

EXECUTIVE SUMMARY



**MODEL PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
DI WILAYAH PERKEBUNAN KABUPATEN JEMBER**

Disusun oleh:

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.

NIDN: 0011047902

Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.

NIDN: 0008017703

Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si.

NIDN: 0013038004

UNIVERSITAS JEMBER

NOVEMBER 2016

**MODEL PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
DI WILAYAH PERKEBUNAN KABUPATEN JEMBER¹**

PENELITI : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.²
Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.²
Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si.²

SUMBER DANA : DRPM 2016

Abstrak

Kabupaten Jember sebagai salah satu wilayah eks Karesidenan Besuki dikenal sebagai wilayah endemik TB. Permasalahan klasik program TB di Jember adalah *drop out* pengobatan dan tingginya *diagnostic delay* yang disebabkan oleh *patient delay*. Tingginya *diagnostic delay* berimplikasi pada penularan TB di masyarakat. Proses endemisitas TB yang diikuti dengan peningkatan insiden MDR-TB di Kabupaten Jember mengerucut menjadi permasalahan yang mendesak untuk diteliti dan dilakukan pengembangan terhadap model rekayasa penanggulangannya. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan *mixed method* di dua desa dari dua kecamatan yang tercatat memiliki prevalensi TB tertinggi di Kabupaten Jember. Kedua desa tersebut adalah Desa Kalisat Kecamatan Kalisat dan Desa Suboh Kecamatan Pakusari. Hasil identifikasi di lokasi penelitian menunjukkan bahwa karakteristik demografi cenderung sama, dimana struktur penduduk didominasi dengan kelompok usia produktif dengan jenis pekerjaan paling banyak adalah pekerjaan di bidang informal. Sebagian besar penderita TB memilih melakukan pengobatan di faskes maupun nakes praktek swasta, baik perawat, bidan maupun dokter. Namun demikian pada fase pertama hingga fase kedua masih ada pasien yang lebih memilih melakukan pengobatan sendiri (swamedikasi) dengan mengakses obat-obatan dari warung atau toko obat terdekat. Kondisi ini berpeluang terhadap adanya keterlambatan *diagnostic* kondisi pasien yang pada akhirnya bisa berdampak pada proses penyembuhannya. Analisis jejaring sosial terhadap upaya penanggulangan TB di tiap wilayah menunjukkan bahwa tokoh agama merupakan komponen yang dianggap banyak berpengaruh terhadap upaya penanggulangan TB melalui proses penjangkaran suspek serta upaya sosialisasi pencegahan TB. Namun demikian hasil analisis menggunakan *social network analysis* menunjukkan bahwa tokoh tersebut sebenarnya bukan menjadi tokoh sentral dalam upaya penanggulangan TB di ketiga wilayah tersebut. Kondisi ini mengindikasikan bahwa selain masih banyak pihak yang berpotensi untuk bisa berkontribusi terhadap upaya penanggulangan TB di wilayah perkebunan, intervensi yang efektif bukan pada level kecamatan, namun lebih masuk ke level desa.

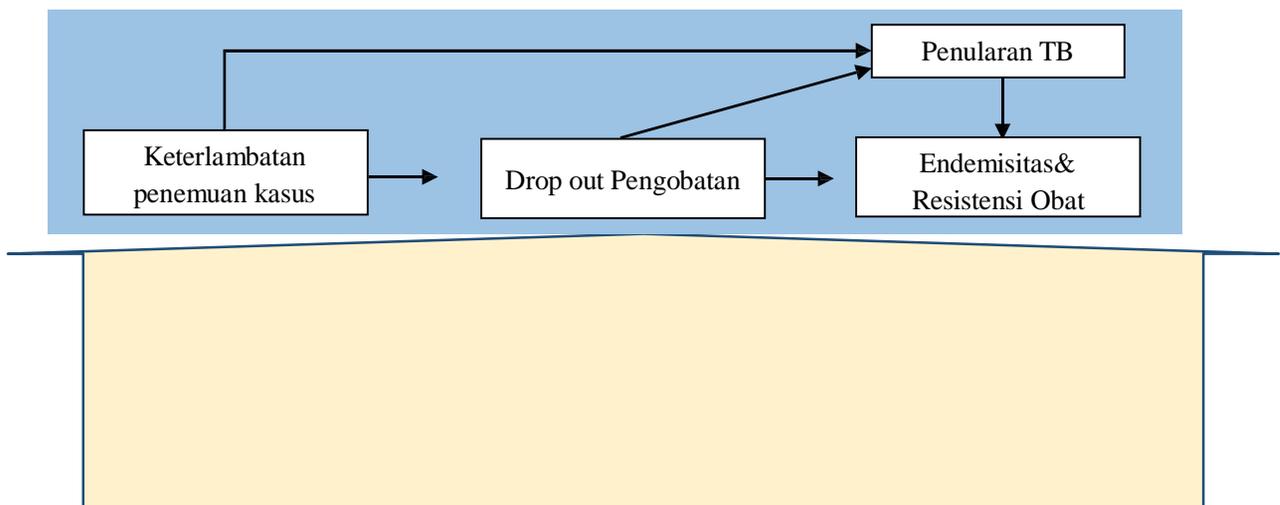
Kata Kunci : *diagnostic delay*, spasial, *social network analysis*, tuberkulosis

