

# Hubungan Modal Sosial dan Pencapaian Case Detection Rate Tuberkulosis Puskesmas Kabupaten Karanganyar

Reviono, Suradi, Mulyono Adji, Endang Sutisna Sulaeman

Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

## Abstrak

**Latar belakang:** Kabupaten Karanganyar belum mencapai target nasional case detection rate (CDR) tuberkulosis (TB) sebesar 70%. Modal sosial adalah ikatan sosial dan kekuatan individu dalam komunitas untuk mencapai tujuan bersama. Tujuan penelitian untuk mengetahui peran modal sosial terhadap CDR di Kabupaten Karanganyar.

**Metode:** Penelitian ini merupakan epidemiologi analitik dengan mix quantitative-qualitative dan cross sectional. Data kuantitatif diambil dengan kuesioner tertutup skala sikap Guttman melalui disproportionate stratified random sampling dari total populasi 21 Puskesmas. Data kualitatif diambil melalui purposive-theoretical sampling dan in-depth interview. Sumber data kualitatif adalah penderita, kader, tokoh masyarakat, aparat desa, dan petugas TB Puskesmas. Variabel bebas adalah modal sosial dan variabel terikat adalah CDR Puskesmas tahun 2011.

**Hasil:** Responden terdiri atas 130 kader dan 30 petugas TB Puskesmas. Unit analisis kuantitatif di 7 Puskesmas yang di bawah target dan 3 Puskesmas yang telah mencapai target. Unit analisis kualitatif di Puskesmas mencapai target serta Puskesmas Karanganyar dan desa Jantiharjo dari kelompok di bawah target. Uji korelasi kelompok kader didapatkan  $p=0,004$  dan  $r=0,811$  untuk saling membantu dan gotong royong,  $p=0,022$  dan  $r=0,708$  untuk musyawarah dan mufakat serta  $p=0,005$  dan  $r=-0,809$  untuk perkumpulan. Menghadiri pertemuan kelompok petugas  $p=0,006$  dan  $r=0,792$ . Koefisien standar beta didapatkan  $p=0,811$  untuk saling membantu dan gotong royong kelompok kader serta  $p=0,792$  untuk kebiasaan menghadiri pertemuan kelompok petugas.

**Kesimpulan:** Terdapat korelasi positif kuat antara aspek saling membantu-gotong royong kelompok kader, musyawarah - mufakat kelompok kader dan kebiasaan menghadiri pertemuan kelompok petugas dengan pencapaian CDR. (*J Respir Indo. 2015; 35: 28-38*)

**Kata Kunci:** Case Detection Rate, modal sosial, Puskesmas, tuberkulosis.

## Relations between Social Capital and Tuberculosis Case Detection Rate Achievement of Health Care Centre in Karanganyar Regency

### Abstract

**Background:** Karanganyar regency never reached the national target of tuberculosis case detection rate (CDR) of 70%. Social capital is social ties and strength of individuals in the community to achieve common goals. The objective is to find out the role of social capital to the CDR in Karanganyar regency.

**Methods:** Analytic epidemiology was done with mixed quantitative-qualitative and cross-sectional. Quantitative data taken with the Guttman's attitude scale enclosed questionnaire through disproportionate stratified random sampling of the total population in 21 Puskesmas. Qualitative data collected through purposive theoretical sampling and in-depth interview. The sources of qualitative data are patients, cadres, community leaders, law enforcement officers, and TB program staff of Puskesmas. The independent variable is social capital and the dependent variable is CDR in Puskesmas in 2011.

**Results:** There were 130 cadres and 30 TB programmers. Quantitative samples at 7 Puskesmas who has below national CDR target and 3 Puskesmas who has reached the target. Qualitative samples at Puskesmas Mojogedang I and Mojogedang village of a group reached the target and Puskesmas Karanganyar with Jantiharjo village of a group below target. The correlation test of cadres group has  $p=0.004$  and  $r=0.811$  for mutual aid and helping others, ( $p=0.022$  and  $r=0.708$ ) for deliberation and consensus, and  $p=0.005$  and  $r=-0.809$  for the association. Attend the meetings of a TB programmers group ( $p=0.006$  and  $r=0.792$ ). The standard coefficient of beta ( $p=0.811$ ) for mutual aid and helping others for cadres group and  $p=0.792$  to attend the meetings as well for habits a TB programmers group.

**Conclusions:** There was positive correlation between the mutual aid - helping others for cadres group, deliberation- consensus for cadres group and TB programmers group between attending meetings with CDR achievement. (*J Respir Indo. 2015; 35: 28-38*)

**Keywords:** Case Detection Rate, health care centre, Social Capital, tuberculosis.

---

Korespondensi: Dr. dr. Reviono, SpP(K)

Email: reviono\_05@yahoo.com, Hp: 0818474671

## PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah utama pada kesehatan global karena masih menjadi penyebab gangguan kesehatan dan angka kematian yang tinggi.<sup>1</sup> Perkiraan terakhir pada tahun 2012 terdapat 8.600.000 kasus baru dengan insidensi 122 per 100.000 penduduk, lebih dari separuhnya terdapat di Asia dengan angka kematian 1.300.000. Tuberkulosis termasuk penyakit yang masuk dalam target *Millenium Development Goals*. Pada tahun 2013 Indonesia menduduki peringkat keempat dalam prevalensi kasus TB.<sup>2</sup> Program nasional penanggulangan tuberkulosis (TB) awalnya diterapkan di Puskesmas yang merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan di kabupaten dan kota.<sup>3</sup> Penelitian tentang hubungan modal sosial dan penyakit infeksi khususnya TB masih sedikit mendapatkan perhatian. Modal sosial dapat membangun infrastruktur komunitas untuk memecahkan masalah TB.<sup>4</sup>

