Original Research

HEALTH INFORMATION : JURNAL PENELITIAN (HIJP)

Identifikasi Peran Masyarakat Dan Tenaga Kesehatan Dalam Pemberantasan Tb Paru Diwilayah Kerja Puskesmas Soropia

Identification of the Roles of the Community and Health Workers in Tuberculosis Control in the Soropia Public Health Center Working Area

Muhaimn Saranani[1*], Nurfantri[2], Akhmad[3]

[1,2,3] Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia
*Email korespondensi:
muhaiminsaranani75@gmail.com

Kata kunci: Peran Masyarakat, Tenaga Kesehatan, Pasien TB, Pengendalian TB, Peran Kader.

Keywords: *Role Of The Community, Health Workers, TB Patients, TB Control, Role Of Cadres.*

Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia
ISSN : 2085-0840
ISSN-e : 2622-5905
Periodicity: Bianual vol.17 no.1 2025
jurnaldanhakcipta@poltekkes-kdi.ac.id
Received : 16 April 2025
Accepted : 29 April 2025

Funding source: Poltekkes Kemenkes Kendari
DOI: 10.36990/hijp.v17i1.1682
URL: https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP
Contract number: -

Ringkasan: Latar belakang: Keberhasilan pengobatan TB nasional (85%) masih di bawah target global (90%), sementara wilayah kerja Puskesmas Soropia mengalami kenaikan temuan kasus tiga tahun terakhir. **Tujuan:** Menganalisis faktor rendahnya partisipasi masyarakat, mengevaluasi peran kader dan tokoh masyarakat, serta menilai peran tenaga kesehatan dalam pengendalian TB. **Metode:** Desain *mixed-method*; survei pada 350 KK, wawancara mendalam 31 partisipan (pasien TB, tenaga kesehatan, kader, tokoh masyarakat), FGD, dan observasi partisipatif; analisis tematik-triangulasi (Colaizzi). **Hasil:** Pengetahuan masyarakat didominasi kategori kurang (56%); tiga tema kunci: stigma TB sebagai aib, peran kader dan pemerintah desa dalam diseminasi informasi yang belum optimal, serta upaya nakes mendorong kepatuhan dan pelacakan kontak. **Simpulan:** Partisipasi komunitas terhambat stigma dan rendahnya literasi TB; fungsi kader dan dukungan kebijakan desa belum maksimal; kinerja nakes baik namun membutuhkan penguatan berbasis komunitas. **Saran:** Kampanye berbasis budaya lokal, pelatihan kader TB, advokasi alokasi dana desa, dan intervensi partisipatif untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat.

Abstract: Background: *The success of national TB treatment (85%) is still below the global target (90%), while the work area of the Soropia Health Center has experienced an increase in case findings in the last three years.* ***Objective:*** *Analyze the factors of low community participation, evaluate the role of cadres and community leaders, and assess the role of health workers in TB control.* ***Methods:*** *Mixed-method design; survey of 350 households, in-depth interviews of 31 participants (TB patients, health workers, cadres, community leaders), FGD, and participatory observation; thematical-triangulation analysis (Colaizzi). Results: Public knowledge is dominated by the lack category (56%); three key themes: the stigma of TB as a disgrace, the role of cadres and village governments in the dissemination of information that is not optimal, and the efforts of health workers to encourage compliance and contact tracing.* ***Conclusions:*** *Community participation is hampered by stigma and low TB literacy; cadre function and village policy support have not been*

maximized; the performance of health workers is good but requires community-based strengthening. ***Suggestions:*** *Local culture-based campaigns, TB cadre training, advocacy for village fund allocation, and participatory interventions to increase community engagement.*

PENDAHULUAN

Tuberkulosis paru (TBC) merupakan salah satu penyakit menular dan bersifat menahun, memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap kesehatan di dunia saat ini (Chen, X., 2021). Penyakit ini sangat menular karena bakteri penyebabnya dapat menyebar melalui udara saat penderita aktif batuk, bersin, atau berbicara (Purba & Ginting, 2023). Di Indonesia, tuberkulosis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan dan memiliki keterkaitan yang sangat erat dengan masalah sosial, ekonomi, dan budaya yang parah. Setelah India, di Indonesia estimasi kasus total (semua jenis) mencapai 1.060.000 orang per tahun. Kasus TB baru (termasuk relaps) berjumlah 717.941 kasus yang dilaporkan secara resmi (naik dari 505.323 kasus pada 2021 karena peningkatan deteksi pasca-COVID-19). Kasus TB Resisten Obat (DR-TB) Sekitar 28.000 kasus per tahun, tetapi hanya 2.739 yang terdiagnosis dan memulai pengobatan (gap besar dalam deteksi). Selain itu kematian akibat TB mencapai 134.000 orang (termasuk pasien TB-HIV) (WHO, 2024)