EXECUTIVE SUMMARY

1. Latar Belakang

Jember diketahui sebagai wilayah endemik TB (*tuberculosis*). Prevalensi TB Paru di Kabupaten Jember menduduki peringkat pertama di seluruh Eks Karesidenan Besuki yaitu 70-80%. Tercatat 10 pasien berstatus MDR-TB (*Multiple Drugs Resistance TB*) selama periode 2011-2013 (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2013; Kompas 2014). Pendekatan intensif penemuan MDR-TB di Jember telah dilakukan. Tercatat 17 insiden MDR-TB hanya dalam jangka waktu yang singkat (periode September 2013 sampai Pebruari 2014) (RS Paru Jember, 2014). Permasalahan klasik program TB di Jember adalah *drop out* pengobatan dan tingginya *diagnostic delay* yang disebabkan oleh *patient delay*. Jangka waktu keterlambatan pasien setelah dua minggu gejala batuk hingga didiagnosis menderita TB bervariasi antara 0,28 hingga 144 minggu, dengan rata-rata sebesar 21,4 minggu. Tingginya *diagnostic delay* berimplikasi pada penularan TB di masyarakat (Ariyanto, 2012).

Permasalahan endemisitas TB dan insiden MDR-TB di Jember jika dilihat dari teori proses terjadinya, dan faktor penyebabnya dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Faktor dan Alur Proses Endemisitas dan Resistensi Obat TB

Kesimpulan yang penting dalam pengendalian TB adalah perlunya dihasilkan model untuk menurunkan endemisitas dan menekan perkembangan resistensi obat dengan pendekatan yang tepat, yang meliputi elemen-elemen strategi DOTS tersebut di atas.

Penanggulangan TB melalui program TB masih terus menjadi prioritas masalah di

Kabupaten Jember, namun kajian secara khusus mengenai penanggulangan TB pada masyarakat di area perkebunan belum pernah dilakukan. Oleh karena itu kajian berupa penelitian perlu dilakukan untuk mampu menelaah permasalahan program TB secara mendasar pada masyarakat di area perkebunan. Pertanyaan penelitian mengerucut pada masalah untuk diteliti dan dikembangkan, yaitu sebagai berikut:

1. Bagaimana karakteristik modal sosial yang dimiliki masyarakat di wilayah perkebunan untuk menanggulangi permasalahan TB?
2. Bagaimana implementasi program penanggulangan TB di wilayah perkebunan?
3. Bagaimana rekayasa program TB yang bisa dilakukan untuk menurunkan endemisitas TB dan menekan MDR-TB di wilayah perkebunan?

2. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menghasilkan model pengembangan program pengendalian TB yang berkelanjutan. Hasil tersebut diperoleh dengan cara:

1. Mengidentifikasi karakteristik demografi, geografi, dan sistem sosial di masyarakat wilayah perkebunan;
2. Mengidentifikasi sumber daya, termasuk jaringan sosial, yang dilibatkan dalam program penanggulangan TB di wilayah perkebunan;
3. Mengidentifikasi implementasi program penanggulangan TB di wilayah perkebunan;
4. Menyusun model program penanggulangan TB secara terpadu, yang bisa diterapkan baik di level pelayanan kesehatan maupun masyarakat, di wilayah perkebunan;
5. Mengimplementasikan model program penanggulangan TB berbasis wilayah perkebunan; dan
6. Mengevaluasi pelaksanaan program TB berbasis wilayah perkebunan, baik di level pelayanan kesehatan maupun masyarakat.

