

KEMANDIRIAN MASYARAKAT DALAM PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN PENYAKIT TB PARU

Ninieki Lely Pratiwi¹, Betty R¹, Rachmat Hargono² dan Noor Edi Widya S¹

ABSTRACT

Background: Prevention of tuberculosis, particularly pulmonary tuberculosis in Indonesia was started in 1969, but the number of pulmonary TB patients is increasing. **Methods:** Ethnographic qualitative study aims to assess the independence of the community effort in preventing pulmonary TB disease transmission. **Methods:** of data collection participatory observation, in-depth interviews with informants pulmonary TB patients and families. Research sites in the city of Pariaman, West Lombok district and the district Rote Ndao NTT. **Results:** The analysis of four independent indicators of the knowledge society is still low considering that most of the informants consider pulmonary TB disease as a hereditary disease, and infectious diseases as the people in the district Hossa Rote Ndao. Illness perceptions of people in the city of Pariaman, pulmonary TB disease as a disease because "tamakan", due to use-for others who are not happy. In the town of West Lombok fear of stigma, shame as people with TB, so there are many people who call it the perception of illness as a disease of old cough, dry cough of 40 days, and asthma. Confidence/trust society still depends on health workers, yet there are cadres who provide direct counseling on prevention of transmission. Capability community is lacking, people still believe in the health care workers to provide counseling. Selection of the PMO staff (Supervisors taking medication) were not appropriate to the social structures that exist in society. Lobar districts with 'sasak' social structure, then the host teacher, 'Kyai' can be as social support surrounding communities. 'Kyai' expected to affect the mindset of people, motivate people to air PHBs. Rote Ndao district as a social support from church leaders as well as the city of Pariaman, a descendant of the king, can motivate people. Participatory community by providing prevention counseling in a variety of pulmonary TB disease or group of containers carried on a group of new religious NGOs, Asiyah, churches, Muhammadiyah. **Recommendation:** Required an increase in participatory community of various other NGOs, in an integrated cross-sector to perform the preventive, promotive control of pulmonary TB disease by promoting the re-socialization of the glass roof house design, conduct prevention.

Key words: Community on People Self Care, TB DOTS, Proactive Case Finding

ABSTRAK

Penanggulangan tuberculosis, khususnya TB paru di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1969, namun jumlah penderita TB paru semakin meningkat. Penelitian kualitatif etnografis ini bertujuan untuk mengkaji upaya kemandirian masyarakat dalam upaya pencegahan penularan penyakit TB paru. Cara pengumpulan data observasi partisipatori, wawancara mendalam dengan informan penderita TB paru dan keluarga. Lokasi penelitian di Kota Pariaman, kabupaten Lombok Barat dan Kabupaten Rote Ndao NTT. Hasil analisis dari 4 indikator kemandirian masyarakat dari sisi knowledge masih rendah mengingat bahwa sebagian besar informan menganggap penyakit TB paru sebagai penyakit keturunan, dan tidak menular. Penyakit Hossa sebutan masyarakat di kabupaten Rote Ndao. Persepsi illness masyarakat di kota Pariaman, penyakit TB paru sebagai penyakit karena "tamakan", akibat diguna-guna orang lain yang tidak senang. Di kota Lombok Barat stigma takut, malu sebagai penderita TB, sehingga masih banyak persepsi illness masyarakat yang menyebutnya sebagai penyakit batuk lama, batuk kering 40 hari, dan penyakit asma. Kepercayaan/trust masyarakat masih tergantung pada petugas kesehatan, belum ada kader yg memberikan penyuluhan langsung tentang pencegahan penularan. Kemampuan/capacity masyarakat masih sangat kurang, masyarakat masih lebih percaya pada petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan. Pemilihan sebagai tenaga PMO (Pengawas makan obat) kurang sesuai dengan struktur sosial yang ada di masyarakat. Kabupaten Lobar dengan struktur sosial masyarakat sasak maka tuan guru, Kyai dapat sebagai social support

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17, Surabaya

² Departemen Pendidikan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR, Jl. Mulyorejo Surabaya
Alamat korespondensi: niniekpratiwi@yahoo.com

masyarakat disekitarnya. Kyai diharapkan dapat memengaruhi pola pikir masyarakat, memotivasi masyarakat agar ber PHBS. Kabupaten Rote Ndao sebagai social support dari tokoh gereja demikian pula dengan kota Pariaman, keturunan raja, dapat memotivasi masyarakatnya. Partisipatori masyarakat dengan memberikan penyuluhan pencegahan penularan penyakit TB paru dalam berbagai wadah atau kelompok baru terlaksana pada kelompok LSM agama, Asiyah, gereja, Muhammadiyah. Diperlukan upaya kemandirian masyarakat melalui peningkatan partisipatori masyarakat dari berbagai LSM yang lainnya, lintas sektor untuk secara terpadu melakukan upaya preventif, promotif penanggulangan penyakit TB paru dengan menggalakkan kembali sosialisasi rancangan rumah genting kaca, ventilasi rumah yang memadai dan perilaku pencegahan penularan dengan PHBS.

