

UPAYA DETEKSI DINI DAN PENCEGAHAN PENULARAN TUBERKULOSIS MELALUI PENDEKATAN *DOOR TO DOOR* DAN EDUKASI MASYARAKAT DI DESA KASANG KUMPEH

Kiki Andrean¹, Indira Harti², Yolanda Margarettha Silaban³, Naila Nur Ramadani⁴, Erika Vernanda Br Lbn Toruan⁵, Rosiana Putri⁶, Hasmil Arifqi⁷,
Puji Rahmiyati Awaliyah⁸, Tsaabitah Zakhirah⁹, Inggrit Vanesa¹⁰, Dwi Noerjoedianto¹¹, Hendra Dhermawan Sitanggang¹², Ahmad Thohir Hidayat¹³

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi ¹⁻¹³

Email: kiandrean089@gmail.com¹, hartiindira@gmail.com², yolandamsilaban@gmail.com³, nailanur0211@gmail.com⁴, erikasihombing929@gmail.com⁵, rosianaputri331@gmail.com⁶, hasmilarifqi7@gmail.com⁷, miyaawaliyah@gmail.com⁸, zakhirahsaabitah@gmail.com⁹, inggritvanesa123@gmail.com¹⁰, dwi_noerjoedianto@unja.ac.id¹¹, hendrasitanggang@unja.ac.id¹², ahmad.thohir@unja.ac.id¹³

| Informasi | Abstract |
|--|---|
| Volume : 2 Nomor : 12 Bulan : Desember Tahun : 2025 E-ISSN : 3062-9624 | <p><i>This report examines efforts for early detection and prevention of tuberculosis (TB) transmission in Kasang Kumpeh Village, Kumpeh Ulu District, Muaro Jambi Regency, through a door-to-door approach and community education. The program aims to raise public awareness of the importance of TB screening, early detection, and adherence to treatment. Screening activities were conducted in three high-risk RTs, with results showing that most of the community had low knowledge about TB. Interventions were carried out by providing household-based education and engaging the community in prevention efforts through the SIMPATIK (Community Synergy for TB and Health Awareness) program. Additionally, tuberculosis preventive therapy (TPT) was given to high-risk families. Evaluation results showed significant improvement in the community's knowledge about TB after the intervention, and successful identification of potential cases of TB transmission.</i></p> <p>Keyword: Early detection, TB prevention, community education, door-to-door, TB preventive therapy.</p> |

Abstrak

Upaya deteksi dini dan pencegahan penularan tuberkulosis (TBC) di Desa Kasang Kumpeh, Kecamatan Kumpeh Ulu, Kabupaten Muaro Jambi, dilakukan melalui pendekatan door to door dan edukasi masyarakat. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya skrining TBC, deteksi dini, serta kepatuhan dalam menjalani pengobatan. Kegiatan skrining dilaksanakan di tiga RT berisiko, dan hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar warga memiliki pengetahuan rendah mengenai TBC. Intervensi dilakukan dengan memberikan edukasi berbasis rumah tangga dan melibatkan masyarakat dalam upaya pencegahan melalui program SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli TBC dan Kesehatan). Selain itu, pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) juga dilakukan bagi keluarga yang berisiko. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan pengetahuan

masyarakat tentang TBC setelah intervensi, serta keberhasilan dalam menemukan kasus-kasus yang berpotensi menularkan penyakit.

Kata Kunci: Deteksi dini, pencegahan TBC, edukasi masyarakat, door to door, terapi pencegahan TBC.

A. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan menyebar melalui udara ketika penderita batuk, bersin, atau meludah. Gejala utamanya adalah batuk berdahak lebih dari dua minggu yang bisa disertai darah, sesak napas, demam, penurunan berat badan, dan keringat malam. Pemerintah Indonesia menargetkan eliminasi TBC pada tahun 2030 melalui strategi nasional TOSS TBC (Temukan, Obati Sampai Sembuh), dengan fokus pada deteksi dini, pengobatan tuntas, dan pelibatan masyarakat. Menurut WHO (2024), Indonesia termasuk tiga negara dengan kasus TBC tertinggi di dunia bersama India dan Tiongkok, dengan kontribusi sekitar 10% dari total kasus global. Di Provinsi Jambi, TBC masih menjadi masalah kesehatan utama dengan 6.886 kasus tercatat pada tahun 2023. Tingkat notifikasi kasus sebesar 187,2 per 100.000 penduduk menunjukkan bahwa penularan masih aktif, sementara tingkat pengobatan tuntas dan penemuan kasus baru belum mencapai target.

Di Provinsi Jambi, rendahnya kesadaran masyarakat, stigma sosial, serta keterbatasan fasilitas kesehatan menjadi penghambat utama dalam eliminasi TBC. Desa Kasang Kumpeh, Kecamatan Kumpeh Ulu, menghadapi permasalahan serupa dengan rendahnya kegiatan skrining dan keterlambatan diagnosis kasus. Untuk mengatasi hal ini, mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat melaksanakan kegiatan “Peduli TB” sebagai bagian dari program nasional TOSS TBC. Kegiatan ini berfokus pada investigasi kontak, penemuan kasus aktif, dan edukasi kesehatan masyarakat. Melalui skrining gejala, mahasiswa menelusuri individu yang memiliki kontak erat dengan pasien TBC untuk mendeteksi penularan sejak dini dan merujuk mereka ke fasilitas kesehatan. Edukasi masyarakat juga dilakukan agar warga memahami pentingnya pemeriksaan dini dan kepatuhan dalam menjalani pengobatan, sehingga diharapkan rantai penularan TBC dapat diputus dan target eliminasi di tingkat daerah dapat tercapai.

Desa Kasang Kumpeh merupakan salah satu desa di Kecamatan Kumpeh Ulu, Kabupaten Muaro Jambi, Provinsi Jambi. Berdasarkan Profil Desa Tahun 2025, desa ini memiliki potensi sosial, ekonomi, dan budaya yang mendukung kesejahteraan masyarakat. Dengan jumlah penduduk sebanyak 4.416 jiwa yang terbagi dalam 1.119 kepala keluarga, masyarakatnya

umumnya bekerja di sektor pertanian, industri pengolahan, jasa, dan perdagangan. Desa ini dipimpin oleh Kepala Desa Anna Widiya Putri, A.Md. Farm, dengan fasilitas umum yang cukup memadai seperti posyandu, sekolah dari tingkat TK hingga SLTA, serta pos keamanan aktif. Anggaran Desa tahun 2025 mencapai Rp1.479.314.000,00 yang digunakan untuk mendukung pembangunan dan kegiatan sosial seperti gotong royong, posyandu, senam bersama, serta kegiatan keagamaan yang menjadi bagian dari kehidupan sosial masyarakat.

Dari sisi pendidikan dan kesehatan, Desa Kasang Kumpeh menunjukkan kemajuan yang positif. Sebagian besar anak usia sekolah masih aktif menempuh pendidikan dengan tingkat partisipasi tinggi, dan fasilitas pendidikan tersedia dengan rasio guru yang memadai. Pada bidang kesehatan, desa ini memiliki dua posyandu aktif dengan sepuluh kader kesehatan yang rutin melayani masyarakat. Jumlah ibu hamil sebanyak 62 orang seluruhnya telah mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, sementara kondisi balita juga menunjukkan hasil positif dengan 206 dari 210 balita memiliki status gizi baik. Dalam hal sanitasi dan lingkungan, sebanyak 1.625 keluarga telah memiliki WC sehat dan sebagian besar masyarakat memanfaatkan sumur gali sebagai sumber air bersih utama.

Secara geografis, Desa Kasang Kumpeh memiliki luas wilayah sekitar 7,24 km² dan terletak di jalur strategis penghubung antarwilayah kecamatan serta dekat dengan pusat kegiatan ekonomi. Adapun batas-batas wilayahnya adalah Desa Kasang Pudak di utara, Desa Kasang Lopak Alai di selatan, Kecamatan Kumpeh di timur, dan wilayah Kota Jambi di sebelah barat. Lokasi yang strategis ini memberikan keuntungan bagi masyarakat dalam mengakses layanan pendidikan, kesehatan, serta perdagangan, karena jaraknya yang dekat dengan pusat pemerintahan Kecamatan Kumpeh Ulu maupun Kota Jambi. Kondisi ini juga mendukung mobilitas masyarakat dalam menjalankan kegiatan ekonomi dan sosial secara lebih efektif.

Berdasarkan data demografi tahun 2023, Desa Kasang Kumpeh terdiri dari dua dusun, yaitu Dusun Makmur dan Dusun Sejahtera, dengan total 17 Rukun Tetangga (RT). Jumlah penduduk mencapai 4.083 jiwa yang terdiri dari 2.221 laki-laki dan 1.862 perempuan dengan 1.154 kepala keluarga. Dusun Makmur memiliki jumlah penduduk lebih banyak karena merupakan pusat kegiatan pemerintahan dan ekonomi, sedangkan Dusun Sejahtera lebih didominasi oleh pemukiman dan lahan pertanian. Melalui kegiatan Praktik Belajar Lapangan (PBL), mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat menganalisis situasi kesehatan masyarakat, mengidentifikasi masalah prioritas seperti pencegahan penyakit Tuberkulosis (TB), serta merancang dan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat di Desa Kasang Kumpeh.

B. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam kegiatan ini mengadopsi pendekatan deskriptif kuantitatif dengan menggunakan metode *door-to-door* dan edukasi masyarakat sebagai intervensi utama. Skrining Tuberkulosis (TBC) dilakukan di tiga RT berisiko di Desa Kasang Kumpeh dengan target 149 sampel. Setiap rumah tangga yang diseleksi menjalani wawancara menggunakan kuesioner untuk mengidentifikasi gejala TBC dan faktor risiko terkait, seperti batuk berdahak lebih dari dua minggu, penurunan berat badan, serta riwayat kontak dengan penderita TB. Selain itu, pengamatan lingkungan juga dilakukan untuk menilai kondisi yang dapat meningkatkan risiko penularan, seperti ventilasi dan kelembapan rumah. Pengambilan sampel dahak dilakukan pada individu yang menunjukkan gejala atau memiliki riwayat kontak erat dengan penderita TB, dan hasil pemeriksaan dahak selanjutnya dianalisis di laboratorium Puskesmas Kasang Pudak.