Modal sosial adalah ikatan sosial antar manusia di dalam masyarakat dan karakteristik organisasi sosial yang merupakan sebuah kekuatan untuk mencapai tujuan hidup bersama yang tidak mungkin dicapai secara personal. Modal sosial mempengaruhi perilaku kesehatan berisiko dalam arti bahwa individu yang berada dalam komunitas yang kaya akan dukungan, kepercayaan masyarakat, informasi, dan norma-norma memiliki sumber daya yang membantu mencapai tujuan kesehatan.<sup>5</sup> Modal sosial adalah ikatan sosial antar manusia di dalam masyarakat dan karakteristik organisasi sosial yang merupakan sebuah kekuatan untuk mencapai tujuan hidup bersama yang tidak mungkin dicapai secara personal.<sup>6</sup> Penemuan penderita TB paru basil tahan asam (BTA) positif sangat tergantung dari inisiatif dan motivasi penderita untuk memeriksakan gejala penyakitnya ke sarana pelayanan kesehatan, tingkat sosio ekonomi, pengetahuan, dan tingkat kewaspadaan pekerja kesehatan.<sup>7,8</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran modal sosial terhadap penemuan penderita TB paru BTA positif di Puskesmas Kabupaten Karanganyar. Selanjutnya penelitian ini diharapkan dapat membantu pemangku kepentingan (stakeholder) dan masyarakat untuk merumuskan solusi yang berbasis lokal

dengan acuan global berkaitan dengan modal sosial dan pengaruhnya terhadap penemuan penderita TB paru BTA positif sehingga memberi keberhasilan pada program penanggulangan tuberkulosis.

## METODE

Penelitian ini merupakan epidemiologi deskriptif dan analitik dengan desain *cross-sectional*. Penelitian ini mengkaji kerangka konseptual hubungan antar variabel yang berkaitan dengan peran ketiga dimensi modal sosial terhadap penemuan penderita TB paru BTA positif dengan memadukan pendekatan kualitatif *grounded research* dan kuantitatif (mix paradigm). Tempat penelitian di Puskesmas Kabupaten Karanganyar Jawa Tengah. Pemilihan tempat penelitian ini didasarkan atas pertimbangan bahwa CDR di Kabupaten Karanganyar tahun 2011 masih belum mencapai target nasional. Waktu penelitian pada bulan April-Juni 2012. Penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi dinamakan situasi sosial yang terdiri atas 3 elemen yaitu tempat, pelaku, dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergis. Situasi sosial yang dimaksud adalah tiga dimensi modal sosial di Kabupaten Karanganyar yang berinteraksi antara tempat (Puskesmas dan wilayah kerjanya), pelaku (petugas Puskesmas, aparat pemerintah desa, dan kader Puskesmas), dan aktivitas pelaku dalam perannya terhadap penemuan penderita TB paru BTA positif. Penelitian kuantitatif menggunakan seluruh Puskesmas di Kabupaten Karanganyar sebanyak 21 Puskesmas yang direpresentasikan oleh kelompok petugas Puskesmas dan kelompok kader Puskesmas.

### Penelitian kuantitatif

Teknik sampling sampel pada penelitian kuantitatif dilakukan dengan cara *disproportional stratified random sampling* karena strata populasi kurang proporsional. Jumlah Puskesmas di Kabupaten Karanganyar adalah 21, tiga Puskesmas diambil secara *random* dari Puskesmas yang telah mencapai target CDR dan 7 Puskesmas diambil secara *random* dari Puskesmas yang belum mencapai target CDR di tahun 2011. Total sampel penelitian adalah 10

Puskesmas. Responden penelitian kuantitatif terdiri dari 3 orang anggota Tim P2TB dan 13 orang kader tiap Puskesmas. Total responden adalah 30 orang anggota Tim P2TB Puskesmas dan 130 orang kader Puskesmas. Instrumen pengumpulan data primer dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup. Kuesioner menggunakan dua skala ordinal yang berpedoman pada skala sikap *Guttman*. Hasil pendapat tersebut diberi bobot/ nilai dengan skor 1 untuk jawaban ya dan nilai 0 untuk jawaban tidak. Skala ini digunakan untuk jawaban yang bersifat tegas/ jelas dan konsisten dari suatu permasalahan.<sup>9</sup> Pengujian reliabilitas dilakukan dengan Alpha ( $\alpha$ ) Cronbach sebagai koefisien konsistensi internal yang paling sering digunakan untuk analisis reliabilitas.<sup>10</sup>

### Penelitian kualitatif

Teknik sampling/ teknik cuplikan sampel pada penelitian kualitatif dilakukan secara *purposive* dan *theoretical sampling*. Dua Puskesmas terpilih sebagai sampel yaitu Puskesmas Mojogedang I yang merepresentasikan Puskesmas yang telah mencapai target CDR dan Puskesmas Karanganyar yang belum mencapai target CDR di tahun 2011. Teknik pengumpulan data primer penelitian kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam (*In-depth interview*) dan triangulasi.

Variabel penelitian terdiri dari variabel independen terdiri dari dimensi kognitif, dimensi relasional, dan dimensi struktural modal sosial. Variabel independen diuraikan menjadi subvariabel terukur kelompok kader dan kelompok petugas Puskesmas dan variabel dependen adalah angka penemuan penderita TB paru BTA positif (CDR) di Puskesmas Kabupaten Karanganyar tahun 2011.

