

**HEALTH EDUCATION BERBASIS BOOKLET DALAM MENINGKATKAN
PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN PADA AGREGAT DEWASA
DENGAN TB PARU DI DESA CANGKRING KECAMATAN JENGGAWAH**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



OLEH:

VIDDILESMANA

22101079

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

JEMBER

2023

***HEALTH EDUCATION* BERBASIS BOOKLET DALAM MENINGKATKAN
PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN PADA AGREGAT DEWASA
DENGAN TB PARU DI DESA CANGKRING KECAMATAN JENGGAWAH**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Pofesi Ners



OLEH:

VIDDILESMANA

22101079

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

JEMBER

2023

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Health Education Berbasis Booklet Dalam Meningkatkan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Agregat Dewasa Dengan TB Paru I Desa Cangkring Kecamatan Jenggawah

Nama Lengkap : Viddi

NIM : 22101079

Jurusan : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan


Dosen Pembimbing

Nama Lengkap : Ns.Achma Ali Basri,M.Kep., Sp.Kep.K

NIDN : 8965340022

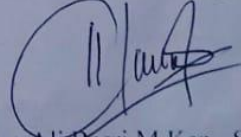
Jember, _____ 2024

Menyetujui,
Ketua Program Studi Profesi Ners



Emi Eliya Astutik, S.Kep.,Ns., M.Kep NIDN.
0720028703

Menyetujui,
Dosen Pembimbing



Ns.Achma Ali Basri,M.Kep., Sp.Kep.K
NIDN. 8965340022

HALAMAN PENGESAHAN

**HEALT EDUCATION BERBASIS BOOKLET DALAM
MENINGKATKAN PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN PADA
AGREGAT DEWASA PADA TB PARU 1 DESA CANGKRING KEC,
JENGGAWAH**


KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :

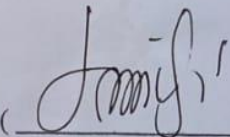
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 10 Bulan Januari Tahun 2024 dan telah di terima sebagai bagian persyaratan yang di perlukan untuk meraih gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember.

DEWAN PENGUJI

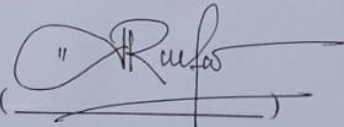
Penguji 1 :Ns. Achmad Ali Basri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K
NIDN. 8965340022

()

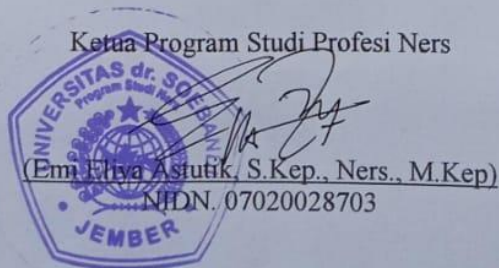
Penguji 2 :Lailatul Isnaini, S.Kep., Ns
NIP. 19931009 201903 2 021

()

Penguji 3 :Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0720018804

()

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Em. Elva Astutik, S.Kep., Ners., M.Kep)

NIDN. 07020028703

PERNYATAAN ORISINILITAS

g bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Viddi

NIM : 22101079

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan atau hasil tulisan orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau seluruh karya ilmiah akhir ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ilmiah akhir, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dengan benar-benarnya.

Jember, 8 Januari 2024

Yang menyatakan



Viddi Lesmana

22101079

LEMBAR PERSEMBAHAN

Segala puji bagi Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayahnya yang selalu memberikan kemudahan, petunjuk, kekuatan dan keyakinan sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan tepat waktu. Karya Ilmiah Akhir ini dengan sepenuh hati, saya persembahkan kepada :

1. Keluarga terutama kedua orang tua yang telah memberikan kasih sayang, dukungan moral dan finansial serta doa tak henti-hentinya, sehingga hal tersebut menjadi bahan bakar semangat saya untuk mampu menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners dengan tepat waktu.
2. Bapak/Ibu Dosen Universitas dr. Soebandi Jember yang telah mengajar, memberikan arahan dan membimbing saya selama 5 tahun dalam menempuh pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners.
3. Almamater yang saya banggakan Universitas dr. Soebandi.
4. Pembimbing utama saya Bapak Achmad Ali Basri, S.Kep., Ns., M.Kep yang telah membantu dan membimbing penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sepenuh hati, sehingga dapat terselesaikan dengan baik
5. Penguji akademik Ibu Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep yang sudah memberikan masukan untuk menyempurnakan karya Ilmiah Akhir ini, sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
6. Penguji Klinik Ibu Lailatul Isnaini, S.Kep., Ns yang sudah membantu dalam memberikan masukan untuk menyempurnakan karya Ilmiah Akhir ini, sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
7. Semua orang yang menanyakan kapan saya lulus.

MOTTO

“Kau akan berhasil dalam setiap pelajaran, dan kau harus percaya akan berhasil, dan berhasillah kau; anggap semua pelajaran mudah, dan semua akan jadi mudah; jangan takut pada pelajaran apa pun, karena ketakutan itu sendiri kebodohan awal yang akan membodohkan semua”

— Pramoedya Ananta Toer —

ABSTRAK

Lesmana Vididi*, Ali Basri Achmad**.2023. *Health Education* Berbasis Booklet Dalam Meningkatkan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Agregat Dewasa Dengan TB Paru Di Desa Cangkring Kecamatan Jenggawah. Karya Ilmiah Akhir. Progam Studi Ners Universitas dr. Soebandi Jember

Latar belakang: Penyakit Tuberkulosis Paru menjadi penyakit menular saluran pernafasan yang sangat cepat sekali penyebarannya. Saat ini penyakit Tuberkulosis Paru menjadi masalah kesehatan yang utama di seluruh dunia. WHO menjelaskan bahwa penyakit Tuberkulosis Paru menjadi kasus darurat di negara berkembang termasuk Indonesia. **Tujuan:** Mengetahui penerapan *health education* berbasis booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa Dengan TB Paru di Desa Cangkring Kecamatan Jenggawah. **Metode:** Karya ilmiah akhir ini menggunakan metode *case report* yang menggambarkan kasus kesehatan komunitas dengan masalah keperawatan defisit kesehatan komunitas di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah. **Hasil dan pembahasan:** Setelah diberikan asuhan keperawatan komunitas dengan intervensi *health education* berbasis booklet selama 3 sesi pertemuan diperoleh adanya peningkatan yang signifikan pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan penularan TB Paru pada agregat dewasa di masyarakat. **Kesimpulan:** Program *health education* berbasis booklet dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan penularan TB Paru pada agregat dewasa di Desa Cangkring Kecamatan Jenggawah

Kata kunci: *Health Education*, Booklet, TB Paru.

*Peneliti

** Pembimbing

ABSTRACT

Lesmana Viddi, Ali Basri Achmad**.2023. **Booklet-Based Health Education in Improving Infection Prevention Behavior in the Aggregate of Adults with Pulmonary TB in Cangkring Village, Jenggawah District. Final Scientific Work. Dr. University Nursing Study Program. Soebandi Jember.***

Background: *Pulmonary Tuberculosis is an infectious disease of the respiratory tract that spreads very quickly. Currently, pulmonary tuberculosis is a major health problem throughout the world. WHO explains that pulmonary tuberculosis is an emergency case in developing countries, including Indonesia. Objective:* *To determine the application of booklet-based health education in improving infection prevention behavior among adults with pulmonary TB in Cangkring Village, Jenggawah District. Method:* *This final scientific work uses a case report method which describes community health cases with community health deficit nursing problems in the Jenggawah Community Health Center working area. Results and discussion:* *After being given community nursing care with booklet-based health education interventions for 3 meeting sessions, it was found that there was a significant increase in knowledge, attitudes and behavior to prevent transmission of pulmonary TB among adults in the community. Conclusion:* *A booklet-based health education program can increase knowledge, attitudes and behavior to prevent transmission of pulmonary TB among adults in Cangkring Village, Jenggawah District*

Key words: *Health Education, Booklet, Pulmonary TB.*

**Researcher*

*** Mentor*

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penyusunan karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan. Karya ilmiah akhir ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi dengan judul **“Health Education Berbasis Booklet Dalam Meningkatkan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Agregat Dewasa Dengan TB Paru Di Desa Cangkring Kecamatan Jenggawah”**. Peneliti menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan baik moral maupun material dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Emi Eliya Astutik, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi yang telah membantu, memberikan arahan, dan memotivasi penulis untuk selalu bersemangat menuntaskan Profesi Ners tepat waktu.
2. Achmad Ali Basri, S.Kep. Ns., M..Kep selaku pembimbing dan penguji yang membantu bimbingan dan memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan penelitian yang sudah di lakukan.
3. Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji akademik yang sudah memberikan masukan untuk menyempurnakan karya Ilmiah Akhir ini, sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
4. Lailatun Isnaini, S.Kep., Ns selaku penguji klinik yang sudah membantu dalam memberikan masukan untuk menyempurnakan karya Ilmiah Akhir ini, sehingga dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis tentu menyadari bahwa KIA ini masih jauh dari kata sempurna. Demi kesempurnaan KIA ini, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 8 Januari 2024

Penulis,

Viddi Lesmana

DAFTAR ISI

	Hal
LEMBAR PERSETUJUAN	I
HALAMAN PENGESAHAN	II
KATA PENGANTAR	III
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	IV
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS	V
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	VI
DAFTAR ISI	VII
DAFTAR TABEL	IX
DAFTAR GAMBAR	XII
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	8
1.4 Manfaat	9
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	11
2.1 Konsep TB Paru	11
2.3 Konsep Community As Patner	20
2.4 Konsep Family Centered Nursing	23
2.6 Gambaran Proses Asuhan Keperawatan Komunitas	24
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS	25
3.1 Asuhan Keperawatan Komunitas	25
BAB 4 PEMBAHASAN	57
4.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan Komunitas	57
4.1 Diagnosa Asuhan Keperawatan Komunitas	58
4.1 Intervensi Asuhan Keperawatan Komunitas	58
4.1 Implementasi Asuhan Keperawatan Komunitas	58
4.1 Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas	59
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	61
5.1 Simpulan	61
5.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	63
LAMPIRAN	65

DAFTAR TABEL

Tabel 3.3 Karakteristik Usia Masyarakat Dusun Darungan	
Desa Cangkring	28
Tabel 3.4 Karakteristik lingkungan masyarakat Dusun Darungan	
Desa Cangkring (n=69)	28
Tabel 3.5 Karakteristik Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat	
Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69)	28
Tabel 3.6 Karakteristik Pendidikan Masyarakat Dusun Darungan	
Desa Cangkring (n=241)	29
Tabel 3.7 Karakteristik Perekonomian Masyarakat Dusun Darungan	
Desa Cangkring (n=69)	29
Tabel 3.8 Karakteristik Sumber Informasi Masyarakat Dusun Darungan	
Desa Cangkring (n=69)	30
Tabel 3.9 Karakteristik Kebiasaan Rekreasi Masyarakat Dusun Darungan	
Desa Cangkring (n=69)	31
Tabel 3.15 Distribusi pendidikan populasi rentan TB Paru di Wilayah	
Kerja UPT Puskesmas Jenggawah (n=69)	32
Tabel 3.18 Hasil PreTest Pengetahuan, Sikap, Perilaku Pencegahan Penularan TB Paru di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Jenggawah (n=69)	33

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model <i>Community as Partner</i>	21
Gambar 3.1 Kerangka Kerja Proses Keperawatan pada agregat dewasa dengan TB Paru	34
Gambar 3.2 Peta Wilayah Kerja Praktik Spesialis Keperawatan komunitas	35

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis Paru menjadi penyakit menular saluran pernafasan yang sangat cepat sekali penyebarannya. Saat ini penyakit Tuberkulosis Paru menjadi masalah kesehatan yang utama di seluruh dunia. WHO menjelaskan bahwa penyakit Tuberkulosis Paru menjadi kasus darurat di negara berkembang termasuk Indonesia (Rahmi *et al.*, 2017). Tuberkulosis Paru terus menjadi fokus pengobatan dan perawatan WHO selama dua dekade terakhir. Tuberkulosis Paru adalah penyakit pernapasan menular yang paling umum dan menyebabkan jumlah kematian tertinggi di dunia. Tuberkulosis Paru menjadi ancaman serius bagi penduduk Indonesia karena angka infeksiya masih tinggi dan angka kesembuhannya rendah (Muniroh *et al.*, 2017).

Diperkirakan pada tahun 2020 terdapat 9,9 juta pasien di seluruh dunia akan menderita Tuberkulosis Paru (127/100.000 penduduk). Secara geografis, kasus Tuberkulosis Paru terbanyak pada tahun 2020 (43%) terjadi di Asia Tenggara dan Afrika (WHO, 2021). Salah satu negara dengan angka kejadian Tuberkulosis Paru tertinggi di dunia adalah Indonesia. Perlu dicatat bahwa Indonesia memiliki jumlah penderita Tuberkulosis Paru terbanyak ketiga di dunia. Pada tahun 2020 angka kejadian Tuberkulosis Paru di Indonesia adalah 301 kasus per 100.000 penduduk dan angka kematian akibat Tuberkulosis Paru adalah 34 kasus per 100.000 penduduk. (WHO, 2021). Pada tahun 2020, terdapat 845.000 kasus Tuberkulosis Paru dan 98.000 kematian akibat Tuberkulosis Paru (Kemenkes, 2021).

Data SITB tahun 2021 jumlah penderita TB yang tidak terdeteksi yaitu 33% dari target 85%, keberhasilan pengobatan 76% dari target 90%, ketidakpatuhan, pemahaman pencegahan infeksi yang kurang, keterlambatan diagnosis, munculnya MDR-TB, HIV, situasi sosial ekonomi. Berdasarkan informasi tersebut, penyebaran dan penularan Tuberkulosis Paru masih belum dapat dibendung dan terus meningkat. Jawa timur adalah provinsi kedua dengan prevalensi kasus TB paru tertinggi. Pada tahun 2021 kasus TB paru di Jawa timur sebanyak 20.962 kasus (Kemenkes, 2020). Dari 38 kabupaten di provinsi Jawa timur, kabupaten Jember adalah kabupaten dengan jumlah kasus TB paru terbanyak kedua setelah kabupaten Surabaya pada tahun 2019 sebanyak 3047 kasus (139/100,00 penduduk) (Dinas kesehatan Jawa Timur, 2020). Pada tahun 2022, jumlah kejadian TB di kabupaten Jember menurun sebanyak 2356 kasus (Dinkes Jember, 2022). Kasus TB Paru di kabupaten Jember sebanyak 2.908 (Dinkes Jember, 2022). Berdasarkan data Kabupaten Jember tahun 2022, tingkat keberhasilan >90%. Dari 50 percobaan di Kabupaten Jember, 24 berhasil, namun 26 tidak berhasil. Tingkat keberhasilan pengobatan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Jember sebesar 85,14% pada tahun 2022. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa keberhasilan pengobatan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Jember masih di bawah target yang ditetapkan (>90%) (Dinkes Jember, 2020).

Menurut WHO usia dewasa merupakan kelompok yang memiliki resiko tinggi tertular penyakit TB. Banyak kasus TB yang menyerang kelompok usia produktif. Tingginya kasus TB paru membawa dampak yang sangat serius baik secara fisik, psikologis, dan kehidupan sosial. Dampak fisik yang sering terjadi pada pasien TB paru yaitu nafsu makan menurun, berat badan menurun secara

drastis, sering demam, malam hari berkeringat dingin, dan sering merasa lelah. TB paru pada paru telah menyebabkan kerusakan pada paru, akan timbul gejala sesak nafas berat dan resisten obat. Dampak psikologis yang sering muncul pada penderita TB paru yaitu sekitar 40 sampai 70% penderita TB paru mengalami gangguan mental seperti depresi dan gangguan kecemasan. Selain itu dampak sosial yang sering muncul pada penderita TB paru yaitu sering ditemukannya stigma negatif dan diskriminasi bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Burke *et al.*, 2021).

Pemerintah telah menerbitkan beberapa program yang diselenggarakan melalui puskesmas untuk mencegah penyebaran penyakit Tuberkulosis Paru di masyarakat antara lain program pengobatan DOTS dan program TOSS TB. Fokus intervensi program DOTS adalah pengobatan TB. Pada program TOSS TB juga berfokus pada penemuan kasus baru dan pengobatan sampai selesai saja, namun untuk program Pendidikan Kesehatan pasien TB dan peran serta lintas sektor serta masyarakat sekitar kurang diberdayakan, sehingga tidak ada dukungan dari stakeholder dan mitra setempat dalam menyelesaikan permasalahan TB paru.