Selain skrining, investigasi kontak dilakukan pada rumah tangga yang memiliki anggota yang sedang menjalani pengobatan TB. Kuesioner yang sama digunakan untuk mengidentifikasi individu berisiko di lingkungan sekitar pasien dan memberikan edukasi kesehatan mengenai pentingnya deteksi dini dan pencegahan. Sebagai bagian dari intervensi, pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) diberikan kepada keluarga yang berisiko tinggi, diikuti dengan pemantauan kepatuhan pengobatan. Hasil penelitian kemudian dianalisis menggunakan uji statistik non-parametrik, yaitu Uji Wilcoxon untuk mengetahui perbedaan signifikan dalam tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah edukasi. Analisis ini juga mencakup pengukuran peningkatan pengetahuan masyarakat melalui pretest dan posttest, yang menunjukkan adanya perubahan signifikan dalam pengetahuan masyarakat mengenai TB setelah intervensi dilakukan.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Situasi

Analisis situasi merupakan tahap awal dalam pelaksanaan kegiatan Praktik Belajar Lapangan (PBL) yang bertujuan untuk menggali informasi, potensi, serta permasalahan yang ada di wilayah sasaran sebagai dasar dalam penyusunan program intervensi kesehatan masyarakat. Kegiatan analisis situasi ini dilaksanakan oleh mahasiswa PBL Universitas Jambi di Desa Kasang Kumpeh, wilayah kerja Puskesmas Kasang Pudak, Kecamatan Kumpeh Ulu, Kabupaten Muaro Jambi. Mahasiswa melakukan observasi lapangan secara langsung untuk mengidentifikasi kondisi sosial, demografi, lingkungan, dan kesehatan masyarakat. Data

diperoleh melalui pengamatan, wawancara dengan tokoh masyarakat, kader kesehatan, serta peninjauan kondisi fisik dan nonfisik lingkungan desa. Hasil kegiatan ini menjadi dasar dalam penentuan masalah prioritas dan penyusunan program intervensi PBL dengan tema “Peduli TB: Penemuan Dini dan Edukasi untuk Eliminasi TB”.

Berdasarkan hasil diskusi dengan tokoh Masyarakat, kegiatan sosial dan keagamaan di Desa Kasang Kumpeh masih berjalan aktif, seperti pengajian, yasinan, dan majelis taklim dan kegiatan PKK. Aktivitas olahraga seperti senam rutin dilakukan di beberapa rt, sedangkan kegiatan posyandu ibu, balita, remaja, dan lansia dilaksanakan secara rutin di Dusun Makmur dan Dusun Sejahtera. Dilihat dari kegiatan-kegiatan yang ada menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam kegiatan sosial dan kesehatan masih cukup baik.

Berdasarkan hasil observasi lapangan, sebagian masyarakat masih membakar sampah di sekitar rumah yang berpotensi mencemari udara dan mengganggu kesehatan pernapasan. Beberapa rumah memiliki kondisi kumuh dan miskin. Dari aspek nonfisik, sebagian masyarakat masih memiliki kebiasaan merokok dan belum sepenuhnya menerapkan etika batuk yang benar. Sebagian besar tingkat pendapatan masyarakat menengah ke bawah, dan masih ada beberapa keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan hal ini dapat mempengaruhi kemampuan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Tabel 1. Data Kasus TB Desa Kasang Kumpeh Tahun 2024-2025

| No | Nama Pasien | Alamat | Status Pengobatan |
|----|-------------|--------|-------------------|
| 1. | Pasien N | RT 08 | Meninggal Dunia |
| 2. | Pasien B | RT 01 | Dalam Pengobatan |
| 3. | Pasien J | RT 03 | Selesai |
| 4. | Pasien R | RT 17 | Dalam Pengobatan |

Data Puskesmas Kasang Pudak, berdasarkan target temuan kasus TB dari 80 kasus temuan yang tercapai hanya 21 temuan kasus TB dari bulan Januari hingga bulan September tahun 2025. Hasil diskusi bersama puskesmas terdapat 2 kasus TB di Desa Kasang Kumpeh tahun 2024 dan 2025. Satu kasus dengan status meninggal dunia pada tahun 2024 dan satu kasus lainnya masih dalam masa pengobatan. Berdasarkan hasil observasi di lapangan, ditemukan dua kasus TB lainnya, yaitu satu kasus TB yang baru saja menyelesaikan pengobatan, dan satu kasus TB kelenjar yang baru saja ditemukan dan sedang dalam masa pengobatan.

Selain melakukan observasi dan wawancara, mahasiswa PBL juga melakukan pengumpulan data menggunakan kuesioner faktor risiko TB untuk mengetahui tingkat

pengetahuan, sikap, persepsi, dan perilaku masyarakat terhadap penyakit Tuberkulosis (TB). Sebelumnya pengumpulan data ini dilakukan di tiga RT berisiko yaitu RT 1 (37 responden), RT 3 (70 responden), dan RT 13 (42 responden). Wilayah berisiko ini didapatkan atas dasar rekomendasi puskesmas. Berdasarkan hasil pengumpulan data, berikut disajikan gambaran umum mengenai kondisi penduduk Desa Kasang Kumpeh.

Tabel 2. Penduduk Desa Kasang Kumpeh

| Dusun | | Jenis Kelamin | | Jumlah KK | Jumlah Penduduk |
|--------|-----------|---------------|-----------|-----------|-----------------|
| Makmur | Sejahtera | Laki-laki | Perempuan | | |
| 10 RT | 7 RT | 2221 | 1862 | 1154 | 1862 |

Sumber : Profil Desa Kasang Kumpeh Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas Desa Kasang Kumpeh terdiri dari dua dusun dan 17 rukun tetangga. Dimana dusun satu bernama Dusun Makmur yang terdiri dari 10 rt (1-10) sedangkan dusun dua bernama Dusun Sejahtera yang terdiri dari 7 rt (11-17). Dengan jumlah seluruh KK sekitar 1154 KK.

Dalam pelaksanaan kegiatan, terdapat 149 sampel individu dan 494 data keluarga yang diperoleh melalui kuesioner. Data karakteristik responden, fasilitas kesehatan, dan hasil observasi lingkungan diperoleh dari 494 data keluarga, sedangkan faktor risiko, pengetahuan, sikap, persepsi, dan perilaku berasal dari 149 data individu.

Data karakteristik responden diperoleh berdasarkan informasi yang tercantum dalam Kartu Keluarga (KK) responden, sehingga menggambarkan kondisi sosial dan demografi masyarakat sesuai data administrasi yang ada.

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden

| No | Variabel | Kategori | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|---------------------|-----------------------|-----------|----------------|
| 1. | Jenis Kelamin | Laki – laki | 246 | 49,8% |
| | | Perempuan | 248 | 50,2% |
| 2. | Umur | Balita | 36 | 7,3% |
| | | Anak-anak | 36 | 7,3% |
| | | Remaja | 72 | 14,6% |
| | | Dewasa | 295 | 59,7% |
| | | Lansia | 55 | 11,1% |
| | | Tidak Sekolah | 3 | 0,6% |
| 2. | Pendidikan Terakhir | Belum Pernah Sekolah | 74 | 15% |
| | | Tidak Tamat SD/MI | 29 | 5,9% |
| | | SD/MI | 85 | 17,2% |
| | | SLTP/MTS | 78 | 15,8% |
| | | SLTA/MA | 194 | 39,3% |
| | | D1/D2/D3 | 16 | 3,2% |
| | | Perguruan Tinggi (PT) | 15 | 3% |
| | | Tidak bekerja | 85 | 17,2% |
| 3. | Jenis Pekerjaan | IRT | 89 | 18 |
| | | Sekolah | 122 | 24,7% |

| | | | |
|----------------------------|--------------------------------|------------|-------------|
| | PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD | 9 | 1,8% |
| | Pegawai swasta | 35 | 7,1% |
| | Wiraswasta | 65 | 13,2% |
| | Petani/buruh tani | 9 | 1,8% |
| | Buruh/sopir/pembatu ruta | 49 | 9,9% |
| | Lainnya | 31 | 6,3% |
| 4. Pendapatan | < Rp. 500.000 | 16 | 3,2% |
| | Rp. 500.000 – Rp. 1.000.000 | 17 | 3,4% |
| | Rp. 1.000.000 – Rp. 1.500.000 | 25 | 5,1% |
| | Rp. 1.500.000 – Rp. 2.500.000 | 114 | 23,1% |
| | Rp. 2.500.000 – Rp. 5.000.000 | 276 | 55,9% |
| | Rp. 5.000.000 – Rp. 10.000.000 | 29 | 5,9% |
| | >Rp.10.000.000 | 13 | 2,6% |
| 5. Status Kehamilan | Hamil | 2 | 0,4% |
| | Tidak Hamil | 492 | 99,6% |
| 6. Aspek Jaminan Kesehatan | BPJS PBI | 141 | 28,5% |
| | BPJS non PBI | 184 | 7,1% |
| | Asuransi swasta | 4 | 0,8% |
| | Tidak ada | 130 | 26,3% |
| | Lainnya | 35 | 7,1% |
| Total | | 494 | 100% |

Berdasarkan hasil pengumpulan data melalui kuisisioner terhadap 494 responden (anggota rumah tangga), diperoleh gambaran umum mengenai karakteristik sosial dan demografi Masyarakat RT 1, 3, dan 13. Secara keseluruhan distribusi jenis kelamin seimbang, yaitu laki-laki 49,8% dan perempuan 50,2%. Responden didominasi usia dewasa (59,7%), sebagian besar responden berpendidikan terakhir didominasi SLTA/MA sebesar 39,3%, lalu SD/MI 17,2%, SLTP/MTS sebanyak 15,8%, dan belum pernah sekolah sebanyak 15%, hal ini berarti tingkat pendidikan masyarakat tergolong menengah. Pada jenis pekerjaan terdapat sebanyak 24,7% masih bersekolah, 18% IRT, 17,2% tidak bekerja, dan yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 13,2% dan buruh 9,9%. Mayoritas penghasilan rumah tangga berkisar Rp 2.500.000 – Rp 5.000.000 (55,9%), menunjukkan kondisi ekonomi menengah kebawah dengan ketergantungan pada sektor informal. Sebanyak 37,3% masyarakat terdaftar sebagai BPJS Non-PBI, 28,5% BPJS PBI, dan 26,3% tidak memiliki jaminan kesehatan dan juga terdapat 0,4% Wanita yang sedang hamil.

