai pengetahuan TB dan TB MDR
- O2 : post test penderita suspek TB-MDR mengenai pengetahuan TB dan TB MDR satu bulan setelah intervensi

Kriteria inklusi sebagai berikut: pasien usia  $\geq$  17 tahun; pasien dengan kriteria suspek TB-MDR (Depkes, 2009) yaitu: kasus kronik atau pasien gagal pengobatan kategori 2, pasien dengan hasil pemeriksaan dahak tetap positif setelah bulan ke-3 dengan kategori 2, pasien yang pernah diobati TB termasuk OAT lini kedua seperti kuinolon dan kanamisin, pasien gagal pengobatan kategori 1, pasien dengan hasil pemeriksaan dahak tetap positif setelah sisipan dengan kategori 1, kasus TB kambuh, pasien yang kembali setelah *lalai/default* pada pengobatan kategori 1 dan atau kategori 2, suspek TB dengan keluhan, yang tinggal dekat dengan pasien TB-MDR, pasien yang dapat dihubungi selama penelitian berlangsung dan bersedia ikut dalam penelitian. Sedangkan Kriteria eksklusi: pasien suspek TB-MDR dengan HIV-AIDS (+); pasien suspek TB-MDR dengan penyakit berat yang menyertainya, pasien yang sudah meninggal. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner yang diisi langsung oleh responden.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden kelompok intervensi dan responden kelompok kontrol pada penelitian ini berdasarkan Tabel 1, diperoleh distribusi jenis kelamin perempuan untuk responden intervensi sebanyak 11 orang (73,3%), sedangkan pada kelompok kontrol responden berjenis kelamin laki-laki lebih besar, yaitu 14 orang (56%). Menurut WHO. (2013), prevalensi TB paru 2,3 kali lebih banyak pada laki-laki dibanding perempuan terutama pada negara berkembang karena laki-laki dewasa lebih sering melakukan aktivitas sosial. Lebih tingginya angka penemuan kasus TB pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan dapat mencerminkan perbedaan dari segi epidemiologi, seperti pajanan faktor risiko infeksi yaitu: merokok, pekerjaan yang berhubungan dengan polutan dan perkembangan penyakit (Allotey & Gyapong, 2008).

Berbeda dengan angka penemuan kasus TB yang lebih banyak ditemukan pada laki-laki, jumlah suspek MDR-TB pada jenis kelamin perempuan ditemukan lebih banyak dibanding laki-laki, demikian pula pada penelitian ini. Hal ini mungkin dapat disebabkan oleh karena di negara berkembang, perempuan lebih sering terlambat datang ke fasilitas kesehatan karena berhubungan dengan rasa malu dibanding dengan laki-laki dan mereka khawatir akan dikucilkan dari keluarga dan lingkungan akibat penyakitnya (Soomoro & Qazi, 2009), sehingga pemberian pengobatan menjadi terlambat dan kuman TB menjadi semakin resisten.

Karakteristik usia dalam penelitian ini dibagi menjadi 6 kategori usia berdasarkan range (Tabel 1). Jumlah terbanyak responden intervensi berada pada kategori usia 36–45 tahun, yaitu 5 orang (33,3%), sedangkan jumlah terbanyak responden kontrol berada pada kategori usia 26–35 tahun, yaitu 9 orang (36%). Menurut Kementerian Kesehatan RI dalam Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis tahun 2011 menyatakan bahwa sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis. Organisasi dunia WHO. (2009) juga menemukan bahwa kelompok usia produktif, adalah kelompok usia yang terbanyak menderita TB-MDR.

Pekerjaan kelompok intervensi terbanyak adalah petani, yaitu 3 orang (30%), sedangkan pekerjaan responden kontrol terbanyak adalah pegawai swasta/wiraswasta, yaitu 5 orang, (20%). Pekerjaan responden kasus suspek TB-MDR pada penelitian

ini sebagian tidak memiliki pekerjaan yaitu sebanyak 7 responden (46,7%), kemudian diikuti dengan jumlah pekerjaan petani sebanyak 3 responden (20%). Penghasilan rata-rata keseluruhan responden adalah < Rp.1.050.000.

Status sosial ekonomi yang salah satunya diukur dengan tingkat penghasilan dan pendidikan berhubungan dengan sikap dan perilaku hidup yang sehat. Faktor sosial ekonomi yang rendah secara umum berhubungan dengan kurangnya akses ke sarana pelayanan kesehatan, suplai nutrisi yang kurang, yang dapat menyebabkan masa penyembuhan menjadi lebih lambat dan terjadi perubahan kesahatan penderita TB-MDR.