Capaian Program TB tentang orang terduga TB yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di Desa Cangkring adalah sebesar 64,23% (target standar 100%) (Dinas Kesehatan Jember, 2022). Data tersebut menunjukkan capaian program TB di Desa Cangkring Kabupaten Jember masih sangat kurang dari standar yang telah ditentukan. Selain itu rendahnya pengetahuan dan dukungan dari masyarakat serta lintas sektor atau mitra membuat penanganan kasus TB paru sulit untuk mencapai optimal. Perilaku penderita Tuberkulosis Paru dan keluarganya untuk mencegah penularan kontak serumah masih rendah, ditandai dengan pasien tidak patuh minum obat, anggota keluarga masih ada yang merokok di dalam

rumah, sering telat saat jadwal kontrol ke Puskesmas, tidak memakai masker saat di rumah, lingkungan rumah yang tidak sehat, sebagian besar ventilasi rumah <10%, tidak ada keluarga yang mau mengantar kontrol, sibuk bekerja dan beberapa alasan lainnya. Semua permasalahan inilah yang menyebabkan capaian penanganan kasus TB Paru di wilayah kerja puskesmas Jenggawah masih belum optimal, sehingga diperlukan penatalaksanaan yang efektif dan efisien dalam perawatan dan pencegahan penularan TB Paru.

Perawat komunitas memiliki peran penting dalam upaya pengendalian penularan penyakit Tuberculosis pada individu, keluarga dan masyarakat. Selain itu perawat komunitas memiliki peran sebagai *care provider* dalam pemberian Asuhan Keperawatan komunitas pada kasus TB Paru dengan tujuan meningkatkan perilaku (perilaku, pengetahuan, dan sikap) individu, keluarga dan masyarakat dalam mencegah penularan penyakit TB Paru. Salah satu cara yang bisa dilakukan yaitu dengan implementasi *Health Education* berbasis Booklet. Pendidikan kesehatan sangat penting dalam meningkatkan perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan penularan TB Paru. Pada implementasinya tujuan dibuatnya program *Health Education* tersebut yaitu sebagai upaya meningkatkan perilaku pencegahan penularan TB Paru baik di kalangan individu, keluarga, maupun komunitas. Semakin baik tingkat pengetahuan individu tentang TB Paru, maka semakin baik pula perilaku pencegahan penularan TB Paru individu tersebut. Pada tatanan komunitas diharapkan masyarakat mampu berperilaku yang benar dalam mencegah penularan TB Paru yang semakin meluas dikalangan masyarakat umum.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh penerapan *Health Education* Berbasis Booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa dengan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan gambaran penerapan *Health Education* Berbasis Booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa dengan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Terlaksananya pengkajian keperawatan pada agregat dewasa dengan masalah kesehatan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah
2. Terumuskannya diagnosa keperawatan pada agregat dewasa dengan masalah kesehatan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah
3. Terbentuknya intervensi program *Health Education berbasis* Booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa dengan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah
4. Terlaksananya implementasi program *Health Education* berbasis Booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa dengan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah
5. Terlaksananya evaluasi program *Health Education* berbasis Booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa dengan TB Paru di Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi *evidence based* mengenai upaya pencegahan dan pengendalian penularan TB Paru, serta mampu menjadi bahan kajian khususnya dalam ilmu keperawatan keperawatan komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk meningkatkan perilaku pencegahan penularan pada agregat dewasa dengan TB Paru.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Puskesmas

Pengembangan program penyakit menular dengan bentuk pelayanan *Health Education* berbasis Booklet sebagai strategi yang efektif dan efisien dalam upaya pencegahan dan pengendalian TB Paru di tatanan pelayanan primer.

2. Bagi Perawat

Dapat dijadikan sebagai referensi dan sekaligus diimplementasikan dalam program pengendalian penyakit menular TB Paru melalui program *Health Education* berbasis Booklet di lingkungan masyarakat.

3. Kader Kesehatan

Meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan partisipasi aktif kader kesehatan dalam penatalaksanaan TB Paru di masyarakat melalui program *Health Education* berbasis Booklet di lingkungan masyarakat.

4. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam perawatan kesehatan penyakit TB Paru pada masyarakat sekitar yang mandiri dan berkesinambungan.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

1.1 Konsep TB Paru

1.1.1 Definisi

Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Myobacterium Tuberculosis* yang menyerang paru-paru. Tuberkulosis Paru muncul sebagai masalah kesehatan masyarakat yang utama bersama dengan HIV dan COVID-19, penyebab utama penyakit menular di seluruh dunia. Tuberkulosis Paru disebabkan oleh bakteri *Myobacterium tuberculosis* yang dibawa oleh penderita Tuberkulosis positif (WHO, 2021). Tuberkulosis Paru dapat disembuhkan. Sekitar 85% pasien Tuberkulosis Paru dapat sembuh secara efektif dengan program pengobatan enam bulan (WHO, 2021).

1.1.2 Etiologi

Tuberkulosis Paru disebabkan oleh bakteri *Myobacterium Tuberculosis* yang menyerang paru-paru. Tuberkulosis Paru dapat menyerang bagian tubuh manapun. Jika itu mempengaruhi sisi paru-paru, itu disebut tuberkulosis milier. Tuberkulosis yang menyerang selain paru-paru sekarang disebut tuberkulosis ekstrapulmoner. Tuberkulosis Paru terjadi pada hampir 60 persen kasus dan penyebarannya karena penyebaran infeksi (Fang *et al.*, 2019).

1.1.3 Patofisiologi

Myobcaterium Tuberculosis adalah *mycobacterium* kecil, berbentuk spora, berbentuk batang (sedikit cembung) yang disebut Bacillus, organisme asam, gram positif, dan kaya lemak. Karena merupakan organisme aerobik, ia lebih suka

menyerang paru-paru. Saat produk memasuki alveoli, terjadi reaksi inflamasi lokal dan fokus utama infeksi. Perpaduan keduanya disebut ghon, yang kemudian berkembang menjadi granuloma dan dipenuhi oleh mikobakteri. Jika peradangan ini berlanjut, pneumonia akut berkembang, yang berkembang menjadi infeksi Tuberkulosis Paru, yang ditandai dengan gejala tuberkulosis biasa (Ruru *et al.*, 2018). Selama infeksi primer, beberapa bakteri bermigrasi melalui kelenjar getah bening regional di hilus, yang mengandung pembuluh darah dan saraf ke paru-paru. Seiring dengan pembesaran kelenjar getah bening dan kompleks Ghon primer, pembentukan granuloma adalah mekanisme pertahanan alami tubuh untuk mengisolasi infeksi. Oleh karena itu, lingkungan seperti itu diharapkan dapat mencegah perkembangbiakan basil dan menghentikan infeksi. Pada infeksi primer pada pasien dewasa imunokompeten, terutama yang memiliki imunitas inang tinggi, mikobakteri mati atau tidak berkembang biak (Yang *et al.*, 2020).

1.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis utama yang muncul pada TB Paru adalah batuk secara terus menerus selama lebih dari dua minggu. Selain itu manifestasi tambahan yang muncul pada kasus TB adalah bentuk darah berwarna merah segar, sering demam, sesak nafas, nyeri dada, berkeringat dingin di malam hari, nafsu makan menurun, dan berat badan menurun secara drastis. (Gebreweld *et al.*, 2018). Manifestasi klinis tersebut tidak selalu muncul secara bersama-sama, bisa sebagian atau secara berkala.

1.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dahak secara mikroskopis: Diagnosis definitif TB dilakukan dengan pemeriksaan kultur atau kultur sputum. Pemeriksaan kultur memakan waktu

lebih lama (setidaknya enam minggu) dan mahal. Pemeriksaan langsung tiga spesimen sputum sewaktu-pagi-sewaktu (SPS) secara mikropis menghasilkan nilai yang identik dengan pemeriksaan seputum secara kultur. Pemeriksaan penunjang dengan tes dahak dilaksanakan dengan pengambilan 3 kali spesimen dahak yaitu Sewaktu, Pagi, Sewaktu (S-P-S) (Kemenkes, 2016).

- a. S (Sewaktu): Dikumpulkan pada saat suspek TBC melakukan kunjungan pertama, dan pada saat cuti diberikan pot untuk pengambilan dahak pada pagi hari kedua.
- b. P (Pagi): Dikumpulkan dirumah pada pagi kedua. Sputum diambil dan diserahkan kepada petugas di fasilitas kesehatan segera setelah pasien bangun tidur.
- c. S (Sewaktu): Dikumpulkan pada hari kedua sambil mengumpulkan sputum pagi hari.

1.1.6 Penatalaksanaan Medis

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan No 67 th 2016, penanggulangan dan penatalaksanaan medis pada kasus TB paru menggunakan strategi DOTS. Strategi DOTS merupakan pengobatan dengan suplai OAT (Obat Anti TB Paru) yang telah ditetapkan untuk jangka waktu tertentu minimal enam bulan. Pendekatan DOTS adalah pengawasan langsung terhadap pengobatan jangka pendek dan menjadi tanggung jawab setiap pengelola program TB untuk memperhatikan (*direct attention*) guna mengidentifikasi pasien melalui pemeriksaan mikroskopis. Setiap pasien harus diawasi menelan obat, dengan setiap dosis yang digunakan di depan pengawas.

Pengobatan Tuberkulosis meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan tujuan yaitu sebagai berikut (Kemenkes, 2019).

1. Fase awal: Pada fase awal pengobatan TB Paru, pasien TB harus meminum obat setiap hari tanpa putus dalam waktu 2 bulan. Tujuan dari pengobatan fase awal ini adalah untuk membunuh bakteri penyebab TB Paru yang ada di dalam tubuh dan meminimalkan adanya bakteri TB paru yang sudah resisten pada waktu pasien TB Paru belum menjalani pengobatan. Pada fase awal pengobatan pasien TB Paru yang tanpa disertai komplikasi daya penularan bakteri TB Paru akan mulai menurun setelah pengobatan minimal dilakukan selama 2 minggu.
2. Fase lanjutan: Tujuan pengobatan selanjutnya adalah untuk membunuh bakteri yang masih ada di dalam tubuh, terutama yang membandel, sehingga pasien dapat dirawat selama 16 minggu atau 4 bulan. Pada tahap ini berlaku aturan pengobatan yang berbeda pada penderita Tuberkulosis Paru dibandingkan pada tahap awal yaitu pada fase lanjutan penderita TBC paru lanjut harus minum obat seminggu tiga kali selama total 16 minggu atau 4 bulan.

1.1.7 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat TB Paru adalah sebagai berikut (Yang *et al.*, 2020):

1. Kerusakan pada organ paru-paru secara permanen: Kerusakan pada organ paru-paru secara permanen dapat terjadi apabila penyakit TB Paru tidak segera diobati atau terlambat dalam pengobatan. Selain itu bias diakibatkan oleh pengobatan yang tidak tuntas atau gagal.
2. Penyebaran bakteri TB Paru ke organ lainnya: Bakteri TB Paru yang tidak segera diobati memiliki resiko tinggi untuk berpindah atau menyebar ke organ lainnya

diluar paru-paru. Hal ini dikarenakan bakteri tuberculosis semakin berkembang biak di dalam organ paru, sehingga bakteri tersebut akan mencari organ baru yang lebih nyaman atau daerah yang masih memungkinkan untuk ditinggali. Seperti penyebaran pada kelenjar limfe, susunan tulang belakang selaput otak, kelenjar getah bening, peritoneum, jantung, bahkan organ ginjal.

3. Kematian: Bakteri TB Paru yang sudah berkembang biak didalam tubuh seseorang dan tidak mendapat pengobatan dengan baik, maka dengan bertambahnya waktu bakteri tersebut akan secara keseluruhan merusak jaringan paru-paru, selain itu akan menyebar ke organ-organ vital lainnya. Hal ini apabila tidak segera ditangani dan diantisipasi akan menyebabkan kerusakan multiple organ, yang nantinya akan menyebabkan kematian pada penderita TB Paru.

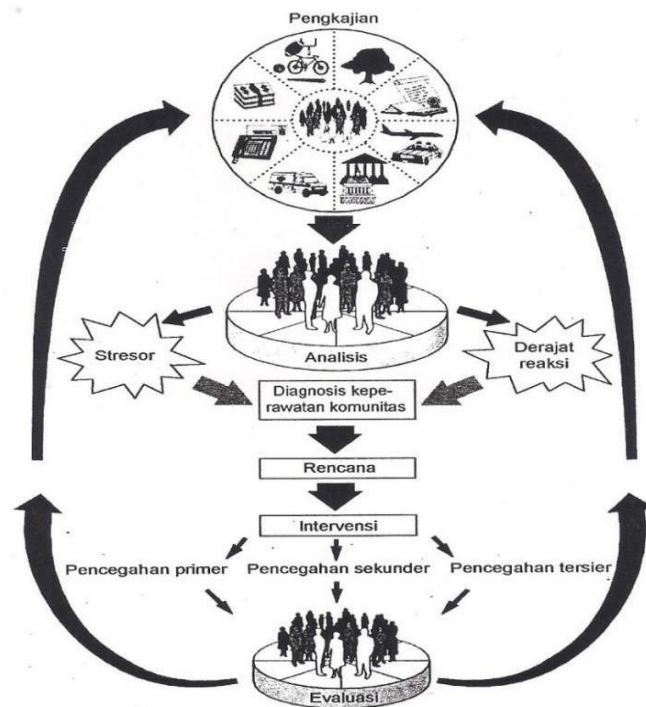
1.2 Model *Community as Partner* (CAP)

Model pengkajian yang akan dikembangkan pada agregat dewasa dengan TB Paru ialah aplikasi dari *Community As Partner* yang dikembangkan oleh Aderson dan McFarlane dari teori Betty Neuman (Aderson & McFarlan, 2011). *Community As Partner* yang dikembangkan oleh Aderson dan McFarlan merupakan salah satu teori model keperawatan yang berada dalam tatanan level *practice theory*.

Advanced Community Health Nursing Practice dijelaskan yaitu *Community as Partner* mendefinisikan bahwa *partner* sebagai gambaran sebuah hubungan antara kelompok dan keperawatan atau klien sebagai komunitas. Teori *Community as Partner* yang dikembangkan oleh Anderson dan Mc Farlene didasarkan pada

model konseptual keperawatan dari Betty Neuman dalam *Neuman's Health Care System Model*.

Konsep modelnya Betty Neuman adalah memfokuskan teorinya pada stressor dan reaksi terhadap stressor. Neuman tidak mengasumsikan teori model yang dikembangkannya secara khusus digunakan dalam lingkup keperawatan komunitas. *Health Care System Model* yang dikembangkan oleh Betty Neuman memberikan pandangan bahwa manusia menjadi makhluk yang holistik mencakup aspek fisiologis, sosiokultural, spiritual, psikologis dan perkembangan. Lima aspek tersebut memiliki hubungan yang dinamis bersamaan adanya respon sistem terhadap stressor baik internal maupun eksternal. Klien sebagai sistem terbuka memiliki tingkat kerentanan kepada stressor baik internal maupun eksternal.



Gambar 2.1 Model *Community as Partner* (Aderson & Mc Farlane, 2011)

1.2.1 Core

1. Riwayat Terbentuknya Komunitas

Sejarah atau histori adalah gambaran yang dikaitkan dengan kondisi perkembangan suatu kawasan tertentu, meliputi seluruh bagian penyusun kawasan tersebut dengan batas-batas wilayahnya. Informasi yang dikumpulkan seperti sejarah asal usul komunitas warga, tetangga lama, dan komunitas terbaru.

Anggota komunitas dapat ditanyai pertanyaan seperti "Sudah berapa lama Anda tinggal di sini?" Apakah luasnya berubah? Siapakah orang yang paling lama hidup dan mengetahui sejarah daerah tersebut?" Materi bisa didapat dari perpustakaan, sejarah tempat, dan bisa juga dengan bertanya pada sesepuh tempat di daerah tersebut.

2. Demografi

Demografi adalah ilmu yang mempelajari masalah kependudukan, terutama yang berkaitan dengan ukuran, struktur, dan tren populasi. Demografi adalah studi statistik, matematis tentang ukuran populasi, komposisi, distribusi, dan perubahan dari waktu ke waktu yang disebabkan oleh komponen demografis seperti kelahiran, kematian, perkawinan, dan mobilitas sosial.

Informasi tersebut berasal dari sensus perumahan, arsip kantor perencanaan daerah (kabupaten, kabupaten, kabupaten, kabupaten), dinas kesehatan dan pengamatan. Subvariabel ini diukur untuk mengetahui karakteristik keseluruhan orang dewasa dengan tuberkulosis paru, antara lain:

1. Data umum dari *agregate* dewasa yang berkaitan dengan nama, umur, tingkat pendidikan, dan status perkawinan dimana diukur melalui status perkawinan dan lamanya perkawinannya.

2. Riwayat kesehatan *agregate* dewasa, baik kesehatan dahulu maupun kesehatan si berkaitan dengan TB paru. Variabel ini akan memberikan informasi mengenai penyakit TB Paru pada *agregate* dewasa dari dahulu sampai sekarang.
3. Lamanya tinggal pada *agregate* dewasa di wilayah tersebut. Variabel ini memberikan tentang awal dan alasan *agregate* dewasa bermigrasi ke wilayah ini. Variabel ini berhubungan dengan perubahan pola hidup dari *agregate* dewasa.
4. Karakteristik kemandirian *agregate* dewasa penderita TB Paru yang dapat memberikan keadaan ketergantungan *agregate* dewasa pada penderita TB Paru terhadap orang lain. Karakteristik ini berkaitan dengan penyakit TB Paru semakin meningkat, maka dimungkinkan kebutuhan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas semakin tinggi. Hal ini menunjukkan, tingkat kemandirian *agregate* dewasa penderita TB Paru tersebut semakin rendah.

