

Artikel Penelitian

Pengetahuan dan Kesalahpahaman tentang Tuberkulosis pada Masyarakat Pedesaan di Kabupaten Bandung: Studi Cross-sectional

Knowledge and Misconceptions about Tuberculosis among Rural Communities in Bandung Regency: A Cross-Sectional Study

Raden Retno Ariani¹

¹Program Studi Farmasi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Al Ghifari, Bandung, Indonesia

*Email korespondensi: retnoariani@unfari.ac.id

Abstrak

Indonesia menempati peringkat kedua dunia untuk kejadian Tuberkulosis. Masyarakat pedesaan menghadapi tantangan besar dalam akses layanan kesehatan dan informasi TBC. Pengetahuan yang tidak tepat dapat mengakibatkan keterlambatan diagnosis, kepatuhan yang rendah dan peningkatan resiko menular. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengetahuan dan mengidentifikasi kesalahpahaman spesifik tentang TBC pada masyarakat pedesaan di sekitar Bandung. Metode yang digunakan adalah studi observational cross sectional, dilakukan pada 80 responden dewasa di 15 desa yang tersebar di tujuh kecamatan sekitar Bandung pada Juni 2025. Pengambilan sampel menggunakan teknik bola salju. Data dikumpulkan menggunakan kuisioner terstruktur yang telah tervalidasi (*Cronbach alpha* 0,762). Analisis data menggunakan statistik deskriptif dan uji bivariat dengan SPSS 26. Hasil penelitian rata-rata skor pengetahuan adalah $6,35 \pm 1,68$ dengan distribusi kategori cukup 71,25%, baik 22,5% dan kurang 6,25%. Tidak terdapat perbedaan signifikan antara karakteristik demografis dengan tingkat pengetahuan. Kesalahpahaman kritis meliputi: TBC hanya menyerang paru-paru (83,75% salah paham). Menghentikan pengobatan setelah merasa sehat (60%), stigma isolasi penderita (56,25%) dan batuk lama sebagai gejala utama hanya diketahui 61,25% responden. Masyarakat pedesaan sekitar Bandung memiliki pengetahuan TBC kategori cukup dengan kesalahpahaman kritis pada aspek TBC ekstrapulmonal, durasi pengobatan, dan stigma sosial. Diperlukan program edukasi menyeluruh yang berfokus pada koreksi kesalahpahaman spesifik.

Diterima: 19 Desember

2025

Disetujui: 10 Januari 2026

Publikasi: 14 Januari 2026

Situsi: Raden R.A, "Pengetahuan dan Kesalahpahaman tentang Tuberkulosis pada Masyarakat Pedesaan di Kabupaten Bandung: Studi Cross-sectional", J. Sains Kes., vol. 7, no. 1, pp. 59-68, Jan. 2026, doi: 10.30872/jsk.v7i1.895

Copyright: © 2026, Jurnal Sains dan Kesehatan (J. Sains.Kes.) Published by Faculty of Pharmacy, University of Mulawarman, Samarinda, Indonesia. This is an Open Access article under the CC-BY-NC License



Kata kunci: Tuberculosis, Pengetahuan, Kesalahpahaman TBC

Abstract

Indonesia ranks second globally for tuberculosis incidence. Rural communities face significant challenges in accessing healthcare services and tuberculosis information. Inadequate knowledge can result in delayed diagnosis, poor adherence, and increased transmission risk. This study aims to analyze knowledge and identify specific misconceptions about tuberculosis among rural communities around Bandung. The method employed was an observational cross-sectional study, conducted among 80 adult respondents across 15 villages distributed in seven sub-districts around Bandung in June 2025. Sampling utilized snowball sampling. Data were collected using a validated structured questionnaire (Cronbach's alpha 0.762). Data analysis employed descriptive statistics and bivariate tests using SPSS 26. Results showed the mean knowledge score was 6.35 ± 1.68 , with distribution categories of adequate 71.25%, good 22.5%, and poor 6.25%. No significant differences were found between demographic characteristics and knowledge levels. Critical misconceptions included: tuberculosis only affects the lungs (83.75% misconception), discontinuing treatment after feeling better (60%), stigma regarding patient isolation (56.25%), and persistent cough as the main symptom was only known by 61.25% of respondents. Rural communities around Bandung have adequate tuberculosis knowledge with critical misconceptions regarding extrapulmonary tuberculosis, treatment duration, and social stigma. Comprehensive educational programs focusing on correcting specific misconceptions are needed.

Keywords: *Tuberculosis, Knowledge, Tuberculosis misconceptions*

1 Pendahuluan

Indonesia diperkirakan menempati peringkat ke 2 sebagai negara dengan angka kejadian Tuberculosis (TBC) tertinggi menurut *World Health Organization* pada tahun 2021. Dengan angka kejadian TBC lebih dari 1 juta kasus dan 125.000 kematian setiap tahunnya [1], [2]. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) program pengendalian TBC nasional telah menunjukkan kemajuan signifikan, namun tantangan masih besar terutama di daerah pedesaan yang memiliki keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dan informasi [3]. Dari hasil penelitian Gizaw tahun 2022 menunjukkan bahwa akses terhadap geografis, ekonomi, dan sosial merupakan faktor utama yang mempengaruhi kemampuan masyarakat pedesaan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan primer [4].