Analisis data menggunakan pendekatan analisis gabungan kuantitatif dan kualitatif. Analisis pendekatan kualitatif dilakukan dengan menerapkan *content analysis* melalui langkah reduksi data, penyajian data, dan kesimpulan. Pengujian validitas dilakukan terhadap item-item pertanyaan yang dibuat. Butir pertanyaan dinyatakan valid jika nilai korelasi total pada item pertanyaan yang telah terkoreksi lebih besar dari 0,3. Uji reliabilitas menunjukkan nilai koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach's*, koefisien *alpha* semakin besar/ mendekati 1 maka alat ukur akan semakin reliabel.

Aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan melalui analisis interaktif dan analisis jalinan. Uji analisis bivariat menggunakan uji parametrik *Pearson product moment* digunakan untuk data yang berdistribusi normal. Uji nonparametrik peringkat *Spearman* digunakan untuk data yang tidak berdistribusi normal. Uji analisis multivariat menggunakan analisis regresi linier berganda (*multiple linear regression analysis*). Syarat dapat dilakukan analisis multivariat adalah jika hasil analisis bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$ . Uji *Durbin-Watson* (DW) digunakan untuk menguji apakah asumsi residual atau *error* ( $\epsilon$ ) dari model regresi linier bersifat independen atau terjadi autokorelasi. Nilai korelasi antara residu dengan subvariabel saling membantu dan gotong royong sebesar 1,740 berarti syarat independensi terpenuhi. Nilai DW normal berkisar antara 1-3.

## HASIL

### Penelitian kuantitatif

#### Persentase subvariabel modal sosial.

Persentase subvariabel modal sosial untuk kelompok kader dan petugas pada tiap sampel Puskesmas subvariabel percaya kepada petugas dan subvariabel percaya antar petugas, saling membantu, dan musyawarah tidak bisa dianalisis karena mempunyai persentase sama (100%) di sampel kelompok petugas Puskesmas.

Data kelompok petugas mempunyai distribusi normal pada subvariabel partisipasi sosial, menghadiri pertemuan, dan kewajiban sosial yang disertai sangsi karena mempunyai nilai  $p > 0,05$ .

### Korelasi bivariat

**Kelompok kader.** Tabel 1 menunjukkan hasil uji korelasi bivariat antara subvariabel saling membantu dan gotong royong dengan CDR menggunakan uji *Pearson* menunjukkan korelasi antara keduanya secara statistik bermakna, berarti terdapat peran antara kebiasaan saling membantu dan gotong royong yang dilakukan oleh kader terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif.

Tabel 2 menunjukkan hasil uji korelasi bivariat antara subvariabel bebas kelompok kader dengan variabel terikat. Pengujian antara subvariabel per-

kumpulan khusus atau organisasi dengan CDR yang menunjukkan korelasi keduanya bermakna dengan koefisien korelasi sebesar -0,809. Data ini menunjukkan korelasi negatif/berlawanan arah dengan kekuatan korelasi sangat kuat.

Tabel 1. Uji korelasi *Pearson* kelompok kader.

No	Variabel	N	Korelasi Pearson	Nilai p
1	Saling membantu dan gotongroyong	10	0,811	0,004*
2	Saling berkunjung dan silaturahmi	10	0,440	0,203
3	Kewajiban sosial yang disertai sangsi	10	0,032	0,930
4	Musyawarah untuk mufakat	10	0,708	0,022*

Keterangan: \* p<0,005

Tabel 2. Uji korelasi *Spearman-rank* kelompok kader.

No	Variabel	N	Korelasi Spearman rank	Nilai p
1	Tahu tanda dan gejala TB	10	0,277	0,439
2	Kepercayaan terhadap keluarga, tetangga, dan tokoh masyarakat	10	-0,260	0,467
3	Perkumpulan khusus atau organisasi	10	-0,809	0,005*

Keterangan: p<0,05

**Kelompok petugas.** Tabel 3 menunjukkan uji korelasi bivariat antara subvariabel bebas kelompok petugas dengan variabel terikat menggunakan uji *Pearson*.

Nilai kemaknaan p=0,006 didapatkan untuk pengujian antara subvariabel menghadiri pertemuan dengan variabel CDR yang menunjukkan korelasi keduanya secara statistik bermakna (p<0,05) dengan koefisien korelasi sebesar 0,792 menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi kuat.

Tabel 4 menunjukkan uji korelasi bivariat antara subvariabel bebas kelompok petugas dengan variabel terikat menggunakan uji *Spearman-rank*. Pada subvariabel ini tidak didapatkan hasil yang bermakna pada subvariabel yang diuji.

### Korelasi multivariat

**Kelompok kader.** Tabel 5 memperlihatkan koefisien determinasi (nilai *adjusted R square*) pada

model *summary* menunjukkan 62,8% dari penemuan penderita baru TB paru BTA positif dapat dijelaskan oleh kebiasaan saling membantu dan gotong royong serta musyawarah untuk mufakat pada kelompok kader. Nilai korelasi antara residu dengan subvariabel saling membantu dan gotong royong sebesar 1,740 berarti syarat independensi terpenuhi. Nilai DW normal berkisar antara 1-3.

Tabel 6 memperlihatkan *analysis of varian* (ANOVA) uji regresi linier berganda peran subvariabel saling membantu dan gotong royong serta musyawarah untuk mufakat kelompok kader terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif secara statistik bermakna nilai p=0,013. Subvariabel saling membantu dan gotong royong kelompok kader terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif secara statistik bermakna nilai p=0,004.