Kata kunci: Kemandirian, TB DOTS, proactive case finding

Naskah Masuk: 15 Pebruari 2012, Review 1: 22 Pebruari 2012, Review 2: 22 Pebruari 2012, Naskah layak terbit: 28 Pebruari 2012

PENDAHULUAN

Jumlah penderita TB paru di Indonesia berada pada urutan ke tiga setelah India dan Cina. Di Indonesia setiap menit muncul satu penderita baru TB paru, setiap dua menit muncul satu penderita baru TB paru yang menular, sehingga setiap menit sekali 1 orang meninggal akibat TB. Jumlah penderita TB paru di Indonesia pada tahun 2003 tercatat 581.243 di bawah India 1.820.369 dan Cina 1.447.947 (Erfandi, 2008). Pada tahun 2008 jumlah kasus sebesar 285.243 dan 160.752 di antaranya dengan basil tahan asam (BTA) positif atau menular yang sebagian besar terjadi pada penduduk kurang mampu.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 ditemukan bahwa prevalensi TB Nasional dengan pemeriksaan BTA mikroskopis pagi-sewaktu dengan dua slide BTA positif adalah 289/100.000 penduduk, sedangkan prevalensi TB Nasional dengan satu slide BTA positif adalah 415/100.000 penduduk (Balitbangkes Depkes RI, 2010).

Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular, secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat.

Angka penemuan kasus (*Case Detection Rate = CDR*) di Indonesia telah mencapai 73% dari target yang ditetapkan yaitu target minimal sebesar 70%. Meskipun pelaksanaan Program Pengendalian TB di tingkat nasional menunjukkan perkembangan berarti dalam keberhasilan penemuan kasus dan pengobatan, namun kinerja di tingkat provinsi menggambarkan kesenjangan antardaerah. Dua puluh lima provinsi di Indonesia belum mencapai CDR 70% dan hanya 7 provinsi yang mampu memenuhi target CDR 70%

dan 85% keberhasilan pengobatan (Kemenkes RI, 2011).

Kegiatan penanggulangan tuberculosis, khususnya TB paru di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1969, namun sampai sekarang perkembangannya belum menunjukkan hasil yang menggembirakan. Untuk menanggulangi masalah TBC di Indonesia dengan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse chemotherapy* (DOTS) yang direkomendasikan WHO merupakan pendekatan yang paling tepat saat ini dan harus dilaksanakan lebih serius (Agus Eko N, 2010).

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk menciptakan/meningkatkan kapasitas masyarakat, baik secara individu maupun berkelompok, dalam memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian, dan kesejahteraannya. Pemberdayaan masyarakat adalah Upaya menumbuhkan kapasitas dan kapabilitas masyarakat untuk meningkatkan posisi tawar (*bargaining power*), sehingga memiliki akses dan kemampuan untuk mengambil keuntungan timbal balik dalam bidang ekonomi, politik, sosial, kesehatan dan budaya (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat PNPM Mandiri, Pedoman Umum). Upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan sedikitnya empat unsur pokok yaitu: a) Aksesibilitas informasi, karena informasi merupakan kekuasaan baru kaitannya dengan peluang, layanan, penegakan hukum, efektivitas negosiasi, dan akuntabilitas; b) Keterlibatan dan partisipasi, yang menyangkut siapa yang dilibatkan dan bagaimana mereka terlibat dalam keseluruhan proses pembangunan; c) Akuntabilitas, kaitannya dengan pertanggung jawaban publik atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatas namakan rakyat; d) Kapasitas organisasi lokal, kegiatannya dengan kemampuan bekerja sama, mengorganisasi warga

masyarakat, serta memobilisasi sumber daya untuk memecahkan masalah-masalah yang mereka hadapi (Saiful Ady Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar, 2010).

Pengertian pemberdayaan sebagai tujuan seringkali digunakan sebagai indikator keberhasilan pemberdayaan sebagai sebuah proses. Schuler, Hashemi dan Riley mengembangkan beberapa indikator pemberdayaan, yang mereka sebut sebagai *empowerment index* atau indeks pemberdayaan.