2. Vitas Statistik

- 1) Mortalitas dari agregat dewasa penderita TB Paru akan memberikan gambaran tingkat angka kematian di wilayah kerja Desa Cangkring.
- 2) Morbiditas dari agregat dewasa penderita TB Paru akan memberikan gambaran tentang tingkat angka kesakitan agregat dewasa penderita TB Paru khususnya di wilayah kerja Desa Cangkring.

3. Suku/Etnik

Suku atau kelompok etnis adalah negara bagian tertentu yang termasuk dalam kelompok tertentu (kelompok etnis). Suku bangsa adalah sekelompok individu dengan budaya sosial yang unik yang diwariskan dari generasi ke generasi. Etnis berbeda dengan ras. Ras adalah sistem untuk mengklasifikasikan orang berdasarkan ciri fisik, segmentasi, bentuk tubuh, bentuk wajah, rambut tubuh, dan

bentuk kepala. Pada saat yang sama, budaya adalah kepercayaan dan perilaku yang diturunkan ke generasi berikutnya. Etninen meneliti etnis dan gaya hidup orang dewasa dengan TB paru secara keseluruhan. Informasi dapat diperoleh dari sensus, arsip, observasi dan studi.

4. Nilai dan Keyakinan

Informasi penelitian tentang kebiasaan beragama, kebiasaan konsumsi makanan sehari-hari masyarakat dan keluarga, dan keyakinan tentang TB Paru dipengaruhi oleh agama dan sesuai dengan nilai-nilai. Informasi dikumpulkan melalui pengamatan langsung, wawancara dan *windshield survey*.

1.2.2 Subsistem

1. Lingkungan Fisik

Informasi lingkungan fisik seperti kondisi komunitas, kualitas udara, kondisi perumahan, tumbuhan, batas tapak, ruang hijau, hewan peliharaan, anggota komunitas, struktur komunitas, keindahan alam, iklim, peta tapak, dan luas tapak. Data tersebut dapat di peroleh menggunakan data-data sebelumnya seperti sensus, *windshield survey*, arsip, dan dokumen yg dimiliki di Kantor Desa. Contoh pengkajian subsistem lingkungan fisik yaitu kondisi tempat tinggal, penerangan, sirkulasi udara, kepadatan, dan sarana yang ada di sekitar lingkungan pada agerarat dewasa dengan TB Paru.

2. Pelayanan Kesehatan dan Sosial

Pelayanan kesehatan dan sosial terdiri dari kejadian masyarakat akut atau kronis, rumah sakit, klinik atau rumah sakit, swadaya, pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan sosial, dan adanya sumber daya masyarakat internal dan eksternal yang dapat dimanfaatkan masyarakat.

Informasi yang diperoleh kemudian dikelompokkan berdasarkan layanan kesehatan dan sosial yang ada. Misalnya fasilitas ekstra dan komunitas yaitu rumah sakit dan klinik, *home care*, intervensi lanjutan, pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan emergensi. Sedangkan pelayanan sosial seperti adanya kelompok konseling dan dukungan, sandang, pangan, papan, dan kebutuhan khusus. Pada variabel ini yang perlu di kaji yaitu jenis pelayanan kesehatan misalnya rumah sakit, Puskesmas, dan balai pengobatan. Sehingga dapat mempunyai gambaran masing-masing agregat dewasa dengan TB Paru menggunakan pelayanan kesehatan apa. Juga, informasi akses pada pelayanan kesehatan meliputi jarak, transportasi, dan biaya. Keterangan tersebut dapat di peroleh dari *interview*, survei, observasi, *windshield survey*, badan perencanaan wilayah, laporan tahunan lembaga kesehatan dan sosial dan dinas kesehatan.

3. Komunikasi

Beberapa sarana komunikasi yang dapat dimanfaatkan komunitas untuk meningkatkan pengetahuan tentang TB Paru yaitu TV, radio, koran, *booklet* dan *leaflet*. Keterangan tersebut diperoleh dari *interview*, survei, kantor penerbitan, pemberitahuan daerah, buku telepon dan sensus. Komunikasi merupakan variabel yang perlu dikaji karena dapat memberikan informasi tentang jenis informasi apa yang diperoleh dan menggunakan fasilitas apa dalam mengakses informasi yang diperoleh dari agregat dewasa dengan TB Paru.

4. Perekonomian

Status ekonomi merupakan variabel yang menunjukkan karakteristik umum penderita tuberkulosis paru yang tercermin dari pekerjaan, sumber pendapatan, dan kepatuhan minum obat untuk menunjang pendapatan. Ekonomi adalah keadaan masyarakat (maju atau miskin), adanya pusat industri,

pertokoan, lapangan kerja dan pengangguran. Tingkat sosial ekonomi masyarakat secara keseluruhan sama dengan Upah Minimum Regional (UMR) dan di bawah atau di atas UMR, sehingga intervensi kesehatan yang diberikan dapat terjangkau sesuai dengan situasi ekonomi tertentu.

5. Keamanan dan Transportasi

Informasi keamanan dapat di peroleh dari kantor perencanaan daerah yaitu penggunaan air bersih untuk masyarakat, sanitasi lingkungan yang berkaitan dengan TB Paru. Sedangkan transportasi mencakup sarana dan prasarana masyarakat melakukan perjalanan. Kendaraan yang digunakan pemerintah kota untuk mengakses pelayanan kesehatan adalah kendaraan pribadi dan umum serta jalan khusus untuk pejalan kaki, pesepeda, pengendara kendaraan bermotor dan orang dengan keterbatasan gerak. Keamanan perumahan: Apakah itu menyebabkan stres? Anda bisa mendapatkan informasi lalu lintas dari sensus, layanan jalan raya, dan layanan lalu lintas polisi negara bagian.

6. Politik dan Pemerintahan

Politik dan kebijakan pemerintah terkait dengan kesehatan yaitu apakah dukungan yang memadai untuk memfasilitasi akses masyarakat terhadap pelayanan di berbagai bidang, termasuk kesehatan, termasuk kegiatan politik masyarakat, pihak-pihak yang mempengaruhi pembentukan daerah, dan partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan pemerintah daerah. Subsistem politik dan administrasi yang terkait dengan tuberkulosis paru dapat dikumpulkan dari sensus, survei pendahuluan, dan data otoritas lokal.

7. Pendidikan

Sarana apa yang digunakan meningkatkan pengetahuan? Meliputi adanya sekolah, keadaan sekolah, perpustakaan, struktur sekolah dan fungsinya. Subsistem pendidikan terkait penyakit TB Paru pada agrarat dewasa yaitu pengetahuan, sikap dan pengalaman menangani dan merawatnya, demikian pula keterangan dan kebiasaan yang didapatkan terkait TB Paru. Pengkajian pendidikan melalui tingkat pendidikan dan jenis pendidikan baik formal maupun informal yang bisa mempengaruhi tingkat pengetahuan dan pemahaman terkait TB Paru.

8. Rekreasi

Menurut R. Fallen & R. Budi Dwi K (2010), masyarakat harus dapat memanfaatkan kesempatan rekreasi yang terjangkau untuk mengurangi stres. Informasi dapat diperoleh dari sensus, wawancara dan survei. Kegiatan rekreasi yang perlu dikaji adalah sarana dan prasarana rekreasi yang digunakan oleh masyarakat secara luas. Hiburan tidak hanya ditujukan untuk liburan atau jalan-jalan, tetapi kegiatan komunitas TB Paru untuk mengisi waktu luang sehari-hari juga dapat dijadikan sebagai informasi penilaian kesembuhan.

1.2.3 Persepsi

Persepsi dapat di ukur dengan memperhatikan pendapat dan pandangan pada agrarat dewasa, masyarakat, dan perawat terhadap masalah kesehatan agregat dewasa dengan penyakit TB Paru.

1. Anggota masyarakat, termasuk sikap warga/masyarakat tentang masalah kesehatan TB Paru. Apakah warga/masyarakat dipandang sebagai kekuatan

masyarakat dan apakah warga/masyarakat mengetahui masalah kesehatan TB Paru di masyarakat setempat?

2. Persepsi tenaga keperawatan yang meliputi kesehatan masyarakat setempat, kekuatan masyarakat, masalah nyata dan kepatuhan merawat pasien tuberkulosis paru dapat teridentifikasi.

1.2.4 Nursing Process

Analisa data dilakukan untuk setiap subsistem serta mengidentifikasi kesenjangan data. Pada tahap ini, konfirmasi data dan keterlibatan rekan kerja profesional dan warga masyarakat akan sangat membantu. Disini juga dilakukan telaah terhadap jenis stressor dan bagaimana menghadapinya.

Tujuan perencanaan intervensi di dasarkan pada stressor yang menyerang dengan mempertimbangkan karakteristik normal dari tiga garis pertahanan tentang masalah yang akan di selesaikan.

Menurut (Anderson & McFarlan, 2011), rancangan program kesehatan komunitas untuk orang dewasa dengan tuberkulosis paru berfokus pada tiga tingkat pencegahan, yaitu tingkat pencegahan primer, sekunder dan tersier. Tiga garis pertahanan Komunitas adalah garis pertahanan yang normal, fleksibel, dan kuat/resisten yang beredar melalui tiga lapis pencegahan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu pencegahan primer adalah tindakan keperawatan yang berupa pendidikan kesehatan pada agregat dewasa tentang pola hidup, aktivitas untuk penderita TB Paru dan promkes. Pencegahan sekunder yaitu intervensi yang dilakukukan pada saat stressor sudah menyerang klien yang bertujuan untuk mencegah terjadinya efek yang merusak. Tindakan ini dapat berupa cek rutin, kepatuhan pengobatan dan pemeriksaan fisik screening.

Pencegahan tersier berfokus pada tindakan rehabilitasi, yaitu tindakan yang dapat mengembalikan individu agar dapat berfungsi secara optimal dari masalahnya, seperti menolong keluarga yang terdiagnosa TB Paru agar melakukan pemeriksaan rutin ke Puskesmas. Evaluasinya yaitu meliputi kegiatan yang dilakukan untuk melihat keberhasilan pasien dalam mengatasi stresornya.

1.3 Gambara Proses Asuhan Keperawatan Komunitas

1.3.1 Pengkajian Keperawatan Komunitas

Pengkajian merupakan kegiatan keperawatan yang bertujuan untuk memperoleh informasi tentang status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan dapat dilakukan di masyarakat untuk tujuan individu dan kelompok yang rentan terhadap penyakit atau penyakit.

Skor komunitas terdiri dari informasi komunitas inti, yaitu Demografi, Demografi, Sejarah, Suku/Budaya dan Kesehatan. Subsistem tersebut terdiri dari lingkungan fisik, pendidikan, ekonomi, keamanan dan transportasi, politik dan administrasi, layanan kesehatan dan sosial, komunikasi dan hiburan.

Pengkaji komunitas didasarkan pada model komunitas sebagai mitra, berpusat pada roda penilaian komunitas. Roda peringkat komunitas terdiri dari: inti komunitas dan subsistem komunitas.

1. Data inti

- 1) Data populasi: Statistik demografi (misalnya angka kelahiran, morbiditas dan mortalitas), demografi berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin.
- 2) Nilai: etnis budaya
- 3) Kepercayaan: persepsi terhadap kesehatan

4) Sejarah komunitas

2. Subsistem

- 1) Lingkungan Fisik: Iklim/cuaca, perumahan (kepadatan, kelembaban, pencahayaan, bangunan, lingkungan terbuka), batas-batas dan area perakitan.
- 2) Pendidikan: lembaga pendidikan yang digunakan oleh masyarakat (jenis kepemilikan, tingkat lembaga pendidikan), karakteristik pengguna, layanan yang ditawarkan, sumber daya yang dimiliki dan lokasi
- 3) Ekonomi: Karakteristik ekonomi (pendapatan keluarga berdasarkan upah minimum regional), pekerja (status karyawan, kelas dan kelompok khusus).
- 4) Keselamatan dan Transportasi: Pemadam kebakaran, polisi, senter darurat dan layanan sanitasi dan perlindungan bagi masyarakat.
- 5) Politik dan Pemerintahan: Partai politik dan aktor mereka dalam perawatan kesehatan, bentuk pemerintahan dan kebijakan kesehatan.
- 6) Pelayanan Kesehatan Sosial: Ketersediaan, jenis, waktu, sumber daya dan karakteristik kesehatan dan keuangan sosial. juga pengguna.
- 7) Komunikasi: Cara komunitas (sifat, bentuk, frekuensi, jangkauan dan jenis komunikasi).
- 8) Rekreasi: Jenis, lokasi, kegunaan dan harga.

Pengumpulan data kesehatan komunitas dapat dilakukan dengan cara:

1. Pengumpulan Data Primer: Pengumpulan data langsung dari pengasuh di masyarakat. Jenis pengumpulan data primer meliputi survei pendahuluan/observasi masyarakat, wawancara, diskusi kelompok terarah, penyebaran kuesioner/kuesioner, dan penilaian kesehatan (fisik dan mental).

2. Pengumpulan Data Sekunder: Pendataan masyarakat tidak dilakukan langsung oleh caregiver tetapi bersumber dari data dokumenter seperti data demografi, profil wilayah, dan data epidemiologi.

Metode pengkajian komunitas bisa dilakukan melalui beberapa cara, yaitu sebagai berikut:

1. *Winshield survey* menilai keadaan lingkungan fisik masyarakat melalui observasi.
2. Kuesioner digunakan untuk memperoleh data langsung dari masyarakat dengan rangkaian pertanyaan tentang informasi inti masyarakat dan informasi subsistem.
3. Wawancara digunakan untuk menilai pandangan anggota masyarakat kunci disadap melalui wawancara.
4. Menggunakan kajian literatur/*literature review*, dikumpulkan data sekunder statistik kependudukan masyarakat yang bersumber dari arsip militer, desa, puskesmas, kantor, buku dan surat kabar.
5. *Focus group discussion* digunakan untuk mengidentifikasi fenomena tertentu yang melibatkan sekelompok orang yang lebih efektif dengan metode diskusi.

1.3.2 Diagnosis Keperawatan Komunitas

Data yang terkumpul pada fase pengkajian dianalisis dan dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan. Terdapat beberapa diagnosa keperawatan komunitas yang sering terjadi pada masalah kesehatan TB Paru, diantaranya yaitu:

1. Perilaku tersebut biasanya berisiko: Ditandai dengan perilaku penduduk yang tidak dapat menyesuaikan diri, tetapi tidak ada masalah kesehatan.

2. Perawatan Kesehatan yang Tidak Efisien: Ditandai dengan informasi yang menunjukkan masalah yang dihadapi, tetapi penduduk tidak mengetahui praktik kesehatan dasar.
3. Kekurangan Kesehatan Masyarakat: Ditandai dengan masalah kesehatan atau faktor yang mempengaruhi kesejahteraan atau meningkatkan risiko masalah kesehatan pada populasi.
4. Perawatan Kesehatan yang Tidak Efisien: Populasi/kelompok sudah mengetahui terapi yang akan dilakukan, namun kelompok tersebut tidak melaksanakan program terapi sesuai dengan pengetahuannya.

1.3.3 Intervensi Keperawatan Komunitas

Pembuatan rencana keperawatan bertujuan untuk memecahkan masalah kesehatan kelompok/masyarakat. Rencana perawatan dikomunikasikan dengan tim layanan kesehatan untuk meningkatkan cara mereka bekerja dengan berkolaborasi dengan komunitas untuk mencapai hasil yang diharapkan. Perencanaan perawatan komunitas terdiri dari penetapan tujuan, kriteria hasil spesifik, dan rencana tindakan perawatan. Berinvestasi dalam rencana asuransi kesehatan masyarakat mengikuti keputusan kolektif yang bertujuan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

Intervensi keperawatan menurut Model *Community as Partner* (Anderson & McFarlane, 2011) dapat disusun dengan pendekatan prevensi primer, sekunder dan tersier.

1. Prevensi primer: Ditujukan pada kelompok/komunitas yang sehat Bentuk intervensi prevensi primer dapat berupa tindakan promosi, pencegahan dan proteksi kesehatan. Contohnya antara lain pendidikan kesehatan, imunisasi, vaksinasi, monitoring kebijakan kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat.

2. **Prevensi sekunder:** Ditujukan pada kelompok/komunitas yang mengalami masalah kesehatan masyarakat. Bentuk intervensi prevensi sekunder yang dapat dilakukan berupa deteksi dini masalah kesehatan dan pemberian terapi keperawatan komunitas yang sesuai. Contohnya seperti skrining/survatlans kesehatan, konsultasi, konseling, manajemen kasus dan lingkungan, serta kunjungan rumah.
3. **Prevensi tersier:** Ditujukan pada kelompok/ komunitas yang berada pada masa pemulihan setelah mengalami masalah kesehatan masyarakat. Bentuk intervensi prevensi tersier adalah tindakan rehabilitasi kesehatan masyarakat misalnya layanan kesehatan rujukan dan follow up, peningkatan system dukungan dan pengembangan program kesehatan masyarakat.

Upaya pelayanan kesehatan pada keperawatan komunitas dapat dilakukan dalam bentuk promotif, preventif, dan kuratif kepada msyarakat.

