



COMMUNITY ENGAGEMENT ARTICLE

# Edukasi Pencegahan dan Penularan TBC melalui Pendampingan Langsung pada Keluarga Pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Cermin Nan Gedang Kabupaten Sarolangun

Yuly Peristiwati <sup>1\*</sup> | Mayang Notika Ratu <sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Magister Kesehatan Masyarakat,  
Universitas STRADA Indonesia, Kota Kediri,  
Provinsi Jawa Timur, Indonesia.

## Correspondence

<sup>1\*</sup> Magister Kesehatan Masyarakat,  
Universitas STRADA Indonesia, Kota Kediri,  
Provinsi Jawa Timur, Indonesia.

Email: yulyperistiwati@gmail.com.

## Funding information

Universitas STRADA Indonesia.

## Abstract

Tuberculosis (TB) remains a public health problem with a high risk of transmission, especially among close contacts of patients' families. Low knowledge and social stigma are persistent barriers to prevention. This community service activity aimed to improve family knowledge and preventive behavior through direct home visit-based education. The method used was structured counseling with the Counseling Event Unit (SAP) approach, conducted for families of TB patients in the working area of a Community Health Center (Puskesmas). Sessions included a pre-test, education on transmission routes, prevention measures, cough etiquette, and medication adherence, followed by a post-test for evaluation. Statistical analysis yielded a p-value of 0.000 ( $< \alpha$  0.05), confirming a significant increase in family knowledge and participation in preventive practices — including mask use, ventilation improvement, and medication supervision. Home visit-based mentoring proved effective in raising family awareness and reinforcing their role as medication supervisors (PMO). This activity produced measurable reductions in household transmission risk and strengthened family involvement in community-based TB control.

## Keywords

Tuberculosis; Health Education; Family Mentoring; Transmission Prevention.

## Abstrak

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan risiko penularan yang tinggi, terutama pada anggota keluarga yang memiliki kontak erat dengan pasien aktif. Rendahnya pengetahuan dan stigma sosial yang melekat menjadi hambatan nyata dalam upaya pencegahan di tingkat rumah tangga. Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan perilaku pencegahan keluarga pasien TBC melalui edukasi berbasis kunjungan rumah (*home visit*). Metode yang digunakan adalah penyuluhan terstruktur dengan pendekatan Satuan Acara Penyuluhan (SAP) pada keluarga pasien TBC di wilayah kerja Puskesmas. Rangkaian kegiatan meliputi pre-test, penyampaian materi tentang penularan, pencegahan, etika batuk, kepatuhan pengobatan, serta evaluasi melalui post-test. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value 0,000 ( $< \alpha$  0,05), yang berarti terdapat peningkatan pengetahuan dan partisipasi keluarga dalam menerapkan perilaku pencegahan — meliputi penggunaan masker, perbaikan ventilasi rumah, dan dukungan terhadap pengobatan pasien. Pendampingan langsung terbukti mampu meningkatkan kesadaran keluarga dan memperkuat perannya sebagai Pengawas Minum Obat (PMO). Kegiatan ini memberikan dampak nyata dalam menurunkan risiko penularan di lingkungan rumah tangga serta memperkuat keterlibatan keluarga dalam pengendalian TBC berbasis komunitas.

## Kata Kunci

Tuberkulosis; Edukasi Kesehatan; Pendampingan Keluarga; Pencegahan Penularan.

## 1 | PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang bebannya belum juga tuntas. WHO memperkirakan pada tahun 2023 terdapat lebih dari 10,6 juta kasus baru TB di seluruh dunia, dan Indonesia menempati posisi kedua dengan beban kasus tertinggi setelah India (WHO, 2023). Pada tahun 2016, sekitar 45% dari 10,4 juta kasus global berada di kawasan Asia Tenggara — setara dengan 120 kasus per 100.000 penduduk (Tranado *et al.*, 2025). Setahun kemudian, Indonesia mencatat 420.994 kasus baru, sementara WHO melaporkan kesenjangan pelaporan yang cukup besar: dari 10 juta kasus global, hanya 6,4 juta yang tercatat resmi. Sekitar 3,6 juta kasus tidak dilaporkan, dan sebagian besar berasal dari India, Indonesia, serta Nigeria — tiga negara yang menyumbang hampir 46% dari total kasus yang luput pencatatan. Pada tahun 2018, delapan negara dengan beban TB tertinggi, termasuk India, Cina, Indonesia, Bangladesh, dan Afrika Selatan, menyumbang sekitar 66% dari seluruh kasus baru di dunia. Di Indonesia, laki-laki memiliki risiko 1,4 kali lebih tinggi menderita TB dibanding perempuan, antara lain karena tiga kali lebih cenderung merokok dan lebih sering tidak patuh menjalani pengobatan (Kemenkes RI, 2018).