Beberapa kendala dan menjadi tantangan yang ditemukan dalam proses menurunkan jumlah pnderita TB diantaranya Pasien TBC yang belum ditemukan (Mulyawan, 2023) serta stigma yang ditujukan masyarakat ke penderita TB bahkan hingga menimbulkan depresi (Endria & Yona, 2019). Lima intervensi utama yaitu melakukan pelacakan kasus yang difokuskan pada kelompok resiko tinggi seperti anggota keluarga dengan penderita DM, penatalaksanaan TB laten, peningkatan diagnosis secara bakteriologis, diagnosis cepat berbasis analisis molekuler serta penguatan sumber daya manusia yang terlibat dalam layanan program TB (Mulyawan, 2023)

Penguatan SDM menjadi salah satu kunci keberhasilan pengendalian TB yang perlu mendapat perhatian serius dari berbagai pihak yang terkait (WHO, 2023). Beberapa upayan yang perlu dilakukan dalam meningkatkan kualitas sumberdaya manusia diantaranya Peningkatan kompetensi sumber daya manusia yang terlibat dalam program TB, baik petugas kesehatan, kader, maupun tenaga administrasi (Ockenga et al., 2023) pemenuhan jumlah tenaga yang sesuai rasio, kekurangan tenaga dapat menyebabkan layanan yang tidak optimal (Vo et al., 2020). Selain itu kerjasama dan koordinasi yang baik antara sumber daya manusia lintas program maupun lintas sektor terkait TB penting untuk meningkatkan cakupan, mutu dan kesinambungan layanan (Fitriadi, 2023), dari mulai penemuan kasus (Vo et al., 2020) hingga pengobatan dan pencegahan, perlu ada keterpaduan di antara berbagai pihak (Fitriadi, 2023).

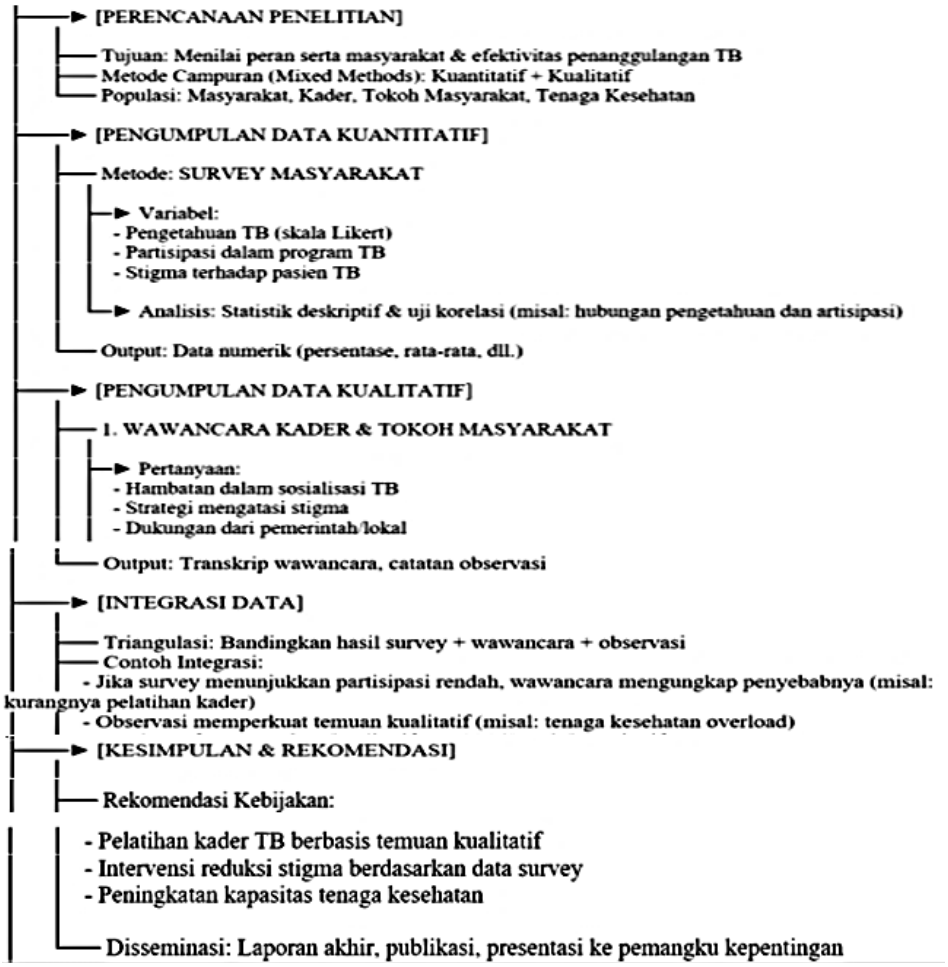
Puskesmas Soropia merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menerapkan metode DOTS, yang selanjutnya disebut UPK (Unit Pelayanan Kesehatan). Ditemukan peningkatan jumlah temuan kasus TB dalam 3 tahun terakhir. Beberapa faktor resiko yang ditemukan pada masyarakat Kecamatan Soropia diantaranya kondisi demografi: 40% memiliki pemukiman padat dan kurang memenuhi syarat kesehatan, tingkat perekonomian yang rendah, kebiasaan menyelam yang dapat menurunkan kemampuan kapasitas paru. Selain itu serta dihuni oleh masyarakat yang bekerja diarea pertambangan nikel.