1. **Promotif:** Pelayanan keperawatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan komunitas pada umumnya, seperti: Penyediaan makanan dengan kandungan nutrisi seimbang, perbaikan higien dan sanitasi lingkungan, pendidikan kesehatan, olah raga, dan usaha kesehatan jiwa.
2. **Preventif:** Tindakan keperawatan untuk mencegah kejadian penyakit pada komunitas, seperti: vaksinasi, imunisasi, isolasi penderita penyakit menular, dan pencegahan kejadian kecelakaan baik di fasilitas umum maupun di tempat kerja.
3. **Kuratif:** Upaya mengidentifikasi dan mengetahui jenis penyakit pada fase awal serta melakukan tindakan perawatan dan atau pengobatan yang tepat dan segera. Tujuan utama upaya kuratif antara lain: Pengobatan sedini mungkin dan tepat

untuk mencegah kecacatan/kematian, pencegahan penularan pada individu/komunitas yang sehat.

4. Rehabilitatif: Tindakan pemulihan agar fungsi kesehatan klien kembali pulih seperti sebelum sakit. Apabila terjadi kecacatan, maka dilakukan upaya kesehatan agar tidak gejala sisa dan dapat berfungsi optimal sesuai kemampuannya. Rehabilitasi dapat dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisiologis, mental dan sosial klien semaksimal mungkin.

1.3.4 Implementasi Keperawatan Komunitas

Fase implementasi adalah fase dimana tujuan dicapai dengan tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Hal terpenting dalam pelaksanaan pekerjaan keperawatan komunitas adalah tindakan berupa promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan/pengelolaan kondisi patologis, pencegahan penyakit dan mempengaruhi pemulihan. Berbagai strategi implementasi ada dalam fase implementasi community care, termasuk pendidikan kesehatan, proses kelompok, pemberdayaan masyarakat, kemitraan dan intervensi profesional.

1. Pemberdayaan masyarakat: Dilakukan dalam bentuk dukungan, dorongan, dan pengetahuan baru yang bertujuan agar masyarakat terlibat aktif dalam masalah kesehatan yang dialaminya.
2. Pendidikan kesehatan: Digunakan untuk menyebarkan pesan, untuk menginspirasi kepercayaan diri, sehingga orang sadar, tahu dan mengerti, mau dan mampu menerapkan anjuran terkait kesehatan.
3. Proses Kelompok: Diimplementasikan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat dengan memiliki kelompok dengan karakteristik serupa memastikan kepatuhan kesehatan. Sehubungan dengan pembangunan kesehatan masyarakat

yang rasional, kami berupaya menggunakan organisasi masyarakat dengan model pengembangan masyarakat.

4. Intervensi professional: Dilakukan untuk menyelesaikan masalah kesehatan di komunitas melalui penerapan kepatuhan pengobatan yang dimiliki oleh perawat.
5. Kerjasama/Kemitraan: Diimplementasikan melalui kerjasama antar program dan sektor dalam memecahkan masalah bersama. Kemitraan antara perawat komunitas dan lembaga berbasis komunitas digambarkan sebagai garis antara komponen yang ada. Ini memberikan pemahaman tentang perlunya kolaborasi untuk mengumpulkan keahlian yang dibutuhkan untuk mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.
6. Intervensi Profesional: Salah satu bentuk intervensi langsung perawat kepada klien di keluarga ataupun pada kelompok dengan menggunakan kemampuan profesional dalam bentuk intervensi keperawatan mandiri. Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas diberikan kepada klien dengan berpedoman kode etik keperawatan. Kode etik mencerminkan penerapan beberapa prinsip etik yang harus dipatuhi oleh perawat ketika melakukan praktik antara lain: *Justice, autonomy, beneficence, non-maleficence, veracity, dan confidentiality.*

1.3.5 Evaluasi Keperawatan Komunitas

Evaluasi adalah proses pengkajian secara sistematis terhadap kebijakan, program, dan kegiatan, berdasarkan informasi dan analisis, untuk menentukan relevansi, efektivitas biaya, dan keberhasilannya dalam memenuhi kebutuhan pemangku kepentingan.

Tujuan penilaian adalah untuk menentukan apakah masyarakat mampu mencapai tujuannya. Hal ini dapat dicapai dengan membangun hubungan dengan kelompok/komunitas berdasarkan bagaimana kelompok masyarakat merespon perawatan yang diberikan, memungkinkan pengasuh untuk membuat keputusan tentang:

1. Penyelesaian Rencana Aksi: Klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan.
2. Ubah rencana tindakan: Klien berjuang untuk mencapai tujuan.
3. Kelanjutan dari rencana aksi: Pelanggan membutuhkan waktu lama untuk mencapai tujuan mereka.

Jenis evaluasi kepedulian masyarakat yang dapat diterapkan tergantung pada waktu dilakukannya kegiatan.

1. Formatif (proses) dilaksanakan selama pelaksanaan program, yang tujuannya adalah untuk meningkatkan pelaksanaan program dan memberikan kesempatan untuk memperoleh wawasan penting berupa berbagai permasalahan dalam pelaksanaan program.
2. Sumatif (Hasil) adalah penilaian yang dilakukan pada saat pelaksanaan program selesai. Tujuan evaluasi ini adalah untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan program dan capaian dalam pelaksanaan program.

Prinsip pengkajian keperawatan berbasis komunitas adalah: 1) penguatan program; 2) penggunaan pendekatan yang berbeda; 3) merencanakan evaluasi kriteria penting masyarakat; 4) menciptakan proses partisipatif; 5) diharapkan lebih fleksibel; dan 6) peningkatan kapasitas.

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

3.1 Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Data Inti

a. Data Inti Komunitas

Puskesmas Jenggawah terletak di Desa Jenggawah di Jalan Kawi No. 139 Desa Jenggawah, Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember, Jawa Timur. Adapun desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah adalah Desa Jenggawah, Desa Cangkring dan Desa Wonojati.



Gambar 3.2 Peta Wilayah Kerja Praktik Keperawatan Komunitas

Adapun batas-batas wilayah kerja UPT. Puskesmas Jenggawah sebagai berikut :

Utara : Wilayah kerja Puskesmas Ajung

Timur : Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Mumbulsari

Selatan : Wilayah kerja Puskesmas Kemuninsari Kidul

Barat : Wilayah kerja Puskesmas Ajung

Survei daerah yang dilakukan pengkajian ditemukan sebanyak 219 KK di wilayah Dusun Darungan, Desa Cangkring, Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember. Penentuan jumlah sampel menggunakan perhitungan rumus Slovin.

$$n = \frac{N}{1 + (N \times e^2)}$$

$$n = \frac{219}{1 + 219 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{219}{3,19} = 69$$

Sehingga berdasarkan rumus Slovin dari 219 KK didapatkan data sebanyak 69 KK yang digunakan sebagai sampel penelitian. Berdasarkan data 69 KK didapatkan sebanyak 241 jiwa.

Tabel 3.1 Karakteristik Usia Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=241).

Karakteristik (Usia)	Frekuensi (Tahun)	Presentase
Bayi	3	1,2%
Balita	22	9,1%
Anak	24	9,9%
Remaja	30	11,4%
Dewasa	142	58,7%
Lansia	20	8,3%
Ibu Hamil	2	1,0%

Berdasarkan data dari 69 KK, didapatkan jumlah bayi sebanyak 3 jiwa, balita sebanyak 21 jiwa, anak sebanyak 25 jiwa, remaja sebanyak 30 jiwa, dewasa sebanyak 142 jiwa, lansia sebanyak 20 jiwa, dan ibu hamil sebanyak 2 jiwa.

b. Suku

Masyarakat di Dusun Darungan, Desa Cangkring menganut nilai kerja sama dan gotong royong. Hal tersebut ditemukan dalam kegiatan pengkajian yang diikuti oleh banyak masyarakat untuk mengetahui kondisi kesehatannya dan

lingkungannya. Mayoritas suku pada daerah tersebut yaitu suku Madura. Dalam budaya warga, ketika salah satu warga sakit, maka dikunjungi oleh masyarakat. Hal tersebut dapat menyebabkan penyebaran penyakit dalam komunitas. Berdasarkan hasil pengkajian menunjukkan bahwa dari masyarakat binaan, seluruhnya merupakan masyarakat yang bersuku Madura dengan jumlah 69 KK (100%) atau 241 jiwa (100%).

Tabel 3.2 Distribusi suku di Dusun Darungan Desa Cangkring Wilayah Kerja UPT Puskesmas Jenggawah (n=69).

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Suku		
Madura	69	100 %
Jawa	0	0 %

Berdasarkan tabel 3.2 menunjukkan bahwa dari sampel, seluruhnya masyarakat menganut suku Madura dengan jumlah 69 orang (100%).

c. Nilai dan Keyakinan

Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah seluruhnya merupakan warga yang menganut agama Islam. Kegiatan beribadah selama masa pandemi sebagian besar dilakukan di Masjid dengan tetap mematuhi protokol kesehatan memakai masker dan menjaga jarak. Pada saat masyarakat mengalami sakit, masyarakat Berdoa kepada Tuhan untuk diberikan kesembuhan serta memberikan kepercayaan pelayanan kesehatannya ke Puskesmas Jenggawah dan Klinik. Hal tersebut dibuktikan dengan angka kunjungan masyarakat ke PKM Jenggawah setiap harinya, baik rawat jalan maupun rawat inap. Kontrol kesehatan rutin sesuai jadwal dan mengikuti sistem rujukan yang ditentukan juga dilakukan oleh masyarakat. Berdasarkan hasil pengkajian menunjukkan bahwa dari masyarakat Dusun Darungan, semua menganut agama Islam yaitu sebanyak 69 KK (100%) atau 241 jiwa (100%).

Tabel 3.3 Distribusi agama populasi rentan TB Paru di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Jenggawah (n=69).

<u>Karakteristik</u>	<u>Frekuensi</u>	<u>Persentase (%)</u>
Agama		
Islam	69	100 %
Kristen	0	0 %
Hindu	0	0 %
Budha	0	0 %

Berdasarkan tabel 3.3 menunjukkan bahwa dari sampel, semua masyarakat menganut agama Islam yaitu sebanyak 69 orang (100%).

d. Sejarah Komunitas

Puskesmas Jenggawah merupakan salah satu pelayanan kesehatan unggulan di Desa Cangkring. Puskesmas Jenggawah merupakan puskesmas peduli perkotaan dengan daerah tangkapan di desa Cangkring, Jenggawah dan Wonojati. Pelayanan Puskesmas Jenggawah meliputi IGD 24 jam, ruang bersalin, fasilitas kelembagaan (IRNA), poliklinik umum, poliklinik TBC rawat jalan, poliklinik KIA/KB, poliklinik vaksinasi, poliklinik gigi dan mulut, poliklinik gizi dan laboratorium serta depo farmasi. Puskesmas Jenggawah merupakan pusat pelayanan kesehatan yang menyediakan informasi kesehatan secara lengkap, akurat dan terkini Hal ini didukung dengan kegiatan rutin Puskesmas untuk menyelidiki masalah kesehatan di Desa Cangkring seperti: UKM esenseial contohnya penyakit menular (TB, kusta, HIV) dan masalah kesehatan lainnya termasuk pelayanan UKM pengembangan contohnya kesehatan jiwa, lansia, kesehatan gigi masyarakat, kesehatan tradisional dan kesehatan kerja.

Tabel 3.4 Karakteristik Penyakit 6 Bulan Terakhir Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69).

Penyakit 6 Bulan Terakhir	Frekuensi	Presentase (%)
Batuk atau pilek	30	43,5 %
TBC	12	17,4 %
Lain-lain	27	39,1 %

Berdasarkan tabel 3.4 menunjukkan penyakit 6 bulan terakhir dari data 69 KK terbanyak yaitu karena batuk/pilek sebanyak 30 KK (43,5%), sakit pinggang sebanyak 7 KK (10,1%), sakit gigi sebanyak 2 KK (2,9%), dan TBC sebanyak 3 jiwa di 3 KK (4,3%).

Perilaku dirumah	Frekuensi	Presentase (%)
Merokok	32	46,4 %
Memakai masker	21	30,4 %
Konsumsi sayur dan buah setiap hari	27	39,1 %

2. Data 8 Sub-Sistem

a. Lingkungan Fisik

Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah sebagian besar bertempat tinggal di perkampungan. Mayoritas jarak antar rumah satu dengan lainnya berdekatan meskipun di daerah perkampungan. Setiap rumah di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah sudah memiliki ventilasi yang kurang baik karena meskipun terdapat jendela di setiap rumah warga jumlah ventilasinya masih kurang dari 10%. Setiap rumah sudah memiliki jamban dan kamar mandi tertutup. Mayoritas Jenis rumah permanen dan memiliki lantai semen. Berdasarkan data pengkajian didapatkan rumah memiliki akses air bersih yang

berasal dari sumur ataupun PAM. Selanjutnya mengenai pengelolaan sampah rumah tangga di lingkungan menggunakan metode dibakar dan masih terdapat masyarakat yang mengelola sampah dengan cara ditimbun.

Tabel 3.5 Karakteristik lingkungan masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69).

<u>Lingkungan</u>	Frekuensi	Persentase (%)
<u>Jenis Rumah</u>		
Permanen	32	46,4 %
Semi permanen	37	53,6 %
Tidak permanen	0	0 %
<u>Lantai Rumah</u>		
Semen	48	69,6 %
Tegel	21	30,4 %
<u>Ventilasi</u>		
Ventilasi <10%	52	75,4 %
Ventilasi >10%	17	24,6 %
<u>Jarak Sumber Air Bersih</u>		
Jarak <10m	44	63,8 %
Jarak >10m	25	36,2 %
<u>Tempat Sampah</u>		
Ditimbun	21	30,4 %
Dibakar	28	40,6 %
Sungai	20	29,0 %
<u>Jenis Jamban</u>		
Plengsengan	69	100 %
Duduk	0	0 %
Cemplung	0	0 %
<u>Kepemilikan Kandang</u>		
Ya	15	21,7 %
Tidak	54	78,3 %

Berdasarkan tabel 3.5 menunjukkan bahwa dari 69 KK di Dusun Darungan, sebagian besar jenis rumah di masyarakat yaitu semi permanen sejumlah 37 (53,6%), lantai rumah di masyarakat sebagian besar dengan lantai semen sejumlah 48 (69,6%), ventilasi di masyarakat sebagian besar memiliki ventilasi <10% sebanyak 52 (75,4%), sumber air bersih di masyarakat sebagian besar berjarak kurang dari 10 meter dengan jumlah 44 (63,8%), tempat sampah di masyarakat paling banyak dibakar sejumlah 28 (40,6%), jumlah jamban di masyarakat yaitu menggunakan plengsengan sejumlah 69 (100%), kepemilikan kandang ternak di masyarakat sebagian besar tidak memiliki yaitu sejumlah 54 (78,3%).

b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian mengenai pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dari 2 Puskesmas Pembantu yaitu di Desa Cangkring, serta memiliki 2 Ponkesdes di Desa Cangkring dan Desa Wonojati. Selain itu juga terdapat klinik mandiri, praktek mandiri dokter, praktik mandiri bidan, praktik mandiri perawat. Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya kepada masyarakat terdiri dari Puskesmas Keliling dengan jumlah 2 unit mobil, Posyandu di masing-masing wilayah kerja Puskesmas Jenggawah yaitu Desa Cangkring sebanyak 18 posyandu, Desa Cangkring sebanyak 16 posyandu dan Desa Wonojati sebanyak 11 posyandu.

Tabel 3.6 Karakteristik Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69).

Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		
Bidan/perawat/dokter	27	39,1 %
Puskesmas	32	46,4 %
Klinik	10	14,5 %

Berdasarkan tabel 3.6 menunjukkan bahwa dari masyarakat 69 KK di Dusun Darungan, pada sebagian besar masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat yaitu puskesmas dengan jumlah 32 (46,4%).

c. Transportasi, Keamanan, dan Keselamatan

Mayoritas alat transportasi yang dimiliki 69 KK di Dusun Darungan di Dusun Darungan Desa Cangkring adalah sepeda motor, dan tidak sedikit warga yang juga menggunakan alat transportasi sepeda dan juga jalan kaki. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan data terkait sistem keamanan lingkungan di Dusun Darungan Desa Cangkring yaitu terdapat warga yang berjaga saat malam hari.

d. Pendidikan

Sarana pendidikan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah terdiri dari TK sampai dengan SMA dan terdapat yayasan pondok. Saat melakukan pengkajian di wilayah Dusun Darungan didapatkan hasil bahwa pendidikan terakhir masyarakat lingkungan tersebut mayoritas pendidikan terakhir SD. Pendidikan pada masa pandemi ini siswa-siswi di wilayah binaan RT melaksanakan sekolah melalui daring dirumah.

Tabel 3.7 Karakteristik Pendidikan Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=241).

<u>Pendidikan</u>	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sekolah	88	36,4 %
SD	98	40,5 %
SMP	24	9,9 %
SMA	32	12,8 %
PT	0	0 %

Berdasarkan tabel 3.7 menunjukkan bahwa dari 69 KK didapatkan jumlah 241 jiwa di Dusun Darungan, pada sebagian besar masyarakat memiliki pendidikan SD sebanyak 98 (40,5%).

e. Ekonomi

Rata-rata mayoritas perekonomian di wilayah DUSUN DARUNGAN yaitu menengah ke bawah dilihat dari kondisi rumah dan pekerjaan. Sebagian besar warga bekerja sebagai petani, buruh tani, dan wiraswasta.