Pengetahuan masyarakat tentang TBC merupakan faktor penentu keberhasilan program pengendalian TBC. Pengetahuan yang tidak tepat dapat mengakibatkan keterlambatan diagnosis, kepatuhan minum obat yang rendah, meningkatnya keparahan penyakit, dan resiko penularan yang tidak terkendali. Studi sebelumnya di Desa Penyengat Olak Kabupaten Muaro Jambi menyebutkan tingkat pengetahuan TBC yang rendah sebesar 64,8%, kategori cukup sebesar 28,6% dan kategori pengetahuan tinggi 6,6%, sehingga menyimpulkan pengetahuan masyarakat tentang TB paru adalah rendah [5]. Studi lain mengenai tingkat pengetahuan masyarakat di Desa Embacang Gedang Kabupaten Bungo dalam kategori cukup [6]. Studi di Jawa Barat menunjukkan sebanyak 48,2% dari 79 total responden yang terdiri dari penduduk RW 14 Desa Cihideung Kabupaten Bandung Barat Kecamatan Parongpong Kabupaten Bandung Barat berpengetahuan kurang [7].

Kabupaten Bandung tahun 2023 memiliki angka kejadian TBC baru yang tinggi dibandingkan daerah lainnya di Jawa Barat, sebesar 12.295 kasus. Kabupaten Bandung memiliki hampir 200 desa dengan kondisi geografis dan demografis yang berbeda-beda [8]. Desa dibedakan berdasarkan keadaan tempat tinggal masyarakat, pembangunan saran dan prasarana serta taraf pembangunan ekonomi, sehingga desa klasifikasi desa dibagi menjadi desa swadaya, desa swakarya, dan desa swasembada [9].

Klasifikasi desa akan berpotensi mempengaruhi kemampuan masyarakatnya untuk mengakses informasi dan proses pengambilan keputusan dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan yang dihadapi.

Penelitian ini bertujuan menganalisis tingkat pengetahuan dan mengidentifikasi kesalahpahaman spesifik tentang TBC pada masyarakat pedesaan di sekitar Bandung menggunakan pendekatan metode kuantitatif untuk memberikan gambaran yang dapat menginformasikan pengendalian TBC di tingkat lokal.

2 Metode Penelitian

Design penelitian yang digunakan adalah studi observasional *Crosssectional* yang mengumpulkan data dari populasi atau sampel pada titik waktu tertentu. Metode yang digunakan adalah metode pendekatan kuantitatif. Penelitian dilakukan di 15 Desa yang tersebar di tujuh kecamatan: enam kecamatan di Kabupaten Bandung (Lembang, Cimanyan, Arjasari, Kertasari, Soreang, dan Ibun) dan satu kecamatan di Kabupaten Cianjur (Cibeber). Pemilihan Lokasi berdasarkan variasi geografis dan akses ke layanan kesehatan. Waktu penelitian dilakukan selama bulan Juni 2025.

Populasi penelitian adalah masyarakat dewasa berusia ≥ 18 tahun yang tinggal di desa – desa terpilih. Pengambilan sampel dilakukan secara random sampling dan proporsional menggunakan sistem cluster desa dengan minimum 4-6 responden setiap desa. dengan kriteria inklusi berusia ≥ 18 tahun, tinggal di desa minimal 6 bulan, mampu berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia/ Bahasa Sunda dan bersedia berpartisipasi dan menandatangani *informed consent*. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian ini adalah warga dengan gangguan kognitif berat, tidak dapat diwawancara karena kondisi kesehatan, dan menolak berpartisipasi setelah penjelasan. Proses pengambilan sampling dilakukan dengan Teknik *snowball sampling* selama bulan Juni 2025, jumlah responden yang terkumpul adalah 80 responden.

Data dikumpulkan melalui kuisioner terstruktur yang telah memenuhi uji validasi dimana R hitung lebih besar R tabel ($>0,361$) dengan angka kepercayaan 5% dan reliabilitas dengan nilai Cronbach alpha $0,762(>0,6)$, mencakup bagian A karakteristik demografis (6 item), Bagian B pengetahuan konsep dasar TBC (10 item, skala dikotomi benar/salah/tidak tahu) dan Bagian C pengetahuan gejala TBC (8 gejala, *multiple response*). Kuisioner bagian A diberi skor 1 untuk jawaban benar dan skor 0 untuk jawaban yang salah atau tidak tahu dengan total skor 10. Kategorisasi hasil pengetahuan berdasarkan arikunto (2013) kategori baik untuk skor >7 , kategori cukup untuk skor 5-7, dan kategori kurang untuk skor <5 [10].

Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif. Variable kategorik disajikan dalam frekuensi dan persentase, variable numerik dalam rata -rata dan standar deviasi. Analisis korelasi dilakukan untuk melihat hubungan antara karakteristik demografis dengan skor pengetahuan . Analisis bivariat untuk membandingkan variable kategorik dilakukan dengan uji chi square. Variable numerik dan kategorik yang terdiri dari dua kategorik dan terdistribusi normal dengan uji t independent namun jika data tidak terdistribusi normal dengan uji non parametrik man whitney, untuk variabel numerik dan kategorik dengan lebih dari 2 dilakukan uji oneway anova jika data terdistribusi dengan normal atau uji kruskall walis jika data tidak terdistribusi dengan normal. Pengolahan data menggunakan program SPSS statistic 26.

3 Hasil dan Pembahasan

Penelitian melibatkan 80 responden yang tersebar di 15 desa. Desain penelitian dilakukan secara observasi *crossectional* selama bulan Juni 2025. Sebelum pelaksanaan penelitian, telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuisioner sebagai instrument penelitian.

3.1 Profil Demografis Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan (61,25%) dengan rentang usia 18-79 tahun. Dominasi responden perempuan ini mencerminkan kondisi lapangan saat penelitian berlangsung, yakni masyarakat yang berada di rumah dan dapat ditemui peneliti sebagian

besar adalah perempuan. Temuan ini juga sejalan dengan karakteristik pekerjaan responden yang didominasi oleh ibu rumah tangga (42,9%).

Tabel 1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Karakteristik Demografi	n(%)	Pengetahuan Mean±SD	Uji Statistik	p-value (chi square)
Jenis Kelamin			0,196*	0,18
Perempuan	49(61,25)	6,14±1,86		
Laki-laki	31(38,75)	6,68±1,23		
Usia (tahun)			0,838**	0,201
18-29	18(22,5)	6,06±2,48		
30-50	31(38,75)	6,35±1,43		
>50	31(38,75)	6,52±1,29		
Pendidikan			0,792**	0,25
SD	27(33,75)	6,44±1,50		
SMP	23(28,75)	6,26±1,72		
SMA	26(32,5)	6,12±1,74		
Perguruan Tinggi	3(3,75)	7,67±1,25		
Tidak Sekolah	1(1,25)	8		
Pekerjaan			0,553**	0,451
Ibu rumah tangga	33(41,25)	6,03±2,01		
Petani	17(21,25)	6,82±1,38		
Buruh	8(10)	6,75±1,09		
Karyawan swasta	7(8,75)	7,00±1,20		
Wiraswata	6(7,5)	6,83±0,75		
Pedagang	5(6,25)	5,40±1,02		
PNS	1(1,25)	9		
Pelajar	1(1,25)	5		
Guru	1(1,25)	7		
Tidak Bekerja	1(1,25)	8		
Penghasilan (Rp/bulan)			0,308**	0,894
<1 jt	26(32,5)	6,81±1,24		
1-2 jt	32(40)	6,27±1,79		
2-3 jt	15(18,75)	5,80±1,94		
>3 jt	7(8,75)	6,14±1,36		