Isu strategis yang akan dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan melakukan analisis terhadap keterlibatan berbagai sumberdaya manusia dalam Gerakan Berantas TB (Mantras TB) di wilayah kerja Puskesmas Soropia yang akan dilakukan pada petugas kesehatan dalam hal ini Kepala Puskesmas dan Programmer TB, kader, tokoh masyarakat yaitu Kepala Desa, Masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas dan pasien yang terdiagnosis TB di Puskesmas Soropia.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain mixed-method untuk memperkaya data kuantitatif dengan wawasan kualitatif. Data dikumpulkan melalui survei dan wawancara mendalam, termasuk *focus group discussion* (FGD) dan observasi partisipatif pada tenaga kesehatan, kader, penderita TB, serta tokoh masyarakat. Pendekatan ini memungkinkan eksplorasi mendalam mengenai keterlibatan masyarakat dalam pengendalian TB. Pengumpulan data dilakukan secara triangulasi, dan analisis data bersifat induktif dengan fokus pada makna daripada generalisasi (Alfansyur, 2020).



Gambar 1. Flow Chart Implementasi Penelitian

Populasi dan Sampel Penelitian

Penentuan Sampel Data Kuantitatif, Populasi dalam penelitian ini adalah semua desa yang berada diwilayah kerja Puskesmas Soropia Kabupaten Konawe berjumlah 14 desa dan 1 kecamatan, besaran sampel dalam penelitian ini "n = 350 KK dihitung menggunakan rumus Slovin (tingkat kesalahan 5%). Tehnik Pemilihan Sampel, dengan menggunakan Stratified Random Sampling, dengan rincian: Desa Mekar : 28, Atowatu : 20, Sorue Jaya : 28, Toronipa: 28, Bajo Indah : 23, Bajoe : 21, Sawapudo: 27, Soropia : 21, Waworaha : 19, Tapulaga : 14, Saponda Laut: 24, Bokori : 25, Telaga Biru: 17, Saponda : 25. Besaran sampel setiap desa dengan mempertimbangkan Jumlah kasus penderita TB

Penentuan sampel Data Kualitatif, menggunakan metode Purpossive random sampling dengan menggunakan 3 kategori : Pasien TB: 11 pasien, dengan kategori: 5 pasien baru, 4 pasien lama, 2 pasien TB MDR, Tenaga Kesehatan : Kepala Puskesmas 1 orang, Programmer TB 1 orang, Kader Kesehatan : 5 orang, Tokoh masyarakat (Kepala desa) : 2 orang.

Pengumpulan Data

Untuk menggali data secara menyeluruh Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam untuk memperoleh gambaran keterlibatan masyarakat dalam penatalaksanaan penderita TB. Wawancara menggunakan pertanyaan terstruktur, dilakukan ± 10-15 menit, wawancara dilakukan dikediaman tokoh masyarakat, di Puskesmas bagi tenaga kesehatan, dan Kantor desa mekar bagi kader. Wawancara dilakukan menggunakan Bahasa Indonesia. Proses perekaman baik suara maupun gambar menggunakan aplikasi perekam suara dan kamera yang terintegrasi pada smartphone dengan merk OPPO A73 dengan kamera 48 mega pixel. Untuk data yang di observasi, dilakukan pencatatan hasil obeservasi.

Analisa Data

Analisis data menggunakan metode fenomenologis Colaizzi yang meliputi membaca transkrip, mengekstrak pernyataan signifikan, merumuskan makna, mengelompokkan tema, dan menyusun deskripsi holistik. Hasil analisis dipadukan dengan triangulasi sumber untuk meningkatkan validitas, membandingkan data dari wawancara, observasi, dan dokumen riwayat pengobatan. Validasi interpretasi dilakukan melalui member checking dengan partisipan dan peer debriefing bersama ahli eksternal. Data dikodekan secara manual dan dianalisis secara tematik untuk menyusun kategori dan tema utama.

Tahapan Analisis Data dengan Metode Colaizzi: Membaca dan memahami seluruh transkrip wawancara secara mendalam; Mengidentifikasi dan menandai pernyataan signifikan yang relevan dengan fenomena penelitian; Menafsirkan pernyataan tersebut menjadi makna yang lebih abstrak; Mengelompokkan makna-makna terkait ke dalam tema-tema utama; Menyusun deskripsi holistik yang menggambarkan fenomena berdasarkan tema-tema tersebut.