3. Metode Penelitian

3.1. Desain Penelitian

Pendekatan penelitian dilakukan dengan menggunakan *mixed method* yang memadukan pendekatan kualitatif pada tahap awal kemudian dilanjutkan dengan pendekatan kuantitatif pada tahap berikutnya. Selanjutnya berdasarkan tujuan yang hendak dicapai, penelitian ini merupakan penelitian berbasis studi rekayasa sosial.

3.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di tiga kecamatan di Kabupaten Jember, yaitu: Desa Kalisat Kecamatan Kalisat dan Desa Suboh Kecamatan Pakusari. Pemilihan kedua lokasi sebagai lokasi penelitian karena prevalensi TB di kedua wilayah tersebut tertinggi serta keduanya merupakan wilayah perkebunan.

3.3. Data dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data primer sekaligus sekunder yang diperoleh dari tiga sumber data utama, yang terdiri dari:

- a. Penderita TB
- b. Masyarakat
- c. Pusat Pelayanan Kesehatan di tiap wilayah

Penelusuran sumber data (informan) menggunakan teknik *purposive sampling*. Sementara teknik pengumpulan data, baik primer maupun sekunder, dilakukan dengan wawancara secara langsung dan mendalam (*in-depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara yang terbuka serta observasi partisipasi (*partisipant observation*).

3.4. Teknik Analisis

Proses yang dilakukan selama menganalisa data, yaitu langkah pertama yang ditempuh dengan mengorganisasikan data dan mengurutkannya ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar. Setelah itu langkah selanjutnya adalah penafsiran data. Penafsiran data adalah menjelaskan data yang sudah diorganisasikan, dengan tujuan untuk membuat diskripsi data yang dikumpulkan.

Metode analisis yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah adalah *content style*. Data kuantitatif yang dikumpulkan tersebut dianalisa menggunakan *spatial analysis* dan *social network analysis* untuk mendapatkan pola pencarian pengobatan pada penderita TB serta preferensi pencarian pengobatan TB di masyarakat di tiap wilayah.

4. Hasil dan Pembahasan

4.1. Karakteristik Geografi dan Demografi

Karakteristik geografi, demografi dan keadaan lingkungan merupakan faktor yang turut mempengaruhi kesehatan. Beberapa karakteristik geografi seperti ketinggian, curah hujan, dan tempat tinggal dapat mempengaruhi kekonsistenan sumber penyakit berada dalam suatu

wilayah tertentu. Berdasarkan data BPS Kabupaten Jember Tahun 2014 diketahui bahwa Kecamatan Kalisat merupakan dataran tinggi dengan ketinggian 281 mdpl dan ketinggian Kecamatan Pakusari sebesar 120 mdpl. Adapun rata-rata curah hujan di Kecamatan Kalisat mencapai 2088 mm/tahun, sedangkan rata-rata curah hujan di Kecamatan Pakusari sebesar 2000 mm/tahun

Adapun karakteristik demografi di lokasi penelitian menunjukkan bahwa struktur penduduk di kedua lokasi relatif sama, dimana struktur penduduk didominasi kelompok usia produktif (15 – 64 tahun). sementara jika ditinjau berdasarkan tingkat pendidikan formal yang berhasil ditamatkan, sebagian besar penduduk di kedua lokasi tidak menamatkan pendidikan dasar hingga SMP. Persentase tertinggi pendidikan yang ditamatkan oleh penduduk di tiga wilayah tersebut justru hanya tamat SD yakni masing-masing sebesar 42,2%, 35,6 %, dan 33,2%.

Pendidikan dan kesehatan memiliki hubungan yang erat. Kesehatan yang baik berpotensi membuat seseorang dapat belajar lebih serius dan bekerja lebih produktif. Pendidikan mempengaruhi proses belajar. Pendidikan tinggi menjadikan seseorang akan cenderung untuk mendapat informasi baik dari orang maupun dari media massa. Berpendidikan tinggi, akan membuat individu memiliki wawasan pengetahuan yang tinggi dan semakin menyadari bahwa begitu penting kesehatan bagi kehidupan sehingga termotivasi untuk melakukan kunjungan ke pusat-pusat pelayanan kesehatan yang lebih baik, khususnya untuk mengatasi penyakit TB.