Tabel 3. Distribusi Fasilitas Kesehatan

| No | Variabel | Kategori | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-------------|-------------------|-----------|------------|
| 1. Rumah Sakit | Rumah Sakit | Rumah Sakit | 8 | 1,6% |
| | | RS. Theresia | 9 | 1,8% |
| | | RS. DKT | 7 | 1,4% |
| | | RS. Baiturrahman | 4 | 0,8% |
| 2. Puskesmas | Puskesmas | PKM Tanjung Lumut | 2 | 0,4% |
| | | PKM Talang Banjar | 8 | 1,6% |
| | | PKM Talang Bakung | 7 | 1,4% |
| | | PKM Payo Selincah | 75 | 15,2% |
| | | PKM Muara Kumpeh | 2 | 0,4% |

| | | | |
|--------|---------------------------|-----|-------|
| | PKM Kasang Pudak | 219 | 45,3% |
| | PKM Jambi Kecil | 4 | 0,8% |
| | Klinik | 2 | 0,4% |
| | Dokter Umum | 3 | 0,6% |
| | Klinik dr. Ema | 2 | 0,4% |
| | dr. Heriyanto | 1 | 0,2% |
| | dr. Erwin | 30 | 9,7% |
| Klinik | dr. sisilia | 3 | 0,6% |
| : | Klinik (depan koni) | 3 | 0,6% |
| | Klinik Benteng | 6 | 1,2% |
| | Klinik Bidan Simpang Aceh | 5 | 1% |
| | Klinik Liza | 4 | 0,8% |
| | Klinik Simpang Jawa | 7 | 1,4%% |
| | Klinik Talang Bakung | 7 | 1,4% |
| | Klinik Tanjung Lumut | 83 | 16,8% |

Berdasarkan tabel distribusi diatas, hasil menunjukkan akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan Kesehatan cukup baik, dengan Puskesmas Kasang Pudak sebagai tempat berobat utama (45,3%) karena merupakan fasilitas tingkat pertama yang wilayah kerjanya mencakup Desa Kasang Kumpeh. Terdapat pula sebagian besar Masyarakat lainnya yang berobat di luar wilayah kerja puskesmas, seperti Puskesmas Payo Selincah (15,2%), dan Klinik Tanjung Lumut (16,8%). Sebagian besar hal ini disebabkan oleh faktor jarak, serta kenyamanan pelayanan.

Tabel 4. Hasil Kuesioner Faktor Risiko Pengetahuan

| Kategori Pengetahuan | Frekuensi | Persentase |
|----------------------|------------|-------------|
| Rendah | 102 | 68,5% |
| Tinggi | 47 | 31,5% |
| Total | 149 | 100% |

Nilai total pengetahuan responden ditetapkan sebesar jika benar semua adalah 100 point. Berdasarkan teori Arikunto (2013), dilakukan perhitungan titik tengah (*cut off point*) untuk menentukan kategori tingkat pengetahuan. Hasil perhitungan tersebut menunjukkan bahwa skor < 76 dikategorikan sebagai pengetahuan rendah, sedangkan skor ≥ 76 dikategorikan sebagai pengetahuan tinggi.

Berdasarkan hasil kuesioner terhadap 149 responden didapatkan sebagian besar masyarakat memiliki tingkat pengetahuan yang rendah (68,5%) terhadap penyakit Tuberkulosis (TB). Hasil ini menunjukkan bahwa Tingkat pengetahuan Masyarakat di tiga RT berisiko masih tergolong rendah.

Tabel 5. Hasil Kuesioner Faktor Risiko Sikap

| Kategori Sikap | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-----------|------------|
|----------------|-----------|------------|

| | | |
|--------------------|------------|-------------|
| Sikap Buruk | 73 | 49% |
| Sikap Baik | 76 | 51% |
| Total | 149 | 100% |

Variabel sikap diukur menggunakan skala Likert 1–5, di mana 1 menunjukkan sikap rendah dan 5 menunjukkan sikap tinggi. Dengan 6 pernyataan, skor yang mungkin diperoleh berkisar antara 6–30. Karena data tidak berdistribusi normal, titik potong (*cut off point*) ditentukan berdasarkan median, yaitu 22. Responden dengan skor ≥ 22 dikategorikan memiliki sikap baik, sedangkan skor < 22 dikategorikan memiliki sikap buruk.

Berdasarkan hasil kuesioner terhadap 149 responden didapatkan Sebagian besar Masyarakat memiliki sikap baik (51%) dan sebanyak 49% memiliki sikap buruk terhadap penyakit Tuberkulosis (TB). Hal ini menggambarkan sikap Masyarakat terhadap pencegahan dan pengobatan TB masih tergolong seimbang, dengan perbedaan yang tidak terlalu besar antara kelompok sikap buruk dan sikap baik.

Tabel 6. Hasil Kuesioner Faktor Risiko Presepsi

| Kategori Presepsi | Frekuensi | Persentase |
|--------------------------|------------------|-------------------|
| Presepsi Buruk | 68 | 45,6% |
| Presepsi Baik | 81 | 54,4% |
| Total | 149 | 100% |

Variabel persepsi diukur menggunakan skala Likert 1–5, di mana 1 menunjukkan persepsi rendah dan 5 menunjukkan persepsi tinggi. Dengan 6 pernyataan, skor yang mungkin diperoleh berkisar antara 6–30. Karena data tidak berdistribusi normal, titik potong (*cut off point*) ditentukan berdasarkan median, yaitu 26. Responden dengan skor ≥ 26 dikategorikan memiliki persepsi baik, sedangkan skor < 26 dikategorikan memiliki persepsi buruk.

Berdasarkan hasil kuesioner 149 responden didapatkan Sebagian besar Masyarakat memiliki persepsi baik (54,4%) terhadap penyakit Tuberkulosis (TB), dan masyarakat yang memiliki persepsi buruk sebanyak 45,6% terhadap penyakit Tuberkulosis (TB).

Tabel 7. Faktor Risiko Perilaku

| No | Variabel | Kategori | Frekuensi | Persentase |
|-----------|--------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| 1. | Membuka jendela kamar tidur | Tidak pernah | 10 | 6,7% |
| | | Kadang - kadang | 32 | 21,5% |
| | | Setiap hari | 107 | 71,8% |
| 2. | Membuka jendela ruang keluarga | Tidak pernah | 12 | 8,1% |
| | | Kadang – kadang | 49 | 32,9% |

| | | | | |
|-------|---|--------------------------------------|-----|-------|
| | | Setiap hari | 88 | 59,1% |
| 3. | Merokok | Ya | 29 | 19,5% |
| | | Berhenti merokok | 6 | 4% |
| | | Tidak pernah | 114 | 76,5% |
| | | | | |
| 4. | Rutin Berolahraga | Tidak | 90 | 60,4% |
| | | Ya | 59 | 39,6% |
| 5. | Rutin Menjemur Alas Tidur | Tidak | 62 | 41,6% |
| | | Ya | 87 | 58,4% |
| 6. | Rutin Mengonsumsi Makanan Bergizi | Tidak | 4 | 2,7% |
| | | Ya | 145 | 97,3% |
| 7. | Membuang Dahak di Wadah Khusus | Tidak | 127 | 85,2% |
| | | Ya | 22 | 14,8% |
| 8. | Jika ya, DimanaTempat Membuang Dahak | Tidak ada | 27 | 18,1% |
| | | Kamar mandi | 121 | 81,2% |
| | | Tempat ludah kering dg larutan sabun | 1 | 0,7% |
| | | | | |
| 9. | Ketika batuk/bersin menutup mulut | Tidak | 9 | 6% |
| | | Ya | 140 | 94% |
| 10. | Jika ya, jenis penutup mulut yang digunakan ketika batuk/bersin | Tidak ada | 9 | 6% |
| | | Telapak tangan | 117 | 78,5% |
| | | Tisu atau sapu tangan | 23 | 15,4 |
| Total | | | 149 | 100% |

Berdasarkan hasil kuesioner terhadap 149 responden, Sebagian besar Masyarakat menunjukkan perilaku cukup baik dalam Upaya pencegahan penyakit Tuberkulosis (TB). Sebanyak 71% responden membuka jendela kamar tidur setiap hari dan 59,1% membuka jendela ruang keluarga setiap hari. Namun masih terdapat 21,5% hingga 32,9% responden yang hanya kadang-kadang dan 6-8% Masyarakat tidak pernah membuka jendela. Berdasarkan tabel juga diketahui bahwa 19,5% responden masih mempunyai kebiasaan merokok, 76,5% tidak pernah merokok, dan 4% telah berhenti merokok. Terdapat juga 60,4% responden yang tidak rutin berolahraga, 97,3% responden yang rutin mengonsumsi makanan bergizi, 58,4% responden yang menjemur alas tidur secara rutin. Perilaku terkait pembuangan dahak masih kurang baik, sebanyak 85,2% responden tidak membuang dahak di wadah khusus, dari 22 (14,8%) responden yang membuang dahak di wadah khusus sebagian besar (81,2%) membuang dahak di kamar mandi dan terdapat 94% responden yang melakukan perilaku menutup mulut saat batuk dan bersin, dimana sebagian besar (78,5%) responden masih menggunakan telapak tangan dari pada tisu atau sapu tangan sebesar (15,4%) responden.