Penggunaan Triangulasi: Metode Colaizzi dipadukan dengan triangulasi sumber untuk meningkatkan validitas temuan dengan membandingkan data dari wawancara, observasi, dan dokumen pasien. Validasi hasil analisis dilakukan melalui member checking dengan partisipan dan peer debriefing bersama ahli eksternal untuk memastikan interpretasi tema sesuai pengalaman partisipan. Proses Analisis: Data rekaman suara, gambar, dan catatan lapangan diolah menjadi transkrip verbatim, kemudian dikodekan secara manual. Kategori dan tema utama disusun setelah seluruh data terkumpul.

HASIL

Karakteristik responden

Responden dalam penelitian ini dipaparkan dalam beberapa karakteristik, diantaranya usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pengetahuan dan Kategorik s Pasien TB

Tabel 1. Karakteristik Responden berdasarakan Usia

Usia	Pasien TB	Tenaga Kesehatan	Kader Kesehatan	Tokoh masyarakat (Kepala desa)	Masyarakat (n=350)	%
17 – 25	2				20	5,7
26-35	2	1	2	-	109	31,1
36-45	4	1	1	2	113	32,2
46-55	3				108	30,8
N	**11**	**2**	**3**	**2**	**350**	**100%**

Berdasarkan tabel 1 diatas bahwa kelompok usia responden dalam peelitian ini terbanyak padagolongan usia dewasa Madya (30 – 59 Tahun).

Tabel 2. Karakteristik Responden berdasarakan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Pasien TB	Tenaga Kesehatan	Kader Kesehatan	Tokoh masyarakat (Kepala desa)	Masyarakat (n=350)	%
Laki-laki	5	1	0	2	136	38,8
Perempuan	6	1	5	0	214	61,1

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa jenis kelamin Perempuan lebih banyak terlibat sebagai partisipan disbanding jenis kelamin laki-laki.

Tabel 3. Karakteristik Responden berdasarakan Tingkat Pendidikan

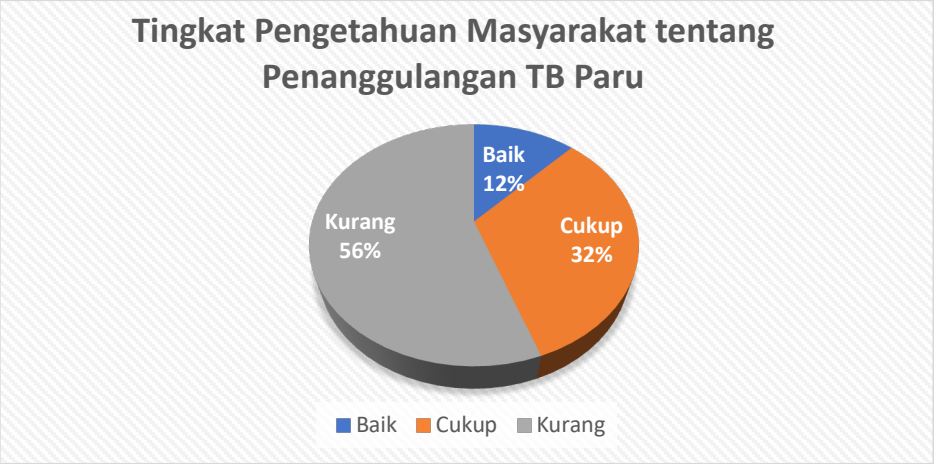
Tingkat Pendidikan	Pasien TB	Tenaga Kesehatan	Kader Kesehatan	Tokoh masyarakat (Kepala desa)	Masyarakat (n=350)	%
Tinggi (minimal DIII)	1	2	3	2	32	9,1
Menegah (SMA Sederajat)	3				154	44
Rendah (SD, SMP)	7				164	46,8

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa Kelompok masyarakat tingkat Pendidikan Rendah dibandingkan tingkat Pendidikan Tinggi

Tabel 4. Karakteristik Responden berdasarakan Jenis TB

Jenis TB	Tidak Patuh	Patuh
Pasien baru	5	55
Pasien lama	4	44
TB MDR	2	22
Total	**11**	**100**

Berdasarkan tabel 4 ditemukan TB MDR yang mengindikasikan ketidakptuhan pasien TB dalam menjalankan pengobatan



Gambar 2. Tingkat Pengetahuan Masyarakat yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Soropia

Temuan Analitis

Kurangnya peran serta masyarakat akibat Stigma " Penyakit TB adalah Aib dan menakutkan " dan kurang pengetahuan

Stigma yang disimpulkan pada penelitian ini diasumsikan sebagai cap negatif atau label yang diberikan kepada seseorang atau kelompok tertentu, yang seringkali berdasarkan pada informasi yang salah atau tidak lengkap. Beberapa kategorik kata kunci yang menunjukkan respon masyarakat terhadap stigma yang berkembang di masyarakat diantaranya rasa malu, pasrah, menyembunyikan, takut dan sedih. Hal ini didasarkan pada pernyataan responden yang penyebutkan pernyataan ***"malu"*** sebagai berikut :