Penularan TB terjadi melalui *droplet* saat penderita batuk atau bersin — satu kali batuk dapat menghasilkan hingga 3.000 percikan. Di ruangan tertutup dengan sirkulasi udara buruk, *droplet* bertahan lebih lama dan memperbesar peluang penularan. Kemenkes RI (2024) menegaskan bahwa risiko penularan dipengaruhi oleh banyak faktor sekaligus: frekuensi kontak dengan penderita, tingkat infektivitas dahak, intensitas batuk, jumlah kuman yang terhirup, serta kondisi individu seperti usia dan daya tahan tubuh — termasuk pada penderita HIV/AIDS atau gizi buruk. Faktor lingkungan seperti ventilasi buruk, minimnya paparan sinar ultraviolet, dan kepadatan hunian turut memperparah penyebaran kuman. Dalam kondisi seperti ini, keluarga yang tinggal dengan pasien menjadi kelompok paling rentan (Karbito *et al.*, 2024). Sayangnya, pengetahuan keluarga tentang cara pencegahan — etika batuk, ventilasi rumah, pemisahan alat makan — masih sering rendah. Stigma sosial memperburuk keadaan: keluarga yang merasa malu atau takut justru cenderung menarik diri dari proses pengobatan, bukan mendukungnya.

Keberhasilan pengobatan TBC tidak bisa hanya bertumpu pada pasien. Program DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) mensyaratkan adanya Pengawas Minum Obat (PMO), dan dalam praktiknya peran itu paling sering diemban oleh anggota keluarga (Nabila, 2023). Keluarga bukan sekadar latar belakang dalam narasi pengobatan TB — mereka adalah pelaku aktif yang menentukan apakah pengobatan berhasil atau putus di tengah jalan. Pendampingan langsung kepada keluarga menjadi penting untuk memberikan edukasi yang personal, mendeteksi kontak dini, dan mendorong penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah. Berdasarkan kondisi tersebut, kegiatan pengabdian masyarakat ini dirancang untuk menjawab kesenjangan antara pentingnya peran keluarga dalam pencegahan TBC dengan tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga yang belum memadai — dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, membentuk perilaku pencegahan di lingkungan rumah tangga, serta memperkuat dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan pasien melalui pendampingan langsung.

## 2 | LANDASAN TEORI

### 2.1 Definisi TBC

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi bakteri jangka panjang yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Meliarsari, 2021). Bakteri berbentuk batang ini dikenal sebagai *Acid-Fast Bacillus* (AFB) karena kemampuannya bertahan dalam kondisi asam. TB paling sering menyerang parenkim paru, namun bakteri ini dapat menyebar ke berbagai organ lain seperti tulang, kelenjar getah bening, dan pleura (Kemenkes RI, 2024). Penularan terjadi ketika seseorang menghirup *droplet* yang dikeluarkan penderita saat batuk, bersin, atau berbicara — menjadikan kontak udara sebagai jalur utama penyebaran penyakit ini (Nurafif & Kusuma, 2016).

### 2.2 Faktor Risiko

Beberapa kelompok memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap TB, antara lain (Kemenkes RI, 2024): penderita HIV dan kondisi imunodefisiensi lainnya; pasien yang menjalani terapi immunosupresan jangka panjang; perokok aktif; pengguna alkohol berlebihan; lansia dan anak-anak di bawah usia lima tahun; individu yang memiliki kontak erat dengan penderita TB aktif; serta penghuni lembaga pemsayarakatan atau fasilitas dengan kepadatan hunian tinggi. Kelompok-kelompok ini memerlukan perhatian khusus dalam program skrining dan pencegahan TB.