Tabel 8. Hasil Kuesioner Faktor Risiko TB

| No | Variabel | Kategori | Frekuensi | Persentase |
|--------------|--|----------------------------|------------|-------------|
| 1. | Dalam 1 tahun terakhir, pernah didiagnosis TBC Paru / Flek paru oleh dokter | Tidak | 145 | 97,3% |
| | | Ya, dalam 6 bulan terakhir | 4 | 2,7% |
| 2. | Dalam 3 bulan yang lalu, pernah kontak dengan penderita TB | Tidak | 127 | 85,2%% |
| | | Tidak tahu | 18 | 12,1% |
| | | Ya | 4 | 2,7% |
| 3. | Seberapa sering orang lain merokok di dekat anda dalam ruangan tertutup (rumah, tempat kerja, dan sarana transportasi) | Tidak pernah sama sekali | 41 | 27,5% |
| | | Ya, setiap hari | 79 | 53% |
| | | Ya, tidak setiap hari | 29 | 19,5% |
| 4. | Pernah Merokok | Tidak pernah merokok | 115 | 77,2% |
| | | Ya, setiap hari | 25 | 16,8% |
| | | Ya, tidak setiap hari | 9 | 6% |
| 5. | Dalam 1 tahun terakhir, pernah mengonsumsi minuman beralkohol | Tidak | 149 | 100% |
| | | Ya | 0 | 0% |
| 6. | Pernah didiagnosis diabetes melitus/ kencing manis oleh dokter | Tidak | 140 | 93,9% |
| | | Ya | 9 | 6% |
| 7. | Pernah didiagnosis HIV/AIDS oleh dokter | Tidak | 149 | 100% |
| | | Ya | 0 | 0% |
| Total | | | 149 | 100% |

Berdasarkan hasil kuesioner terhadap 149 responden, sebagian besar responden yang tidak pernah terdiagnosis TB paru sebesar (97,3%), dan hanya 4 responden (2,7%) yang pernah didiagnosis TB paru dalam enam bulan terakhir. Sebanyak 2,7% responden menyatakan pernah melakukan kontak langsung dengan penderita TB sedangkan 12,1% tidak mengetahui status kontakannya. Sebagian besar responden (53%) terpapar asap rokok setiap hari di ruangan tertutup, sedangkan 27,5% tidak pernah terpapar dan terdapat juga 16,8% responden yang merupakan perokok aktif setiap hari, 6% responden tidak merokok setiap hari dan 77,2% responden tidak pernah merokok. Dari tabel diketahui 100% responden tidak pernah mengonsumsi minuman beralkohol dan sebanyak 93,9% responden tidak memiliki Riwayat DM dan 6% responden memiliki riwayat DM, serta 100% responden tidak pernah didiagnosis HIV/AIDS.

Tabel 9. Hasil Observasi Lingkungan

| No | Variabel | Kategori | Frekuensi | Persentase |
|----|-----------------------------|---|-----------|------------|
| 1. | Kriteria kepadatan hunian | Padat (jika $< 8 \text{ m}^2$ / orang | 20 | 4% |
| | | Tidak padat (jika $\geq 8 \text{ m}^2$ / orang) | 474 | 96% |
| 2. | Kriteria jenis lantai | Tidak memenuhi syarat | 0 | 0% |
| | | Memenuhi syarat | 494 | 100% |
| 3. | Kriteria ventilasi kamar | Tidak memenuhi syarat | 353 | 71,5% |
| | | Memenuhi syarat | 141 | 28,5% |
| 4. | Kriteria ventilasi keluarga | Tidak memenuhi syarat | 229 | 46,4% |
| | | Memenuhi syarat | 265 | 53,6% |

| | | | | |
|--------------|------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| 5. | Kriteria kelembapan ruang kamar | Tidak memenuhi syarat | 298 | 60,3% |
| | | Memenuhi syarat | 196 | 39,7% |
| 6. | Kriteria kelembapan ruang keluarga | Tidak memenuhi syarat | 302 | 61,1% |
| | | Memenuhi syarat | 192 | 38,9% |
| Total | | | 494 | 100% |

Berdasarkan hasil observasi terhadap 494 anggota rumah tangga, Sebanyak 96% rumah tergolong tidak padat, dan 4% rumah tergolong padat. Seluruh rumah responden (100%) memiliki jenis lantai yang memenuhi syarat Kesehatan. Dari aspek ventilasi dan kelembapan ruangan sebanyak 71,5% responden memiliki ventilasi kamar tidur yang tidak memenuhi syarat, dan 46,4% responden memiliki ruang keluarga yang tidak memenuhi syarat. Sebanyak 60,3% responden tidak memenuhi syarat kriteria kelembapan ruang kamar dan 61,1% responden tidak memenuhi kriteria kelembapan ruang keluarga.

Hasil analisis situasi menunjukkan bahwa Desa Kasang Kumpeh memiliki potensi sosial dan fasilitas kesehatan yang baik, namun masih terdapat beberapa kondisi yang memerlukan perhatian seperti rendahnya pengetahuan masyarakat tentang TB, perilaku etika batuk dan bersin yang belum optimal, serta kondisi ventilasi dan kelembapan rumah yang tidak memenuhi syarat. Kondisi ini menjadi dasar dalam penentuan prioritas masalah dan perencanaan program intervensi.

Berdasarkan hasil analisis situasi, dapat diidentifikasi beberapa permasalahan utama yang menghambat upaya pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis (TBC) di Desa Kasang Kumpeh. Hasil kuesioner menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang TB masih rendah, yaitu 68,5% responden memiliki pemahaman yang kurang, dengan 49% memiliki sikap buruk dan 45,6% memiliki persepsi negatif terhadap TB. Kondisi ini berpengaruh pada kemampuan masyarakat dalam melakukan pencegahan dan deteksi dini. Selain itu, perilaku masyarakat juga belum mendukung pencegahan TB, seperti kebiasaan merokok (19,5%), paparan asap rokok dalam ruangan (72,5%), serta kebiasaan membuang dahak sembarangan, jarang membuka jendela, tidak menjemur alas tidur, dan kurang berolahraga. Faktor lingkungan turut memperparah situasi, di mana 71,5% rumah memiliki ventilasi kamar yang tidak memenuhi syarat, 46,4% ruang keluarga memiliki ventilasi buruk, dan lebih dari 60% ruangan memiliki kelembapan tinggi yang mendukung pertumbuhan kuman TB. Selain itu, masih terdapat 26,3% warga yang belum memiliki jaminan kesehatan, dan tingkat pendidikan yang rendah membuat kesadaran terhadap perilaku hidup sehat masih kurang. Kasus TB yang masih ditemukan, termasuk satu kematian dan dua kasus aktif,

menunjukkan bahwa penularan masih terjadi sehingga dibutuhkan intervensi yang komprehensif melalui edukasi, perbaikan lingkungan, dan penguatan layanan kesehatan.

Untuk menentukan penyebab dan prioritas masalah, dilakukan analisis menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*). Berdasarkan data, terdapat empat kasus TBC di Desa Kasang Kumpeh pada periode 2024–2025 dengan satu kematian, dua pasien masih menjalani pengobatan, dan satu telah sembuh. Kondisi ini menunjukkan tingkat kerentanan penularan yang tinggi, sehingga perlu penanganan yang cepat dan sistematis. Metode USG membantu menentukan fokus intervensi dengan menilai tingkat urgensi (kebutuhan untuk segera ditangani), seriousness (tingkat keparahan dampak jika tidak segera diatasi), dan *growth* (potensi perkembangan masalah jika dibiarkan). Masing-masing aspek diberi nilai tertentu, dan masalah dengan skor tertinggi ditetapkan sebagai prioritas utama. Pendekatan ini penting agar intervensi yang dilakukan lebih terarah dan efektif dalam menekan penyebaran TB di masyarakat.

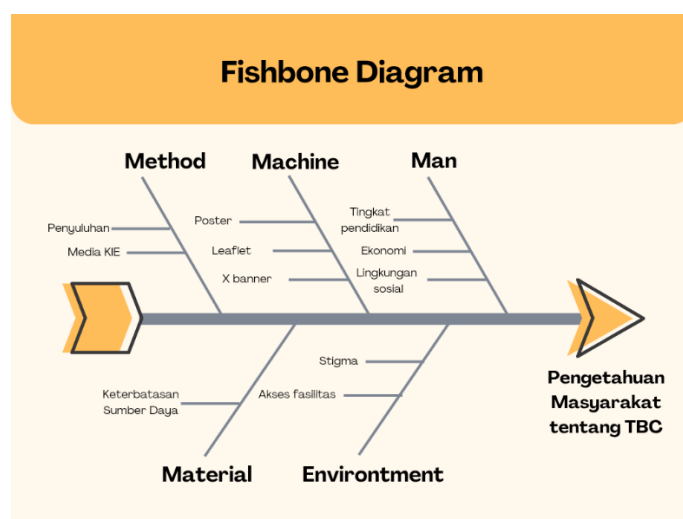
Berikut merupakan tabel dalam matriks USG dalam penentuan isu masalah dalam upaya pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis:

Tabel 10. Tabel Matriks USG

| No | Masalah | | | | Total |
|----|------------------------------------|---|---|---|-------|
| | | U | S | G | |
| 1 | Pengetahuan masyarakat tentang TBC | 7 | 5 | 3 | 15 |
| 2 | Sikap masyarakat terhadap TBC | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 3 | Persepsi masyarakat terhadap TBC | 3 | 2 | 3 | 8 |
| 4 | Perilaku masyarakat terhadap TBC | 4 | 4 | 4 | 12 |
| 5 | Lingkungan fisik rumah | 4 | 5 | 4 | 14 |

Berdasarkan tabel prioritas masalah diatas diketahui bahwa permasalahan yang menjadi prioritas utama adalah dengan skor 15 yaitu Pengetahuan Masyarakat tentang TBC, bahwa pengetahuan masyarakat masih rendah dengan persentase hasil kuesioner 68,5% dan Lingkungan Fisik Rumah dengan skor 19 yang masih banyak belum memenuhi syarat khususnya pada bagian ventilasi rumah. Hal ini menyebabkan tingkat kelembapan ruangan baik kamar tidur maupun ruang keluarga memiliki nilai kelembapan yang tinggi yaitu diatas 60% rumah di Desa Kasang Kumpeh dalam kondisi lembap. Dalam hal ini, maka dilakuakn intervensi seperti penyuluhan mengenai pentingnya pengetahuan masyarakat terhadap penyakit TBC dan juga lingkungan fisik yang baik.