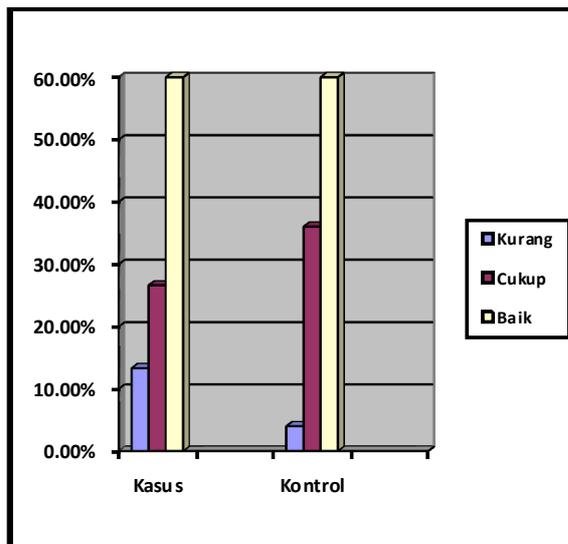
bahwa faktor tingkat pendidikan berhubungan dengan penghentian OAT pada penderita TB, akan tetapi penelitian lainnya di Brazil mendapatkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan *dropout* penderita TB yang sedang mengkonsumsi obat TB (Paixao & Gontijo, 2007). Tingkat pendidikan ini dapat mempengaruhi seseorang dalam penerimaan informasi kesehatan. Melalui pendidikan, seorang individu dapat memahami tentang penyakit yang dideritanya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi kemampuannya untuk menerima informasi kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

**Tabel 1. Karakteristik Penderita Suspek TB MDR Kasus dan Kontrol di BKPM tahun 2013**

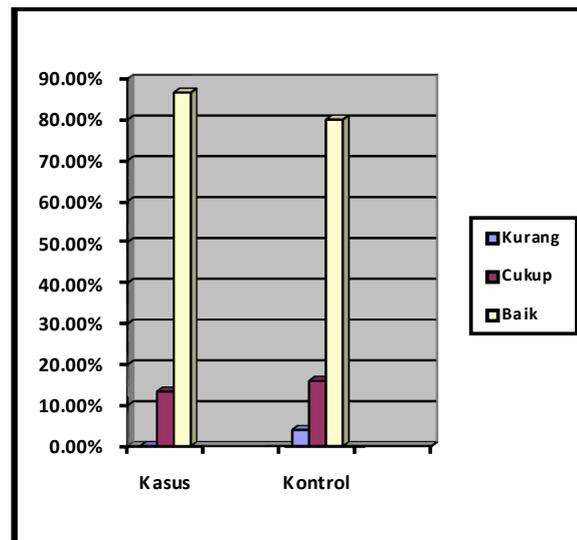
No	Variabel	Kelompok Intervensi (n=15)	Kelompok Kontrol (n=25)
1.	Jenis Kelamin		
	a.laki-laki	4 (26,7%)	14 (56%)
	b.perempuan	11 (73,3%)	11 (44%)
2.	Usia		
	a. 17-25	2 (13,3%)	2 (8%)
	b. 26-35	2 (13,3%)	9 (36%)
	c. 36-45	5 (33,3%)	5 (20%)
	d. 46-55	2 (13,3%)	6 (24%)
	e. >55	4 (26,7%)	3 (12%)
3.	Pendidikan		
	a. Tidak sekolah	0 (0%)	1 (4%)
	b. Tamat SD	3 (20%)	3 (12%)
	c. Tamat SLTP	3 (20%)	8 (32%)
	d. Tamat SLTA	8 (53,3%)	9 (36%)
	e. Tamat D3/PT	1 (6,7%)	4 (16%)
4.	Pekerjaan		
	a. PNS/Pensiunan PNS	1 (6,7%)	2 (8%)
	b. POLRI/TNI/Pensiunan	1 (6,7%)	1 (4%)
	c. Pegawai swasta/ wiraswasta	1 (6,7%)	5 (20%)
	d. Pedagang	1 (6,7%)	2 (8%)
	e. Petani	3 (20%)	4 (16%)
	f. Buruh	1 (6,7%)	4 (16%)
	g. Lain-lain	7 (46,7%)	7 (28%)
5.	Penghasilan		
	a. < Rp 1.050.000	12 (80%)	14 (56%)
	b. Rp. 1.050.000 - Rp 2.000.000	2 (13,4%)	3 (12%)
	c. > Rp 2.000.000	1 (6,7%)	8 (32%)
6.	Pernah mendapat penyuluhan?		
	a. Ya pernah	0 (0%)	1(4%)
	b. Tidak pernah	15 (100%)	24 (96%)