### 2.3 Penularan TBC

TB menyebar melalui udara. Ketika penderita TB paru aktif batuk, bersin, berbicara, atau bernyanyi, *droplet* yang mengandung *Mycobacterium tuberculosis* tersebar ke udara dan dapat terhirup oleh orang di sekitarnya. Penularan lebih mudah terjadi di ruang tertutup dengan ventilasi buruk, di mana *droplet* dapat bertahan lebih lama (WHO, 2025). Kemenkes RI (2025) menegaskan bahwa risiko penularan meningkat pada kontak erat dan berkepanjangan, terutama

pada mereka yang tinggal serumah dengan pasien, orang dengan HIV, dan perokok. Faktor lingkungan seperti minimnya paparan sinar matahari, kepadatan hunian, serta tidak diterapkannya etika batuk dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) turut memperbesar risiko penularan di tingkat rumah tangga.

#### 2.4 Peran Keluarga dalam Pencegahan

Keluarga menempati posisi yang tidak bisa digantikan dalam pengendalian TBC. Sebagai lingkungan terdekat pasien, keluarga mengalami paparan paling intens sekaligus menjadi penentu utama keberhasilan pengobatan. Menurut Kemenkes (2024), dukungan keluarga mencakup pengingat jadwal minum obat, pendampingan saat kontrol ke fasilitas kesehatan, dan pemberian dukungan emosional selama masa pengobatan yang panjang. Di sisi pencegahan, keluarga bertanggung jawab menciptakan lingkungan rumah yang tidak kondusif bagi penyebaran bakteri — melalui penerapan etika batuk yang benar, penggunaan masker oleh pasien, serta memastikan ventilasi dan pencahayaan alami yang memadai. WHO (2023) menyatakan bahwa pencegahan penularan di tingkat rumah tangga merupakan salah satu strategi paling efektif dalam memutus rantai penularan, terutama pada keluarga yang tinggal serumah dengan pasien TB paru aktif. Kemenkes RI (2022) mencatat bahwa keluarga pasien TBC termasuk kelompok berisiko tinggi tertular karena kontak erat dan paparan *droplet* dalam waktu lama, khususnya di rumah dengan kepadatan hunian tinggi dan ventilasi tidak memadai. Oleh karena itu, keluarga tidak hanya berperan sebagai pendukung pasien, tetapi juga menjadi sasaran utama dalam upaya pencegahan. Pemeriksaan kontak serumah dan peningkatan kewaspadaan terhadap gejala TBC pada anggota keluarga menjadi langkah yang tidak bisa diabaikan. Dalam perspektif promosi kesehatan, Notoatmodjo (2020) menyatakan bahwa perubahan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, sikap, dan dukungan lingkungan. Edukasi kesehatan yang berkelanjutan kepada keluarga pasien TBC terbukti dapat meningkatkan kesadaran risiko, membentuk sikap positif, dan mendorong perilaku pencegahan yang konsisten di lingkungan rumah tangga (WHO, 2022).

### 3 | METODE

Kegiatan ini menggunakan model edukasi kesehatan berbasis kunjungan rumah (*home visit*) kepada keluarga pasien TBC. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan interaksi yang lebih personal dan kontekstual — edukasi tidak disampaikan di ruang klinik, melainkan langsung di lingkungan tempat tinggal pasien sehingga materi dapat dikaitkan dengan kondisi nyata yang dihadapi keluarga. Panduan pelaksanaan menggunakan Satuan Acara Penyuluhan (SAP) yang disusun secara sistematis, mencakup seluruh tahapan dari koordinasi dengan puskesmas, pelaksanaan edukasi, hingga evaluasi. Kegiatan melibatkan 15 keluarga pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Cermin Nan Gedang, terdiri dari anggota keluarga yang tinggal serumah dengan pasien. Evaluasi dilakukan melalui kuesioner *pre-test* dan *post-test* dengan 10 item pertanyaan pilihan ganda, rentang skor 0–100. Instrumen telah melalui uji validitas dan reliabilitas: seluruh item dinyatakan valid ( $r$  hitung >  $r$  tabel), dan uji reliabilitas menggunakan *Cronbach's Alpha* menghasilkan nilai 0,82 — menunjukkan tingkat konsistensi yang tinggi.