*uji nonparametric man whitney

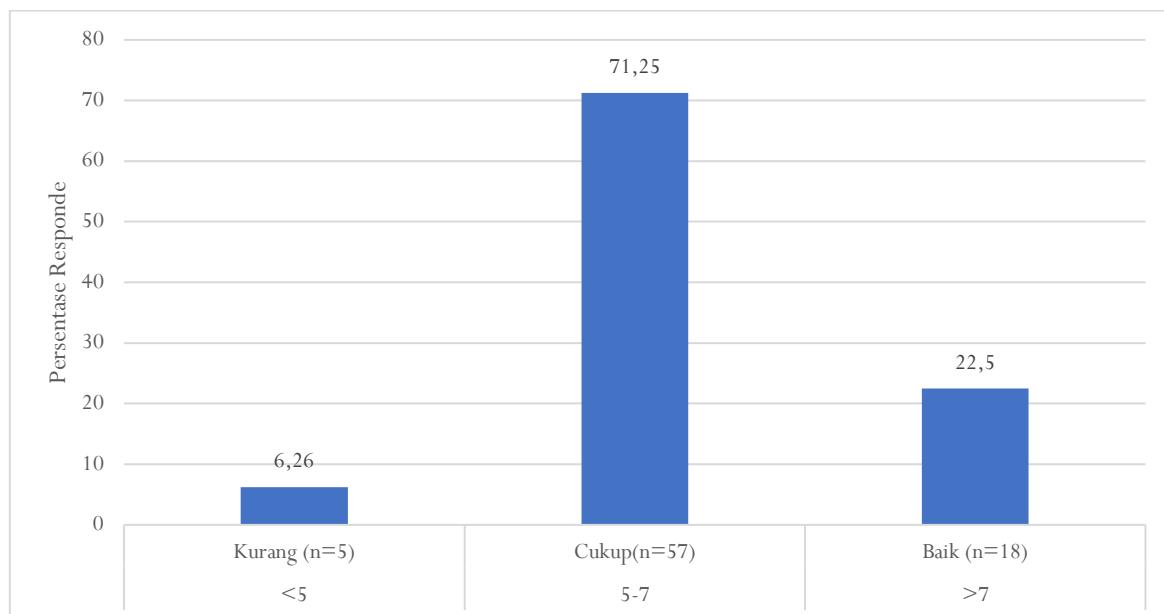
**uji nonparametric kruskall wallis

Tingkat pendidikan responden menunjukkan distribusi yang beragam, dengan didominasi lulusan SD (33,75%), SMA (32,5%), dan SMP (28,75%). Mayoritas pekerjaan responden adalah ibu rumah tangga (42,9%) dan petani (16,9%), dengan penghasilan berkisar 1-2 juta rupiah per bulan. Dari ini sesuai dengan profil ekonomi Kabupaten Bandung yang menurut BPS tahun 2024 menempati posisi keempat dengan angka kemiskinan tertinggi di Jawa Barat.

Terdapat pola yang menarik pada hubungan usia dengan tingkat pengetahuan, dimana skor pengetahuan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, meskipun perbedaan ini tidak signifikan secara statistik ($p=0,201$). Kelompok usia > 50 tahun memiliki skor tertinggi ($6,52\pm1,29$) dengan variasi yang lebih kecil, menunjukkan stabilitas pengetahuan yang diperoleh melalui akumulasi pengalaman hidup. pola ini dapat mengindikasikan bahwa pengalaman hidup dan akumulasi informasi seiring waktu berperan dalam peningkatan pengetahuan. Variasi skor yang lebih besar pada kelompok

usia muda ($SD=2,48$) menunjukkan heterogenitas yang lebih tinggi pada kelompok usia yang lebih muda. Seiring bertambahnya usia, kemampuan otak untuk memproses informasi menurun. Namun, pengetahuan dan pengalaman yang sudah terakumulasi tetap terjaga dengan baik.

Pada hubungan antara tingkat pendidikan dan skor pengetahuan, pendidikan perguruan tinggi menunjukkan skor tertinggi ($7,67 \pm 1,25$), meskipun secara statistik tidak signifikan ($p=0,25$). Pola ini sesuai dengan teori bahwa pendidikan formal berkontribusi pada peningkatan pengetahuan dan juga membentuk karakter yang lebih baik. Namun di sisi, pendidikan tinggi menimbulkan pertentangan dimana individu berpendidikan tinggi kadang lebih resisten terhadap informasi baru karena merasa sudah memiliki pengetahuan yang cukup [11] Hal ini menjadi salah satu kendala yang mungkin muncul pada upaya penanggulangan TBC ke depannya.

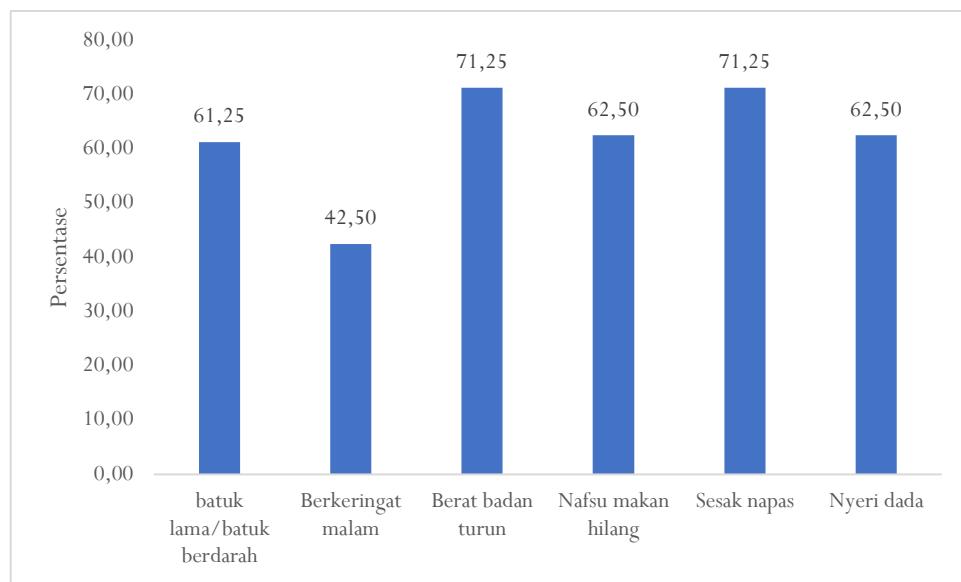


Gambar 1 Distribusi Kategori Pengetahuan Konsep Dasar TBC Pada Mayarakat Pedesaan Bandung