Metode diagram *Fishbone* atau Ishikawa merupakan salah satu pendekatan analisis yang digunakan untuk mengidentifikasi penyebab utama dari suatu masalah secara mendalam dan terstruktur. Diagram ini berbentuk seperti tulang ikan dengan kepala yang mewakili masalah utama dan cabang-cabangnya menggambarkan berbagai faktor penyebab yang saling berkaitan. Sebagai alat bantu visual, diagram *Fishbone* memudahkan proses analisis hubungan sebab-akibat serta membantu menemukan akar permasalahan, ketidaksesuaian, atau kesenjangan yang terjadi. Melalui penerapannya, metode ini tidak hanya berfungsi untuk mengungkap akar masalah, tetapi juga merangsang munculnya solusi inovatif, mendukung proses investigasi dan pencarian fakta, mengidentifikasi langkah-langkah yang perlu diambil untuk mencapai hasil yang diinginkan, serta membantu membahas isu secara menyeluruh dan terorganisir sehingga menghasilkan pemikiran baru dalam penyelesaian masalah.



Gambar 1: Fishbone Masalah Prioritas

Berdasarkan analisis menggunakan diagram *Fishbone*, diketahui bahwa kejadian Tuberkulosis (TB) di Desa Kasang Kumpeh dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, meliputi aspek manusia (*man*), metode (*method*), alat atau sarana (*machine*), material, dan lingkungan (*environment*). Dari aspek manusia, rendahnya tingkat pendidikan dan kondisi ekonomi yang lemah membuat masyarakat kurang memahami informasi kesehatan dan enggan memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan. Dari aspek metode, kurangnya strategi komunikasi yang menarik dan partisipatif menyebabkan pesan kesehatan sulit diterima masyarakat. Aspek alat atau sarana menunjukkan bahwa media promosi seperti poster masih relevan, namun efektivitasnya bergantung pada desain dan lokasi penempatan yang strategis. Pada aspek material, keterbatasan sumber daya seperti logistik, tenaga pelaksana, dan dana menjadi kendala dalam pelaksanaan edukasi serta skrining TB secara

optimal. Sedangkan dari aspek lingkungan, norma sosial dan kepercayaan masyarakat yang masih mempercayai pengobatan alternatif atau menganggap batuk lama sebagai hal wajar turut menurunkan kesadaran dan kewaspadaan terhadap penyakit TB.

Secara keseluruhan, fishbone diagram ini menunjukkan bahwa masalah tentang pengetahuan TB di Desa Kasang Kumpeh bersifat multifaktorial, dipengaruhi oleh kombinasi antara perilaku individu, kondisi lingkungan, keterbatasan sarana, dan sistem deteksi dini yang belum optimal. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan komprehensif melalui edukasi, perbaikan lingkungan, peningkatan kapasitas petugas, serta penguatan skrining TB untuk menekan angka penularan di masyarakat.

Alternatif pemecahan masalah prioritas

Plan of Action (POA).

Tabel 11. Plan of Action (POA)

| No | Nama Kegiatan | Tujuan | Sasaran | Waktu Pelaksanaan | Lokasi Kegiatan | Keterangan |
|----|--|---|--|--------------------------------|---|--|
| 1 | Skrining TBC | Menemukan kasus TBC secara dini | Masyarakat berisiko tinggi (kontak erat, penderita gejala batuk >2 minggu) | 11 September - 02 Oktober 2025 | RT 01, RT, 03, RT 13 Desa Kasang Kumpeh | Dilakukan rumah warga |
| 2 | Investigasi Kontak TBC | Menelusuri dan memeriksa kontak erat pasien TBC | Kontak erat pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan | 06 Oktober 2025 | RT 01 Desa Kasang Kumpeh | Dapat dilakukan bersamaan dengan kunjungan rumah |
| 3 | Inisiasi Pemberian TPT (Terapi Pencegahan TBC) | Mencegah perkembangan TBC aktif pada kontak yang belum sakit | Kontak serumah dengan pasien TBC | 08 Oktober 2025 | RT 01 Desa Kasang Kumpeh | Edukasi dan pemantauan minum obat diperlukan |
| 4 | Intervensi Keluarga berbasis <i>Door to Door</i> | Meningkatkan pengetahuan dan deteksi dini di tingkat keluarga | Keluarga berisiko atau yang memiliki anggota dengan TBC | 16 Oktober 2025 | RT 01 Desa Kasang Kumpeh | Dilakukan edukasi melalui media promosi kesehatan berupa leaflet |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|-----------------|---|---|
| 5 | Intervensi Kesehatan Masyarakat: SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli TBC dan Kesehatan) bekerjasama dengan KSR PMI UNJA | Meningkatkan pengetahuan, sikap, persepsi masyarakat dan keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan TBC. Serta melakukan donor darah sukarela | Masyarakat umum, tokoh masyarakat, RT/RW, karang taruna | 20 Oktober 2025 | Aula Kantor Desa Kasang Kumpeh | Dilakukan edukasi kesehatan mengenai TBC, melakukan pretest dan post tes. Serta cek kesehatan grati dan donor darah |
| 6 | Penyebarluasan Informasi TBC melalui Media Promosi Kesehatan | Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap TBC | Masyarakat umum | 20 Oktober 2025 | Aula Kantor Desa Kasang Kumpeh dan Puskesmas Kasang Pudak | Menggunakan media X banner dan Spanduk |

PELAKSANAAN KEGIATAN

Realisasi Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan Praktik Belajar Lapangan (PBL) di Desa Kasang Kumpeh, Kecamatan Kumpeh Ulu, Kabupaten Muaro Jambi berfokus pada upaya pencegahan dan pengendalian penyakit Tuberkulosis (TB) melalui kegiatan skrining aktif, investigasi kontak, pemberian terapi pencegahan TB (TPT), serta edukasi kesehatan masyarakat. Kegiatan ini merupakan implementasi dari kompetensi mahasiswa kesehatan masyarakat dalam melakukan penemuan kasus secara dini dan meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap bahaya TB.

Kegiatan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kasang Kumpeh, tepatnya pada RT 01, RT 03, dan RT 13 Desa Kasang Kumpeh, yang dipilih berdasarkan hasil koordinasi dengan pihak puskesmas. Wilayah ini ditetapkan sebagai lokasi prioritas karena termasuk daerah dengan potensi risiko penularan TB yang masih perlu pengawasan intensif.

Pelaksanaan Skrining Kasus TB Secara *Door to Door*

Kegiatan skrining dilaksanakan dengan pendekatan *door to door* untuk menjangkau langsung masyarakat yang berisiko di wilayah desa. Metode ini dinilai efektif karena memungkinkan tim untuk berinteraksi secara langsung dengan warga, terutama mereka yang jarang mengakses layanan kesehatan di puskesmas.



Gambar 2: Warga Sedang Dilakukan Pemeriksaan

Sebelum pelaksanaan skrining, dilakukan koordinasi awal antara mahasiswa PBL dan petugas Puskesmas Kasang Pudak untuk menentukan jadwal kegiatan serta penetapan titik lokasi sasaran skrining. Proses skrining dilakukan secara sistematis dan terstruktur. Kegiatan dimulai dengan pendataan kepala keluarga serta seluruh anggota rumah tangga di setiap RT sasaran. Setelah proses pendataan, mahasiswa melakukan wawancara menggunakan kuesioner terstandar untuk mengidentifikasi gejala dan faktor risiko TB. Beberapa gejala yang menjadi fokus penilaian meliputi batuk berdahak lebih dari dua minggu, demam tanpa sebab yang jelas, keringat malam berlebih, penurunan berat badan, serta riwayat kontak dengan pasien TB dalam tiga bulan terakhir.



Gambar 3: Kegiatan Pengambilan Sputum Dahak

Selain pengumpulan data gejala, mahasiswa juga melakukan observasi lingkungan rumah tangga untuk mengidentifikasi faktor risiko yang dapat mempengaruhi penularan TB. Aspek yang diamati mencakup kepadatan hunian, ventilasi udara, serta pencahayaan alami di dalam

rumah. Hasil observasi ini digunakan sebagai bahan analisis terhadap kondisi lingkungan yang mungkin berkontribusi terhadap penyebaran penyakit.

Apabila ditemukan warga yang melaporkan gejala mencurigakan atau memiliki riwayat kontak erat dengan penderita TB, maka dilakukan pengambilan sampel dahak menggunakan wadah steril yang telah disediakan oleh Puskesmas Kasang Pudak. Seluruh proses pengambilan dahak dilakukan dengan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi, termasuk penggunaan masker, sarung tangan, dan menjaga jarak aman selama proses wawancara maupun pengambilan spesimen.

Sampel dahak yang terkumpul kemudian dikumpulkan ke Puskesmas Kasang Pudak untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium sesuai dengan standar program nasional TB. Hasil pemeriksaan tersebut digunakan sebagai dasar tindak lanjut berupa investigasi kontak dan pemberian terapi pencegahan bagi keluarga yang memenuhi syarat.

Investigasi Kontak

Setelah kegiatan skrining selesai dilaksanakan, tim mahasiswa melanjutkan tahap investigasi kontak yang difokuskan pada satu rumah warga di Desa Kasang Kumpeh, yang merupakan tempat tinggal dari satu kasus indeks atau individu yang sedang menjalani pengobatan Tuberkulosis (TB). Tujuan kegiatan ini adalah untuk menelusuri dan mengidentifikasi individu yang berpotensi terpapar, baik kontak serumah maupun kontak erat, guna mencegah penularan lebih lanjut di lingkungan sekitar kasus.

Pelaksanaan investigasi dilakukan dengan pendataan seluruh anggota keluarga yang tinggal serumah dengan pasien, serta identifikasi individu di sekitar rumah yang memiliki interaksi intensif sebelum pengobatan dimulai. Wawancara langsung dilakukan untuk menggali informasi mengenai riwayat kontak dan gejala yang mengarah pada TB, seperti batuk berdahak lebih dari dua minggu, penurunan berat badan tanpa penyebab jelas, demam yang tidak kunjung sembuh, serta keringat malam berlebihan. Selain itu, dilakukan pula penilaian terhadap faktor risiko tambahan seperti riwayat penyakit sebelumnya, kepadatan hunian, serta kondisi ventilasi dan pencahayaan rumah yang dapat berpengaruh terhadap risiko penularan.