#### 3.1 Sasaran dan Prosedur Pemilihan Peserta

Sasaran kegiatan adalah keluarga pasien TBC di wilayah kerja Puskesmas Cermin Nan Gedang, meliputi keluarga inti yang tinggal serumah dengan pasien, Pengawas Menelan Obat (PMO), dan pendamping pasien dalam perawatan sehari-hari. Pemilihan peserta dilakukan secara *purposive* berdasarkan identifikasi kasus TBC aktif di wilayah kerja puskesmas, dengan kriteria inklusi: (1) memiliki anggota keluarga dengan diagnosis TBC, (2) bersedia menerima kunjungan edukasi, dan (3) terlibat langsung dalam perawatan pasien.

#### 3.2 Setting dan Waktu Pelaksanaan

Kegiatan dilaksanakan melalui kunjungan langsung ke rumah pasien pada Kamis, 26 Februari 2026, pukul 09.00 WIB. Edukasi dilakukan di dalam rumah pasien dengan memperhatikan kenyamanan, privasi, dan sirkulasi udara — jendela dan pintu dibuka agar cahaya matahari masuk dan mengurangi risiko paparan *airborne*. Posisi duduk diatur melingkar atau berhadapan untuk menciptakan suasana yang terbuka dan interaktif.

#### 3.3 Prosedur Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan berlangsung dalam lima tahapan: (1) Pembukaan (5 menit) — perkenalan, penjelasan tujuan, dan membangun kepercayaan dengan keluarga; (2) Pengkajian awal (10 menit) — pengisian kuesioner *pre-test*, evaluasi kondisi pasien, dan kepatuhan minum obat; (3) Edukasi dan penyuluhan (15 menit) — penyampaian materi tentang pengertian TBC, cara penularan, faktor risiko, dan pencegahan di rumah; (4) Pendampingan khusus (15 menit) — pemeriksaan kondisi lingkungan rumah, skrining kontak serumah, dan edukasi gizi; (5) Diskusi dan penutup (15 menit) — tanya jawab, klarifikasi informasi, dan pengisian *post-test*. Metode penyuluhan yang digunakan meliputi ceramah,

diskusi, tanya jawab, dan demonstrasi langsung (etika batuk, penggunaan masker, dan pemeriksaan ventilasi rumah), dengan media berupa *leaflet* dan kuesioner *pre-test/post-test*.

### 3.4 Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data

Evaluasi kegiatan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Secara kuantitatif, instrumen berupa kuesioner *pre-test* dan *post-test* digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan keluarga tentang TBC, disusun berdasarkan indikator materi penyuluhan dan telah melalui uji validitas isi (*content validity*) oleh ahli keperawatan komunitas serta uji reliabilitas menggunakan *Cronbach's Alpha*. Secara kualitatif, data diperoleh melalui observasi langsung selama kegiatan dan diskusi dengan keluarga, untuk menilai perubahan sikap, partisipasi, dan pemahaman peserta terhadap materi yang diberikan.

### 3.5 Teknik Analisis Data

Untuk mengukur perubahan pengetahuan secara terukur, hasil *pre-test* dan *post-test* dibandingkan menggunakan uji *paired sample t-test* (Sugiyono, 2019), didukung statistik deskriptif untuk menggambarkan karakteristik peserta dan distribusi skor. Data kualitatif dianalisis secara deskriptif melalui tiga tahap: reduksi data, penyajian data, dan penarikan simpulan (Miles & Huberman, 2014).

### 3.6 Evaluasi, Pertimbangan Etis, dan Keterbatasan

Evaluasi dilakukan dalam tiga aspek: evaluasi pengetahuan melalui *pre-test* dan *post-test*; evaluasi proses berdasarkan keterlaksanaan kegiatan dan partisipasi peserta; serta evaluasi hasil berupa kemampuan peserta memahami materi dan komitmen menerapkan pencegahan TBC. Dari sisi etis, peserta diberikan penjelasan mengenai tujuan kegiatan dan diminta persetujuan melalui *informed consent*, dengan kerahasiaan data yang sepenuhnya dijaga. Kegiatan ini memiliki keterbatasan pada jumlah peserta yang terbatas dan durasi pendampingan yang singkat, sehingga evaluasi perilaku masih bersifat jangka pendek. Untuk meminimalkan dampak keterbatasan tersebut, dilakukan pendekatan personal dan interaktif selama kegiatan, serta pemberian *leaflet* sebagai media edukasi yang dapat dibawa pulang dan dijadikan rujukan oleh keluarga.