Distribusi skor pengetahuan (Gambar 1) menunjukkan sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup hingga baik. Skor terbanyak responden adalah 5 -7 (71,25%) dengan kategori cukup, diikuti skor lebih besar dari tujuh (22,50%) dengan kategori baik dan hanya 6,25% responden dengan skor kurang dari lima dengan kategori kurang. Rata – rata skor pengetahuan responden adalah $6,35 \pm 1,68$, dari data tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas pengetahuan masyarakat pedesaan sekitar Bandung berada dalam kategori cukup. Hasil ini berbeda dengan penelitian Eva dkk (2022) di daerah Lombok Barat yang menyatakan 75% responden memiliki tingkat pengetahuan baik [12]. Namun , lebih tinggi dibanding penelitian Rahmah (2023) di Jambi [5] Dibandingkan penelitian di Pakistan yang melaporkan 45% pengetahuan baik, dan Bangladesh dengan 38% pengetahuan baik, masyarakat pedesaan di sekitar Bandung menunjukkan pengetahuan relatif lebih baik[13].

3.2 Pemahaman pada aspek TBC

Penelitian ini mengidentifikasi bahwa gejala TBC yang paling dikenal (Gambar 2) adalah sesak nafas (71,25%), berat badan turun (71,25%), nyeri dada (62,50%), dan nafsu makan hilang (62,50%) . Temuan mengenai pengetahuan gejala batuk berkepanjangan sebagai gejala utama TBC hanya diketahui oleh 61,25% responden. Lebih lanjut, banyak responden kesulitan membedakan antara TBC dengan penyakit asma, yang dapat menyebabkan keterlambatan pencarian pengobatan yang tepat. Gejala berkeringat di malam hari , yang merupakan salah satu gejala klasik TBC hanya diketahui oleh 42,50%.



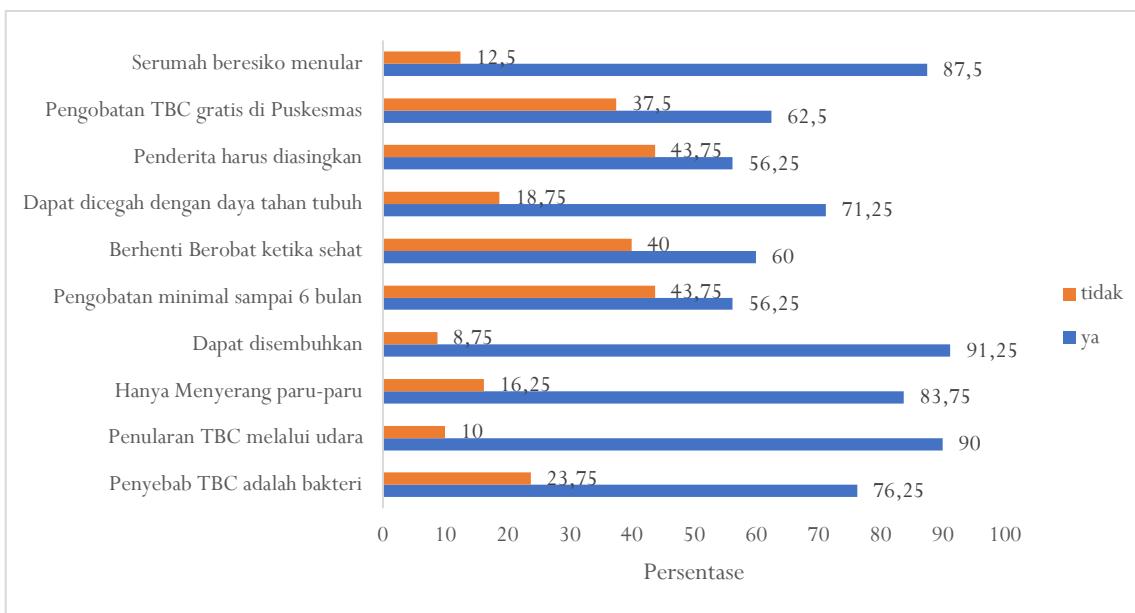
Gambar 2 Pengetahuan Responden Mengenai Gejala TBC

Hasil ini cukup dikhawatirkan menjadi kendala bagi upaya penanggulangan TBC ke depannya. Menurut Isnaeni (2021) dengan mengenali gejala awal, seseorang dapat segera mencari pertolongan medis dan mencegah penularan lebih lanjut. Pengetahuan berhubungan erat dengan Upaya pencegahan tuberculosis paru karena seseorang yang berpengetahuan kurang, tidak memahami pentingnya upaya pencegahan tuberculosis, dibandingkan orang yang berpengetahuan baik.[14]

Menurut Junaid (2021) di Nigeria pengetahuan TBC dapat mengurangi kesalahpahaman, berpotensi memengaruhi perilaku pencarian layanan kesehatan dan mendorong hasil pencegahan, deteksi, dan pengobatan yang lebih baik[15]. Sehingga diperlukan pengetahuan yang baik untuk meningkatkan program pencegahan dan pengendalian TBC.