Selain pendidikan, status ekonomi keluarga juga merupakan faktor yang mempunyai keterkaitan dengan status kesehatan dalam hal ini status infeksi tuberculosis. Indikator status ekonomi masing-masing wilayah kecamatan yang bisa diidentifikasi dari laporan BPS Kabupaten Jember (2014) adalah jumlah rumah tangga miskin, jumlah penduduk miskin dan jumlah rumah dengan jenis lantai terluas di setiap kecamatan.

Laporan BPS Kabupaten Jember 2014 juga memberikan informasi bahwa, persentase rumah tangga dan penduduk miskin terbanyak adalah Kecamatan Kalisat, namun untuk rumah dengan lantai terluas terdiri dari tanah, persentase terbanyak ada di Kecamatan Pakusari, kemudian Kalisat. Hubungan penyakit dan kemiskinan dapat seperti *viciouscycles*. Kesehatan mempengaruhi kondisi ekonomi, dan sebaliknya ekonomi mempengaruhi kesehatan. Keadaan miskin membuat seseorang menjadi kurang gizi, tinggal di tempat yang tidak sehat, dan tidak dapat melakukan pemeliharaan kesehatan dengan baik akibatnya akan menjadi rentan terkena penyakit. Kondisi sakit membuat seseorang yang miskin terpaksa berobat. Biaya pengobatan cukup mahal, akibatnya seseorang yang miskin akan semakin miskin, sehingga berhenti berobat, dan semakin parah demikian seterusnya.

4.2. Karakteristik Responden

Responden yang dilibatkan dalam penelitian ini terdiri dari responden penderita, tetangga dari penderita, dan pemegang program TB di tiap wilayah kerja puskesmas. Banyak responden pasien dan tetangga masing-masing 38 orang.

Sebaran responden kategori penderita TB menunjukkan bahwa penderita TB lebih didominasi laki-laki yang mencapai lebih dari dua kali lipat pasien perempuan. Kondisi ini dimungkinkan karena pada umumnya para laki-laki lebih banyak beraktivitas di luar rumah sehingga memungkinkan untuk tertular TB. Sementara itu jika ditinjau dari tingkat pendidikan penderita, sebagian besar terkategori berpendidikan rendah, bahkan tidak pernah mengenyam pendidikan sekolah. Hanya setengah dari keseluruhan responden yang mampu mencapai pendidikan menengah ke atas, bahkan hanya 5% responden yang mampu menyelesaikan pendidikan tingkat tinggi. Kondisi ini sebenarnya menggambarkan kemampuan penderita TB dalam menyerap informasi secara komprehensif, termasuk informasi mengenai TB, serta kemampuan manajemen lingkungan rumah dan sekitarnya. Berdasarkan hasil identifikasi tersebut diketahui bahwa dengan tingkat pendidikan didominasi pendidikan rendah, maka sangat dimungkinkan penderita sebelumnya tidak mengetahui informasi komprehensif mengenai TB, yang meliputi sumber penularan, cara penularan, pengobatan serta cara pencegahan. Selain itu dengan kemampuan penyerapan informasi yang kurang juga dimungkinkan jika penderita kurang mampu menerapkan manajemen lingkungan yang baik sebagai salah satu tindakan pencegahan terhadap TB.

Adapun sebaran responden penderita TB berdasarkan jenis pekerjaannya menunjukkan bahwa mayoritas responden bekerja di sektor informal. Hanya 10,5% responden yang bekerja/ pernah bekerja di sektor formal. Dengan mengacu pada hasil ini diketahui bahwa besar kemungkinan responden tidak memiliki jaminan kesehatan sebagaimana yang dimiliki oleh pekerja formal. Kondisi ini tentu saja akan berimbas terhadap penanganan keluhan/penyakit yang dideritanya.