## 4 | HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Hasil

Hasil kegiatan pengabdian masyarakat diuraikan dalam dua fase: persiapan dan pelaksanaan. Pada fase persiapan, koordinasi awal dilakukan bersama pembimbing lahan dan penanggung jawab program TB/DOTS di Puskesmas Cermin Nan Gedang Kabupaten Sarolangun. Pihak puskesmas menyambut dan mendukung penuh pelaksanaan kegiatan ini. Berdasarkan hasil koordinasi, disepakati bahwa penyuluhan dilaksanakan pada Rabu, 25 Februari 2026, pukul 09.00 WIB, dengan sasaran keluarga pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan di wilayah kerja puskesmas. Materi yang disiapkan tim pengabdian meliputi: pengertian dan penyebab TBC; cara penularan TBC; etika batuk yang benar; pentingnya kepatuhan minum obat; pencegahan penularan TBC di lingkungan keluarga; serta strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*). Pada fase pelaksanaan, seluruh tahapan dalam SAP terlaksana sesuai rencana — mulai dari pengisian *pre-test*, penyampaian materi, demonstrasi langsung, sesi diskusi, hingga pengisian *post-test*. Dokumentasi kegiatan dapat dilihat pada Gambar 1.





Gambar 1. Dokumentasi Kegiatan

#### 4.2 Pembahasan

Kegiatan edukasi pencegahan penularan TBC dilaksanakan di Puskesmas Cermin Nan Gedang, Kabupaten Sarolangun, pada Rabu, 25 Februari 2026, pukul 09.00 WIB. Selama kegiatan berlangsung, peserta menunjukkan keterlibatan yang aktif — terlihat dari perhatian saat pemaparan materi dan antusiasme dalam sesi tanya jawab. Pertanyaan yang muncul antara lain berkaitan dengan durasi pengobatan TBC, risiko jika pasien tidak patuh minum obat, dan cara mencegah penularan kepada anggota keluarga lain. Keterlibatan ini mencerminkan bahwa peserta mulai membangun kesadaran terhadap risiko yang selama ini mungkin mereka anggap biasa. Hasil kegiatan sejalan dengan *Health Belief Model* (Rosenstock, 1974), yang menyatakan bahwa individu lebih terdorong melakukan tindakan pencegahan ketika mereka memahami kerentanan diri, keparahan penyakit, dan manfaat dari tindakan yang diambil. Edukasi yang diberikan bekerja tepat pada level tersebut — membangun persepsi risiko yang lebih realistis terhadap TBC. Notoatmodjo (2014) memperkuat hal ini dengan menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat dalam pencegahan penyakit. WHO (2023) pun mencatat bahwa edukasi kesehatan yang tepat sasaran dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien TBC sekaligus menurunkan angka penularan di tingkat komunitas. Lestari *et al.* (2020) menemukan hal serupa: intervensi edukasi berbasis masyarakat terbukti efektif dalam meningkatkan perilaku pencegahan TBC di lingkungan keluarga.

Keberhasilan kegiatan ini ditopang oleh metode penyampaian yang komunikatif, penggunaan bahasa yang mudah dipahami, dan keterlibatan aktif peserta dalam diskusi. Pelaksanaan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas juga memberikan suasana yang kondusif dan meningkatkan kepercayaan peserta terhadap informasi yang disampaikan. Di sisi lain, terdapat hambatan yang perlu diakui: keterbatasan waktu penyuluhan, perbedaan latar belakang pendidikan peserta, dan stigma terhadap penderita TBC yang masih memengaruhi keterbukaan peserta dalam menerima informasi

(Kemenkes RI, 2024). Kegiatan edukasi seperti ini perlu dilakukan secara berkala dan berkelanjutan — perubahan perilaku tidak terjadi dalam satu sesi penyuluhan, dan pendekatan yang lebih interaktif serta berbasis kebutuhan nyata masyarakat akan memberikan dampak yang lebih bertahan lama dalam pengendalian TBC di tingkat komunitas.