Tabel 3.8 Karakteristik Perekonomian Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69).

<u>Perekonomian</u>	Frekuensi	Persentase (%)
<u>Pekerjaan</u>		
Buruh tani	25	36,2 %
Bertani	17	24,6 %
Wiraswasta	27	39,1 %
<u>Pendapatan</u>		
≤ Rp 1.000.000	36	52,2 %
1000.000-3.000.000	32	46,4%
≥ Rp 3.000.000	1	1,4 %

Berdasarkan tabel 3.8 menunjukkan bahwa dari 69 KK di Dusun Darungan, pada sebagian besar masyarakat bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 27 (39,1%), pendapatan masyarakat sebagian besar masih dibawah Rp 1.000.000 sebanyak 36 (52,2%).

f. Politik dan Pemerintahan

Wilayah kerja Desa Cangkring memiliki struktur organisasi pemerintahan kelurahan yang terdiri dari Lurah, sekretaris kelurahan, jabatan fungsional, kasi dan lain-lain. Hasil pengkajian di Dusun Darungan didapatkan bahwa Pemerintahan ikut serta dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di wilayah seperti Posyandu dan kegiatan lain-lain.

g. Komunikasi

Masyarakat di wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah memiliki dua suku yaitu Jawa dan Madura, akan tetapi mayoritas Madura menurut salah satu keterangan warga di Desa Cangkring. Untuk bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Madura, Jawa dan Bahasa Indonesia. Selain itu mayoritas warga juga memiliki alat komunikasi yang dapat digunakan untuk komunikasi jarak jauh.

Tabel 3.9 Karakteristik Sumber Informasi Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69).

Sumber Informasi	Frekuensi	Persentase (%)
HP	15	21,7 %
TV atau radio	35	50,7 %
Bercerita dengan tetangga	19	27,5 %

Berdasarkan tabel 3.9 menunjukkan bahwa dari 69 KK di Dusun Darungan, pada sebagian besar masyarakat memiliki sumber informasi yang berasal dari menonton tv ataupun mendengarkan radio yaitu sejumlah 35 (50,7%). Selain itu sumber informasi masyarakat berasal dari hp dan juga bercerita dengan tetangga.

h. Rekreasi

Wilayah kerja Puskesmas Jenggawah termasuk dalam daerah pedesaan sehingga banyak tempat-tempat seperti waduk, sawah, sungai, dan lain-lain.

Selama pengkajian kami menemukan tempat rekreasi alami seperti kolam renang maupun taman. Berdasarkan hasil pengkajian pada masyarakat di Dusun Darungan, didapatkan kesimpulan bahwa selama masa pandemi Covid-19, masyarakat hanya keluar rumah jika terdapat keperluan, sehingga aktivitas rekreasi diluar daerah berkurang.

Tabel 3.10 Karakteristik Kebiasaan Rekreasi Masyarakat Dusun Darungan Desa Cangkring (n=69).

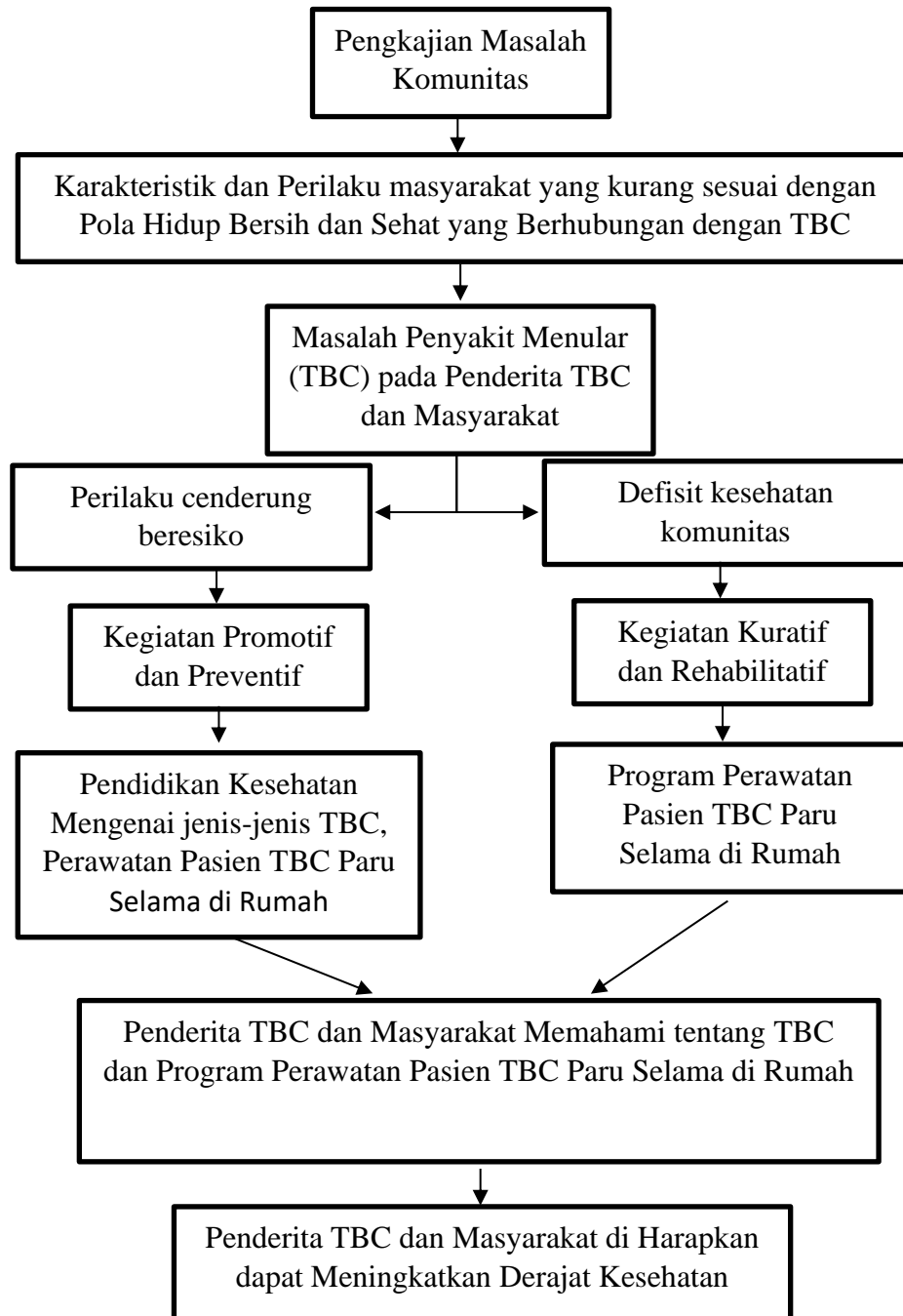
Rekreasi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	32	46,4 %
Saat hari libur	15	21,7 %
Setiap bulan	22	31,9 %

Berdasarkan tabel 3.10 menunjukkan bahwa dari 69 KK di Dusun Darungan, pada sebagian besar masyarakat tidak memiliki kebiasaan rekreasi secara rutin yaitu sebanyak 32 (46,4%), dan beberapa diantaranya memiliki kebiasaan rekreasi yang rutin yaitu rekreasi setiap bulan sejumlah 22 (31,9%) dan rekreasi saat hari libur sebanyak 15 (21,7%).

3. Persepsi

Beberapa anggota keluarga tidak menggunakan masker saat dirumah, padahal ada anggota keluarga yang menderita TB Paru. Selain itu masih ada anggota keluarga yang merokok didalam rumah. mereka beranggapan selama yang merokok itu bukan anggota keluarga yang sakit maka tidak bahaya.

4. Kerangka Kerja



5. Analisis Data

No	Data	Masalah
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagian besar warga mengatakan tidak mengerti tentang penyakit TB Paru 2. Beberapa warga Dusun Darungan Desa Cangkring mengatakan bahwa mereka jarang melakukan pengecekan kesehatan di pelayanan kesehatan 3. Sebagian besar warga mengatakan banyak anggota keluarga yang merokok didalam rumah 4. Sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan didalam rumah tidak perlu memakai masker 5. Sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan masih belum bisa cara membuat cairan desinfekan untuk membungah dahak. <p>Data Objektif .:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 60,9% tidak konsumsi buah dan sayur setiap hari 2. 46,4% anggota keluarga ada yang merokok didalam rumah 3. Buang sampah ditimbun 30,4%, di sungai 29% 4. 75,4% ventilasi rumah <10% 5. 3 bulan kasus terbanyak ISPA 43,5%, TB Paru 17,4%. 6. Sebanyak 43,8% penduduk Dusun Darungan tidak olahraga rutin 	Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110)
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kader mengatakan saat ada masyarakat yang terdeteksi terkena TBC tidak langsung melakukan pemeriksaan lebih lanjut pada lingkungan sekitar 2. Warga mengatakan ada tetangga yang pernah terkena TBC tetapi sudah meninggal dan menunjukkan perilaku yang tidak sesuai 3. Sebagian besar warga mengatakan banyak anggota keluarga yang merokok didalam rumah 	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

	<p>4. Sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan didalam rumah tidak perlu memakai masker</p> <p>5. Sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan masih belum bisa cara membuat cairan desinfekan untuk membungan dahak</p> <p>Data Objektif:</p> <p>1. 60,9% tidak konsumsi buah dan sayur setiap hari</p> <p>2. 46,4% anggota keluarga ada yang merokok didalam rumah</p> <p>3. Buang sampah ditimbun 30,4%, di sungai 29%</p> <p>4. 75,4% ventilasi rumah <10%</p> <p>5. bulan kasus terbanyak ISPA 43,5%, TB Paru 17,4%</p>	
--	--	--

6. Prioritas Masalah

No.	Diagnosis keperawatan Komunitas	Tingkat pentingnya masalah kesehatan untuk diselesaikan 1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi	Perubahan positif bagi masyarakat jika masalah diselesaikan 0 = tidak ada 1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi	Peningkatan kualitas hidup jika diselesaikan 0 = tidak ada 1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi	Prioritas masalah dari 1 sampai 6: 1 = kurang penting 6 = sangat penting	Jumlah
1.	Defisit Kesehatan Komunitas	3	3	3	5	14
2.	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko	3	3	2	5	13

7. Diagnosa Keperawatan Komunitas

Setelah dilakukan penapisan masalah dari diagnosis keperawatan komunitas, maka prioritas diagnosa keperawatan komunitas menurut Ervin (2002):

1. Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110)
2. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

8. Intervensi Keperawatan Komunitas

Data	Diagnosis Keperawatan Komunitas	Tujuan Khusus dan Kriteria Hasil (SLKI)	Standard Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)									
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebagian besar warga mengatakan tidak mengerti tentang penyakit TB Paru Beberapa warga Dusun Darungan Desa Cangkring mengatakan bahwa mereka jarang melakukan pengecekan kesehatan di pelayanan kesehatan Sebagian besar warga mengatakan banyak anggota keluarga yang merokok didalam rumah Sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan didalam rumah 	<p>Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 minggu di Dusun Darungan di harapkan status kesehatan komunitas membaik, dengan kriteria:</p> <p>PREVENSI PRIMER Status kesehatan komunitas(L.12109)</p> <table border="1" data-bbox="808 639 1341 863"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ketersediaan program promosi kesehatan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Partisipasi dalam program kesehatan komunitas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> meningkat cukup meningkat sedang cukup menurun menurun 	Kriteria	SA	ST	Ketersediaan program promosi kesehatan	2	4	Partisipasi dalam program kesehatan komunitas	2	4	<p>PREVENSI PRIMER Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ➤ Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sediakann materi dan media pendidikan kesehatan ➤ Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan ➤ Lakukan jalan sehat bebas sampah ➤ Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan pada Pasien TB Paru
Kriteria	SA	ST										
Ketersediaan program promosi kesehatan	2	4										
Partisipasi dalam program kesehatan komunitas	2	4										

<p>tidak perlu memakai masker</p> <p>5. Sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan masih belum bisa cara membuat cairan desinfekan untuk membungan dahak</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 60,9% tidak konsumsi buah dan sayur setiap hari. 2. 46,4% anggota keluarga ada yang merokok didalam rumah 3. Buang sampah ditimbun 30,4%, di sungai 29% 4. 75,4% ventilasi rumah <10% 5. bulan kasus terbanyak ISPA 43,5%, TB Paru 17,4%. 6. Sebanyak 43,8% penduduk Dusun 		<p>PREVENSI SEKUNDER Manajemen Kesehatan (L.12104)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menerapkan Program perawatan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Aktifitas sehari-hari efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p>	Kriteria	SA	ST	Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko	2	4	Menerapkan Program perawatan	2	4	Aktifitas sehari-hari efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan	2	4	<p>PREVENSI SEKUNDER Skrining kesehatan (I.14581)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi target populasi skrining Kesehatan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lakukan informed consent skrining kesehatan ➤ Sediakan akses layanan skrining (tempat dan waktu) ➤ Jadwalkan waktu skrining kesehatan ➤ Lakukan anamnesis riwayat kesehatan, faktor resiko dan pengobatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jelaskan tujuan dan prosedur skrining kesehatan ➤ Informasikan hasil skrining kesehatan
Kriteria	SA	ST													
Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko	2	4													
Menerapkan Program perawatan	2	4													
Aktifitas sehari-hari efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan	2	4													

Darungan tidak olahraga rutin		<p>PREVENSI TERSIER Perilaku Kesehatan (L.12107)</p> <table border="1" data-bbox="808 268 1344 571"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Melakukan Tindakan Pencegahan Masalah Kesehatan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan Meningkatkan Kesehatan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pencapaian Pengendalian Kesehatan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p>	Kriteria	SA	ST	Kemampuan Melakukan Tindakan Pencegahan Masalah Kesehatan	2	4	Kemampuan Meningkatkan Kesehatan	2	4	Pencapaian Pengendalian Kesehatan	2	4	<p>PREVENSI TERSIER Pelibatan Keluarga (I.14525)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan ➤ Diskusikan cara perawatan di rumah (mis. kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah) ➤ Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan ➤ Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga ➤ Informasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga ➤ Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan ➤ Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan.
Kriteria	SA	ST													
Kemampuan Melakukan Tindakan Pencegahan Masalah Kesehatan	2	4													
Kemampuan Meningkatkan Kesehatan	2	4													
Pencapaian Pengendalian Kesehatan	2	4													

9. Planning Of Action (POA) Asuhan Keperawatan Komunitas

No	Diagnosa kegiatan	Kegiatan	Tujuan kegiatan	Sasaran	Sumber daya				
					Penanggung jawab	Waktu	Tempat	Alokasi dana	Keberlanjutan
1	Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110)	Pencegahan Primer							
		Pendidikan kesehatan kepada warga Dusun Darungan tentang pengertian, penyebab, gejala, dampak, pencegahan, faktor resiko TB Paru yang dibuat dalam bentuk Booklet	Untuk meningkatkan pengetahuan warga Dusun Darungan tentang TB Paru	Warga Dusun Darungan	Viddi	Sabtu, 16 Desember 2023	Rumah Ketua RT	150.000	Penyuluhan ke 2 untuk pembuatan cairan desinfektan, batuk efektif, dan kalender minum obat
		Pencegahan Sekunder							
		Skrining kesehatan	Untuk mengetahui	Warga Dusun	Viddi	Minggu, 16	Rumah Ketua	150.000	Follow up hasil skrining TAPI Paru

	kepada warga untuk pemeriksaan batuk lebih dari 2 minggu, screening TB Paru	risiko penularan TB Paru oleh warga di Dusun Darungan Desa Cangkring	Darungan		Desember 2023	RT		yang positif untuk melakukan pengobatan
Pencegahan Tersier								
	Pelatihan Terapi nafas dalam & batuk efektif, mengajarkan pembuatan herbal temulawak.	Untuk meningkatkan keterampilan dan mempertahankan derajat kesehatan warga Dusun Darungan	Warga Dusun Darungan	Viddi	Senin, 17 Desember 2023	Rumah Ketua RT	150.000	Follow up keterampilan dan mendemonstrasikan kembali materi yang sudah diajarkan