**Kelompok petugas.** Analisis regresi linier sederhana pada kelompok petugas untuk memprediksi nilai variabel CDR berdasarkan nilai subvariabel kebiasaan menghadiri pertemuan. Koefisien determinasi (nilai *adjusted R square*) menunjukkan bahwa 58% dari penemuan penderita baru TB paru BTA positif dapat dijelaskan oleh kebiasaan menghadiri pertemuan pada kelompok petugas. Uji ANOVA nilai p=0,006. Koefisien standar pada kolom beta memperlihatkan subvariabel kebiasaan menghadiri pertemuan merupakan subvariabel modal sosial kelompok petugas yang berperan dalam meningkatkan penemuan penderita baru TB paru BTA positif yang ditunjukkan dengan nilai korelasi positif sebesar 79,2%.

### Penelitian kualitatif

**Kepercayaan terhadap keluarga/ tetangga.** Peran keluarga sangat besar dalam memberikan dukungan kepada penderita. Sumber dari unsur PKK mengatakan: “Jika ada anggota masyarakat yang mempunyai gejala TB maka anggota keluarga yang lain akan memberi saran untuk memeriksakan diri dan seandainya positif dinyatakan TB maka akan diberi nasihat untuk mengikuti pengobatan secara rutin dan tuntas”.

Tabel 3. Uji korelasi *Pearson* kelompok petugas

No	Variabel	N	Korelasi Pearson	Nilai p
1	Partisipasi sosial	10	0,339	0,338
2	Menghadiri pertemuan	10	0,792	0,006*
3	Kewajiban sosial yang disertai sangsi	10	-0,150	0,680

Ket: \*p<0,05

Tabel 4. Uji korelasi *Spearman-rank* kelompok petugas

No	Variabel	N	Korelasi Spearman rank	Nilai p
1	Kepercayaan terhadap tokoh masyarakat	10	0,000	1,000
2	Kepercayaan terhadap masyarakat umum	10	-0,292	0,413
3	Saling berkunjung dan silaturahmi	10	0,450	0,192

**Kepercayaan terhadap tokoh masyarakat dan kader.** Tokoh masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam penanganan TB di wilayah Mojogedang. Penderita yang sulit diajak memeriksakan diri dan diberi nasihat oleh kader atau bidan akan membuka dirinya oleh cara yang ditempuh tokoh masyarakat yang melakukan pendekatan secara cepat.

Kendala menyampaikan informasi tentang TB selama ini karena masyarakat kurang mempercayai para kader. Anggota PKK, tokoh masyarakat, dan anggota LPMK menyampaikan bahwa: "Pertemuan antara kader dengan warga kurang direspons oleh warga karena yang menyampaikan hanya kader", Koordinator lingkungan (Korling) memberikan kesimpulan bahwa ketokohan dan keahlian seseorang ternyata sangat menentukan dalam kesuksesan menyampaikan sebuah pesan.

**Kepercayaan terhadap sesama petugas dan masyarakat.** Kepercayaan terhadap sesama petugas dalam program penanggulangan TB terus dimaksimalkan oleh kepala Puskesmas Mojogedang I dengan cara menciptakan suasana kerja yang kondusif dan kekeluargaan untuk mempermudah komunikasi dalam penyelesaian masalah apapun tidak hanya tentang TB. Kendala untuk membangun kepercayaan terhadap masyarakat wilayah kerja Puskesmas adalah salah satunya dikarenakan belum terbangunnya jaringan kerja sampai ke bawah. Tidak

ada petugas di desa yang secara khusus diberi tugas untuk memperhatikan TB. Perhatian oleh petugas masih bersifat umum seperti terhadap penyakit yang lain. Kepercayaan warga tidak hanya kepada tokoh namun juga kepada warga lain.

**Kepercayaan terhadap petugas Puskesmas.**

Keberadaan petugas kesehatan dibutuhkan keterlibatannya manakala peran tokoh lokal tidak mampu lagi menembus atau membongkar masalah kesehatan khususnya terkait dengan TB.

Warga lebih mempercayai informasi yang diberikan dari petugas Puskesmas dibandingkan warga masyarakat yang lain, hal ini ditegaskan oleh Korling dan anggota LPMK. Sekretaris Lurah (Seklur) menuturkan tentang kurangnya jumlah informasi yang disampaikan oleh aparat pemerintah desa dan Puskesmas. Harapan Seklur adalah penyampaian informasi yang berkaitan dengan TB dari tim Puskesmas lebih ditingkatkan lagi

**Kebiasaan saling berkunjung.** Koordinator P2TB menyampaikan: "Kegiatan kunjungan memberikan dampak positif terhadap penderita maupun lingkungannya. Penderita menjadi tidak merasa dikucilkan dan timbul kepercayaan serta simpati terhadap petugas". Timbul kepercayaan TB bisa diobati di Puskesmas.

Penyadaran kepada warga tentang TB tidak pernah dilakukan dengan paksaan. Intinya adalah ajakan secara persuasif dengan rayuan. Strategi persuasif selalu berjenjang dari tokoh masyarakat terdekat hingga kepala desa, dan kadang juga mengajak petugas kesehatan atau Bidan Desa.

**Kebiasaan saling membantu.** Penderita TB tidak merasa dikucilkan karena warga saling membantu demi kesembuhan penderita. Penderita juga menambahkan, selama dia sakit tidak merasa dikucilkan. Dukungan terbesar datang dari keluarga dan tetangga. Korling menambahkan kalau ada warga yang batuk lama biasanya warga lain sudah langsung memberikan solusi untuk minum obat ini atau jamu dari jahe misalnya. Bantuan dari warga juga terdorong oleh rasa kasihan dan rasa simpati jika ada warga yang menderita batuk lama tidak kunjung sembuh.