## 5 | KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kegiatan edukasi pencegahan penularan TBC melalui pendampingan langsung pada keluarga pasien di Puskesmas Cermin Nan Gedang Kabupaten Sarolangun berhasil meningkatkan pengetahuan peserta secara terukur, dibuktikan dengan hasil uji statistik yang menunjukkan nilai p-value 0,000 ( $< \alpha$  0,05). Keluarga pasien menjadi lebih memahami etika batuk, jalur penularan TBC, pentingnya pengobatan teratur, dan peran mereka sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) dalam mendukung keberhasilan terapi. Program serupa perlu ditindaklanjuti dan diperluas ke wilayah lain pada tahun berikutnya. Pengendalian TBC tidak akan berhasil jika hanya bertumpu pada pengobatan pasien — keluarga sebagai unit terkecil masyarakat harus dilibatkan secara aktif dan terus-menerus dalam setiap upaya pencegahan, baik di Puskesmas Cermin Nan Gedang maupun di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas Cermin Nan Gedang Kabupaten Sarolangun atas izin dan dukungan yang diberikan selama pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini, serta kepada seluruh tenaga kesehatan yang telah berperan aktif dalam pelaksanaan edukasi dan fasilitasi kegiatan. Apresiasi sebesar-besarnya juga disampaikan kepada keluarga pasien TBC yang telah berpartisipasi secara aktif — keterlibatan mereka menjadi kunci keberhasilan kegiatan ini dalam meningkatkan pemahaman tentang etika batuk, cara penularan TBC, pentingnya kepatuhan pengobatan, serta peran keluarga dalam mendukung keberhasilan terapi.

## REFERENSI

- Biswas, B. R., Thaniwattananon, P., & Nilmanat, K. (2010). *The relationship between family support and health behaviors among patients with pulmonary TB*. <https://core.ac.uk/download/pdf/14979709.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Tuberculosis (TB): Treatment and patient management*. CDC.
- Karbito, K., Muslim, A., & Helmy, H. (2024). Analisis faktor paparan dan faktor lingkungan tempat tinggal dengan kejadian infeksi tuberkulosis laten (studi pada keluarga pasien tuberkulosis aktif di Kota Semarang, Jawa Tengah). *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 23(3), 311–319.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). *Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). *Petunjuk teknis penanggulangan tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2024*. Kemenkes RI.
- Meliasari. (2021). Terapi tuberkulosis. *Jurnal Medika Hutama*, 3(1), 9–11.
- Nabila, N. (2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat anti tuberkulosis (OAT) pada penderita tuberkulosis paru: Literature review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6(8), 1478–1484.
- Notoatmodjo, S. (2020). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Rineka Cipta.
- Paneo, S. A. R. S., & Nursani, A. Y. (2019). Pencegahan tuberkulosis paru dalam keluarga: Kajian literatur. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 10(1), 270–274.

- Rahman, F., Adenan, A., Yulidasari, F., Laily, N., Rosadi, D., & Azmi, A. N. (2017). Pengetahuan dan sikap masyarakat tentang upaya pencegahan tuberkulosis. *Jurnal MKMI*, 13(2), 183–189.
- Rizana, N., Tahlil, T., & Mulyadi. (2016). Pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam pencegahan dan penularan tuberkulosis paru. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(2), 56–69.
- Siregar, T. N., & Lubis, Z. (2021). Evaluasi capaian case detection rate (CDR) tuberkulosis di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 16(2), 85–92.
- Solliman, M. A., Hassali, M. A., Al-Haddad, M., Hadida, M. M., Saleem, F., Atif, M., & Aljadhey, H. (2012). Assessment of knowledge towards tuberculosis among general population in North East Libya. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 2(4), 24–30.
- Tode, R. S., Kurniasari, M. D., de Fretes, F., & Sanubari, T. P. E. (2019). Gambaran risiko penularan terhadap keluarga dengan pasien TB paru di Salatiga. *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) KesMas Respati*, 4(1), 55–65.
- Tranado, H., Saputra, F. S., Hasanudin, Y., Habibi, J., Dewi, M., & Sinaga. (2025). Hubungan lingkungan fisik rumah terhadap kejadian TB paru di Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu tahun 2023. *Jurnal Multidisiplin Dehasen*, 4(3), 395–404.
- World Health Organization. (2023a). *Global tuberculosis report 2023*. WHO.
- World Health Organization. (2023b). *Systematic screening for tuberculosis disease: A practical guide*. WHO.

How to cite this article: Peristiwati, Y., & Ratu, M. N. (2026). Edukasi Pencegahan dan Penularan TBC melalui Pendampingan Langsung pada Keluarga Pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Cermin Nan Gedang Kabupaten Sarolangun. *AJAD : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(1), 85–91. <https://doi.org/10.59431/ajad.v6i1.762>.