"Saya malu masih muda sudah kena penyakit seperti ini" (P1)
"Saya malu di tanyai terus kenapa batuk – batuk terus" (P6)
"Dia kader, tapi mengundurkan diri karena malu dengan penyakitnya" (P13/Nakes)

Respon terhadap stigma juga ditunjukkan dengan perilaku **"Pasrah**" yang ditunjukkan melalui pernyataan sebagai berikut

"Saya pasrah saja, mungkin sudah nasib saya" (P2)
"Saya ke puskesmas, karena tidak tahan mi tidak bisami tidur dan tidak mau makan" (P4)
"Saya berobat saja sampai sembuh" (P5)
"Mau diapami " (P7)
"Ya, diterima saja, sudah kehendak yang kuasa" (P8)
"Mungkin mereka taumi saya TBC" (P9)
"Tidak bisami kita menghindar kalau begitumi kita dikasi bu" (P10)

Menyembunyikan tentang penyakit yang diderita, menjadi salah satu pilihan penderita TB menghadapi stigma tentang penyakit TB, Hal ini ditunjukkan dengan pernyataan

"Sembunyikan, saya bilang saja hanya sakit biasa" (P3)
"Mereka lebih baik menahan sakit dari pada ketahuan sakit TB" (P12/Nakes)
"Saya tidak tau, tiba – tiba dengar sedah dirujuk karena masyarakat disini malu kalua ditahu sakit TBC" (P17/Toma)

Respon lain yang ditunjukkan oleh masyarakat yang terdiagnosis TB berupa "**takut, Kaget dan sedih"**. Hal ini diungkapkan, sebagai berikut:

"Saya takut sekali klu tahu saya sakit TBC" (P4)
"……Keluargaku sama tetangga jarangmi ke rumahku" (P9)
" Kaget, tapi mau di apa kasian" (P11)
"……. Kadang didatangi dirumahnya, karena takut dilihat berkunjung teruske puskesmas"(P13)
" di pesta sampai dipisahkan tempat makannya, karena di tahu dia sakit TBC" (P15)

Peran kader, Tenaga Kesehatan dan pemerintah setempat dalam Penyebaran Informasi tentang Penyakit TB Paru dan upaya lain dalam penanggulangan TB Paru

Keterlibatan berbagai unsur diantaranya kader, Tenaga Kesehatan dan pemerintah setempat sangat penting dalam upaya Pemberantasan penyakit TBC dimasyarakat. Beberapa pernyataan yang mendeskripsikan peran tersebut diantaranya:

"Saya tahu TBC nantipi saya sakit, disuruka minum obat lama"(P5)

"…….kader disini lebih aktif di posyandu anak-anak" (P14)

"Tidak pernahpi kami dilatih untuk tangani kasus TB" (P16)

"Kami baru akan bentuk kader khusus untuk TB bu" (P13)

"Tidak ada dana khusus untuk dalam anggran dana desa tentang penanggulangan TB, kalau stanting ada, sudah 2 tahun" (P18)

Upaya Tenaga kesehatan dalam mendorong partisipasi Masyarakat dalam menanggulagi TB

Tenaga Kesehatan merupakan bagian penting dalam upaya pemberantasan TB Paru, berikut gambaran pernyataan terkait peran tenaga kesehatan

" ……untungnya bu Yuli sering wa kalu sudah jadwalku ambil obat" (P2)
"Pertama- tama berobat kayak mau mati kalau habis minum obat, tapi ditanyakan terus sama bu Yuli…"(P3)
"…..suami dan anak-anak disuruh semau periksa padahal tidak sakitji "(P6)
" Iya……anakku ditelpon terus, kalau belum pergi ambil obat" (P10)
"Mahasiswa kedokteran UHO, kami fasilitasi agar dapat membantu kami melakukan skrining masyarakat yang dicurigai, saya bersyukur " (P12) **Triangulasi II**

Hasil obeservasi, Petugas Kesehatan berkunjung ke rumah pasien untuk memastikan obat tidak putus lagi

PEMBAHASAN

Kesehatan individu dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor individu, hubungan sosial, komunitas, kebijakan, dan lingkungan. Pemberantasan tuberkulosis (TB) menghadapi tantangan di setiap level ini, yang saling berkaitan dan memperumit upaya eliminasi. Pada level inividu Stigma Internal Rasa malu atau takut dikucilkan membuat pasien menyembunyikan penyakitnya sehingga beresiko meningkatkan risiko penularan. Hal ini ditemukan pula dalam penelitian ini, Beberapa pernyataan responden menggambarkan ketakutan seperti " saya takut sekali klu tahu saya sakit TBC" (P4), " kadang didatangi dirumahnya, karena takut dilihat berkunjung terus ke puskesmas"(P13). Temuan stigma TB sebagai 'aib' sejalan dengan penelitian (Yadav, 2024) terkait stigma tuberkulosis (TB) merupakan determinan sosial kesehatan yang kritis karena berdampak multidimensi, meliputi psikologis, ekonomi, dan sosial pasien. Ketakutan akan diskriminasi (kehilangan pekerjaan, hubungan, atau akses pendidikan) dapat menimbulkan trauma jangka panjang, bahkan melebihi durasi pengobatan TB itu sendiri. Empati dan dukungan terhadap pasien yang terstigma merupakan langkah esensial untuk memitigasi dampak buruk TB dan memulihkan kesejahteraan holistik mereka.