Membentuk kemandirian agar masyarakat secara mandiri mempunyai kesadaran akan pentingnya upaya pencegahan untuk menanggulangi penyakit TB Paru dengan membentuk *subjektif norm* pada setiap individu dalam keluarga baik sebagai keluarga penderita secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini dapat mengambil beberapa contoh untuk membentuk sikap kemandirian dalam upaya pencegahan penyakit TB paru.

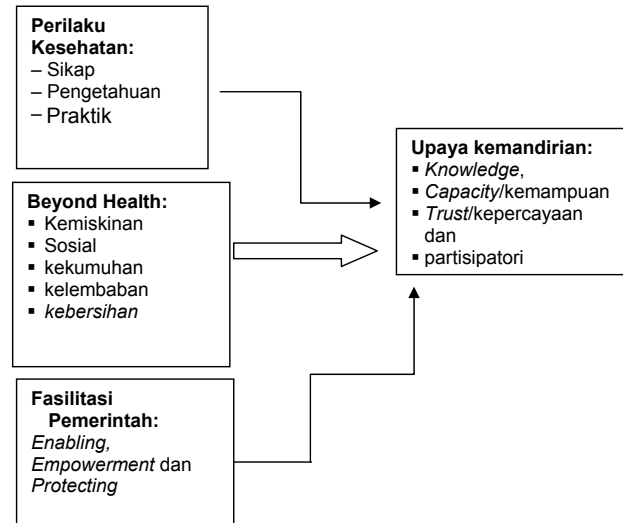
Kemandirian dari suatu masyarakat atau kelompok dapat dilihat pada indikator kemandirian pada masyarakat bagaimana masyarakat mempunyai akses, kemampuan untuk mandiri tentunya ada 4 indikator berdasarkan teori dari pemberdayaan masyarakat bahwa kemandirian merupakan tujuan utama dari suatu upaya pemberdayaan masyarakat. Indikator kemandirian pada masyarakat dapat dilihat dari 4 indikator yaitu 1, indikator knowledge, 2 indikator kemampuan (*capacity*) dan 3, indikator kepercayaan, trust dan indikator ke empat partisipatori. Inilah beberapa indikator kemandirian dalam membentuk karakter masyarakat dalam upaya pencegahan penularan TB paru agar dapat membentuk norma subjektif pada masyarakat.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis berdasarkan indikator kemandirian terhadap hasil observasi yang dilakukan pada penderita TB paru dan keluarga, sejauh mana kemandirian dalam individu dan keluarga dalam upaya pencegahan penularan TB paru?

METODE

Pemerintah dapat memfasilitasi dan mengembangkan perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru dengan teori pemberdayaan masyarakat *Enabling, Empowerment* dan *Protecting* Pemerintah, sebagai ‘agen perubahan’ dapat menerapkan kebijakan pemberdayaan masyarakat

Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep.

miskin dengan tiga arah tujuan, yaitu *enabling, empowering, dan protecting*. *Enabling* maksudnya menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang. Sedangkan *empowering*, bertujuan untuk memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh rakyat dengan menerapkan langkah-langkah nyata, yakni dengan menampung berbagai masukan dan menyediakan prasarana dan sarana yang diperlukan. *Protecting*, artinya melindungi dan membela kepentingan masyarakat lemah (www.ginandjar.com/public/09 Pemberdayaan Masyarakat diunduh Januari 2011).

Pengaruh *beyond health* terhadap penyakit TB paru seperti fasilitas perumahan yang kumuh, lembab yang memudahkan kuman TB hidup dan berkembang biak. Faktor kemiskinan besar perannya dalam upaya pengobatan, upaya preventif, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Kemandirian masyarakat yang dapat dinilai dari beberapa faktor antara lain: kemandirian untuk patuh minum obat dan pemeriksaan ulang dahak paska penyembuhan, kemandirian dalam melakukan upaya pencegahan penyakit TB paru, dan kemandirian dalam pengobatan dan kepatuhan dalam minum obat. Value atau nilai tentang penyakit TB paru di masyarakat dapat membentuk norma subjektif pada masyarakat yang akan memengaruhi upaya kemandirian masyarakat dalam upaya pencegahan, pengobatan dan kepatuhan minum obat TB.

Terbentuknya *subjective norm* masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit yang berpengaruh secara langsung terhadap angka kesakitan TB paru.