Walaupun sebagian besar responden menunjukkan pemahaman yang cukup mengenai konsep dasar TBC, seperti memahami mekanisme penularan melalui udara (90%), memahami bahwa TBC dapat disembuhkan (91,25%), menayadari risiko penularan dalam satu rumah (87,50%), dan memahami bahwa TBC disebabkan oleh bakteri (76,25%) tingginya pemahaman pada aspek- aspek ini menunjukkan bahwa program edukasi dasar tentang TBC telah cukup efektif mencapai masyarakat pedesaan.

Meskipun menunjukkan pemahaman yang baik pada aspek dasar, penelitian ini mengidentifikasi beberapa kesalahpahaman kritis yang berpotensi menghambat upaya pengendalian TBC (Gambar3). Sebanyak lebih dari 80% responden salah memahami bahwa TBC hanya menyerang paru-paru. Kesalahpahaman ini sejalan dengan systematic review oleh Silva et al. (2018) yang mengidentifikasi masalah serupa di negara berkembang [16]. Kurangnya pemahaman tentang TBC ekstrapulmonal dapat menurunkan kewaspadaan terhadap gejala TBC yang terjadi pada organ lain selain paru-paru, berpotensi menyebabkan keterlambatan diagnosis dan menjadi kendala dalam pengobatan. Kondisi ini dapat berdampak pada progrsivitas penyakit dan peningkatan morbiditas. Hal ini mendukung penelitian di Kota Ankara Turki, yang menyebutkan bahwa kepatuhan terhadap pengobatan TBC pada pasien TBC pulmonal lebih tinggi dibandingkan kepatuhan pasien TBC ekstrapulmonal.[17]



Gambar 3 Distribusi Pemahaman Responden Terhadap Pengetahuan Konsep Dasar TBC

Temuan yang mengkhawatirkan adalah sebanyak 60% responden setuju dengan pernyataan menghentikan pengobatan setelah merasa sehat dan 40% tidak. Kesalahpahaman ini sangat berbahaya karena pada akhir bulan kedua pengobatan, sebagian besar gejala mungkin hilang meskipun masih terdapat bakteri dormant yang memerlukan fase lanjutan pengobatan[18]. kesalahpahaman ini ini menjelaskan temuan Ozaltun dan Akin (2024) tentang mengapa banyak pasien putus berobat pada fase intensif[17] .Kepatuhan pengobatan menurun drastis setelah bulan kedua ketika gejala mulai membaik. Kondisi ini dapat berkontrobusi pada munculnya resistensi obat dan kegagalan pengobatan.

Kesalahpahaman lain yang ditemukan adalah 56,25% responden berpendapat bahwa penderita TBC harus diasingkan, menunjukkan adanya stigma sosial yang dapat menyebabkan diskriminasi. Stigma ini dapat mendorong penderita menyembunyikan diagnosis mereka, sebagaimana disebutkan Tasya dkk (2024) stigma negative di masyarakat sekitar dapat menyebabkan penderita memilih untuk mengisolasi diri, merasa malu dan terdiskriminasi dari lingkungan sekitar [19]. Studi naratif review yang dilakukan oleh Verma(2024) menyebutkan 60% penderita TBC menyembunyikan diagnoisnya untuk menghindari diskriminasi personal, sosial dan professional.Kondisi ini tidak hanya merugikan individu penderita, tetapi juga meningkatkan risiko penularan di komunitas karena kasus tidak terdeteksi, dimana penderita enggan untuk berobat ketika mengetahui mengalami gejala TBC[20]. Hal ini seperti yang dirasakan peneliti ketika turun mencari responden, dimana banyak masyarakat menolak ikut serta dengan alasan bukan penderita TBC.

Menurut Ritchie dkk (2007) durasi pengobatan yang diperlukan untuk membuat pasien tidak menular bervariasi antara individu dan sebagian besar tidak diketahui bagaimana pembentukannya. Direkomendasikan agar pasien TBC paru dengan apusan dahak positif menerima pengobatan awal dalam isolasi pernafasan dengan menggunakan masker [21] . Pasien dengan apusan dahak negatif kurang menular daripada pasien dengan apusan dahak positif. Hal ini menjadi salah satu materi yang perlu dipahami oleh masyarakat dengan tujuan mengurangi stigma dan terjadinya diskriminasi.

Di sisi lain, Sebanyak 62,5% responden mengetahui bahwa pengobatan TBC di puskesmas diberikan secara gratis, mengingat mayoritas responden berpenghasilan 1-2 juta rupiah per bulan, kurangnya informasi tentang layanan pengobatan TBC gratis dapat menjadi hambatan signifikan dalam akses pengobatan. Menurut ozaltun dan Akin (2024) kesulitan ekonomi, ditambah dengan kurangnya dukungan sosial dan kondisi hidup yang tidak memadai, dapat mempengaruhi kemampuan setiap individu untuk mematuhi pengobatan meskipun tersedianya diagnosis dan pengobatan gratis yang disediakan pemerintah [17]. Besarnya pendapatan mempengaruhi Keputusan seseorang dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga berdampak besar terhadap upaya pencegahan penularan TBC.