Seluruh hasil kegiatan investigasi kontak kemudian dicatat dan dilaporkan secara sistematis kepada Puskesmas Kasang Pudak sebagai bagian dari upaya memperkuat surveilans TB di wilayah kerja puskesmas tersebut. Kegiatan ini menjadi salah satu bentuk implementasi deteksi dini penularan TB berbasis masyarakat, yang diharapkan dapat berkontribusi dalam memutus rantai penularan serta meningkatkan kewaspadaan warga terhadap pentingnya pengendalian penyakit TB di lingkungan tempat tinggal mereka.

Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)

Berdasarkan hasil investigasi kontak, terdapat beberapa anggota keluarga dari pasien TB yang dinilai layak untuk mendapatkan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT). Pemberian TPT dilakukan sebagai langkah preventif untuk mencegah berkembangnya infeksi laten TB menjadi TB aktif, terutama pada individu yang tinggal serumah atau memiliki paparan intensif terhadap pasien TB sebelumnya.

Sebelum terapi diberikan, seluruh calon penerima TPT melakukan pemeriksaan dahak untuk memastikan bahwa mereka tidak menderita TB aktif. Setelah dinyatakan layak, terapi pencegahan dilaksanakan di bawah pengawasan tenaga kesehatan puskesmas Kasang Puduk.

Tim mahasiswa berperan dalam melakukan pendampingan dan pemantauan kepatuhan pengobatan selama pelaksanaan TPT. Keluarga penerima terapi diberikan edukasi mengenai pentingnya mengonsumsi obat secara teratur, efek samping yang mungkin muncul, serta tanda-tanda yang harus dilaporkan kepada petugas kesehatan.

Data pelaksanaan pemberian TPT dicatat dan dilaporkan ke dalam Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) agar proses pemantauan dapat dilakukan secara berkelanjutan oleh pengelola program TB Puskesmas Kasang Puduk.

Intervensi Keluarga Melalui Pendekatan *Door To Door*

Sebagai tahap awal kegiatan intervensi, mahasiswa melaksanakan edukasi kesehatan keluarga berbasis *door to door* di rumah warga di wilayah RT 01 Desa Kasang Kumpeh. Kegiatan ini difokuskan pada satu rumah warga yang pernah terkonfirmasi positif Tuberkulosis (TB) dan sedang dalam masa pengobatan. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran keluarga terhadap pentingnya pencegahan penularan TB di lingkungan rumah tangga serta memperkuat perilaku hidup bersih dan sehat sebagai bagian dari upaya pengendalian penyakit.



Gambar 4: Kegiatan Intervensi *Door To Door*

Kegiatan dilakukan melalui kunjungan langsung ke rumah warga dengan melibatkan seluruh anggota keluarga. Mahasiswa berinteraksi secara interpersonal dan menyampaikan edukasi menggunakan media leaflet berisi informasi penting tentang TB. Materi yang diberikan meliputi pengenalan gejala TB, cara penularan, pentingnya pemeriksaan dahak, manfaat Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) bagi kontak serumah, serta perilaku pencegahan seperti membuka ventilasi rumah, etika batuk yang benar, menjaga kebersihan lingkungan, dan kepatuhan dalam menyelesaikan pengobatan sesuai anjuran petugas kesehatan.

Selain memberikan edukasi, mahasiswa juga melakukan observasi terhadap kondisi lingkungan tempat tinggal seperti sirkulasi udara, pencahayaan, kebersihan rumah, serta perilaku kesehatan keluarga sehari-hari. Keluarga yang menjadi sasaran edukasi menunjukkan respon positif terhadap kegiatan ini. Kegiatan *door to door* ini menjadi langkah strategis dalam memperkuat komunikasi kesehatan antara mahasiswa, masyarakat, dan pihak Puskesmas Kasang Puduk.

Intervensi Edukasi Masyarakat melalui Kegiatan SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli Tuberkulosis dan Kesehatan)

Sebagai tindak lanjut dari kegiatan edukasi keluarga, mahasiswa melaksanakan kegiatan intervensi edukasi masyarakat melalui program SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli Tuberkulosis dan Kesehatan). Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 20 Oktober 2025 di Kantor Desa Kasang Kumpeh dan merupakan hasil kolaborasi antara mahasiswa PBL Kasang Kumpeh dengan KSR PMI Universitas Jambi.

Kegiatan SIMPATIK dirancang sebagai sarana edukatif dan partisipatif untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB, cara penularan, serta langkah-langkah pencegahannya. Pelaksanaan kegiatan dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu *pre-test*, edukasi kesehatan, *post-test*.

Pada tahap pretest, peserta diberikan kuesioner sederhana untuk menilai tingkat pengetahuan awal mengenai TB. Hasil pretest menjadi dasar bagi tim pelaksana dalam menentukan strategi penyuluhan yang efektif dan sesuai dengan kondisi masyarakat. Selanjutnya, dilaksanakan edukasi kesehatan menggunakan media leaflet, yang berisi informasi ringkas dan mudah dipahami tentang TB.

Kegiatan edukasi disampaikan secara interaktif melalui diskusi dan sesi tanya jawab yang memungkinkan peserta menyampaikan pengalaman maupun pertanyaan seputar TB. Materi edukasi disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami, sehingga mampu menarik perhatian masyarakat dari berbagai latar belakang pendidikan. Setelah sesi edukasi selesai,

peserta mengikuti post-test untuk mengukur peningkatan pengetahuan setelah mendapatkan edukasi.



Gambar 5: Kegiatan Intervensi SIMPATIK

Berdasarkan hasil *post-test*, terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat secara signifikan dibandingkan hasil *pre-test*. Tercatat sebanyak empat orang peserta berhasil menjawab seluruh pertanyaan dengan benar, menunjukkan peningkatan pemahaman yang baik terhadap materi yang telah disampaikan. Hasil ini menggambarkan efektivitas kegiatan edukasi dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat terkait TB dan pentingnya peran keluarga dalam upaya pencegahan.

Selama kegiatan berlangsung, juga dilakukan donor darah secara sukarela yang diikuti oleh warga yang memenuhi syarat donor. Kegiatan ini menjadi bentuk partisipasi sosial yang mempererat solidaritas antarwarga sekaligus memperkuat pesan bahwa menjaga kesehatan merupakan tanggung jawab bersama.

Secara keseluruhan, pelaksanaan intervensi edukasi melalui kegiatan SIMPATIK berhasil meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat Desa Kasang Kumpeh terhadap pencegahan TB. Kegiatan ini juga memperkuat sinergi antara Puskesmas Kasang Pudak, pemerintah desa, dan masyarakat dalam upaya menurunkan risiko penularan TB di lingkungan komunitas.

Partisipasi Mahasiswa dalam Kegiatan Posyandu

Selain berfokus pada kegiatan penanggulangan Tuberkulosis (TB), mahasiswa juga berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan Posyandu di Desa Kasang Kumpeh sebagai bagian

dari penerapan intervensi promotif dan preventif di masyarakat. Kegiatan Posyandu menjadi salah satu sarana utama dalam pemantauan status kesehatan masyarakat di tingkat desa, serta menjadi wadah pembelajaran bagi mahasiswa untuk memahami pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) secara nyata di lapangan.

Kegiatan Posyandu ILP pertama dilaksanakan pada tanggal 8 September 2025 di RT 13 Desa Kasang Kumpeh, bekerja sama dengan Puskesmas Kasang Pudak dan kader kesehatan desa. Mahasiswa turut membantu dalam kegiatan pelayanan, seperti penimbangan dan pengukuran tinggi badan balita, pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, serta pencatatan hasil di Kartu Menuju Sehat (KMS). Melalui keterlibatan ini, mahasiswa memperoleh pengalaman empiris tentang penerapan konsep ILP (Integrasi Layanan Primer) di tingkat masyarakat yang menggabungkan berbagai program kesehatan dalam satu kegiatan pelayanan terpadu.

Kegiatan Posyandu ILP kedua dilaksanakan pada tanggal 10 September 2025 bertempat di Balai Desa Kasang Kumpeh. Kegiatan ini mencakup pelayanan bagi ibu hamil, bayi, balita, dan lansia, dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan primer. Dalam kegiatan tersebut, mahasiswa membantu petugas Puskesmas Kasang Pudak dan kader dalam melakukan penimbangan berat badan bayi, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkaran kepala bayi, pencatatan hasil pelayanan, serta pemeriksaan tekanan darah bagi masyarakat yang hadir.

Selain itu, mahasiswa juga melakukan observasi terhadap sistem pencatatan, pelaporan, dan alur pelayanan untuk memahami mekanisme kerja lintas program pada posyandu berbasis Integrasi Layanan Primer (ILP). Pelaksanaan Posyandu ILP di Balai Desa Kasang Kumpeh ini menunjukkan adanya sinergi yang baik antara masyarakat, kader posyandu, dan petugas puskesmas dalam mendukung keberlanjutan layanan kesehatan dasar di tingkat desa.

Selanjutnya Kegiatan Posyandu Remaja yang dilaksanakan pada tanggal 21 Oktober 2025 di rumah Kepala Dusun 2 RT 12 Desa Kasang Kumpeh, dengan pendampingan dari Puskesmas Kasang Pudak. Kegiatan ini diikuti oleh para remaja setempat dan difokuskan pada pemeriksaan kesehatan dasar, pengukuran berat badan dan tinggi badan, serta konseling kesehatan remaja.

Mahasiswa berperan dalam membantu proses registrasi peserta, pengukuran kesehatan, serta memberikan penyuluhan tentang kesehatan mental dan pencegahan bullying. Penyuluhan dilakukan secara langsung dengan metode dialog interaktif dan tanya jawab agar remaja lebih terbuka dalam berbagi pengalaman dan memahami isu yang dibahas. Kegiatan ini memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk berinteraksi langsung dengan kelompok

remaja, memahami tantangan kesehatan psikososial di kalangan usia muda, serta mengasah keterampilan komunikasi interpersonal dalam konteks pendidikan kesehatan masyarakat.