Sebaran status ekonomi responden sangat dipengaruhi oleh sebaran jenis pekerjaannya. Mayoritas responden bekerja di sektor informal dengan tingkat penghasilan maksimum sebesar Rp 6.000.000,00 pada petani. Sementara penghasilan minimum sebesar Rp 200.000,00 pada jenis pekerjaan buruh tani.

Sebaran keseluruhan pendapatan serta pengeluaran, jumlah tabungan, dan besaran hutang tertanggung menunjukkan komposisi yang tidak seimbang. Sebagian besar penderita memiliki hutang tertanggung yang tentu saja kondisi ini akan mempengaruhi besaran biaya yang dialokasikan untuk pengobatan, termasuk setelah didiagnosis TB. Kondisi ini semakin diperparah dengan tidak adanya tabungan pada sebagian besar responden.

Pada saat responden mengalami gejala batuk yang tidak kunjung sembuh pertama kali, lebih dari 60% responden mencari pengobatan ke Puskesmas dan Rumah Sakit, sementara 28% lainnya mencari pengobatan ke tempat praktek swasta (dokter maupun perawat) dan 10 lainnya melakukan pengobatan sendiri. Responden yang melakukan pengobatan sendiri terkategori berpendidikan rendah bahkan tidak pernah mengenyam pendidikan sekolah. Namun tidak semua responden yang terkategori berpendidikan rendah melakukan pengobatan sendiri. Mereka bersama-sama responden dengan tingkat pendidikan di atasnya mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan dan layanan petugas kesehatan melalui praktik swasta.

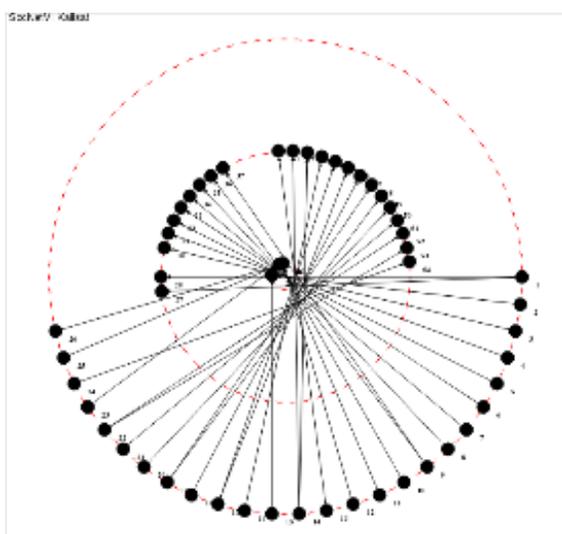
Selanjutnya pada pencarian pengobatan lanjutan, tersisa 31 responden yang terus melakukan pencarian pengobatan. Dari keseluruhan responden yang masih mencari pengobatan, lebih dari 70% responden mencari pengobatan di Puskesmas dan Rumah Sakit. Ada pengalihan pencarian pengobatan dari praktek swasta dan swa medikasi ke puskesmas dan rumah sakit. Namun demikian, pada fase ini masih ada satu responden yang tetap melakukan swa medikasi.

Pada fase ketiga dan keempat, masing-masing tersisa 17 dan 6 responden, yang kesemuanya memfokuskan pengobatannya ke fasilitas kesehatan dan layanan petugas kesehatan melalui praktek swasta.

4.3. Analisis Jejaring Sosial dan Spasial Tokoh Panutan

Sejumlah 76 penderita TB dan tetangganya diminta preferensi tokoh panutan sampai tingkat kecamatan. Melalui proses wawancara dihasilkan 73 nama yang menurut responden dijadikan tokoh panutan. Penelusuran pola panutan di ketiga wilayah perkebunan ini penting untuk memberikan gambaran stakeholder dari komunitas yang akan dilibatkan dalam pencegahan TB.

Analisis Degree Prestige Index digunakan sebagai pendekatan *social network analysis* dalam penelitian ini. Analisis akan menggambarkan seberapa sentral tokoh yang dijadikan panutan di masyarakat. Hasil analisis menunjukkan tokoh di kecamatan Pakusari memiliki rerata garis panutan (0,648) dan jumlah tingkatan kelas panutan (4) tertinggi dibandingkan wilayah lain. Memperhatikan nilai GDP (*Group Degree Prestige*) ketiga wilayah yang mendekati nilai 0, disimpulkan bahwa tidak ada tokoh yang benar-benar sentral di masing-masing wilayah. Setiap tokoh memiliki derajat prestisius sebagai panutan yang relatif sama.