Tabel 5. *model summary* kelompok kader

Model	Adjusted R Square	Durbin-Watson
Prediktor: Musyawarah untuk mufakat, Saling membantu dan gotongroyong	0,628	
Prediktor: Saling membantu dan gotongroyong	0,615	1,740

Tabel 6. *Analysis of varian (ANOVA)* kelompok kader

Model	P
Prediktor: Musyawarah untuk mufakat, Saling membantu dan gotongroyong	0,013
Prediktor: Saling membantu dan gotongroyong	0,004

**Musyawarah untuk mufakat.** Kegiatan musyawarah untuk mufakat atau pertemuan khusus untuk penemuan penderita baru TB tidak secara khusus dibahas. Pertemuan rutin desa diadakan mingguan, saat itu kepala desa memberikan instruksi kepada seluruh kepala dusun tentang masalah umum di desa termasuk TB. Kalau pertemuan di tingkat dusun dipimpin oleh kepala dusun kemudian hasilnya dilaporkan kepada kepala desa untuk dibawa ke pertemuan tingkat desa.

**Kewajiban sosial dan sanksi.** Komitmen petugas terhadap tanggung jawab dan sanksi berupa teguran yang diberikan oleh kepala Puskesmas apabila lalai dalam menjalankan perannya disampaikan oleh bidan wilayah. Kelalaian dapat berupa penderita yang dicurigai menderita TB tidak mendapatkan penyuluhan dan perhatian dengan baik.

Sanksi apabila ada aparat atau kader yang lalai dalam menjalankan kewajiban terkait penemuan penderita baru TB paru belum pernah ada, tapi kader merasa berdosa jika tidak memberi perhatian kepada penderita. Anggota PKK menambahkan aturan resmi tentang sanksi tidak ada tapi akan menjadi bahan pembicaraan jika terdapat kader yang tidak memberi perhatian kepada penderita.

**Pengetahuan tanda dan gejala TB.** Sekretaris Lurah mengatakan, pengetahuan masyarakat tentang TB masih kurang sehingga berpengaruh kepada sikap masyarakat yang tidak segera memeriksakan diri ke Puskesmas jika belum parah keadaan penyakitnya dan masih bisa bekerja.

Korling menambahkan: "Warga kebanyakan menganggap gejala TB lebih dari 2 minggu itu hanyalah batuk biasa, selama warga masih bisa beraktivitas, nasihat untuk memeriksakan dahak ke Puskesmas hanya sedikit yang mendapat perhatian".

**Perkumpulan atau organisasi.** Anggota LPMK mengatakan tidak ada pertemuan dan perkumpulan organisasi yang secara khusus menangani masalah TB. Penyampaian informasi kesehatan khususnya TB ke masyarakat sebatas informasi yang telah dipunyai oleh seorang kepala dusun yang kemudian disampaikan pada pertemuan rutin dusun setelah membahas sekian banyak acara, jadi sifatnya hanya disisipkan.

## PEMBAHASAN

Salah satu program untuk mengendalikan kasus TB adalah dengan program penemuan kasus baru. Program ini menggunakan strategi *passive case finding* yaitu mendiagnosis TB aktif pada masyarakat dengan gejala TB yang datang ke fasilitas kesehatan. Sampai saat ini strategi tersebut belum mampu memenuhi target. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan CDR diantaranya dengan *active and enhanced case finding* yaitu dengan aktivitas: radiografi toraks secara massal, *house-to-house surveys, out-patient case detection, high-risk populations and cost-effectiveness*.<sup>11</sup>

### Kepercayaan terhadap keluarga, tetangga, dan tokoh masyarakat

Nilai  $p=0,467$  didapatkan untuk pengujian antara subvariabel kepercayaan terhadap keluarga, tetangga, dan masyarakat dengan CDR yang menunjukkan korelasi keduanya tidak bermakna yang berarti tidak terdapat peran antara kepercayaan terhadap keluarga, tetangga, dan masyarakat terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif pada penelitian ini. Terdapat perbedaan persepsi yang beragam di antara anggota masyarakat tentang kepercayaan terhadap keluarga, tetangga dan tokoh masyarakat mengenai masalah tuberkulosis, baik pada wilayah Puskesmas dengan CDR tinggi maupun dengan CDR rendah.

Misalnya di daerah CDR tinggi (Mojogedang), tidak ada aparat di desa Mojogedang yang secara khusus diberi tugas untuk memperhatikan TB. Perhatian oleh aparat masih bersifat umum mengenai masalah kesehatan. Di desa ini kepercayaan warga tidak hanya kepada tokohnya namun juga kepada warga lain atau keluarganya terutama yang memiliki pengetahuan tentang kesehatan.

Sementara itu di desa Jantiharjo (CDR rendah) agak berbeda, kendala menyampaikan informasi tentang TB di Jantiharjo selama ini karena masyarakat kurang mempercayai para kader. Pertemuan antara kader dengan warga kurang direspons oleh warga dikarenakan yang menyampaikan hanya kader,

Medina dan Le<sup>12</sup> menemukan tingginya kasus penyakit infeksi termasuk tuberkulosis berbanding terbalik dengan tingkat kepercayaan sebagai kekuatan dari dimensi kognitif modal sosial. Stigmatisasi dan rendahnya tingkat kepercayaan interpersonal diantara komunitas yang terinfeksi merupakan akibat dari ketakutan dan ancaman terinfeksi dari komunitas yang lain.<sup>12</sup> Penyuluhan TB sebagai bagian dari promosi kesehatan adalah rangkaian kegiatan penanggulangan TB di Indonesia untuk mengubah stigma TB dari suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan menjadi suatu penyakit yang berbahaya tapi dapat disembuhkan.<sup>13</sup> Penelitian oleh Zolowere dkk.<sup>14</sup> di Malawi, Afrika Selatan menunjukkan kesediaan penderita TB mengungkapkan keadaan penyakitnya kepada anggota keluarga, teman, dan sahabat didasarkan atas kepercayaan, kasih sayang, keinginan untuk sembuh, dan kewajiban/ tanggung jawab terhadap lingkungan.