Dari penelitian ini tingkat pendidikan kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada Tabel 1 paling banyak, yaitu tamatan SLTA. Penelitian yang dilakukan oleh Xiangin dkk. (2010) menemukan

Berdasarkan Grafik 1, tingkat pengetahuan kelompok intervensi dan kelompok kontrol mengenai penyakit TB sebelum intervensi sudah sama-sama baik, 9/15 (60%) pada kelompok kasus



**Grafik 1.** Tingkat Pengetahuan TB pada Penderita Suspek TB-MDR Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Penyuluhan



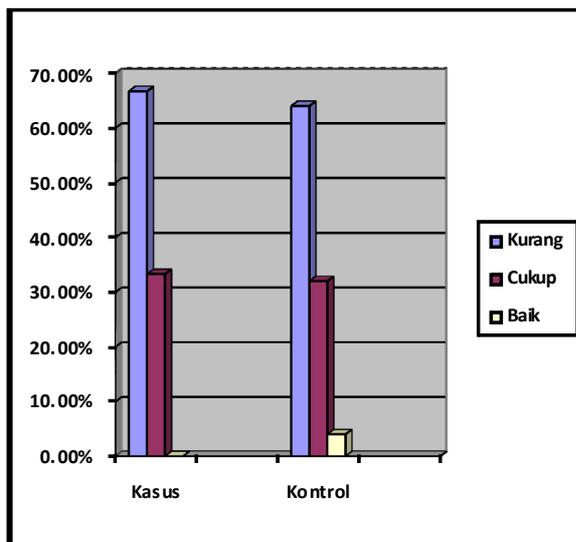
**Grafik 2.** Tingkat Pengetahuan TB pada Penderita Suspek TB-MDR Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Penyuluhan

dan kelompok kontrol yaitu 15/25 (60%). Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan mengenai TB adalah informasi yang diperoleh dari petugas kesehatan ataupun media massa dari pengalaman berobat TB responden sebelumnya. Menurut Notoatmodjo. (2007) tahap tahun merupakan tingkatan pengetahuan yang paling dasar. Pada tahap ini responden mendapatkan pengetahuan baru dan mengingat materi yang pernah diberikan sebelumnya.

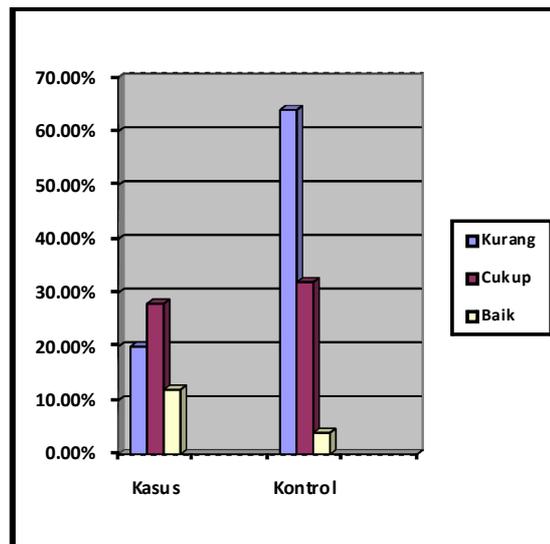
Perbedaan tingkat pengetahuan TB pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi pada Grafik 2, kemudian mengalami perbedaan. Meskipun kedua kelompok sama-sama mengalami peningkatan, namun peningkatan pada kelompok intervensi terlihat lebih banyak dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan penyuluhan. Sebanyak 13/15 (86,7%) orang pada kelompok kasus memiliki tingkat pengetahuan TB yang baik, sedangkan peningkatan pada kelompok kontrol hanya 20/25 (80%) orang memiliki tingkat pengetahuan yang baik. Tingkat pengetahuan TB yang kurang pada kelompok intervensi (Grafik 2) juga sudah tidak ada setelah diberikan penyuluhan, dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak ada perubahan yaitu 1/25 (4%). Perbedaan yang signifikan nampak dari hasil *paired sample T test*, sebelum dan setelah penyuluhan pada kelompok kasus ( $p=0,028$ ), sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberi penyuluhan tidak ada perbedaan signifikan ( $p = 0,170$ ).

Menurut Notoatmodjo (2005), tingkat pengetahuan yang baik akan membentuk perilaku sehat yang dapat memotivasi penderita untuk melakukan pengobatan secara teratur. Dari penelitian ini diperoleh tingkat pengetahuan mengenai MDR-TB kelompok intervensi dan kelompok kontrol masuk dalam kategori kurang, sebelum dilakukan intervensi (Grafik 3). Sebanyak 10/15 (66,7%) orang pada kelompok intervensi (Grafik 3), memiliki pengetahuan yang kurang, sedangkan kelompok kontrol (Grafik 3), sebanyak 16/25 (64%) memiliki pengetahuan yang kurang mengenai TB-MDR. Satu orang dari 25 responden (4%) pada kelompok kontrol yang memiliki pengetahuan baik mengenai MDR-TB (Grafik 3).