Pada Level Hubungan Sosial (Keluarga, Teman, Lingkungan Kerja), seseorang dapat mengalami diskriminasi dimana keluarga atau rekan kerja mungkin mengisolasi penderita TB karena ketakutan tertular, memperparah stigma. Stigma dalam masyarakat dapat dipahami melalui empat dimensi utama. Pertama, konsep jarak sosial, yang mencerminkan anggapan bahwa masyarakat cenderung menjauhi dan memisahkan diri dari individu yang mengalami masalah kesehatan mental. Kedua, aspek ketidakpercayaan, yang menggambarkan persepsi bahwa masyarakat enggan memberikan kepercayaan atau tanggung jawab kepada mereka yang menderita gangguan jiwa. Ketiga, adanya pandangan tentang hubungan yang dianggap tabu, yang mencerminkan keyakinan bahwa masyarakat akan memberikan perlakuan diskriminatif terhadap orang-orang yang berinteraksi atau memiliki kedekatan dengan individu yang mengalami masalah (Baba, 2017).

Beberapa pernyataan yang diungkapkan responden memiliki relevansi dengan konsep diatas diantaranya " ……..di pesta sampai dipisahkan tempat makannya, karena di tahu dia sakit TBC" (P15). Pernyataan diatas merupakan gambaran Stigma sosial yang terjadi di masyarakat, diman sering memandang TB paru sebagai penyakit yang memalukan karena dikaitkan dengan kemiskinan, kebersihan yang buruk, atau gaya hidup tidak sehat. Hal ini menciptakan stigma yang membuat penderita merasa perlu menyembunyikan kondisinya (Fuady et al., 2024). Stigma juga berimplikasi pada identitas sosial pemiliknya Diagnosis TB paru dapat mengubah cara seseorang memandang dirinya

dan bagaimana mereka dilihat oleh orang lain. Perubahan identitas sosial ini bisa membuat penderita merasa perlu menyembunyikan kondisinya untuk mempertahankan status sosial mereka (Fuady et al., 2024)(Craig et al., 2017).

Pada penelitian ini, ditemukan pula tingkat pengetahuan masyarakat didominasi tingkat pengetahuan cukup (32,85%) dan kurang (56,2%). Hal tersebut relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Adisa et al., 2021) Kurangnya edukasi, menjadi salah Keterbatasan pengetahuan masyarakat tentang TB paru, termasuk penyebab, penularan, dan pengobatannya, dapat memperparah stigma dan memperkuat persepsi negative (Fuady et al., 2023) selain itu Kurangnya pengetahuan dan persepsi negatif tentang tuberkulosis (TB) dapat memperkuat stigma, yang berujung pada penundaan diagnosis, peningkatan penularan, dan hambatan dalam pengendalian prevalensi TB. Oleh karena itu, upaya edukasi masyarakat mengenai cara penularan, pengobatan, dan pencegahan TB sangat penting untuk mematahkan mitos serta mengubah persepsi yang keliru. Rekomendasi utama meliputi penyebaran informasi akurat guna mengurangi stigma dan mendorong deteksi dini serta pengobatan yang tepat waktu (Rahmawati et al., 2024).

Beberapa dampak stigma pada partisipasi masyarakat dalam nanggulangan TB: (1) Keengganan Mencari Pengobatan (Penderita menunda berobat karena malu, Takut diketahui masyarakat sekitar, Khawatir kehilangan pekerjaan, Cenderung menyembunyikan gejala (2) Hambatan dalam Pelacakan Kontak (Keluarga menolak diperiksa, Tetangga enggan melakukan screening, Kesulitan mengidentifikasi kontak erat, Penolakan kunjungan petugas kesehatan (Kunnuji et al., 2024) (3) Dampak Sosial-Ekonomi (Isolasi dari kegiatan masyarakat, Kesulitan mencari pekerjaan, Anak-anak penderita TB mengalami diskriminasi di sekolah, Berkurangnya pendapatan keluarga (4) Gangguan Psikologis (Depresi pada penderita, Kecemasan berlebihan, Rendahnya kepercayaan diri, Stres dalam keluarga (Subu et al., 2024); (5) Penurunan Kualitas Program TB (Rendahnya angka penemuan kasus, Tingginya angka putus berobat, Kesulitan dalam pemantauan pengobatan, Kurangnya dukungan masyarakat (Chakaya et al., 2021); (6) Dampak pada Tingkat Komunitas (menurunnya partisipasi dalam kegiatan preventif, Berkurangnya peran kader kesehatan, Lemahnya sistem dukungan sosial, Terhambatnya program edukasi kesehatan)(Id et al., 2024).