Penelitian ini merupakan penelitian etnografis, kualitatif yang diharapkan dapat menjawab mengapa penyakit TB paru masih tinggi di beberapa daerah endemik padahal beberapa upaya program pemberantasan penyakit TB paru telah banyak dilakukan.

Populasi dan sampel

Populasi penderita TB paru dan keluarga di daerah endemik TB di Indonesia: NTB, NTT, Sumatera Barat. Dasar pemilihan daerah penelitian untuk provinsi Sumatera Barat di Kota Pariaman dengan prevalensi TB paru: 3,0%. Provinsi NTT di Rote Ndao dengan prevalensi TB paru: 2,8%. Sedangkan provinsi NTB di Kabupaten Lombok Barat dengan prevalensi TB paru: 1,4%.

Berdasarkan jenis penelitian kualitatif maka besar sampel untuk penderita TB Paru yang masih dalam pengobatan akan diambil berdasarkan *Snow ball methods*, di mana setiap kabupaten diambil satu puskesmas dan setiap puskesmas diambil 2 desa yang paling banyak kasus TB paru. Setiap desa diambil sampel 10 orang, sehingga total sampel adalah 60 penderita TB paru.

Design analisis Diskriptif dengan *content analysis* (Salzman Carl Philip, tahun 2011).

Kriteria inklusi adalah:

Semua penderita TB paru yang pada saat pengumpulan data masih dalam pengobatan TB DOTS serta dapat menjawab pertanyaan reviewer dan sehat rohani.

Kriteria Eksklusi adalah:

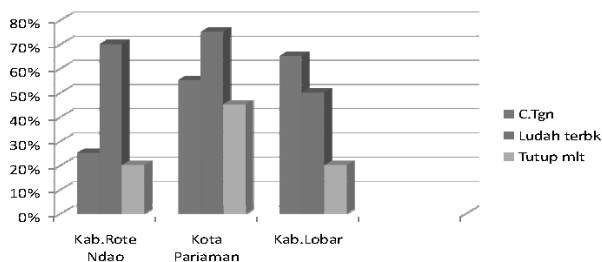
Penderita TB paru yang berusia kurang dari 18 tahun ke bawah, karena perilaku anak sangat dipengaruhi oleh orang tuanya sehingga bukan perilaku anak tersebut secara independen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

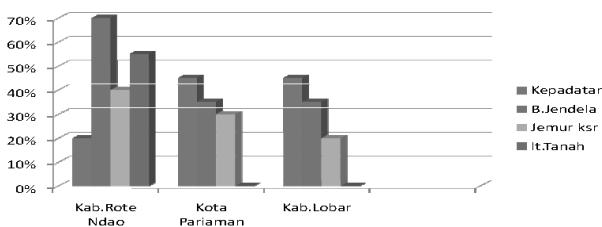
Karakteristik Informan: Penderita TB Paru

Gambar grafik 1 di bawah ini akan memberikan suatu penjelasan karakteristik informan pada penderita TB paru dari hasil observasi partisipatori dan wawancara mendalam sebagai berikut:

Grafik 1. Persentase Perilaku Hidup Bersih Sehat Penderita TB Paru Berdasarkan Hasil Observasi Partisipatori Tahun 2011



Grafik 1. Persentase Kondisi Lingkungan Rumah Penderita TB Paru Berdasarkan Hasil Observasi Partisipatori Tahun 2011.



Berdasarkan gambar grafik di atas tampak bahwa 52% kondisi lingkungan rumah penderita TB paru berlantai tanah didominasi rumah di kabupaten Rote Ndao. Sedangkan kebiasaan masyarakat dalam membuka jendela di kabupaten Rote Ndao 67% informan. Keluarga penderita TB paru di kabupaten Lombok Barat dan kota Pariaman mempunyai kebiasaan membuka jendela prevalensi di bawah 35%, namun tidak ada rumah yang berlantai tanah. Faktor yang memengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, di antaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk), faktor lingkungan yaitu ventilasi, kepadatan hunian, faktor perilaku, kesehatan perumahan, lama kontak dan konsentrasi kuman. (Depkes RI, 2007). Sanitasi lingkungan perumahan sangat berkaitan dengan penularan penyakit. Rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik akan menyulitkan pertumbuhan kuman, karena sinar ultraviolet dapat mematikan kuman dan ventilasi yang baik menyebabkan pertukaran udara sehingga mengurangi konsentrasi kuman.

Wawancara Mendalam

Beberapa hasil wawancara mendalam pada keluarga penderita TB paru berdasarkan upaya kemandirian masyarakat dalam upaya pencegahan penularan TB paru dapat digambarkan pada tabel 1.