<u>KECAMATAN KALISAT</u>	
Mean Nodal InDegree	= 0.593
InDegree Variance	= 0.39
Max DP'	= 0.0377
Min DP'	= 0
DP classes	= 3
GDP	= 0.0271

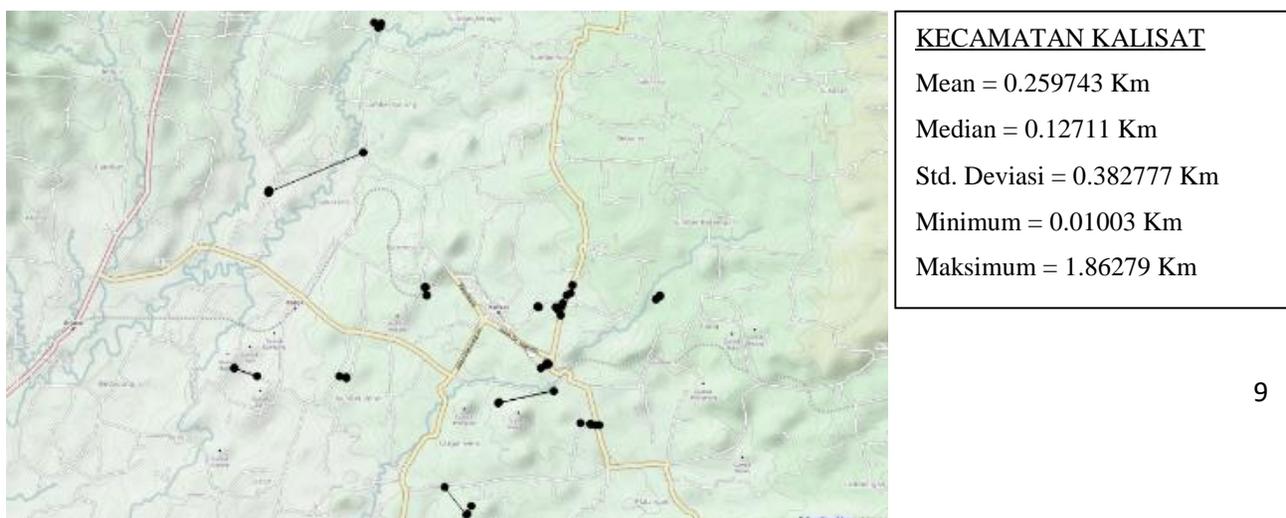
4.4.

5. Kesimpulan dan Saran

6.

Gambar 2. Hasil *Social Network Analysis*

Spatial network analysis digunakan untuk melihat apakah garis penokohan memusat pada area spasial tertentu. Responden dan tokoh panutan di plot mengikuti titik koordinat lokasi tempat tinggal. Selanjutnya dibuat garis hubung antar titik mengikuti matriks yang sama dengan yang digunakan pada analisis social network. Pengerjaan *spatial network analysis* menggunakan Quantum GIS dengan plugin *Point Connector*.