Faktor Pendukung dan Penghambat

Pelaksanaan skrining kasus Tuberkulosis (TB) secara *door to door* di Desa Kasang Kumpeh mendapat respons positif dari masyarakat. Banyak warga bersedia diwawancarai dan menjalani pemeriksaan gejala karena memahami pentingnya deteksi dini TB. Faktor pendukung utama kegiatan ini antara lain lokasi sasaran yang mudah dijangkau, dukungan dari pemerintah desa dalam pemberian izin, serta keterlibatan kader kesehatan setempat. Namun, kegiatan ini juga menghadapi sejumlah hambatan, seperti adanya warga yang menolak wawancara karena alasan privasi, kesibukan, atau kekhawatiran terhadap stigma penyakit TB. Selain itu, sebagian masyarakat yang menunjukkan gejala enggan memberikan sampel dahak karena rasa takut atau ketidaktahuan terhadap pentingnya pemeriksaan tersebut. Kondisi ini menyebabkan pelaksanaan skrining memerlukan pendekatan persuasif yang lebih intensif dari petugas kesehatan agar partisipasi masyarakat meningkat.

Pada kegiatan investigasi kontak, pelaksanaan berjalan cukup lancar karena tersedianya data kasus indeks TB dari Puskesmas, sehingga memudahkan tim dalam mengidentifikasi kontak serumah maupun kontak erat. Dukungan dari keluarga pasien TB yang bersedia memberikan informasi juga mempercepat proses investigasi. Namun demikian, keterbatasan waktu menjadi hambatan utama, sebab sebagian besar anggota keluarga bekerja dari pagi hingga malam hari sehingga sulit ditemui di rumah. Beberapa tetangga yang termasuk kontak erat juga sering tidak berada di tempat saat kunjungan dilakukan. Hal ini menyebabkan kegiatan investigasi kontak memerlukan penjadwalan ulang serta waktu tambahan agar seluruh sasaran dapat terjangkau dengan baik.

Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) juga menunjukkan hasil yang cukup baik. Faktor pendukung pelaksanaan TPT antara lain adanya pemahaman keluarga mengenai manfaat pengobatan pencegahan setelah diberikan edukasi oleh petugas. Banyak keluarga yang mulai menerima pentingnya konsumsi obat secara rutin untuk mencegah penularan lebih lanjut. Namun, beberapa hambatan tetap muncul, seperti rasa khawatir terhadap efek samping obat dan kejenuhan karena lamanya durasi pengobatan. Oleh sebab itu, diperlukan pemantauan berkelanjutan dan edukasi berulang kepada keluarga agar kepatuhan dalam menjalani terapi dapat terjaga hingga selesai.

Intervensi keluarga melalui pendekatan *door to door* terlaksana dengan baik tanpa hambatan berarti. Keluarga sasaran menunjukkan sikap terbuka, menerima kunjungan

petugas, dan aktif berdiskusi selama kegiatan berlangsung. Edukasi kesehatan yang disampaikan secara langsung memungkinkan pesan mengenai pencegahan penularan TB lebih mudah dipahami dan disesuaikan dengan kondisi rumah tangga masing-masing. Suasana yang komunikatif dan kondusif membuat intervensi keluarga ini efektif dalam meningkatkan kesadaran serta keterlibatan masyarakat dalam pencegahan TB di tingkat rumah tangga.

Sementara itu, kegiatan edukasi masyarakat melalui program SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli Tuberkulosis dan Kesehatan) juga berjalan dengan dukungan dari perangkat desa dan tokoh masyarakat. Materi edukasi yang sederhana dan kontekstual membuat masyarakat lebih mudah memahami pentingnya pencegahan TB. Selain itu, kegiatan posyandu turut menjadi sarana penting dalam penyampaian pesan kesehatan dasar, terutama bagi ibu balita dan remaja. Meskipun demikian, tantangan yang dihadapi meliputi rendahnya tingkat partisipasi masyarakat akibat kesibukan bekerja, serta kurangnya minat remaja dalam mengikuti posyandu karena belum memahami manfaatnya. Oleh karena itu, perlu dilakukan peningkatan sosialisasi dan penguatan peran tokoh masyarakat untuk mendorong kesadaran serta partisipasi aktif warga dalam seluruh kegiatan kesehatan masyarakat.

PENILAIAN KEGIATAN

Ketercapaian Tujuan Kegiatan

Skrining TBC Untuk Masyarakat Berisiko Tinggi

Kegiatan skrining TBC untuk masyarakat berisiko tinggi di RT 01, RT 03, dan RT 13 Desa Kasang Kumpeh dengan target 149 sampel (RT 01 = 37; RT 03 = 70; RT 13 = 42) berhasil dilaksanakan melalui kunjungan ke rumah warga dan difokuskan pada kelompok berisiko, yaitu kontak erat pasien TBC serta individu dengan gejala batuk lebih dari 2 minggu.

Melalui proses identifikasi gejala, dilakukan pengambilan sputum dahak pada 7 orang yang terindikasi menunjukkan indikasi TBC, yakni Pasien dengan Inisial H (RT 13), A (KK bukan RT 06), Z (RT 01), A (KK Kota Jambi), B (RT 01), AD (RT 01), dan EPS (RT 03). Hasil pemeriksaan dahak di laboratorium menunjukkan seluruh sampel negatif TBC, sementara satu responden atas dengan inisial A belum dapat diperiksa karena keterbatasan data domisili yang ditemukan di RT. 01 sedang melakukan kunjungan ke rumah teman dan tidak membawa identitas apapun dan dia bertempat tinggal di kota jambi. Dengan demikian, tujuan skrining dalam upaya menemukan kasus TBC secara dini pada populasi berisiko telah dijalankan sesuai prosedur meskipun tidak ditemukan kasus positif pada periode pelaksanaan kegiatan.

Investigasi Kontak TBC

Kegiatan investigasi kontak TBC dilaksanakan melalui kunjungan rumah pada kontak serumah dan kontak erat pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan di RT 01 Desa Kasang Kumpeh. Investigasi ini bertujuan untuk menelusuri dan memeriksa kondisi kesehatan anggota keluarga atau penghuni serumah yang memiliki risiko tinggi tertular TBC akibat paparan jangka panjang. Dalam kunjungan tersebut dilakukan penilaian gejala TBC pada kontak erat, disertai pemberian edukasi singkat mengenai mekanisme penularan, pentingnya ventilasi, etika batuk, kepatuhan pengobatan, serta kewaspadaan terhadap munculnya gejala klinis pada anggota keluarga lain.

Pelaksanaan investigasi kontak berjalan sesuai prosedur yaitu identifikasi kontak, penilaian keluhan, edukasi pencegahan, tindak lanjut bila ditemukan gejala mencurigakan, dan mendapat respon kooperatif dari keluarga pasien. Meskipun pada pelaksanaan ini tidak ditemukan kontak erat yang menunjukkan gejala mengarah ke TBC aktif, kegiatan investigasi kontak dinilai tercapai karena mampu mengidentifikasi kelompok berisiko, memberikan intervensi edukatif, serta berkontribusi dalam upaya pencegahan transmisi TBC di lingkungan rumah pasien.

Inisiasi Pemberian TPT (Terapi Pencegahan TBC)

Kegiatan inisiasi pemberian TPT (Terapi Pencegahan TBC) dilakukan pada kontak serumah dengan pasien TBC di RT 01 Desa Kasang Kumpeh sebagai upaya mencegah perkembangan penyakit TBC aktif pada individu yang belum menunjukkan gejala tetapi memiliki riwayat paparan erat. Pada pelaksanaan kegiatan ini, sebanyak tiga anggota keluarga pasien memperoleh TPT dengan total tiga kotak obat yang dibagikan sesuai jumlah penerima. Selama inisiasi, diberikan pula penjelasan mengenai tujuan terapi pencegahan, pentingnya kepatuhan minum obat, kemungkinan efek samping ringan yang perlu diperhatikan, serta perlunya pemantauan berkala hingga terapi selesai. Kegiatan ini dinilai sesuai dengan standar program pencegahan TBC dan berkontribusi pada pengendalian penularan TBC di tingkat rumah tangga dengan menekan risiko munculnya kasus baru dari kontak erat.

Intervensi Keluarga Berbasis *Door to Door*

Intervensi keluarga berbasis *door to door* dilaksanakan pada keluarga berisiko dan keluarga yang memiliki anggota dengan TBC di RT 01 dan RT 17 Desa Kasang Kumpeh dengan tujuan meningkatkan pengetahuan serta kemampuan deteksi dini di tingkat rumah tangga. Kegiatan dilakukan melalui kunjungan langsung ke rumah pasien TBC dan penyampaian edukasi menggunakan leaflet promosi kesehatan yang berisi informasi mengenai penularan,

tanda awal TBC, pencegahan, serta pentingnya keteraturan minum obat. Selain memberikan edukasi, tim pelaksana juga menyerahkan buah tangan berupa paket sembako sebagai bentuk dukungan sosial bagi keluarga yang terdampak. Intervensi ini dinilai berjalan efektif karena mampu menjangkau keluarga secara personal di lingkungan tempat tinggalnya sehingga pesan pencegahan dapat diterima lebih komprehensif dan berpotensi meningkatkan perilaku kewaspadaan terhadap TBC di dalam rumah.

Intervensi Kesehatan Masyarakat: SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli TBC dan Kesehatan) Bekerja Sama dengan KSR PMI UNJA

Intervensi kesehatan masyarakat melalui program SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli TBC dan Kesehatan) yang dilaksanakan bekerja sama dengan KSR PMI UNJA di Aula Kantor Desa Kasang Kumpeh bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, persepsi, dan keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan TBC sekaligus memfasilitasi kegiatan donor darah sukarela. Kegiatan ini melibatkan masyarakat umum, tokoh masyarakat, RT/RW, serta karang taruna, dengan rangkaian kegiatan berupa edukasi kesehatan mengenai TBC, pelaksanaan pre-test dan post-test untuk mengukur peningkatan pemahaman, pemeriksaan kesehatan gratis, serta donor darah. Sesi tanya jawab disediakan untuk memberi ruang peserta menyampaikan pertanyaan dan memperdalam pemahaman terhadap isu TBC dan langkah pencegahannya. Di akhir kegiatan, mahasiswa PBL memberikan *doorprize* kepada peserta setelah post-test sebagai bentuk apresiasi atas partisipasi. Intervensi ini dinilai mampu meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam upaya pengendalian TBC.

Pemberian Pretest dan Posttest

Pemberian *pre-test* dan *post-test* dilakukan sebagai bagian dari evaluasi edukasi kesehatan TBC untuk menilai tingkat pemahaman peserta sebelum dan setelah intervensi diberikan.