Berdasarkan tabel di atas tampaknya bahwa peran serta masyarakat melalui kelompok LSM Asyah telah difasilitasi oleh pemerintah melalui Dinas kesehatan dalam peningkatan capacity building dengan berperan aktif dalam pencarian dahak pada masyarakat yang mempunyai gejala menderita TB paru dengan mengambil dahak pot sputum pada masyarakat, namun permasalahan yang ada masih ditemui kendala kurang tersedianya pot sputum yang

tersedia, sehingga tidak dapat menemukan secara aktif penderita TB paru di masyarakat. Dari sisi knowledge masyarakat persepsi penyebab penyakit TB paru yang sebagian besar informan masih mempunyai persepsi bahwa penyebab penyakit TB karena faktor kena santet, keturunan. Hal ini dapat menyebabkan semakin meningkatnya penularan penyakit TB paru di masyarakat. Hal tersebut dapat dijelaskan dengan konsep Moeljarto Tjokrowinoto dan Pratiwi NL, tahun 2010, juga memberikan deskripsi mengenai indikator kemandirian masyarakat: Pertama, prakarsa dan proses pengambilan keputusan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tahap demi tahap harus diletakkan pada masyarakat sendiri. Masyarakat yang

Tabel 1. Kemandirian masyarakat dalam pencegahan penyakit TB paru pada keluarga penderita TB paru tahun 2011

Upaya Kemandirian	Keluarga Penderita TB Paru		
	Kota Pariaman	Kab. Lombok Barat	Kab. Rote Ndao
1. Knowledge	80% informan mengatakan penyebab penyakit TB paru karena Merokok, keturunan/pertalian darah dan menganggap penyakit TB paru batuk biasa 40–100 hr	70% Persepsi peny. TB: santet, keturunan, hanya batuk biasa, batuk 40 hr, mirip gejala asma, hal ini dapat menghambat pengobatan dan mempercepat penularan	80% Knowledge masyarakat rendah Mempunyai persepsi penyebab Penyakit TB paru karena keturunan, Di guna-guna, kena santet. Rendahnya masyarakat untuk berobat
2. Kemampuan/ Capacity	Rendahnya kemampuan masyarakat dalam pemahaman penyakit TB paru mengingat bahwa: - 30% kel px, Tertular TB paru - 90% Membuang ludah sembarang tempat. Adanya norma subjektif pada masyarakat bila menderita TB paru malu diketahui orang lain	Pada umumnya kondisi rumah kumuh, tanpa ventilasi, tidak membuka jendela, matahari tidak bisa msk, gerabah di buat di dalam rumah - Perilaku Pencegahan penularan 80% Tidak teratur minum obat karena Penyakit TB paru keturunan, MDR	Belum ada fasilitasi penyuluhan pencegahan penularan penyakit TB, hanya cara minum obat. Perilaku masyarakat dlm meludah, dahak sembarang tempat Tidak teratur minum obat sebagian besar responden 80% (Oetutulu), lidor 80%, karena MDR, Kepercayaan pada dukun
3. Kepercayaan/ Trust	Penyuluhan dari petugas BP4 tentang penyakit TB paru pada kelompok LSM Asyah, masyarakat sebagai PMO pernah diberi penyuluhan pemakaian obat, efek samping dan cara minum	Masyarakat masih tergantung pada petugas kesehatan dalam menerima penyuluhan. Masyarakat masih dipercaya menjadi kader kesehatan, PMO	kepercayaan masyarakat masih tergantung pada petugas kesehatan, belum ada kader yang memberikan penyuluhan langsung tentang pencegahan penularan.
4. Partisipatori	LSM Asyah pernah berperan dalam pencarian dahak penderita TB paru	LSM Asyah pernah berperan dalam penyuluhan minum obat secara teratur	Partisipatory sudah ada tetapi masih pada LSM agama, gereja.

mampu mengambil keputusan tentunya masyarakat yang mempunyai bekal pengetahuan tentang penyakit TB paru dan penyebabnya.