Biaya pengobatan yang terjangkau menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan program pencegahan TBC masyarakat pedesaan. Sehingga diperlukan strategi komunikasi yang lebih efektif tentang ketersediaan layanan kesehatan gratis.

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang pengetahuan TBC masyarakat pedesaan sekitar Bandung. Tingkat pengetahuan kategori cukup yang dimiliki mayoritas responden (71,25%) menunjukkan modal yang baik untuk pengembangan program edukasi lebih lanjut. Namun, kesalahpahaman kritis yang teridentifikasi memerlukan intervensi yang terstruktur dan berkelanjutan.

Menurut Junaid (2021) di Nigeria pengetahuan TBC dapat mengurangi kesalahpahaman, berpotensi memengaruhi perilaku pencarian layanan kesehatan dan mendorong hasil pencegahan, deteksi, dan pengobatan yang lebih baik.[15]. Sehingga diperlukan pengetahuan yang baik untuk meningkatkan program pencegahan dan pengendalian TBC.

Temuan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara karakteristik demografis dengan tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa pengetahuan TBC relatif homogen di seluruh lapisan masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa program edukasi dapat dirancang secara menyeluruh tanpa perlu segmentasi demografis yang ketat, meskipun tetap perlu mempertimbangkan pendekatan yang sesuai dengan karakteristik lokal.'

Meskipun kelompok berpendidikan tinggi menunjukkan skor pengetahuan tertinggi, fenomena yang disebutkan Steyn's (2024) tentang resistensi terhadap informasi baru pada individu berpendidikan tinggi perlu diantisipasi dalam merancang komunikasi yang efektif [11].

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Desain *Cross sectional* tidak memungkinkan analisis penyebab. Penelitian lanjutan dengan desain yang lebih baik akan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang dinamikan perubahan pengembangan pengetahuan dan perilaku masyarakat.

4 Kesimpulan

Penelitian terhadap 80% responden di 15 desa sekitar Bandung menunjukkan mayoritas masyarakat pedesaan memiliki tingkat pengetahuan TBC kategori cukup (71,25%) dengan rata-rata skor $6,35 \pm 1,68$. Tidak terdapat perbedaan signifikan antara karakteristik demografis dengan tingkat pengetahuan.

Masyarakat menunjukkan pemahaman baik pada aspek TBC menular melalui udara (90%), dapat disembuhkan (91,25%), dan beresiko menular pada orang serumah (87,5%). Namun, masih terdapat kesalahpahaman kritis yang perlu diperhatikan 83,75% salah memahami TBC hanya menyerang paru-paru, 60% setuju menghentikan pengobatan setelah merasa sehat, 56,25% berpendapat penderita TBC harus diasingkan, dan 37,5% tidak tahu mengenai pengobatan TBC gratis di puskesmas.

Pengenalan gejala TBC masih terbatas, dimana batuk berkepanjangan sebagai gejala utama hanya diketahui 61,25% responden, dan masih banyak yang kesulitan membedakan TBC dengan asma

5 Deklarasi/Pernyataan

5.1. Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kepada seluruh mahasiswa mata kuliah Farmakoterapi 2 peserta KKN MBKM Terintegrasi Universitas Al Ghifari TA 2024/2025 yang telah membantu proses pengambilan data dari responden selama bulan Juni 2025.

5.2. Kontribusi Penulis

Penulis adalah perancang desain penelitian, pendamping mahasiswa dan narasumber selama proses pengambilan data, pengolahan data, dan menuliskannya dalam bentuk artikel.

5.3 Konflik Kepentingan

Tidak terdapat konflik kepentingan dalam proses penelitian dan penulisan artikel ini