Modal sosial merupakan sumber dukungan moral dan material yang sangat berharga. Penelitian ini menunjukkan tanpa dukungan kepercayaan, rasa bebas dari stigmatisasi, dan diskriminasi penderita akan mengalami hambatan motivasi untuk mengungkapkan keadaan penyakitnya.<sup>14</sup> Penelitian oleh Holtgrave dan Crosby<sup>4</sup> tentang hubungan antara variabel modal sosial, kemiskinan, dan kesenjangan pendapatan dengan angka kejadian TB menunjukkan modal sosial merupakan prediktor yang sangat kuat

terhadap angka kejadian TB.<sup>4</sup> Penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam di Nepal oleh Baral dkk<sup>15</sup> menghubungkan penyebab stigma dan diskriminasi dengan TB. Penyebab terjadinya stigma dan diskriminasi berhubungan dengan ketakutan terkena penularan tuberkulosis (TB), upaya menghindari gosip, kemiskinan dan kasta terendah, persepsi kebiasaan / perilaku tidak sehat, penyakit kutukan serta ketakutan kehilangan pekerjaan.<sup>15</sup> Tuberkulosis berhubungan erat dengan kemiskinan meskipun semua strata di masyarakat potensial terkena penyakit.

### **Kebiasaan saling berkunjung atau silaturahmi**

Nilai  $p=0,203$  didapatkan untuk pengujian antara subvariabel saling berkunjung dan silaturahmi dengan CDR yang menunjukkan korelasi keduanya tidak bermakna yang berarti tidak terdapat peran antara saling berkunjung dan silaturahmi terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif. Temuan ini menunjukkan kebiasaan saling berkunjung juga direspons berbeda diantara masyarakat dalam hubungannya dengan penanggulangan tuberkulosis. Kebiasaan saling berkunjung di desa Mojogedang memberikan penyadaran kepada warga tentang TB. Upaya ini tidak pernah dilakukan dengan paksaan. Strategi persuasif selalu berjenjang dari tokoh masyarakat terdekat hingga kepala desa. Kegiatan ini dapat digunakan sebagai sarana penyuluhan seperti disampaikan anggota LPMD. Warga masyarakat yang menjenguk akan bertanya tentang penyakitnya. Diskusi tentang penyakit, tanda dan gejala, dan cara pencegahan akan berlangsung selama kunjungan.

### **Saling membantu dan gotong royong**

Uji korelasi bivariat antara subvariabel saling membantu dan gotong royong dengan CDR mempunyai nilai  $p=0,004$  yang menunjukkan korelasi antara keduanya secara statistik bermakna dengan koefisien korelasi ( $r$ ) sebesar 0,811 menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat kuat berarti terdapat peran antara kebiasaan saling membantu dan gotong royong yang dilakukan oleh kader terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif. Subvariabel saling membantu dan gotong royong merupakan subvariabel

modal sosial kelompok kader yang diperkirakan berperan dalam meningkatkan penemuan penderita baru TB paru BTA positif yang ditunjukkan dengan nilai korelasi positif sebesar 81,1%.

Kepala Dusun di Mojogedang mengatakan warga desa Mojogedang memiliki ikatan yang cukup baik. Tidak ada pengucilan bagi penderita TB. Penderita itu sendiri yang justru merasa minder. Penderita juga menambahkan, selama dia sakit tidak merasa dikucilkan. Dukungan terbesar datang dari keluarga dan tetangga. Modal sosial yang tinggi memudahkan anggota masyarakat untuk berbagi informasi kesehatan, mengakses dan menggunakan sumber-sumber daya yang tersedia di dalam masyarakat dengan lebih baik untuk pemecahan masalah lokal dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.<sup>16</sup>

### Musyawarah untuk mufakat

Nilai  $p=0,022$  didapatkan untuk pengujian antara subvariabel musyawarah untuk mufakat dengan CDR yang menunjukkan korelasi keduanya bermakna dengan koefisien korelasi sebesar 0,708 menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi kuat berarti terdapat peran antara kebiasaan musyawarah untuk mufakat yang dilakukan kader terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif pada penelitian ini.

Musyawarah untuk mufakat pada penelitian ini banyak dilakukan oleh kelompok kader di wilayah Puskesmas Mojogedang I sebanyak 38,5%. Kegiatan musyawarah untuk mufakat atau pertemuan khusus untuk penemuan penderita baru TB tidak secara khusus dibahas di desa Mojogedang. Pertemuan rutin desa diadakan setiap Senin, saat kepala desa memberikan instruksi kepada seluruh kepala dusun tentang masalah umum di desa termasuk TB.

### Kewajiban sosial dan sanksi

Nilai  $p=0,930$  didapatkan untuk pengujian antara subvariabel kewajiban sosial yang disertai sanksi dengan CDR yang menunjukkan korelasi keduanya tidak bermakna. Sanksi apabila ada aparat desa atau kader di Jantiharjo yang lalai dalam menjalankan kewajiban terkait penemuan penderita baru TB paru

belum pernah ada, tapi kader merasa berdosa jika tidak memberi perhatian kepada penderita. Anggota PKK menambahkan aturan resmi tentang sanksi tidak ada tapi akan menjadi bahan pembicaraan jika terdapat kader yang tidak memberi perhatian kepada penderita.