Kedua, fokus utamanya adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengelola dan memobilisasikan sumber-sumber yang terdapat di komunitas untuk memenuhi kebutuhan mereka. Jika memang yang diperlukan adalah PMO dari keluarga terdekat yang sesuai struktur sosial yang ada di masyarakat, penunjukan PMO bagi penderita TB paru sangat berperan dalam mensukseskan penyembuhan penderita sekaligus mencegah penularan. Apa yang terjadi pada saat ini, arus dana yang relatif lancar membatasi upaya untuk mengidentifikasi dan menggali sumber itu. *Counter fund* bantuan desa, dan akhir-akhir ini "desa siaga", mungkin menuju ke arah identifikasi dan mobilisasi sumber apabila tidak memungkinkan PMO dari keluarga terdekat PMO dapat ditunjuk kader atau bidan desa terdekat. Akan tetapi hal ini tidak boleh melupakan *ad hoc* racy, akan tetapi harus melembaga; Ketiga, pendekatan ini mentoleransi variasi lokal dan karenanya, sifatnya *flexible* menyesuaikan dengan kondisi lokal, dan struktur sosial masyarakat sehingga timbul rasa kepercayaan masyarakat dan petugas kesehatan secara timbal balik. *Keempat*, di dalam melaksanakan pembangunan, pendekatan ini menekankan pada proses *social learning* yang di dalamnya terdapat interaksi kolaboratif antara birokrasi dan komunitas mulai dari proses perencanaan sampai evaluasi proyek dengan mendasarkan diri saling belajar, bagaimana masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan penularan penyakit TB paru di masyarakat.

Kelima, proses pembentukan jaringan (*networking*) antara birokrasi dan lembaga swadaya masyarakat, satuan-satuan organisasi tradisional yang mandiri, merupakan bagian integral dari pendekatan ini, baik untuk meningkatkan kemampuan mereka mengidentifikasi dan mengelola pelbagai sumber, maupun untuk menjaga keseimbangan antara struktur vertikal maupun horizontal. Melalui proses *networking* ini diharapkan terjadi simbiose antara struktur-struktur pembangunan di tingkat lokal (Friedman, *et al.*, 2008).

Berdasarkan rendahnya kemampuan masyarakat dalam pemahaman penyakit TB paru mengingat bahwa: 30% kel penderita, tertular TB paru dan 90% membuang ludah sembarang tempat dapat

mempercepat penularan penyakit TB paru. Dari hasil penelitian Rukmini dan kawan-kawan tahun 2011 bahwa pada penelitian ditemukan bahwa risiko orang yang memiliki kontak serumah dengan penderita TB untuk menderita TB 4,355 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak punya kontak (95% CI = 2,465–7,694) dan bermakna secara statistik ($p = 0,000$). Temuan ini menguatkan hasil penelitian Demsa Simbolon (2007), bahwa orang yang kontak serumah dengan penderita TB paru berisiko 3,897 kali untuk terjadi TB paru dibandingkan dengan orang yang kontak di luar rumah. Penelitian lainnya oleh Anwar Musadad, menunjukkan bahwa angka penularan TB di rumah tangga sebesar 13%. Risiko penularan bertambah jika terdapat penderita TB lebih dari satu orang dalam satu rumah tangga, di mana besar risiko penularannya adalah empat kali dibandingkan dengan rumah tangga yang hanya satu orang penderita TB. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Halim (2005), adanya korelasi positif ($r = 0,602$) yaitu makin banyak penderita TB yang tinggal serumah maka makin tinggi penularan.

Di Kabupaten Lombok barat kebiasaan masyarakat Pada umumnya kondisi rumah kumuh, tanpa ventilasi, tidak membuka jendela, matahari tidak bisa masuk, membuat gerabah di dalam rumah dapat sebagai pencetus penyakit TB paru mengingat sanitasi lingkungan perumahan sangat berkaitan dengan penularan penyakit. Rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik akan menyulitkan pertumbuhan kuman, karena sinar ultraviolet dapat mematikan kuman dan ventilasi yang baik menyebabkan pertukaran udara sehingga mengurangi konsentrasi kuman. Pada penelitian ini, dari tujuh komponen kondisi fisik rumah yang diteliti, langit-langit dan ventilasi kamar tidur yang terbanyak belum memenuhi persyaratan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lainnya, di mana hasil temuan Ahmad Dahlan (2001) di Jambi (2001), ventilasi rumah yang < 10% dari luas lantai mempunyai peluang menderita TB 4,56 kali dibandingkan dengan rumah dengan ventilasi $\geq 10\%$ dari luas lantainya. Penularan TB dapat terjadi bila ada kontak dengan penderita TB yang umumnya terjadi dalam ruangan yang mengandung droplet (tergantung konsentrasi droplet dalam udara), lama menghirup dan kerentanan individu. Selain kontak serumah, kontak juga dapat terjadi dengan penderita TB di luar rumah (Depkes RI, 2007).