10. Implementasi Asuhan Keperawatan Komunitas

No	Diagnosa Keperawatan	Kegiatan	Waktu dan Tempat	Peserta	Pelaksana	Hasil Kegiatan	Hambatan	Solusi
1	Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110)	Pengkajian warga Dusun Darungan sebelum dilakukan intervensi keperawatan	14-18 Februari 2023 (Rumah warga Dusun Darungan)	Warga Dusun Darungan	Viddi & Semua anggota kelompok	Pengkajian warga Dusun Darungan berjalan dengan lancar, sejumlah 69 KK	Hambatan dalam pengkajian warga Dusun Darungan yaitu ada beberapa warga yang tidak terbuka saat pengkajian dan masih bekerja	Agar warga terbuka saat dilakukan pengkajian, kami melibatkan RT/RW setempat untuk mempermudah pengkajian dan melakukan pengkajian lagi di waktu sore/malam

								hari setelah warga pulang kerja
		Penyuluhan kesehatan tentang TB Paru (Proses penyakit, pengobatan, nutrisi, mofifikasi lingkungan rumah, aktifitas fisik) dan cara pencegahan penularan	Jum'at 24 Februari 2023, Pukul 15.00 di Musholla	Warga Dusun Darungan (Warga/Masyarakat umum, Keluarga pasien TB Paru, pasien TB Paru yang sedang menjalani pengobatan)	Viddi & Semua anggota kelompok	Penyuluhan berjalan dengan lancar, sasaran memahami materi yang disampaikan	Hambatan dalam kegiatan yaitu warga tidak datang tepat waktu	Agar tidak mengulur waktu terlalu lama, maka kami harus menjemput warga kerumah masing – masing
		Penyuluhan cara batuk efektif dan	Minggu, 26 Februari	Keluarga pasien TB Paru & pasien TB Paru yang	Viddi & Semua anggota	Penyuluhan berjalan dengan	Ada sasaran yang kurang tepat dalam	Mahasiswa mendampingi dan mengajari

		membuat desinfektan untuk membuang dahak	2023, Pukul 15.00 di Musholla	sedang menjalani pengobatan	kelompok	lancar, sasaran memahami materi yang disampaikan	menjelaskan kembali materi dan mempraktekkan materi penyuluhan yang sudah disampaikan	kembali disebelah sasaran tersebut sampai bisa secara mandiri
		Penyuluhan cara membuat kalender kepatuhan minum obat & cara pembuatan jamu herbal temulawak utntuk meningkatkan nafsu makan	Selasa, 28 Februari 2023, Pukul 15.00 di Musholla	Keluarga pasien TB Paru & pasien TB Paru yang sedang menjalani pengobatan	Viddi & Semua anggota kelompok	Penyuluhan berjalan dengan lancar, sasaran memahami materi yang disampaikan	Ada sasaran yang kurang tepat dalam menjelaskan kembali materi dan mempraktekkan materi penyuluhan yang sudah disampaikan	Mahasiswa mendampingi dan mengajari kembali disebelah sasaran tersebut sampai bisa secara mandiri

		pasien TB Paru yang sedang menjalani pengobatan DOTS							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

11. Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Evaluasi	Program kegiatan yang dilakukan	Kriteria Keberhasilan	Metode Evaluasi	Hasil Evaluasi (S-O)	Analisis (A)	Rencana Tindak Lanjut (P)
1	Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110)	Meningkatkan perilaku pencegahan penularan TB Paru	Penyuluhan kesehatan tentang TB Paru (Proses penyakit, pengobatan, nutrisi, mofifikasi lingkungan rumah, aktifitas fisik) dan cara pencegahan penularan.	Keberhasilan dapat dilihat dari keefektifan sasaran dalam bertanya dan menjawab pertanyaan	(Tanya jawab & Mengisi Kuesioner) Selama kegiatan berlangsung warga Dusun Darungan terlibat aktif dalam mengikuti kegiatan yang diprogramkan serta warga	Subyektif Warga mengatakan sudah memahami tentang TB Paru Objektif Warga mampu menjawab pertanyaan yang diberikan Jumlah sasaran	Masalah teratasi sepenuhnya	Lakukan pemberdayaan keluarga & kader guna untuk melanjutkan program yang telah dilakukan.

					tampak menyimak dan merespon baik terhadap materi yang disampaikan	yang hadir 26 peserta		
			Penyuluhan cara batuk efektif dan membuat desinfektan untuk membuang dahak	Keberhasilan dapat dilihat dari keefektifan sasaran dalam bertanya dan menjawab pertanyaan, serta mampu mempraktekkan kembali atau redemonstrasi materi yang sudah diajarkan	(Tanya jawab & redemonstrasi) Selama kegiatan berlangsung warga Dusun Darungan terlibat aktif dalam mengikuti kegiatan yang diprogramkan serta warga	Subyektif Warga mengatakan sudah memahami tentang batuk efektif dan cara pembuatan desinfektan untuk membuang dahak	Masalah teratasi sepenuhnya	Lakukan pemberdayaan keluarga & kader guna untuk melanjutkan program yang telah dilakukan.

					tampak menyimak dan merespon baik terhadap materi yang disampaikan	Objektif Sasaran mampu menjawab pertanyaan yang diberikan dan mampu mempraktekkan kembali materi yang diajarkan tentang batuk efektif dan cara pembuatan desinfektan untuk membuang dahak		
			Penyuluhan cara membuat kalender	Keberhasilan dapat dilihat dari keefektifan	(Tanya jawab & redemonstrasi)	Subyektif Warga mengatakan	Masalah teratasi sepenuhnya	Lakukan pemberdayaan keluarga & kader

			kepatuhan minum obat & cara pembuatan jamu herbal temulawak utntuk meningkatkan nafsu makan pasien TB Paru yang sedang menjalani pengobatan DOTS	sasaran dalam bertanya dan menjawab pertanyaan, serta mampu mempraktekkan kembali atau redemonstrasi materi yang sudah diajarkan	Selama kegiatan berlangsung warga Dusun Darungan terlibat aktif dalam mengikuti kegiatan yang diprogramkan serta warga tampak menyimak dan merespon baik terhadap materi yang disampaikan	sudah memahami tentang kepatuhan minum obat TB Paru dan cara pembuatan herbal temulawak Objektif Sasaran mampu menjawab pertanyaan yang diberikan dan mampu mempraktekkan kembali materi yang diajarkan tentang kalender	guna untuk melanjutkan program yang telah dilakukan.
--	--	--	---	--	---	---	--

						minum obat dan herbal temulawak		
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--

12. Hasil Pretest dan Postest Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku dalam Mencegah Penularan TB Paru

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan menggunakan terapi *health education berbasis booklet* yang dilakukan selama 3 sesi, didapatkan hasil: terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan penularan TB Paru antara sebelum penerapan program *health education berbasis booklet* dengan setelah penerapan program *health education berbasis booklet*, dengan data sebagai berikut.

Komponen Evaluasi	Pre-Test		Post-Test	
	n	f (%)	n	f (%)
Pengetahuan				
Baik	3	12 %	18	68 %
Cukup	12	48 %	7	30 %
Kurang	11	40 %	1	2 %
Total	26	100 %	26	100 %
Sikap				
Baik	2	10 %	15	74 %
Cukup	10	38 %	7	26 %
Kurang	14	52 %	0	0 %
Total	26	100%	26	100 %
Keterampilan				
Baik	1	6 %	16	62 %
Cukup	5	20 %	8	32 %
Kurang	20	74 %	2	6 %
Total	26	100 %	26	100 %

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan Komunitas

Proses pengkajian yang Peneliti lakukan dalam melihat gambaran masalah kesehatan masyarakat pada agregat dewasa dengan TB Paru. Proses pengkajian dapat diadopsi oleh peneliti dengan memanfaatkan instrumen pengkajian tingkat komunitas yang sudah disesuaikan dengan teori Community As Patner.

Pada aspek lingkungan fisik, Anderson & McFarlane (2011) menjelaskan, Kondisi perumahan yang dapat beresiko terjadi penularan TB kontak serumah. Pada aspek selanjutnya yaitu politik dan pemerintahan, Anderson & McFarlane (2011) menjelaskan bagaimana Kebijakan di komunitas yang mengatur tentang masalah kesehatan TB pada agregat dewasa, apa saja program di komunitas yang sudah diberikan, bagaimana pertemuan di masyarakat yang membahas tentang masalah kesehatan TB pada agregat dewasa. Sehingga peneliti membentuk program *health education berbasis bookle* untuk memberikan dukungan kelompok antar sesama penderita TB dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan keterampilan tentang pencegahan penularan TB Paru.

Selain itu, Peneliti juga memperhatikan *community core* atau inti komunitas. Inti komunitas sebetulnya dapat dikaji melalui aspek demografi, statistik vital, etnis/budaya, sejarah, dan persepsi terhadap kesehatan. Peneliti sudah melakukan pemeriksaan fungsi pernafasan, kemampuan batuk dan perawatan dirumah, dan tingkat kenyamanan (sebagai statistik vital). Namun, dalam konteks praktik ini, Peneliti juga memerhatikan kedinamisan inti komunitas. Inti komunitas memberikan pemahaman kepada perawat bahwa komunitas dikelilingi oleh garis pertahanan yang akan memberikan reaksi terhadap stresor. Artinya, statistik vital tersebut dapat pula dipengaruhi oleh banyak faktor eksternal, seperti penurunan

berat badan pasien TB Paru dapat dipengaruhi oleh pola makan yang tidak teratur (pilihan ragam makanan tinggi kalori dan tinggi protein), peningkatan stres karena faktor dinamika keluarga, pekerjaan atau tuntutan gaya hidup, dan lain sebagainya. Meskipun banyak faktor yang terlibat, tetapi Peneliti disini berusaha fokus untuk mengelola perilaku pencegahan penularan melalui terapi pendidikan kesehatan. Dengan terapi pendidikan kesehatan, kognisi dan persepsi yang positif terhadap diri dapat dioptimalkan sehingga garis pertahanan dapat lebih adekuat. Dampaknya perilaku adaptif kelompok TB Paru semakin meningkat.

4.2 Diagnosa Asuhan Keperawatan Komunitas

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan komunitas dan analisis data yang sudah dilakukan, maka didapatkan diagnosa keperawatan utama yang diambil selama proses asuhan keperawatan komunitas, yaitu Defisit Kesehatan Komunitas ditandai dengan: 1) Data Subjektif: Sebagian besar warga mengatakan tidak mengerti tentang penyakit TB Paru, sebagian besar warga mengatakan banyak anggota keluarga yang merokok didalam rumah, sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan didalam rumah tidak perlu memakai masker, sebagian besar keluarga pasien TB Paru mengatakan masih belum bisa cara membuat cairan desinfektan untuk membunuh dahak; 2) Data Objektif : 60,9% tidak konsumsi buah dan sayur setiap hari, 46,4% anggota keluarga ada yang merokok didalam rumah, Buang sampah ditimbun 30,4%, di sungai 29%, terdapat 75,4% ventilasi rumah <10%, selama 3 bulan kasus terbanyak ISPA 43,5%, TB Paru 17,4%, serta sebanyak 43,8% penduduk Dusun Darungan tidak olahraga rutin

4.3 Intervensi Asuhan Keperawatan Komunitas

Kegiatan yang dilakukan adalah program *health education berbasis booklet* dalam meningkatkan pencegahan penularan TB Paru pada Agregat dewasa di Dusun Darungan Desa Jenggawah. Pada dasarnya program tersebut dibuat berdasarkan data masih rendahnya tingkat kepatuhan pengobatan, rendahnya partisipasi klien TB Paru untuk kontrol ke fasilitas

pelayanan kesehatan serta tingginya tingkat penularan kasus TB Paru di masyarakat. Sehingga intervensi yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut: 1) Penyuluhan kesehatan tentang TB Paru (Proses penyakit, pengobatan, nutrisi, modifikasi lingkungan rumah, aktifitas fisik) dan cara pencegahan penularan; 2) Penyuluhan cara batuk efektif dan membuat desinfektan untuk membuang dahak; 3) Penyuluhan cara membuat kalender kepatuhan minum obat & cara pembuatan jamu herbal temulawak untuk meningkatkan nafsu makan pasien TB Paru yang sedang menjalani pengobatan DOTS.

4.4 Implementasi Asuhan Keperawatan Komunitas

Implementasi asuhan keperawatan yang telah Peneliti lakukan pada kasus komunitas dapat memberikan pemahaman masyarakat dengan masalah kesehatan TB Paru bahwa tidak hanya masalah obat, diet, dan aktivitas fisik saja yang harus diperhatikan. Tetapi, permasalahan modifikasi lingkungan rumah dan dukungan keluarga perlu juga untuk diintervensi oleh perawat di tatanan keluarga dan komunitas. Pencegahan penularan tidak dapat hanya mengandalkan minum obat saja, namun juga harus diperkuat dengan manajemen perilaku secara komprehensif.

Keberhasilan terapi dalam merubah perilaku promotif kesehatan dalam pencegahan penularan TB Paru dapat seyogyanya direplikasi oleh perawat ketika sedang memberi intervensi komunitas dengan TB Paru. Pada akhirnya melalui program ini, diharapkan kemandirian masyarakat dapat meningkat dalam mencegah penularan TB Paru.

4.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas

Penerapan health education berbasis booklet dalam praktik keperawatan komunitas dapat meningkatkan perilaku pencegahan penularan TB Paru selama kurang lebih selama 3 kali penerapan program. Terdapat luaran utama yang dinilai dalam Program Health Education ini, yaitu peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan penularan TB Paru. Perubahan positif penerapan program inovasi tersebut dibuktikan dengan peningkatan

skor tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan penularan, serta peningkatan kepatuhan pengobatan klien menjalani terapi, yang semula rata-rata memiliki nilai rendah berubah menjadi menjadi rata-rata bernilai baik, serta diharapkan tidak ada yang sampai putus obat atau jatuh pada kondisi MDR TB dan semua pasien bisa menjalankan pengobatan tepat waktu sesuai program tanpa ada kendala apapun dalam proses perjalanannya.

Terbentuknya perilaku promotif kesehatan dalam pencegahan penularan TB Paru diantaranya yaitu pasien TB Paru dan keluarga mampu mengkonsumsi makanan yang sehat, olahraga rutin, control dtrss psikologis, istirahat cukup, meningkatkan spiritualitas, meningkatkan hubungan yang positif dengan kelompok/masyarakat sekitar, mengkonsumsi obat secara teratur, dan melakukan PHBS di rumah dengan baik dan benar.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

1. Pengkajian keperawatan komunitas dilakukan di Dusun Darungan Desa Cangkring Kecamatan Jenggawah. Didapatkan 69 KK yang menjadi sasaran dan sudah dilakukan pengkajian.
2. Berdasarkan hasil analisis data dari pengkajian keperawatan yang telah dilakukan, didapatkan masalah keperawatan komunitas utama yaitu defisit kesehatan komunitas.
3. Intervensi keperawatan komunitas yang disusun berdasarkan masalah keperawatan yang didapat adalah penerapan program *health education* berbasis booklet dalam meningkatkan perilaku pencegahan penularan TB Paru di masyarakat.
4. Implementasi program *health education* berbasis booklet dilaksanakan selama tiga sesi pertemuan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan demonstrasi.
5. Hasil evaluasi pelaksanaan program *health education* berbasis booklet pada keperawatan komunitas terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam mencegah penularan penyakit TB Paru.

6.2 Saran

1.2.1 Pelayanan Kesehatan

1. Puskesmas Jenggawah Jember

Perlunya Puskesmas Jenggawah Jember memulai fokus pada pelaksanaan program kegiatan TB Paru sebagai program prioritas Puskesmas yang diintegrasikan dengan interkolaborasi profesional Penanggung Jawab Program lain yang berkaitan dengan

permasalahan kesehatan TB Paru, untuk mengendalikan penularan yang semakin meluas dikalangan masyarakat.

2. Lintas Sektor

Melibatkan tokoh masyarakat dalam pelaksanaan program yang berkaitan dengan masalah kesehatan TB Paru dan memberikan kebijakan daerah setempat untuk membantu pelaksanaan program kesehatan TB Paru baik secara materil maupun psikologis.

1.2.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan

Perlunya penambahan akses literatur terhadap berbagai sumber terkait dengan masalah kesehatan TB Paru yang berada dikalangan kelompok masyarakat. Program *health education* berbasis booklet dapat menjadi bahan materi yang diberikan kepada mahasiswa untuk memperluas wawasan dalam implementasi keperawatan komunitas pada agregat dewasa khususnya dengan masalah kesehatan TB Paru.

1.2.3 Peneliti Selanjutnya

Perlu adanya penambahan kombinasi intervensi baru dalam program health education berbasis booklet guna mengembangkan dan menyempurnakan dari aspek perancu program intervensi keperawatan yang sudah ada, dalam mencegah penulatan TB Paru pada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, E. T. dan M. Judith. 2011. *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*. Edisi 6. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Burke, R. M., Nliwasa, M., Feasey, H. R. A., Chaisson, L. H., Golub, J. E., Naufal, F., Shapiro, A. E., Ruperez, M., Telisinghe, L., Ayles, H., Corbett, E. L., & MacPherson, P. (2021). Community-based active case-finding interventions for tuberculosis: a systematic review. *The Lancet Public Health*, 6(5), e283–e299. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00033-5)
- Fang, X.-H., Shen, H.-H., Hu, W.-Q., Xu, Q.-Q., Jun, L., Zhang, Z.-P., Kan, X.-H., Ma, D.-C., & Wu, G.-C. (2019). Prevalence of and factors influencing anti-tuberculosis treatment non-adherence among patients with pulmonary tuberculosis: A cross-sectional study in Anhui Province, Eastern China. *Medical Science Monitor*, 25, 1928–1935. <https://doi.org/10.12659/MSM.913510>
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2010). *Family nursing: Research, theory & practice*. Pearson.
- FrieTB Paruan, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik* (5th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gebreweld, F. H., Kifle, M. M., Gebremicheal, F. E., Simel, L. L., Gezae, M. M., Ghebreyesus, S. S., Mengsteab, Y. T., & Wahd, N. G. (2018). Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: A qualitative study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 37(1). <https://doi.org/10.1186/S41043-017-0132-Y>
- Hasanah, U., Makhfudli, M., Ni'Mah, L., Efendi, F., & Aurizki, G. E. (2019). Peer Group Support on the Treatment Adherence of Pulmonary Tuberculosis Patients. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 246(1). <https://doi.org/10.1088/1755-1315/246/1/012033>
- Health Office of East Java Province. (2020). *Health Profile of East Java Province 2019*.
- Health Office of Jember. (2021). *Tuberculosis Data in Jember Regency in 2021*.
- Indonesia Ministry of Health. (2016). *PMK no. 67 about Tuberculosis Control*. [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 67 ttg Penanggulangan Tuberkolosis_.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_67_ttg_Penanggulangan_Tuberkolosis_.pdf)
- Indonesia Ministry of Health. (2020). *Indonesia Health Profile 2019*.
- Indonesia Ministry of Health. (2021). *Indonesia Health Profile 2021*.
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. In Riset Kesehatan Dasar 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Marquis, B.L. & Huston, C., J. (2012). *Kepemimpinan dan manajemenkeperawatan: teori & aplikasi*. (Ed 5). alih Bahasa, Widyawati dkk, Editor edisi bahasa Indonesia Egi komara yuda dkk, Jakarta: EGC.