### Perkumpulan atau organisasi

Nilai  $p=0,005$  didapatkan untuk pengujian antara subvariabel perkumpulan khusus atau organisasi dengan CDR yang menunjukkan korelasi keduanya bermakna dengan koefisien korelasi sebesar -0,809 menunjukkan korelasi negatif/ berlawanan arah dengan kekuatan korelasi sangat kuat yang berarti semakin tinggi adanya perkumpulan atau organisasi yang menangani masalah TB di wilayah tersebut akan semakin menurunkan penemuan penderita TB paru BTA positif pada penelitian ini. Kepala Puskesmas Mojogedang I mengatakan untuk paguyuban atau perkumpulan mantan penderita TB yang diharapkan dapat menjembatani informasi dan kepercayaan antara petugas dan penderita TB untuk saat ini belum ada.

### Menghadiri pertemuan dan penyuluhan

Terdapat korelasi antara kebiasaan menghadiri pertemuan oleh petugas terhadap penemuan penderita baru TB paru BTA positif pada penelitian ini dengan koefisien korelasi sebesar 0,792 ( $p=0,006$ ). Dokter Puskesmas dan anggota tim pembina wilayah Puskesmas Mojogedang I menjelaskan, pertemuan dan penyuluhan yang sudah berjalan selama ini melewati beberapa tahapan yang diawali dengan membentuk tim pembina wilayah di Puskesmas untuk mengidentifikasi kasus dan membuat kerjasama dengan masyarakat melalui pertemuan dengan kader dan perangkat desa untuk menyampaikan bahwa permasalahan TB bukan menjadi persoalan Puskesmas tapi merupakan masalah masyarakat. Upaya penemuan lewat pertemuan dan penyuluhan penderita seperti dituturkan oleh Staf kalurahan di desa Jantiharjo wilayah Puskesmas Karanganyar pernah dilakukan sekitar tahun 2007 oleh pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas yang mengumpulkan sekitar 50 orang penderita yang dicurigai TB. Kendala

utama kegiatan ini adalah respons dari masyarakat yang sangat kurang. Warga yang menindaklanjuti kegiatan itu untuk memeriksakan diri ke Puskesmas sangat sedikit.

Temuan ini sesuai yang disampaikan oleh Portes<sup>17</sup> yang menyatakan para pelaku dalam modal sosial tersebut mampu mendapatkan manfaat-manfaat melalui keanggotaannya dalam jejaring sosial atau struktur sosial lainnya.<sup>17</sup> Hal serupa juga dinyatakan Coleman<sup>17</sup> bahwa modal sosial adalah interaksi dan hubungan antara warga masyarakat yang diperlukan untuk mengatasi faktor-faktor sosial seperti jaringan sosial, sistem dukungan sosial, lembaga, kepercayaan, norma dan sebagainya dalam hal ini adalah masalah TB.<sup>18</sup> Jadi modal sosial merupakan sumber-sumber daya yang diakses oleh individu-individu dan kelompok-kelompok dalam sebuah struktur sosial, yang memudahkan kerjasama, tindakan kolektif, dan terpeliharanya norma-norma.<sup>19</sup>

### Komitmen dan sangsi

Nilai kemaknaan  $p=0,680$  didapatkan untuk pengujian antara subvariabel kewajiban sosial yang disertai sangsi dengan variabel CDR yang menunjukkan korelasi keduanya tidak bermakna ( $p>0,05$ ). Bidan wilayah Puskesmas Mojogedang I mengatakan untuk sangsi tertulis jika petugas tidak menjalankan komitmen belum ada, tapi selama ini hanya berupa teguran yang diberikan oleh kepala Puskesmas apabila lalai dalam menjalankan perannya. Kelalaian dapat berupa penderita yang dicurigai menderita TB tidak mendapatkan penyuluhan dan perhatian dengan baik. Penghargaan oleh internal Puskesmas seperti insentif dan pihak dinas kesehatan pernah diberikan kepada pegawai yang berprestasi dalam pekerjaannya seperti disampaikan Kepala Puskesmas Mojogedang I.

### Triangulasi sumber

Kepala bidang Pengendalian Penyakit dan Lingkungan (P2L) Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Karanganyar menjelaskan, menyelesaikan masalah TB tidak bisa dikerjakan secara perorangan tanpa melibatkan institusi dan organisasi yang menghasilkan

sebuah kebijakan untuk mengubah perilaku baik pimpinan ataupun masyarakat dan penderita itu sendiri. Kebutuhan akan adanya sebuah tim kerja adalah mutlak. Tim harus kuat dan harus tahu prioritas apa yang harus dicapai. Problem terkait penanganan TB bukan hanya soal program dan perencanaan namun juga cara melakukan dan menuntaskan program itu. Ada beberapa puskesmas yang programernya sudah bagus tapi masih banyak yang tidak tahu bagaimana cara melaksanakan program itu. Kelemahan umum Puskesmas menurut kepala P2L adalah masalah perencanaan. Masalah ini dikarenakan aparat Puskesmas tidak memahami masalah dan penyebabnya.

Beberapa hambatan tentang penanggulangan TB disampaikan oleh kepala P2L, yang utama adalah dari warga. Pemahaman warga tentang bahaya TB dan dampaknya terhadap lingkungan masih belum dipahami oleh masyarakat. Hambatan berikutnya datang dari pendanaan. Dana dari kabupaten ke dinas dinilai sangat kurang. Dana yang tersedia hanya 5-10 juta, bahkan Tahun 2011 pernah nol karena anggarannya sedikit. Dinas kesehatan banyak melakukan terobosan untuk meningkatkan penemuan penderita. Upaya penemuan dilakukan di unit kesehatan sekolah (UKS), di pengajian rutin tingkat dusun atau desa, dan melibatkan dewan masjid indonesia (DMI) termasuk takmir masjid seluruh kabupaten pernah diundang dinas kesehatan untuk dilatih dan diberi penyuluhan.