SIMPULAN DAN SARAN

Kemandirian di kabupaten Rote Ndao dari sisi *knowledge* masih rendah sekali mengingat bahwa sebagian besar masyarakat menganggap penyakit TB paru sebagai penyakit keturunan, dan tidak menular, penyakit Hossa sebutan masyarakat di Rote Ndao. Kepercayaan masyarakat di daerah kota Pariaman, penyakit TB paru sebagai penyakit karena Tamakan, akibat diguna-guna orang lain yg tidak senang, terbukti dengan kebiasaan, perilaku masyarakat membuang ludah sembarangan di tanah, di lantai rumah tanah. Di Sumatera barat, kota Pariaman stigma takut, malu sebagai penderita TB, sehingga masih banyak persepsi masyarakat yang menyebutnya sebagai penyakit Batuk lama, batuk 40 hari, dapat pula yang menyebutnya batuk kering, dan penyakit asma.

Kemampuan/*capacity* untuk masyarakat masih sangat kurang, belum ada gerakan bersama masyarakat, kader maupun tokoh masyarakat. Masyarakat masih lebih percaya pada petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan. Belum ada fasilitasi secara langsung pada peningkatan kemampuan masyarakat sebagai tenaga penyuluh, atau kader kesehatan. PMO dari kader kesehatan belum ada di kabupaten Rote Ndao, PMO dari keluarga penderita, pertimbangan tidak ada kader PMO karena jarak jauh antar rumah, sulit transportasinya apalagi tidak ada dana khusus pengganti nuang transport kader. Pemilihan sebagai tenaga PMO (Pengawas makan obat) kurang sesuai dengan struktur sosial yang ada di masyarakat, karena selama ini bila yg menderita penyakit TB adalah suaminya, maka sebaiknya yg menjadi PMO utk daerah yang mayoritas pengambilan keputusan adalah suami, maka sebagai PMO dapat dipilih seorang tetangga yang di hormati, dipatuhi, atau bisa jadi PMO nya adalah ibu dari suaminya. Untuk provinsi NTB, khususnya kabupaten Lobar dengan struktur sosial sasak maka tuan guru, Kyai dapat kita titipkan pesan-pesan penyuluhan pencegahan penularan penyakit TB paru yang dapat memengaruhi pola pikir msyarakat, memotivasi masyarakat agar ber PHBS. Sedangkan untuk kabupaten Rote Ndao tokoh gereja demikian pula dengan kota Pariaman, keturunan raja, dapat memotivasi masyarakat-nya.

Kepercayaan/trust dari petugas kesehatan kepada masyarakat, baik masyarakat individu maupun

kelompok seperti ibu pkk, kelompok kader, dan tokoh masyarakat dari hasil FGD masih rendah, masyarakat masih menganggap penyuluhan penyakit Tb paru masih diberikan oleh petugas kesehatan. Semestinya masyarakat dapat difasilitasi dengan sosialisasi upaya pencegahan penularan penyakit TB paru, atau pembentukan kader kesehatan aktif yg baru sehingga semakin banyak lagi orang yang mempunyai *knowledge*, sikap pencegahan penyakit TB paru.