- Nanda. 2018. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11* Editor T Heather HerTB Paruan, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Ruru, Y., Matasik, M., Oktavian, A., Senyorita, R., Mirino, Y., Tarigan, L. H., van der Werf, M. J., Tiemersma, E., & Alisjahbana, B. (2018). Factors associated with non-adherence during tuberculosis treatment among patients treated with DOTS strategy in Jayapura, Papua Province, Indonesia. *Global Health Action*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1510592>
- Sahile, Z., Perimal-Lewis, L., Arbon, P., & Maeder, A. J. (2021). Protocol of a parallel group Randomized Control Trial (RCT) for Mobile-assisted Medication Adherence Support (Ma-MAS) intervention among Tuberculosis patients. *PLoS ONE*, 16(12 December), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261758>
- Sudiwati, N. L. P. E. (2019). Upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat melalui pelatihan pemanfaatan tanaman obat keluarga pada ibu rumah tangga dan kader. *Jurnal IDAMAN (Induk Pemberdayaan Masyarakat Desa)*, 3(1), 45–50.
- Pender, N. J. Murdaugh & Parsons (2011) 'Health Promotion In Nursing Practice', 6th ed., Boston, MA Pearson.
- Pender, N. (2011). Health Promotion Models. *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice*, 131–146. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-10024-6.50010-4>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- Yang, S. H., Jung, E. Y., & Yoo, Y. S. (2020). Health literacy, knowledge and self-care behaviors in patients with pulmonary tuberculosis living in community. *Journal of the Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 27(1), 1–11. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2020.27.1.1>

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik : Pengobatan, Nutrisi, Lingkungan TBC, Batuk Efektif, Desinfektan,
Kalender Minum Obat

Sasaran : Penderita TBC, Keluarga, dan Masyarakat

Waktu : 09.00-10.00 WIB & 15.00 – 17.00 WIB

Hari/Tanggal : 24, 26, 28 Februari 2023

Tempat :

1. Standar Kompetensi

Setelah diberikan pendidikan kesehatan TBC mengenai pengobatan, nutrisi, lingkungan pada masyarakat diharapkan masyarakat mampu memahami dan mampu menerapkan dari informasi yang telah diberikan.

2. Kompetensi Dasar

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan dan demonstrasi selama 60 menit klien mampu untuk :

- a. Memahami pengobatan TBC
- b. Memahami nutrisi TBC
- c. Memahami lingkungan TBC

3. Pokok Bahasan: TBC pada masyarakat

4. Sub pokok Bahasan

- a. Pengobatan TBC
- b. Nutrisi TBC
- c. Lingkungan TBC

5. Waktu : 60 menit

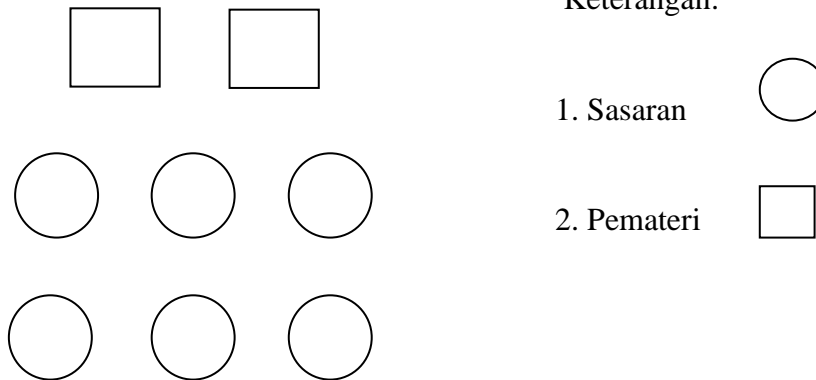
6. Bahan/Alat yang digunakan : materi, media booklet

7. Model Pembelajaran

- a. Jenis model pembelajaran : Ceramah dan demonstrasi
- b. Landasan teori : Pengobatan, nutrisi, lingkungan TBC
- c. Landasan pokok :
 - a) Menciptakan suasana pertemuan yang baik dengan memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud, tujuan, serta kontrak waktu tindakan.
 - b) Mengidentifikasi keadaan kesehatan keluarga
 - c) Mengidentifikasi pilihan tindakan

- d) Menyepakati tindakan bersama klien
- e) Melakukan kegiatan yang telah disepakati
- f) Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan.
- g) Menetapkan tindak lanjut sasaran.

8. *Setting* Tempat



9. Persiapan Perawat :

- a. Memeriksa data pengkajian, diagnosa dan intervensi
- b. Memastikan kemampuan dan tingkat pengetahuan masyarakat
- c. Membina hubungan saling percaya dengan masyarakat

10. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	1. Salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus	Memperhatikan dan menjawab pertanyaan penyaji	10 Menit
Penyajian	1. Menjelaskan materi tentang : - Pengobatan TBC - Nutrisi TBC - Lingkungan TBC 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya. 3. Menjawab pertanyaan klien	1. Memperhatikan 2. Menanggapi dengan pertanyaan 3. Mengikuti penyuluhan yang diberikan	40 Menit

	<p>4. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengulangi apa yang telah disampaikan</p> <p>5. Melakukan evaluasi secara bersama</p>		
Penutup	<p>1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan</p> <p>2. Mengevaluasi hasil pendidikan kesehatan</p> <p>3. Salam penutup.</p>	Memperhatikan dan menanggapi	10 Menit

11. Evaluasi

a. Evaluasi Struktur

1. Masyarakat menghadiri penyuluhan
2. Tempat dan media penyuluhan sesuai rencana

b. Evaluasi proses

1. Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan rencana
2. Masyarakat berpartisipasi aktif dalam kegiatan
3. Waktu yang direncanakan sesuai dengan pelaksanaannya

c. Evaluasi hasil

Masyarakat yang hadir mampu menjawab pertanyaan lisan mengenai :

1. Pengobatan TBC
2. Nutrisi TBC
3. Lingkungan TBC
4. Desinfektan
5. Batuk Efektif
6. Kalender Minum Obat

Pengobatan, Nutrisi, Lingkungan TBC

A. Pengobatan TBC

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud : (Dirjen RI, 2019).

5. Tahap Awal: Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.
6. Tahap Lanjutan: Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman *persister* sehingga pasien. Diberikan selama 16 minggu.

Pengawas Menelan Obat (PMO) adalah orang yang dipilih berdasar kesepakatan pasien dan petugas kesehatan untuk mendampingi pasien dan mengawasi minum obat selama masa pengobatan. PMO menjadi mitra kader dalam mengidentifikasi kontak serumah dan kontak erat pasien. Pengawas Menelan Obat (PMO) telah dilakukan baik oleh petugas kesehatan maupun kader melalui kunjungan rumah. Namun pelibatan peran PMO belum dieksplorasi lebih jauh padahal PMO adalah orang terdekat pasien. Peran PMO antara lain: (Dirjen RI, 2019).

1. Memotivasi pasien TBC untuk menjalani pengobatan dan melakukan kunjungan rutin ke fasyankes untuk mengambil obat dan pemeriksaan dahak sesuai jadwal
2. Memfasilitasi pasien TBC yang mengalami keluhan efek samping obat ke fasyankes
3. Memantau perkembangan pengobatan pada pasien TBC
4. Memantau pemberian Pengobatan Pencegahan TBC pada anak balita
5. Membantu petugas dan kader dalam melakukan investigasi Kontak
6. Memberikan informasi terkait dengan kondisi kasus indeks, kontak serumah dan kontak erat
7. Memantau munculnya gejala TBC pada kontak sekitar

B. Nutrisi TBC

1. Bersumber hewan :
 - a. Daging mengandung kalori, lemak, protein, kalsium, zat besi, vit D 7 IU, vit B6, vit B12, Magnesium,
 - b. Ikan gabus mengandung kalori, protein, lemak, karbohidrat, serat, kalsium, fosfor, zat besi, natrium, kalium, tembaga, seng, vit A, vit B1, vit B2, vit B3,
 - c. Ikan wader mengandung protein, kalsium, lemak, asam omega 3, zat besi
2. Bersumber tumbuhan :
 - a. Bayam mengandung vit a, vit b kompleks, vit c, vit e, magnesium, zat besi, asam folat, kalsium, kalium,
 - b. Daun kelor mengandung kalsium, kalium, zat besi, magnesium, fosfor, rendah kalori,
 - c. Kacang-kacangan mengandung protein, karbohidrat kompleks, folat, dan zat besi,
 - d. Tahu mengandung protein, lemak, karbohidrat, serat, kalsium, natrium, fosfor,
 - e. Tempe mengandung protein, karbohidrat, lemak, serat, natrium, zat besi, magnesium, kalsium

Menambah nafsu makan dengan mengkonsumsi nafsu makan. P.Fungsi jamu temulawak dapat meningkatkan nafsu makan melalui fungsinya sebagai *karminativum* (antiflatulen). Menurut BKTM (2013) dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, bahwa dengan dosis 1125- 2500 mg kurkumin perhari tidak menunjukkan adanya toksisitas. Dosis ekstrak curcuma untuk orang dewasa sebanyak 250-500 mg/hari. Dosis untuk anak-anak minimal sepertiga dari dosis orang dewasa yaitu 330 mg/hari.

Langkah-langkah pembuatan jamu Temulawak (Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat Makassar. 2013)

- a. Rebusan
 1. Siapkan 25 gr temulawak (1 ibu jari = 10 gr temulawak)
 2. Cuci temulawak hingga bersih
 3. Iris tipis temulawak atau dihaluskan
 4. Rebus dengan 3 gelas air hingga menjadi 1 gelas air
 5. Masukkan seluruh bahan ke dalam panci.
 6. Dinginkan dan saring
 7. Siap disajikan dan dikonsumsi.

b. Infuse

1. Siapkan 2 gr rimpang kering temulawak, lalu potong
2. Siapkan air secukupnya
3. Diminum 2-3 kali sehari.

c. Ekstrak

1. Asupan oral ekstrak kasar temulawak dengan dosis 50 mg per hari selama 35 hari dapat meningkatkan nafsu makan pada pasien anoreksi primer kelompok dewasa muda.
2. Diminum 3 x 1 kapsul (500 mg ekstrak)/hari.

C. Lingkungan TBC

Pengendalian lingkungan dalam PPI TB bertujuan untuk mengurangi konsentrasi droplet nuclei di udara dan mengurangi keberadaan benda-benda yang terkontaminasi sesuai dengan epidemiologi infeksi di instalasi rawat jalan, kamar perawatan pasien TB RO dan laboratorium. Pengendalian lingkungan saja tanpa pengendalian manajerial dan administratif tidak akan mampu mengurangi risiko penularan TB RO. Pilar pengendalian lingkungan terdiri dari beberapa upaya sebagai berikut: (Kementerian Kesehatan RI, 2020; Noerhalimah, 2020; Depkes RI, 2009).

2. Pengaturan ventilasi baik secara alami maupun mekanik. Upaya yang dapat dilakukan ialah dengan membuka pintu dan jendela setiap pagi hari, mengupayakan sinar matahari masuk ke dalam rumah dengan memasang genteng kaca tplastik tagar tidak gelap dan mengurangi kelembaban sehingga dapat tmembunuh bakteri dan bibit penyakit. Ventilasi dengan luas lubang ventilasi alamiah yang permanen minimal 10% dari luas lantai disebut layak. Ventilasi buruk disebabkan karena luas rumah sempit dan berdekatan antara ruangan
3. Pengaturan ventilasi secara alami artinya adanya aliran udara keluar masuk melalui pintu atau jendela. Pengaturan ventilasi secara natural yang terkontrol artinya adanya pengaturan supaya pintu dan jendela selalu dalam keadaan terbuka, kipas angin dapat digunakan untuk membantu mengalirkan udara sehingga saat udara bersih masuk
4. Pasien berdahak di sputum booth atau di udara terbuka yang jauh dari keramaian, tidak diperbolehkan berdahak di ruangan sempit seperti toilet.
5. Penggunaan sinar ultraviolet (UV) untuk antibakteri.
6. Kebersihan dan desinfeksi (cleaning and disinfection) menggunakan bahan-bahan disinfektan.
7. Tidak merokok di dalam rumah, karena asap rokok dapat menyebabkan pada penurunan kesehatan paru dan menaikkan risiko seseorang untuk terinfeksi bakteri tuberkulosis.
8. Memiliki fasilitas air bersih,

9. Memiliki tempat pemuangan sampah,
10. Memiliki sarana pembuangan limbah (Dinkesprov Jawa Barat, 2017).
11. Kondisi suhu rumah sehat berkisar 18–30°C, kelembaban 40–70%, dapat cahaya alami yang cukup yaitu 60–120 lux, ventilasi 10% dari luas lantai dan menjaga kebersihan dan kepadatan lantai.
12. Pencahayaan dari cahaya matahari yang masuk cukup banyak ke dalam ruangan dapat menggunakan genteng kaca. Cahaya matahari yang tmasuk dalam ruangan juga membantu mengurangi penyebaran bakteri tuberkulosis. Cahaya matahari dapat dimanfaatkan tuntuk pencegahan penyakit tuberkulosis paru dengan mengusahkan cahaya tmatahari pagi masuk ke dalam trumah. Cahaya matahari pagi mengandung sinar ultraviolet yang dapat mematikan bakteri tuberkulosis.
13. Kepadatan hunian. Jika dalam satu rumah tangga terdapat satu orang penderita tuberkulosis paru aktif dan tidak diobati secara benar maka akan menginfeksi anggota keluarga terutama kelompok yang rentan seperti bayi dan balita, semakin padat hunian suatu trumah tangga maka semakin besar risiko penularan. Setiap masyarakat dengan kepadatan hunian kurang dari 10m² punya risiko sebesar 5,7 kali lebih tinggi terkena penyakit tuberkulosis jika berbanding dengan masyarakat yang memiliki hunian dengan kepadatan hunian lebih dari atau sama dengan 10 m².
14. Dinding rumah sesuai syarat jika terbuat dari tembok atau batu bata yang diplester kedap air.
15. Langit-langit memenuhi syarat bila tidak ada kotoran, bersih.
16. Lantai rumah sehat dilengkapi dengan lantai kedap air yang menimbulkan kelembaban baik.
17. Menjemur alat tidur
18. Makan makanan bergizi
19. Olah raga secara teratur
20. Mencuci pakaian hingga bersih di air yang mengalir
21. Beristirahat cukup
22. Jangan tukar menukar peralatan mandi

Panduan menggunakan masker yang benar dapat anda simak sebagai berikut: (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

1. Memakai masker harus dapat menutup mulut, hidung dan dagu anda. Kemudian pastikan bagian masker yang berwarna berada di sebelah depan dan tidak terbalik.

2. Kemudian tekan bagian atas masker supaya mengikuti bentuk hidung anda dan tarik kebelakang dibagian bawah sehingga menutupi dagu anda.
3. Setelah pemakaian selama 4 jam, segera ganti masker anda. Oleh karenanya selalu siapkan masker cadangan.
4. Cara melepas masker yaitu dengan melepaskan masker yang telah digunakan dengan hanya memegang talinya. Kemudian langsung buang ke tempat sampah. Disarankan untuk memotong/ menggunting masker yang akan dibuang agar tidak disalahgunakan.
5. Tetaplah menggunakan masker bila batuk atau saat akan batuk ketika tidak menggunakan masker segera tutup mulut dengan lengan atas bagian dalam (etika batuk).
6. Cuci tangan pakai sabun setelah membuang masker yang telah digunakan kedalam tempat sampah.
7. Supaya tetap bersih disarankan untuk mengganti masker anda secara rutin apabila kotor atau basah. Pemakaian masker yang optimal selama 4 jam.
8. Untuk meningkatkan efektifitas perlindungan gunakan masker ganda berupa masker medis dan masker kain.
9. Cara memasang masker ganda adalah kenakan terlebih dahulu masker medis kemudian masker kain di atasnya.

Pembuangan dahak untuk mencegah penularan antara lain : (Noerhalimah, Titin. 2020).