Tabel 13. Distribusi Skor Pengetahuan dari Edukasi TBC

| Skor Pengetahuan | Jumlah | Rata-Rata | Nilai Tengah | Standar deviasi | Minimum | Maximun |
|-------------------------|---------------|------------------|---------------------|------------------------|----------------|----------------|
| Sebelum | 27 | 76,5 | 85,8 | 23,0 | 0 | 100 |
| Sesudah | 27 | 86,8 | 92,4 | 12,6 | 46 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa skor rata-rata pengetahuan sebelum intervensi (*pre-test*) sebesar 76,5, sedangkan setelah intervensi (*post-test*) meningkat menjadi 86,8. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan rata-rata pengetahuan sebesar 10,3 poin setelah diberikan intervensi.

Rentang nilai juga menunjukkan adanya perubahan. Sebelum intervensi, nilai minimum responden adalah 0 dan maksimum 100, sedangkan setelah intervensi nilai minimum meningkat menjadi 46 dan maksimum tetap 100. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada lagi responden yang belum mengetahui tentang TBC, dan responden lain mencapai skor tinggi. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa edukasi yang diberikan mampu meningkatkan pengetahuan responden secara signifikan.

Tabel 14. Hasil Uji Normalitas

| | Kolmogorov Smirnov | | Shapiro Wilk | |
|------------------|--------------------|---------|--------------|---------|
| | N | P value | N | P value |
| Pre-test | 27 | 0,000 | 27 | 0,000 |
| Post-test | 27 | 0,001 | 27 | 0,001 |

Jumlah sampel yang digunakan kurang dari 50, sehingga uji normalitas dilakukan dengan Shapiro-Wilk. Hasil uji menunjukkan nilai *p-value* pre-test sebesar 0,000 ($< 0,05$) dan *post-test* sebesar 0,001 ($< 0,05$), yang menandakan data tidak berdistribusi normal. Dengan demikian, digunakan uji nonparametric yaitu Uji Wilcoxon untuk mengetahui perbedaan signifikan antara hasil *pre-test* dan *post-test* setelah diberikan intervensi

Perhitungan titik tengah (*cut off point*) untuk mengategorikan tingkat pengetahuan didasarkan pada teori Arikunto (2013), yaitu < 76 dikategorikan rendah dan ≥ 76 dikategorikan tinggi.

Tabel 15. Hasil Uji Wilcoxon

| Pengetahuan | Sebelum | | Sesudah | | P-Value |
|---------------|---------|-----|---------|------|---------|
| | Jumlah | % | Jumlah | % | |
| Rendah | 10 | 37 | 2 | 18,5 | 0,000 |
| Tinggi | 17 | 63 | 22 | 81,5 | |
| Total | 27 | 100 | 27 | 100 | |

Berdasarkan tabel di atas, sebelum diberikan edukasi, sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tinggi (63%), sedangkan 37% lainnya memiliki pengetahuan rendah. Setelah diberikan edukasi, proporsi responden dengan pengetahuan tinggi meningkat menjadi 81,5%, dan yang berpengetahuan rendah menurun menjadi 18,5%.

Hasil uji Wilcoxon menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat perbedaan signifikan antara tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah edukasi. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa edukasi yang diberikan efektif dalam meningkatkan pengetahuan responden.

Penyebarluasan Informasi TBC melalui Media Promosi Kesehatan

Penyebarluasan informasi mengenai TBC dilakukan sebagai upaya meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pencegahan, penularan, dan pentingnya deteksi dini TBC pada masyarakat umum. Media promosi kesehatan berupa X-banner dan spanduk dipasang di Aula Kantor Desa Kasang Kumpeh serta Puskesmas Kasang Pudak sebagai *output* kegiatan PBL. Media tersebut berisi pesan edukatif terkait TBC yang dirancang dengan bahasa sederhana dan ditempatkan pada area yang sering dilalui warga agar informasi dapat terbaca luas. Langkah ini berfungsi sebagai bentuk edukasi pasif yang terus memberi paparan informasi tanpa perlu interaksi langsung, sehingga melengkapi intervensi edukasi aktif yang sudah dilakukan sebelumnya.

Keterbatasan

Kegiatan penanggulangan TBC di Desa Kasang Kumpeh masih menghadapi beberapa keterbatasan di berbagai aspek intervensi. Pada kegiatan skrining, tidak semua warga bersedia diperiksa dan hasil hanya didapat dari satu kali kunjungan sehingga kemungkinan kasus laten belum terdeteksi. Dalam investigasi kontak, beberapa anggota keluarga tidak berada di tempat saat kunjungan dan waktu wawancara yang terbatas membuat penggalian informasi kurang mendalam. Pelaksanaan terapi pencegahan TBC (TPT) juga belum optimal karena jumlah penerima masih sedikit, pemantauan kepatuhan konsumsi obat belum dilakukan secara berkala, dan potensi efek samping belum dievaluasi. Intervensi *door to door* memiliki waktu interaksi singkat sehingga edukasi belum menyeluruh, sementara kegiatan SIMPATIK bersama KSR PMI UNJA terkendala rendahnya kehadiran peserta dan cakupan manfaat yang terbatas. Pemberian pretest dan posttest hanya mengukur pemahaman sesaat tanpa jaminan perubahan perilaku jangka panjang, serta pengisian tergesa menyebabkan hasil kurang akurat. Selain itu, penyebarluasan informasi TBC melalui media promosi masih bersifat pasif dan belum menjangkau seluruh masyarakat karena keterbatasan titik pemasangan serta tidak adanya mekanisme untuk memastikan pesan benar-benar dipahami.

D. KESIMPULAN

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini menyebar melalui udara. Pada saat pasien TBC batuk, bersin, atau meludah, maka bakteri TBC akan menyebar ke udara dan dapat dihirup oleh orang di sekitarnya. Gejala utama penderita tuberkulosis paru adalah keluarnya dahak yang berlangsung lebih dari dua minggu. Di Wilayah Provinsi Jambi khususnya Desa Kasang Kumpeh,

masih banyak masyarakat yang kurang akan kesadaran untuk melakukan kegiatan skrining kesehatan sehingga menyebabkan kasus TB terlambat terdiagnosis.

Berdasarkan hasil analisis situasi, observasi lingkungan, serta pelaksanaan intervensi, didapatkan bahwa permasalahan utama yang ditemukan di Desa Kasang Kumpeh adalah masih rendahnya tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat terhadap penyakit TBC. Banyak masyarakat yang belum sepenuhnya memahami gejala awal TBC, cara penularannya, serta pentingnya pemeriksaan dan pengobatan secara tuntas. Selain itu, kondisi lingkungan fisik rumah yang kurang memenuhi syarat kesehatan seperti ventilasi yang tidak memadai, kelembapan tinggi, dan kebiasaan merokok di dalam rumah.

Adapun alternatif pemecahan masalah dari masalah prioritas antara lain, skrining TBC, yang bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat terkait penyakit TBC. Melalui skrining TBC dapat memberikan manfaat untuk mendeteksi dini kasus TBC. Skrining memungkinkan ditemukannya kasus TBC secara lebih cepat, bahkan sebelum penderita menunjukkan gejala berat. Dengan demikian dapat meminimalisir penularan kepada orang lain.

Untuk memutus rantai penularan, pemecahan masalah yang dilakukan terhadap pasien TBC adalah investigasi kontak TBC, inisiasi pemberian TPT (Terapi Pencegahan Tuberkulosis), dan intervensi keluarga berbasis *door to door*. Kegiatan utama dari pemecahan masalah prioritas adalah intervensi kesehatan masyarakat dengan tema SIMPATIK (Sinergi Masyarakat Peduli Tuberkulosis dan Kesehatan). Melalui pendekatan SIMPATIK, masyarakat dilibatkan secara aktif dalam upaya pencegahan dan pengendalian TBC melalui edukasi, penyuluhan, kampanye kesadaran, serta penguatan peran kader dan tokoh masyarakat.

Hasil yang didapatkan dari kegiatan skrining TBC secara *door to door* ada 149 warga yang telah dilakukan skrining dari beberapa RT berisiko yaitu RT.01, RT.03, dan RT.13). Dari kegiatan tersebut didapatkan juga 7 orang dengan gejala batuk lebih dari dua minggu dan seluruhnya telah menjalani pemeriksaan dahak dengan hasil negatif TBC. Kemudian dari hasil pretest dan post test edukasi, terjadi peningkatan skor pengetahuan masyarakat secara signifikan, yang menggambarkan kegiatan edukasi berhasil meningkatkan pemahaman masyarakat tentang TBC.

E. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementrian Kesehatan. Langkah dalam Pencegahan, Deteksi Dini, dan Pendampingan Pasien TBC di Masyarakat. 2025;

2. Kementrian Kesehatan. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Pertem Konsolidasi Nas Penyusunan STRANAS TB. 2020;
3. WHO. Global Tuberculosis (TB). 2024;
4. Kementrian Kesehatan. Profil Kesehatan. 2016;
5. Kementrian Kesehatan. Profil kesehatan dinas provinsi jambi 2023.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis [Internet]. Vol. 1, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta; 2020. 1–126 p.
7. Pratami ZA. Tuberkulosis Paru. J Kesehat [Internet]. 2019;53(9):1689–99. Available from: [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1362/4/BAB II.pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1362/4/BAB%20II.pdf)
8. Ferdiansyah. Tuberkuloasis Paru dan Lingkungan. J Heal Environ. 2023;10(1):35–45.
9. Kementrian Kesehatan. Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Tuberkulosis Resistan Obat di Indonesia. Jakarta; 2020. 1–208 p.
10. Widnyana IP, Ardiana IW, Wolok E, Lasalewo T. Penerapan Diagram Fishbone dan Metode Kaizen untuk Menganalisa Gangguan pada Pelanggan PT. PLN (Persero) UP3 Gorontalo. Jambura Ind Rev. 2022;2(1):11–9.
11. Surya MPD, Azizi MH, Iqbal M, Widyahana SR, Gumita FA, Aziz AA. Penerapan Metode Diagram Fishbone untuk Identifikasi Masalah Kualitas Layanan di StartUp Parfum Foxsniff. Lokawati J Penelit Manaj dan Inov Ris. 2025;3(3):185–93.