Gambar 3. Hasil *Spatial Analysis*

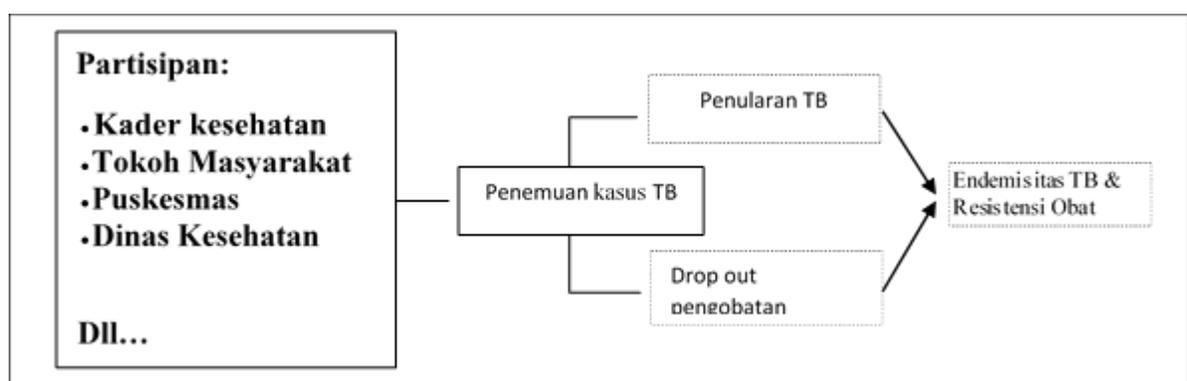
Rata-rata jarak korespondensi responden dengan tokoh panutannya di kedua lokasi berada di bawah 0,5 Km, dengan jarak korespondensi terjauh tokoh panutan berada di Kecamatan Pakusari (7,09813 Km). Pola garis korespondensi di ketiga wilayah tidak mengarah pada wilayah spasial tertentu, namun tersebar mengikuti lokasi tempat tinggal responden. Memperhatikan pola garis korespondensi yang memiliki kecenderungan tersebar dan nilai rerata kurang dari 0,5 Km mengindikasikan bahwa penokohan terkonsentrasi di masing-masing Desa.

4.4. Rancangan Model

Memperhatikan hasil analisis sebelumnya, yang terdiri dari sumberdaya masyarakat, meliputi tingkat sosio-ekonomi penderita dan masyarakat, tingkat pengetahuan dan informasi, social networking terkait ketokohan yang terlokalisir di desa, minimnya kerjasama penanggulangan TB antara desa dengan pelayanan kesehatan maka kami susun model program TB yang tepat sesuai dengan wilayah, yang selanjutnya diintervensikan pada tahun 2016. Target intervensi akan

menghasilkan sistem penjarangan kasus TB di tingkat lokal desa, dan sistem informasi/ surveilans TB di tingkat desa.

Dengan memperhatikan juga kapasitas masyarakat desa dan keterbatasan waktu intervensi yang hanya 1 tahun, maka peneliti mempertimbangkan untuk mengadopsi pendekatan Collaborative Betterment Model (CBM) (Kim-Ju, 2008). CBM menggunakan pendekatan top-down untuk permasalahan kesehatan masyarakat. Melalui CBM, masyarakat luas, pribadi, atau institusi non profit (misalnya universitas atau pemerintah) mengawali dan membentuk format kesatuan/koalisi dengan masyarakat untuk menyelesaikan kebutuhan kesehatan masyarakat. Organisasi eksternal biasanya lebih memandu dan mengendalikan proses dibanding anggota masyarakat. Walaupun terdapat keterwakilan masyarakat dalam hal memberikan informasi, saran dan pendapat dalam perencanaan, namun mereka biasanya tidak dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan dan alokasi sumber daya. Sehingga kesimpulannya, CBM tidak dirancang untuk memindahkan kemampuan atau kepemilikan ke masyarakat, tetapi lebih untuk menyampaikan pelayanan dan program. Meskipun demikian, dalam proses community building dan penyampaian pelayanan dan program, adanya kesatuan dengan masyarakat mendorong praktik tindakan yang lebih baik karena merujuk pada kebutuhan kesehatan masyarakat.



Gambar 4. Rancangan Model Intervensi

Model ini sedikitnya melibatkan empat partisipan utama yaitu: kader kesehatan, tokoh masyarakat, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan Kab. Jember. Masing-masing partisipan akan berperan dalam aspek yang berbeda.

1. Kader kesehatan akan berperan langsung di lapangan, melakukan penemuan suspek TB, penyuluhan dan jejaring informasi
2. Tokoh Masyarakat akan berperan dalam memberikan perlindungan, dukungan dan pendampingan pada kader kesehatan pada saat menjalankan tugas
3. Puskesmas akan bertugas melakukan pendampingan teknis dan informasi pada kader kesehatan di lapangan

4. Dinas Kesehatan akan berperan sebagai sumber informasi kesehatan, menyiapkan kriteria dan sistematika penemuan suspek, serta menyiapkan mekanisme jejaring informasi TB Disisi lain pada pendekatan CBM ini, peneliti juga dituntut untuk berupaya memperluas jejaring TB dengan melibatkan partisipan lain, baik yang memiliki kapasitas untuk menggerakkan, maupun kepemilikan sumber daya (informasi, tenaga, keuangan, fasilitas, dll.) untuk menyelesaikan permasalahan TB di masyarakat perkebunan.