Selain peran Masyarakat sebagai sasaran utama program penanggulangan TB Peran Kader Kesehatan juga sangat penting, sebagai bagian dari system yang dapat menjembatanai antara masyarakat dengan tenaga kesehatan. Beberapa peran yang dapat dilakukan oleh seorang kader diantaranya : Deteksi Kasus berupa deteksi dini, Memotivasi suspek untuk memeriksakan diri, Pelacakan kontak penderita TB (Sejie & Mahomed, 2023) (2) Pendampingan Pengobatan berupa Pemantauan minum obat (PMO), Monitoring efek samping obat, Memastikan kepatuhan pengobatan, Pencatatan perkembangan pengobatan Edukasi Masyarakat berupa tindakan Penyuluhan tentang TB, Sosialisasi pencegahan penularan, Kampanye hidup bersih dan sehat dan Penyebaran informasi layanan kesehatan (Jauhar et al., 2019). Pada penelitian ini ditemukan belum berfungsinya secara maksimal kader yang berada diwilayah kerja puskesmas, pelatihan yang belum terlaksana sehingga peran kader belum dapat dijadikan sebagai unsur dalam penanggulangan TB.

Berbagai macam pendekatan dapat dilakukan dalam mengendalikan peningkatan kasus TB, diantaranya dengan memberdayakan tokoh masyarakat diantaranya Tokoh Adat, melalui pendekatan budaya lokal, Mempengaruhi norma social, Mendorong penerimaan masyarakat, Mediasi konflik terkait stigma (2) perangkat Desa melalui upaya perumusan kebijakan pendukung, alokasi dana desa, Koordinasi program TB, Memfasilitasi akses layanan (Sejie & Mahomed, 2023).

KESIMPULAN DAN SARAN

Studi ini mengungkap bahwa stigma dan kurangnya pengetahuan masyarakat menjadi penghambat utama pengendalian TB. Untuk itu, kolaborasi antara puskesmas, kader, dan tokoh agama diperlukan untuk mengkampanyekan edukasi TB berbasis budaya lokal, Peningkatan Kapasitas Kader melalui Penyuluhan dan Pelatihan serta Perlu Kebijakan yang mampu memayungi pada level pemerintahan seperti penyediaan sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan kegiatan yang bermuatan pengendalian Kasus TB paru. Untuk penelitian selanjutnya perlu melakukan intevensi dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan TB dan efektifitas intervensi tersebut.

REKOMENDASI

Untuk peneliti selanjutnya untuk memperkuat validitas, penelitian lanjutan dapat menambahkan analitik data sekunder terstandardisasi dari SITB/puskesmas (tren tiga tahun, TPT, CNR, TSR, LTFU, proporsi PMO, cakupan pelacakan kontak), dokumentasi kebijakan desa (alokasi dana kesehatan), serta audit kapasitas kader (jumlah, pelatihan, cakupan wilayah).

PERNYATAAN

Ucapan Terimakasih

Direktur Poltekkes kemenkes Kendari yang telah memberikan Dana Penelitian Dosen melalui DIPA Penelitian Poltekkes tahun 2024. Kepala Puskesmas Soropia dan jajarannya (Programmer TB dan Kader di wilayah kerja Puskesmas Soropia. Para Kepala Desa se Kecamatan Soropia. Para pasien TB yang masuk dalam sampel penelitian. Para Enumerator yang telah mebantu selama penelitian

Pendanaan

DIPA Penelitian Poltekkes Kemenkes Kendari Tahun Anggaran 2024.

Kontribusi Setiap Penulis

MS: (Konspetualisasi, Kurasi data, Metodologi, Penyiapan Naskah/draft, Penyiapan Naskah - reviu & pengeditan). **N:** (Analisis formal, Akuisisi biaya, Validasi, Visualisasi). **A:** (Urusan Administrasi, Sumberdaya, Validasi, Visualisasi).

Pernyataan Konflik Kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan.

DAFTAR PUSTAKA

Alfansyur. (2020). Seni Mengelola Data : Penerapan Triangulasi Teknik , Sumber Dan Waktu pada Penelitian Pendidikan Sosial. *Historis*, *5*(2), 146–150.