Kepala DKK berpendapat jika membicarakan penyakit TB sebenarnya bermula dari kebijakan pemerintah terlebih dahulu jadi tidak bisa langsung dari masyarakat. Penemuan penderita TB secara langsung dari masyarakat memberikan kesempatan kepada kita untuk menyiapkan masyarakat secara menyeluruh terkait perannya dalam penemuan penderita. Dinas telah memberikan fasilitas untuk melatih masyarakat lewat forum pelatihan dan penyuluhan. Faktor pendukung program pembentukan kader adalah adanya kepedulian dari masyarakat terhadap lingkungan cukup tinggi. Terbukti masih tingginya kebiasaan saling berkunjung dan bergotong royong seperti menolong penderita tentang masalah

keuangan, kebiasaan menjenguk warga yang sakit, tidak hanya sekedar menjenguk tapi warga akan terus berdiskusi serta bertanya tentang penyakitnya, obatnya, dan cara pencegahannya. Faktor ini merupakan modal sosial bagi DKK untuk melakukan percepatan penyelesaian masalah kesehatan di masyarakat karena masyarakat punya kepedulian sosial seperti itu.

### Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu desain penelitian adalah *cross-sectional* sehingga penelitian ini terbatas untuk mengetahui dan menganalisis pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat yang telah dirumuskan saja dan tidak dapat mengetahui dan menganalisis kemungkinan pengaruh variabel lain. Loyalitas terhadap institusi dan rasa segan terhadap atasan mempengaruhi kejujuran responden dalam pengisian kuesioner karena kekhawatiran akan berdampak pada pekerjaannya sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hasil penelitian. Tidak dilakukannya observasi partisipan terhadap perilaku kader, penderita, aparat, dan petugas dikarenakan keterbatasan tenaga dan waktu. Observasi partisipan merupakan strategi pengumpulan data kualitatif yang dapat meningkatkan ketajaman informasi dan kedalaman data yang bersifat pengamatan dan kualitatif.

Pada penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa, Kebiasaan saling membantu, gotong royong dan musyawarah untuk mufakat yang dilakukan kader berperan meningkatkan penemuan penderita baru TB paru BTA positif. Demikian juga kebiasaan menghadiri pertemuan yang dilakukan petugas berperan meningkatkan penemuan penderita baru TB paru BTA positif. Terdapat hambatan kepercayaan terhadap kader pada wilayah kerja Puskesmas yang belum mencapai target CDR di penelitian ini. Saran yang diberikan dari hasil penelitian ini adalah perlu penelitian kualitatif yang lebih mendalam dengan observasi partisipan terhadap tingkat pengetahuan dan kepedulian masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang belum mencapai target penemuan penderita baru TB paru BTA positif.

### KESIMPULAN

Terdapat korelasi positif kuat antara aspek saling membantu-gotong royong kelompok kader, musyawarah - mufakat kelompok kader dan kebiasaan menghadiri pertemuan kelompok petugas dengan pencapaian CDR. Terdapat hambatan kepercayaan terhadap kader pada wilayah kerja Puskesmas yang belum mencapai target CDR.

### DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Implementing the WHO stop TB strategy. A handbook for national tuberculosis control programmes. Spain: World Health Organization, 2008.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013 WHO. Library Cataloguing. Geneva: World Health Organization press; 2013
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor 128/menkes.SK/II/2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2004.
4. Holtgrave DR, Crosby RA. Social determinants of tuberculosis case rates in the United States. *Am J Prev Med.* 2004;26(2):159-62.
5. Murti B. Determinan sosio-ekonomi, modal sosial, dan implikasinya bagi kesehatan masyarakat. Pidato Pengukuhan Guru Besar Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Surakarta; 2010.
6. Nahapiet J, Ghoshal S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *The academy of management review.* 1998;23(2):242-66.
7. Ngadaya ES, Mfinanga GS, Wandwalo ER, Morkve O. Detection of pulmonary tuberculosis among patients with cough attending outpatient departments in Dar Es Salaam, Tanzania: does duration of cough matter? *BMC Health Services Research.* 2009;9(112):1-5.
8. Dye C, Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Raviglione M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. *Bull World Health Organ.* 2009;87:683-91.

9. Sugiyono. Instrumen dan teknik pengumpulan data. Dalam: Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan *research & development*. Cetakan ke-14. Bandung: Alfabeta; 2011. p. 92-242.
10. Uyanto SS. Analisis reliabilitas. Dalam: Pedoman analisis data dengan SPSS. Edisi ketiga cetakan pertama. Yogyakarta: Graha ilmu; 2009. p. 273-301.
11. Golub JE, Mohan CI, Comstock GW, Chaisson RE. Active case finding of tuberculosis: historical perspective and future prospects. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9:1183-203.
12. Medina DG, Le QV. Infectious diseases and interpersonal trust; International evidence. 2011;3 (4):206-10.
13. Mohamed EY, Abdalla SM, Abdelgadir MA, Elsayed A, Khamis AA, Abdelbadea A. Stigma among tuberculosis patients in Gezira State, Sudan. *Sudanese Journal of Public Health*. 2011;6(1):22-6.
14. Zolowere D, Manda K, Panulo B, Muula AS. Experiences of self-disclosure among tuberculosis patients in rural Southern Malawi. *Rural and Remote Health*. 2008;8(1037):1-9.
15. Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;7(211):1-10.
16. Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt P. 2003. Investments in social capital – implications of social interactions for the production of health. *Social Science and Medicine*. 2003;56: 2370-9
17. Portes A. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology*. 1998;24:1-24.
18. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*. Supplement: Organizations and institutions: Sociological and economic approaches to the analysis of social structure. 1988;94:S95-S120.
19. Fujiwara T, Kawachi I. Social capital and health. A study of adult twins in the U.S. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):139-44.