Satu bulan setelah dilakukan penyuluhan, maka nampak adanya peningkatan pengetahuan yang baik pada kelompok intervensi, yaitu berjumlah 3/10 (20%) orang. Berbeda dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan penyuluhan, nampak jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik mengenai MDR-TB masih sama yaitu 1/25 (4%) orang (Grafik 4). Grafik 4 juga menunjukkan penurunan jumlah responden pada kelompok intervensi yang memiliki tingkat pengetahuan kurang terhadap MDR-TB dari 10/15 (66,7%) orang menjadi 5/15 (33,3%) orang. Pada kelompok kontrol tingkat pengetahuan yang kurang mengenai MDR-TB, tidak mengalami perubahan yaitu tetap 16/25 (64%) orang.



**Grafik 3. Tingkat Pengetahuan TB-MDR Suspek TB-MDR Kelompok pada Penderita Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Penyuluhan**



**Grafik 4. Tingkat Pengetahuan TB-MDR pada Penderita Suspek TB-MDR Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Penyuluhan**

Perbedaan yang signifikan mengenai pengetahuan MDR-TB sebelum dan setelah penyuluhan pada kelompok intervensi memiliki nilai  $p=0,015$  (nilai  $p < 0,05$ ) sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberi penyuluhan tidak ada perbedaan signifikan menggunakan tes *paired sample T test*, yaitu  $p=0,627$  (nilai  $p > 0,05$ ).

Pemberian informasi mengenai MDR-TB melalui penyuluhan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh responden kasus suspek MDR-TB, kemudian dapat meningkatkan pengetahuan responden kasus suspek MDR-TB mengenai MDR-TB itu sendiri, dan dibuktikan dengan penurunan pengetahuan yang kurang menjadi hanya 20% dari 66,7%, dan terjadi peningkatan pengetahuan baik dari 0% menjadi 12%.

Dari studi ini kemudian diperoleh adanya hubungan pemberian penyuluhan dengan peningkatan pengetahuan mengenai TB dan MDR-TB. Dengan tingkat pengetahuan yang baik, maka suatu penyakit bisa mencegah seseorang terhindar dari penularan TB ataupun MDR-TB. Peningkatan pengetahuan mengenai TB dan TB-MDR, juga diharapkan dapat mengubah perilaku pengobatan responden pula dikemudian hari.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Peningkatan pengetahuan mengenai TB dan MDR-TB melalui media dengan sarana penyuluhan dan melalui media lainnya, harus terus menerus

dilakukan secara berkesinambungan, sehingga dapat mengubah perilaku pengobatan penderita TB, dan mencegah penularan kuman TB yang resisten.

### DAFTAR PUSTAKA

- Notoadmodjo, S. 2005. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- World Health Organization. 2009. *Global Tuberculosis Programme: Global Tuberculosis Control*. WHO, Geneva.
- World Health Organization. 2012. *Global Tuberculosis Programme: Global Tuberculosis Control*. WHO, Geneva.
- World Health Organization, 2013. *Global Tuberculosis Programme: Global Tuberculosis Control*. WHO, Geneva
- Depkes RI. 2009. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pasien TB-MDR*. 2:4.
- Drug Resistant Tuberculosis in the South East Asia Region status Report. 2009. [www.searo.who.int/.../Tuberculosis SP-anti-TB-Drug-Resistance-SEAR.pdf](http://www.searo.who.int/.../Tuberculosis_SP-anti-TB-Drug-Resistance-SEAR.pdf)
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP dan PL) Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2011. Hal 3–67. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*. Kemenkes RI.
- Allotey, P., Gyapong, M. 2008. Gender in Tuberculosis Research. *Int J Tuberc Lung Dis*. 12(7):832.

Soomoro, J.A., Qazi, H.A. 2009. Factors Associated with Relapsed Tuberculosis in Males and Females: a Comparative Study. *NRITLD*. 3:22–27.

Ai, X., Men, K., Guo, L., Zhang, T., Zhao, Y., Sun, X., dkk. 2010. *Factors Associated with Low Cure Rate of Tuberculosis in Remote Poor Areas of*

*Shaanxi Province*. 10:112. China: A Case Control Study. *BMC*.

Paixao, L.M.M., Gontijo, E.D. 2007. *Profile of Notified Tuberculosis Cases and Factors Associated with Treatment Drop Out*. *Rev Saude Publica*. 41: 205–13.