Chakaya, J., Khan, M., Ntoumi, F., Aklillu, E., Fatima, R., Mwaba, P., Kapata, N., Mfinanga, S., Hasnain, S. E., Katoto, P. D. M. C., Bulabula, A. N. H., Sam-Agudu, N. A., Nachega, J. B., Tiberi,

S., McHugh, T. D., Abubakar, I., & Zumla, A. (2021). Global Tuberculosis Report 2020 – Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts. *International Journal of Infectious Diseases*, *113*, S7–S12. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.107

Chen, X., et all. (2021). Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: : a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *21*(1), 1–10. https://doi.org/doi.org/10.1186/s12889-020-10055-2

Endria, V., & Yona, S. (2019). Depresi Dan Stigma Tb Dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, *3*(1), 21–28. https://doi.org/10.37294/jrkn.v3i1.151

Fitriadi, Y. (2023). Effort to Control Pulmonary Tuberculosis (TB) in the Community through Tuberculosis Alert Health Cadre Training. *Journal of Community Empowerment for Health*, *6*(3), 133. https://doi.org/10.22146/jcoemph.77331

Fuady, A., Arifin, B., Yunita, F., Rauf, S., Fitriangga, A., Sugiharto, A., Yani, F. F., Nasution, H. S., Putra, Iw. G. A. E., Mansyur, M., & Wingfield, T. (2023). Stigma towards people with tuberculosis: a cross-cultural adaptation and validation of a scale in Indonesia. *BMC Psychology*, *11*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01161-y

Id, G. T., Rtbey, G., Andualem, F., Takelle, G. M., Melkam, M., Abate, A. T., Wassie, Y. A., Alemayehu, T. T., Geremew, G. W., Dires, A., Tinsae, T., Fentahun, S., & Nakie, G. (2024). *HIV-related perceived stigma and internalized stigma among people living with HIV / AIDS in Africa : A systematic review and meta-analysis*. *355*, 1–26. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309231

Jauhar, M., Rohana, I. G. A. P. D., Rachmawati, U., Kusumawardani, L. H., & Rasdiyanah, R. (2019). Empowering community health volunteer on community-based tuberculosis case management programs in lower-income countries: A systematic review. *Journal of Community Empowerment for Health*, *2*(2), 172. https://doi.org/10.22146/jcoemph.47148

Kunnuji, M., Chijioke-akaniro, O., Eluwa, G., Ubochioma, E., & Armstrong, R. (2024). *TB Stigma in Nigeria : A Health Stigma and Discrimination Framework Analysis*. *7*(3), 219–229. https://doi.org/10.26502/aimr.0179

Mulyawan, K. (2023). *AYO BERSAMA AKHIRI TBC, INDONESIA BISA*. https://dinkes.ntbprov.go.id/artikel/ayo-bersama-akhiri-tbc-indonesia-bisa/

Ockenga, J., Fuhse, K., Chatterjee, S., Malykh, R., Rippin, H., Pirlich, M., Yedilbayev, A., Wickramasinghe, K., & Barazzoni, R. (2023). Tuberculosis and malnutrition: The European perspective. *Clinical Nutrition*, *42*(4), 486–492. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.01.016

Purba, S. K. R., & Ginting, R. Y. M. (2023). Gambaran Hasil Pemeriksaan HIV Pada Penderita Tuberculosis Paru Di Rumah Sakit Khusus Paru Medan. *Health Information : Jurnal Penelitian, 15*(1). Retrieved from https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/928

Rahmawati, A., Wulandari, S. M., Milanti, A., Efendi, F., Maryuni, M., Mutia, J., & Aprilia, N. R. (2024). Knowledge, Perception, and Stigma in the Jakarta Community Toward Tuberculosis Prevention. *Indonesian Journal of Public Health*, *19*(3), 453–465. https://doi.org/10.20473/ijph.v19i3.2024.453-465

Rifa'i. (2023). Analisis Metodologi Penelitian Kulitatif dalam Pengumpulan Data di Penelitian Ilmiah pada Penyusunan Mini Riset. *Cendekia Inovatif Dan Berbudaya*, *1*(1), 31–37. https://doi.org/10.59996/cendib.v1i1.155

Sejie, G. A., & Mahomed, O. H. (2023). Mapping the effectiveness of the community tuberculosis care programs: a systematic review. *Systematic Reviews*, *12*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s13643-023-02296-0

Subu, M. A., Dias, J. M., Mottershead, R., Ahmed, F. R., Narulita, S., Maryuni, M., Zakiyah, Z., Nurbaeti, I., Mohamed Al Marzouqi, A., & Al-Yateem, N. (2024). Exploring mental health stigma among Indonesian healthcare students towards individuals with mental illnesses: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *19*(1). https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2327103

Vo, L. N. Q., Forse, R. J., Codlin, A. J., Vu, T. N., Le, G. T., Do, G. C., Van Truong, V., Dang, H. M., Nguyen, L. H., Nguyen, H. B., Nguyen, N. V., Levy, J., Squire, B., Lonnroth, K., & Caws, M.

(2020). A comparative impact evaluation of two human resource models for community-based active tuberculosis case finding in Ho Chi Minh City, Viet Nam. *BMC Public Health*, *20*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09042-4

WHO. (2023). Global Tuberculosis Report 2023. In *January: Vol. t/malaria/* (Issue March). ttps://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1

WHO. (2024). *2024 Global tuberculosis report*. https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024

Yadav, S. (2024). Stigma in Tuberculosis: Time to Act on an Important and Largely Unaddressed Issue. *Cureus*, *16*(6), 8–10. https://doi.org/10.7759/cureus.61964