1. Menyiapkan tempat khusus buat penderita TB untuk membuang dahak.
2. Membuang dahak tidak sembarangan merupakan salah satu upaya pencegahan penularan penyakit.
3. Tidak membuang dahak disembarang tempat,
4. Buang pada tempat khusus dan tertutup dengan menggunakan wadah/kaleng bertutup yang sudah diberi air desinfektan

Bahan pembuatan cairan desinfektan. Desinfektan adalah senyawa kimia yang bersifat toksik dan memiliki kemampuan membunuh kuman dan bakteri. masyarakat dapat membuat desinfektandirumah dari bahan-bahan berikut ;

1. Cairan pemutih (hipoklorit) yaitu bayclin, so-klin pemutih, proclin dengan 2 sendok makan untuk 1 liter air
2. Karbol/lysol (fenol) yaitu wipol, supersol, bebek karbol, SOS karbol dengan 2 sendok makan untuk 1 liter air
3. Pembersih lantai (Benzalkonium klorida) yaitu super pell, so-klin lantai, SOS pembersih lantai, harpic, dettol floor cleaner dengan 4 sendok makan untuk 1 liter air

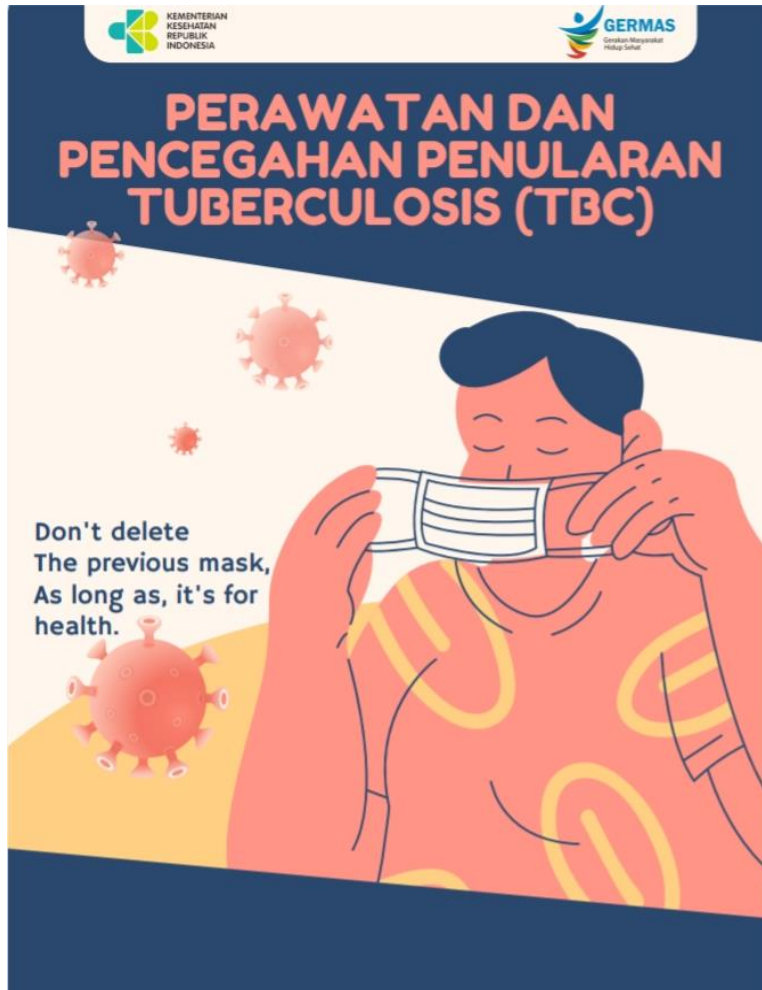
Cara batuk yang benar untuk mencegah terjadinya proses penularan yaitu (Noerhalimah, Titin. 2020).

1. Palingkan muka dari orang lain dan makanan.
2. Tutup hidung dan mulut anda dengan tisu atau saputangan ketika batuk atau bersin.
3. Segera cuci tangan setelah menutup mulut dengan tangan ketika batuk.
4. Hindari batuk di tempat keramaian.
5. Pasien memakai penutup mulut dan hidung atau masker jika perlu.
6. Jangan bertukar saputangan atau masker dengan orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat Makassar. 2013. *Pengaruh Pemberian Temulawak (Curcuma xanthorrhiza Roxb) terhadap Kenaikan Berat Badan pada Anak Usia Sekolah*. Makassar.
- Depkes RI. (2009). *Buku Saku Program Penanggulangan TB*. Jakarta
- Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian PenyakitKementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien Tbc Bagi Petugas Kesehatan Dan Kader*
- Kementerian Kesehatan RI Badan Litbangkes RI Journal Badan Litbangkes Laboratorium Manajemen Data E-Riset. 2021. *Panduan Menggunakan Masker Dengan Benar*
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Tuberkulosis Resistan Obat 2020*. Jakarta
- Noerhalimah, Titin. 2020. *Cakupan Phbs Skala Rumah Tangga Dan Proporsi Rumah Sehat Dengan Kejadian Tuberkulosis Di Jawa Barat*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya. *JPH RECODE*. 4(1): 28-42

Lampiran. BOOKLET MEDIA PENDIDIKAN KESEHATAN PENCEGAHAN PENULARAN TB PARU



GEJALA-GEJALA TBC

Gejala TB



FAKTOR RISIKO TBC

Faktor-faktor risiko yang jadi penyebab infeksi TB ekstra paru meliputi:

- Berusia anak-anak atau lansia
- Berjenis kelamin wanita
- Menderita HIV/AIDS
- Mengidap penyakit ginjal kronis
- Menderita diabetes melitus
- Memiliki sistem kekebalan tubuh yang buruk

JENIS-JENIS TBC

1. TBC PLEURA

**2. TBC SALURAN
UROGENITAL**

**3. TBC TULANG
DAN SENDI**

**4. TBC
UROGENITAL**

**5. TBC
ENDOMETRIUM**

6. TBC KULIT

7. TBC LARING

TBC EKSTRA PARU

Apa penyebab TBC ekstra paru?
Bakteri *M. tuberculosis* yang berada di dalam paru-paru dapat menyebar secara hematogen atau limfatik. Maksudnya, bakteri dapat menyebar lewat aliran darah atau pembuluh limfa (kelenjar getah bening) yang berada di seluruh tubuh.

Namun, infeksi juga bisa saja dapat langsung menyerang organ tubuh tertentu, tanpa perlu menyasar paru terlebih dulu.

PEMERIKSAAN TBC



1. Pemeriksaan dahak

Dahak diambil 2 kali dalam waktu 2 hari, yakni :

SP/SS

SEWAKTU datang di fasilitas kesehatan (hari ke-1)
PAGI hari setelah bangun tidur (hari ke-2)
SEWAKTU datang ke fasilitas kesehatan (hari ke 2)



2. Rontgen Foto Dada

Pemeriksaan tambahan berupa rontgen foto dada (bila pemeriksaan dahak hasilnya negatif, sedangkan gejala TBC lainnya ada)

PENULARAN TBC

- Penularan bakteri/kuman TBC dapat terjadi melalui droplet (percikan melalui batuk, bersin, dan berbicara).
- Bakteri/kuman yang keluar kemudian terhirup ke dalam saluran nafas orang yang sehat. Didalam saluran nafas bakteri/kuman TBC dapat berkembang biak atau dorman (TBC)
- Bakteri bertahan di ruangan gelap dan lembab sampai beberapa bulan
- Jumlah bakteri keluar :
bersin : 0 - 210, Batuk : 0 - 3.500
Bersin : 4.500 - 1 juta



TUJUAN PENGOBATAN (TBC)

Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup

Mencegah terjadinya kematian oleh karena TBC atau dampak buruk selanjutnya

Mencegah terjadinya kekambuhan TBC

Menurunkan risiko penularan TBC

Mencegah terjadinya dan penularan TBC resisten obat

PRINSIP PENGOBATAN (TBC)

- 1) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi
- 2) Diberikan dalam dosis yang tepat
- 3) Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO sampai selesai pengobatan
- 4) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan

Pengobatan TBC Dewasa

Pemberian pengobatan dibagi menjadi 2 tahap/fase yaitu:

- **Fase intensif** : berlangsung 2 bulan atau 3 bulan obat di minum tiap hari
- **Fase lanjutan** : berlangsung 4 bulan atau lebih obat diminum 3x/minggu

Pengobatan berlangsung selama minimal 6 bulan atau lebih yang terbagi dalam dua tahap.

Tahap awal

Obat di minum setiap hari selama 2 atau 3 bulan



Tahap akhir

Obat di minum 3 kali seminggu selama 4 atau 5 bulan

Tugas Pengawasan Menelan Obat (PMO)

PMO

INTERNAL : Anggota Keluarga
EKSTERNAL : Kader, Lintas Sektor, Petugas Kesehatan

- Tugas utama yaitu memastikan pasien menelan obat sesuai aturan sampai selesai pengobatan
- Mendampingi dan memberikan dukungan moral kepada pasien agar berobat teratur sampai sembuh
- Mengingatkan pasien untuk mengambil obat dan periksa dahak ulang sesuai jadwal
- Menemukan dan mengenali gejala efek samping OAT dan merujuk ke fasilitas kesehatan
- Memberikan penyuluhan tentang TBC kepada keluarga pasien atau orang yang tinggal serumah
- Membantu pelacakan pasien mungkir
- Membantu melakukan investigasi kontak



KEPATUHAN PENGOBATAN Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

KALENDER JADWAL MINUM OBAT (TBC)

Kapan waktu terbaik minum obat?

OAT dianjurkan diminum pada **saat perut kosong**, karena OAT tidak terserap dengan baik oleh tubuh jika dikonsumsi saat perut berisi makanan. Jika obat tidak terserap dengan baik maka pengobatan menjadi kurang optimal dan efektif.

• Pilihan Waktu •

- Pagi hari saat bangun tidur
- Malam hari sebelum tidur
- 1 jam sebelum makan
- 2 jam setelah makan

OAT juga sebaiknya dikonsumsi pada **waktu yang sama** setiap hari. Hal ini untuk meningkatkan keteraturan dan kepatuhan minum obat. Mencegah terlupa minum obat, serta menjaga agar di dalam tubuh tetap sama hingga jadwal minum obat selanjutnya.



DAFTAR JADWAL MINUM OBAT
BULAN NOVEMBER(S)

Nama : _____ Umur : _____

Nama Obat / Tipe Pengobatan	Jadwal Minum Obat						
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jum. At	Sabtu	Minggu
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30					

BERI TANDA X PADA TANGGAL YANG SUDAH MINUM OBAT!

GAYA HIDUP SEHAT DAN PENCEGAHAN (TBC)

1. Pengobatan Teratur



2. Makan makanan yang bergizi

3. Modifikasi Lingkungan



4. Mendapatkan suntikan vaksin BCG bagi anak usia dibawah 5 tahun untuk menghindari TBC



5. Olahraga teratur

6. Tidak merokok



MODIFIKASI LINGKUNGAN RUMAH SEHAT

- Pastikan memiliki ventilasi udara yang baik
- Penggunaan genteng kaca
- Lantai rumah bersih
- Memiliki tempat pembuangan sampah
- Memiliki fasilitas air bersih
- Kondisi suhu rumah berkisar 18-30 derajat
- Mencuci pakaian hingga bersih dengan air mengalir
- Pastikan rumah mendapat cukup sinar matahari dan udara segar dengan membuka jendela

CUCI TANGAN DENGAN BAIK DAN BENAR

Cuci Tangan- Pakai SABUN dengan air mengalir



6 Langkah Mencuci Tangan

1. Basahi tangan, gosok sabun pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.

2. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian.

3. Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih.

4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci.

5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.

6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan. Bilas dengan air bersih dan keringkan.

60 detik

- 5 Waktu penting CTPS:
- Sebelum makan
 - Setelah BAB
 - Sebelum menjamah makanan
 - Sebelum menyusui
 - Setelah beraktifitas

PENGGUNAAN MASKER YANG BENAR

CARA MEMAKAI MASKER YANG BENAR

Siapa saja yang perlu menggunakan masker



- Jika Anda batuk atau pilek
- Jika Anda sedang berangsur pulih dari sakit

CARANYA?



Tutupi mulut, hidung dan dagu Anda. Pastikan bagian masker yang berwarna berada di sebelah depan.



Tekan bagian atas masker supaya mengikuti bentuk hidung Anda, dan tarik kebelakang dibagian bawah dagu.



Lepas masker yang telah digunakan dengan hanya memegang tali, dan langsung buang ke tempat sampah.



Cuci tangan pakai sabun setelah membuang masker yang telah digunakan ke dalam.



Biar bersih ganti masker Anda secara rutin apabila kotor atau basah.

INGAT!
Gunakan masker bila batuk atau tutup mulut dengan lengan atas bagian dalam (etika batuk)

ETIKA BATUK

Etika Batuk



GUNAKAN MASKER



TUTUP MULUT DAN HIDUNG DENGAN LENGAN ATAS BAGIAN DALAM



TUTUP MULUT DAN HIDUNG DENGAN TISU



JANGAN LUPA MEMBUANGNYA DI TEMPAT SAMPAH



CUCILAH TANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SABUN DAN AIR MENGALIR

BATUK EFEKTIF

1. Tarik nafas 4-5 kali
2. Pada tarikan nafas yang dalam
3. Bahu dan dada di longgarkan serta batuk dengan sopan dan kuat
4. Keluarkan dahak dengan bunyi
5. Lakukan berulang kali sesuai kebutuhan

CARA MEMBUANG DAHAK

1. Menyiapkan Tempat Khusus Untuk Membuang Dahak

2. Tidak Mebuang Dahak Sembarangan

3. Dahak Dibuang Di Tempat Khusus Dan Tertutup Seperti Membuang Dahak ke WC, Menggunakan Wadah/Kaleng Tertutup Yang Sudah Di Beri Disinfektan

NUTRISI

Konsumsi Makanan Bergizi Seimbang Untuk Meningkatkan Daya Tahan Tubuh



NUTRISI PADA HEWAN

Makanan yang mengandung tinggi protein, zinc, kalsium seperti daging, telur, ikan laut, ikan tawar (ikan gabus, ikan wader)



NUTRISI

Bahan makanan sumber vitamin

- a. Vitamin A : hati ayam, hati sapi, sayur berwarna hijau, dan buah berwarna jingga
- b. Vitamin C : sayur dan buah misalnya jambu batu, pisang, pepaya, nanas, jambu, kelengkeng, tomat, bayam
- c. Vitamin D : susu, makanan yang mengandung susu seperti biskuit
- d. Vitamin B6 : suplemen tablet vitamin B6 100 mg. Kentang, kacang-kacangan dan hati
- e. Zinc : lauk hewani dari hasil laut, sayur sawi putih
- f. Fe : hati, daging merah, ikan, sayur hijau, kuning telur, kacang-kacangan.
- g. Kalsium : susu dan hasil olahannya, buah seperti jeruk, pepaya, alpukat



PEMBUATAN DESINFEKTAN

BAHAN PEMBUATAN CAIRAN DESINFEKTAN :

Desinfektan adalah senyawa kimia yang bersifat toksik dan memiliki kemampuan membunuh kuman dan bakteri. Masyarakat dapat membuat desinfektan rumah tangga menggunakan salah satu dari bahan-bahan berikut :

Cairan Pemutihan (Hipoklorit)

Bayclin, so-kin pemutih, Proclin, Proklen

2 Sendok makan untuk 1 liter air

Karbon/Lysol(Fenol)

Wipol, Supersol, Bebelk karbol , SOS karbol

2 Sendok makan untuk 1 liter air

Karbon/Lysol(Fenol)

Siper pell, SO-KLIN lantai, SOS Pembersih lantai
harpic, Deltol floor cleaner

4 Sendok makan untuk 1 liter air

PEMBUATAN JAMU TEMU LAWAK

**Untuk Meningkatkan Nafsu Makan
Pada Penderita TBC**

**JUMLAH
TEMULAWAK :** 25 gram temulawak 1 kali masak
1 ibu jari = 8cm = 10 gram
1 gelas belimbing = 200ml

● PROSES PEMBUATAN ●

- Temulawak di cuci hingga bersih
- Kemudian temulawak di iris atau di haluskan, atau bisa juga dengan di keringkan
- Direbus dengan 3 gelas air hingga menjadi 1 gelas saring
- Dinginkan dan saring
- Jamu temulawak siap dikonsumsi

BERJEMUR SETIAP PAGI



Berjemur di bawah sinar matahari merupakan obat alami penyakit TBC. Dengan berjemur, bakteri-bakteri TBC yang berada di luar tubuh kita lebih cepat mati. Berjemur pada pukul sembilan-setengah sepuluh pagi atau lebih, setelah badan berkeringat, dengan durasi 15-30 menit.

KALENDER JADWAL MINUM OBAT

BULAN TAHUN

Nama / Usia :

Alamat :

Fase Pengobatan	Jadwal Minum Obat						
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jum'at	Sabtu	Minggu
Intensif (setiap hari)*							1
Lanjutan (3x/minggu)*	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					

CATATAN:

- 1. PILIH FASE PENGOBATAN YANG SEDANG DIJALANI (*CORET YANG TIDAK PERLU)**
- 2. BERI TANDA SILANG (X) PADA TANGGAL YANG SUDAH MINUM OBAT**

LAMPIRAN 1 DOKUMENTASI