Partisipatori masyarakat dalam berbagai wadah atau kelompok baru terlaksana pada kelompok LSM agama, Asiyah, gereja, Muhammadiyah, beberapa kelompok LSM ini telah melakukan penyuluhan tentang penyakit TB paru pada masyarakat. LSM Asiyah di kota Pariaman. LSM Muhammadiyah di Kabupaten Lobar, dan kelompok gereja di Rote Ndao provinsi NTT. Masih diperlukan partisipatori dari berbagai LSM yang lainnya, lintas sektor untuk secara terpadu melakukan upaya preventif, promotif penanggulangan penyakit TB paru seperti kementerian perumahan, kementerian sosial dan kementerian pendidikan dengan memberikan sosialisasi pada masyarakat pentingnya perilaku pencegahan penularan dan rancangan rumah genting kaca yang perlu digalakkan kembali.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi, 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah; Paradigma Kesehatan Lingkungan*, Penerbit Buku Kompas, Jakarta.
- Badan Litbangkes Depkes RI, 2007, *Riset Kesehatan Dasar 2007*, Jakarta.
- Badan Litbangkes Depkes RI, 2010, *Riset Kesehatan Dasar 2010*, Jakarta.
- BPS, 2005. *Statistik Potensi Desa di Indonesia*, CV Media Grafika Prima, Jakarta.
- BPS, 2007. *Statistik Indonesia: Statistical Yearbook of Indonesia*, Jakarta.
- Budijanto, Didik; Roosihermiaty, Betty, 2006. *Persepsi Sehat-Sakit dan Pola Pencarian Pengobatan Masyarakat Daerah pelabuhan*. Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan, Vol. 2, No. 2 April.
- Dahlan, Ahmad, 2001. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit TB Paru BTA (+), Studi Kasus Kontrol di Jambi tahun*, tesis, Program Pasaca Sarjana, FKM Universitas Indonesia, Jakarta.
- Depkes RI, 2000: *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Tuberkulosis*, Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI, 2006: Pedoman Desa Siaga, Pusat Promosi Kesehatan-Dep.Kes R.I. <http://suaramerdeka.com/cyberness/harian/0609/12/nas15.htm>
- Depkes RI, 2007: *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, edisi 1 cetakan pertama, Jakarta.
- Depkes RI, Sub Direktorat TB: WHO 2008: *Lembar Fakta Tuberkulosis*. http://www.tbindonesia.or.id/pdf/Lembar_Fakta_TB.pdf (Sitasi 10 Februari 2011).
- Depkes RI, 2009. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta.
- Depkes RI, 2010. *Situasi Epidemiologi TB Indonesia*. Jakarta. <http://www.tbindonesia.or.id/tbnew/arsip/article/140> (Sitasi 10 Februari 2011).
- Impact, 2005, Seandainya kematian ibu menjadi tolok ukur keberhasilan tokoh-tokoh politik, *Warta Kesehatan Ibu*, Edisi 4.
- John Friedmann, *Empowerment: The Politics of Alternative Development* (Cambridge MA & Oxford UK: Blackwell, 1992). *Ibid.*, hal. 7.
- Kementrian Kesehatan RI, 2010. *Rencana Strategis Kementrian Kesehatan tahun 2010–2014, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.03.01/160/1/2010*, Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI, 2011. *Rencana Aksi Nasional, Pengembangan SDM Pengendalian Tuberkulosis 2011–2014*, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.
- Mary, Jane Schneider, 2006. *Clean Air: Is It Safe to Breathe? in Introduction to Public Health*. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.
- Maarif, Samsul, 2008. *Penyakit TB Paru BTA positif di Kecamatan Argamakmur Kabupaten Bengkulu Utara: Tinjauan lingkungan fisik rumah, pengetahuan dan perilaku sehat*, tesis. UGM, Jogjakarta.
- Musadad, Anwar. Penelitian Hubungan Faktor Lingkungan Rumah dengan Kejadian Penularan TB Paru di Rumah Tangga. www.ekologi.litbang.depkes.go.id/data/abstrak/Anwar200201.pdf. (Sitasi 20 Maret 2011).
- Martin, Ucok, 2008. *Prevalensi TB Laten pada Petugas Kesehatan di RSUP H. Adam Malik*, tesis, Departemen Penyakit Paru, FK USU, SMF Paru RSUP H.Adam Malik, Medan.
- Rusnoto, et al., 2005. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian TB Paru Usia Dewasa (Studi kasus di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Pati)*, tesis, Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro, Semarang.
- Rukmini, Chatarina UW, 2012. Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap kejadian TB Paru dewasa di Indonesia (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar di Indonesia). *Bulletin penelitian sistem kesehatan*. Penerbit Airlangga Vol. 14 No. 2, April 2011 University Press Surabaya.
- Soekidjo, Notoatmodjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Simbolon, Diemsa, 2007. *Faktor Risiko Tuberculosis Paru di Kabupaten Rejang Lebong*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 2, No. 3, Desember 2007.
- Suharmiati dan Herti Maryani, 2011. Analisis hubungan penggunaan obat FDC/Kombipak pada penderita yang didiagnosis TB paru berdasarkan karakteristik, *Bulletin penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 14 No. 2, April 2011, Penerbit Airlangga University Press Surabaya.
- WHO, 2002. *Tuberculosis; Epidemiology and control*. Edited by Jai P. Napin. WHO, Regional Office for South-East Asia New Delhi, India.
- WHO, 2003. *International Travel and Health*. Geneva.
- WHO, 2005. *Global Tuberculosis Control, WHO Report, Surveillance, Planning, Financing*. Geneva.
- WHO, 2010. *WHO Report 2010, Global Tuberculosis Control, WHO Report, Surveillance, Planning, Financing*. Geneva.
- Widoyono, 2005. *Penyakit Tropis; Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Wadji, Halim; Soebijanto; Irvati, susi, 2005. *Kesehatan Lingkungan Rumah dan Kejadian Penyakit Tuberculosis Paru di Kabupaten Agam Sumatera Barat*. *Majalah Sains Kesehatan* 18(3) Juli 2005.