6 Daftar Pustaka

- [1] "Gerakan Indonesia Akhiri TBC." Accessed: Sep. 10, 2025. [Online]. Available: <https://kemkes.go.id/id/indonesias-movement-to-end-tb>
- [2] "Aksi Nyata Percepatan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia." Accessed: Sep. 19, 2025. [Online]. Available: <https://kemkes.go.id/id/47510>
- [3] K. Kesehatan and R. Indonesia, "Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia".
- [4] Z. Gizaw, T. Astale, and G. M. Kassie, "What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review," *BMC Primary Care*, vol. 23, no. 1, Dec. 2022, doi: 10.1186/S12875-022-01919-0.
- [5] R. Rahmah and A. Brata, "Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit TB Paru di Desa Penyengat Olak Kabupaten Muaro Jambi," *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, vol. 3, no. 2, pp. 54–60, Feb. 2024, doi: 10.56742/NCHAT.V3I2.69.
- [6] N. E. Harahap, M. Maimum, and A. Kholilah, "TINGKAT PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT TUBERKULOSIS DI DESA EMBACANG GEDANG KABUPATEN BUNGO," *MIDWIFERY HEALTH JOURNAL*, vol. 5, no. 2, Aug. 2020, doi: 10.52524/MIDWIFERYHEALTHJOURNAL.V5I2.158.
- [7] S. Supriyanto, S. Wulandari, and H. Halimatusyadiah, "Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit TB Paru Di RW 14 Desa Cihideung Kecamatan Parongpong Kabupaten Bandung Barat," *Jurnal Ilmiah JKA (Jurnal Kesehatan Aeromedika)*, vol. 3, no. 1, pp. 77–84, Mar. 2017, doi: 10.58550/JKA.V3I1.77.
- [8] "Kasus Penyakit Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Penyakit di Provinsi Jawa Barat, 2024 - Statistical Data - BPS-Statistics Indonesia Jawa Barat Province." Accessed: Sep. 19, 2025. [Online]. Available: <https://jabar.bps.go.id/en/statistics-table/3/YTA1Q1ptRmhUMEpXWTBsQmQyZzBjVzgwUzB4aVp6MDkjMw==/kasus-penyakit-menurut-kabupaten-kota-dan-jenis-penyakit-di-provinsi-jawa-barat--2023.html?year=2023>
- [9] "Klasifikasi Desa Berdasarkan Perkembangannya." Accessed: Sep. 19, 2025. [Online]. Available: <https://pgerdawung-tinginjarum.kendalkab.go.id/kabardetail/enVEZmZrQnlpWkVYTHlrZlp3YmlOUT09/klasifikasi-desa-berdasarkan-perkembangannya.html>
- [10] "PROSEDUR PENELITIAN SUATU PENDEKATAN PRAKTIK / SUHARSIMI ARIKUNTO | Perpustakaan Institut Pemerintahan Dalam Negeri." Accessed: Sep. 19, 2025. [Online]. Available: <https://inlislite.ipdn.ac.id/opac/detail-opac?id=8242>
- [11] R. Steyn, "The The influence of education on knowledge and character," *Interdisciplinary Journal of Education Research*, vol. 6, pp. 1–12, Aug. 2024, doi: 10.38140/IJER-2024.VOL6.30.
- [12] E. H. Damayanti, I. E. Ajmala, and N. A. P. Restuningdyah, "Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Penderita Tb Paru Terhadap Upaya Pencegahan Penularan Tb Paru Pada Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Kuripan Lombok Barat," *Jurnal Kedokteran (Unram Medical Journal)*, vol. 11, no. 3, pp. 983–989, Sep. 2022, doi: 10.29303/JK.V11I3.4739.
- [13] S. Ahmed et al., "Mixed-methods study to assess delay among patients with tuberculosis in an urban setting of Bangladesh," *PLoS One*, vol. 20, no. 7, Jul. 2025, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0327348.
- [14] Isnaeni, A. Ajat Sudrajat, and S. Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi Nusantara, "Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Dengan Kejadian TB Paru di Puskesmas Purwasari," *MAHESA : Malahayati*

- Health Student Journal, vol. 5, no. 9, pp. 4326–4336, Sep. 2025, doi: 10.33024/MAHESA.V5I9.19454.
- [15] S. A. Junaid, O. J. Kanma-Okafor, T. F. Olufunlajo, B. A. Odugbemi, and O. B. Ozoh, “Tuberculosis stigma: Assessing tuberculosis knowledge, attitude and preventive practices in surulere, Lagos, Nigeria,” Ann Afr Med, vol. 20, no. 3, pp. 184–192, Jul. 2021, doi: 10.4103/AAM.AAM_40_20.
- [16] D. R. Silva et al., “Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs,” J Bras Pneumol, vol. 44, no. 2, pp. 145–152, Mar. 2018, doi: 10.1590/S1806-37562017000000443.
- [17] S. C. Ozaltun and L. Akin, “An Evaluation of Medication Adherence in New Tuberculosis Cases in Ankara: A Prospective Cohort Study,” Healthcare (Basel), vol. 12, no. 23, Dec. 2024, doi: 10.3390/HEALTHCARE12232353.
- [18] “Poltekkes Kemenkes Yogyakarta”, doi: 10.30598/pamerivol2issue2page90-102.
- [19] T. L. C. Pradana, B. T. W. Putra, and W. S. Utami, “Stigma Tuberkulosis Paru di Asia Tenggara: Systematic Literatur Review,” MAHESA : Malahayati Health Student Journal, vol. 5, no. 6, pp. 2501–2512, Jun. 2025, doi: 10.33024/MAHESA.V5I6.18337.
- [20] A. K. Verma and A. Singh, “Psychological disorders in tuberculosis: A narrative review,” Indian Journal of Tuberculosis, vol. 71, pp. S162–S164, Jan. 2024, doi: 10.1016/j.ijtb.2024.08.003.
- [21] S. R. Ritchie, A. C. Harrison, R. H. Vaughan, L. Calder, and A. J. Morris, “New recommendations for duration of respiratory isolation based on time to detect *Mycobacterium tuberculosis* in liquid culture,” Eur Respir J, vol. 30, no. 3, pp. 501–507, Sep. 2007, doi: 10.1183/09031936.00131406.