4.5. Pelaksanaan Intervensi

Intervensi dilakukan di dua desa di Kabupaten Jember sebagai pilot project, yaitu: Desa Kalisat dan Desa Suboh. Penetapan dua desa tersebut berdasarkan pada pertimbangan peluang berhasilnya program setelah berkonsultasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Kegiatan intervensi dilaksanakan melalui tiga tahap: persiapan dan pelatihan persuasi, pemeriksaan sputum, dan evaluasi kegiatan. Kami mencoba dari dua desa tersebut, satu desa didampingi oleh pemandu, sementara lainnya diamati dalam satu siklus screening tanpa pemandu. Hal ini peneliti lakukan untuk melihat ada tidaknya inisiatif dari partisipan internal desa untuk bergerak, meskipun tanpa didampingi oleh pemandu.

Pelaksanaan intervensi terdiri dari persiapan dan pelatihan teknik persuasi, kunjungan rumah suspek, pemeriksaan sputum, dan evaluasi kegiatan.

4.6. Hasil Intervensi

Hingga akhir intervensi diperoleh hasil sebagai berikut. Sebanyak 86 sasaran teridentifikasi, dan selanjutnya sasaran dilakukan persuasi agar bersedia diperiksa. Dari kegiatan persuasi sebanyak 42 bersedia diperiksa. Distribusi suspek teridentifikasi, dilakukan persuasi dan diperiksa sputumnya untuk masing-masing desa disajikan pada tabel berikut:

Tabel 1. Hasil Intervensi

Desa	Jumlah Suspek teridentifikasi	Jumlah Suspek dilakukan Persuasi		Jumlah Suspek Bersedia di Periksa	
		n	%	n	%
Kalisat	34	22	64,7	18	81,8
Suboh	52	27	51,9	24	88,9
Jumlah	86	49		42	

Kegiatan seluruhnya melibatkan kader, dengan didampingi tokoh masyarakat sebanyak 12 didampingi staf kesehatan sebanyak 2 dan didampingi keduanya sebanyak Distribusi lebih lengkap disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2. Distribusi Hasil Penemuan Suspek Menurut Tokoh yang Dilibatkan

Desa	Jumlah Suspek dilakukan Persuasi	Hanya melibatkan kader		Melibatkan kader dan tokoh masyarakat		Melibatkan kader dan staf kesehatan		Melibatkan kader, tokoh masyarakat, dan staf kesehatan	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kalisat	22	17	77,3	0	0	5	22,7	0	0
Suboh	27	7	25,9	20	74,1	0	0	0	0
Jumlah	49	24		20		5		0	

Dari sejumlah 42 suspek yang diperiksa sputumnya, sebanyak 3 menunjukkan hasil BTA+. Hal ini mengindikasikan bahwa pendekatan active case finding yang dilakukan, dapat memperpendek masa diagnostic delay TB di Jember.

Tabel 3. Distribusi Suspek Positif

Desa	Jumlah Suspek bersedia di Periksa	Jumlah Suspek Positif	
		n	%
Kalisat	22	1	4,5
Suboh	27	2	7,4
Jumlah	49	3	

Hingga akhir kegiatan, peneliti mendapatkan tambahan partisipan yang bersedia dalam gerakan pemberantasan TB di Jember. Partisipan yang selanjutnya turut terlibat adalah institusi RS Paru Jember. Institusi tersebut turut terlibat dalam pendampingan TB di desa Kalisat, dengan agenda di tahun 2017 melanjutkan kegiatan pendampingan masyarakat di desa Kalisat menggunakan dana CSR RS Paru dengan nama program “Manajer TB”. Sedangkan pihak desa Suboh tergerak dan telah menyiapkan anggaran desa untuk pembelian genteng kaca bagi warganya yang menderita TB dan berpotensi menularkan TB. Genteng kaca merupakan salah satu pendekatan tata laksana perumahan untuk memutus rantai penularan TB dan penyakit-penyakit lainnya yang bisa diputus dengan sinar UV.

Adapun hambatan dalam kegiatan di lapangan yang bisa peneliti inventarisasi sebagai berikut:

1. Perlu kesabaran untuk pengumpulan sputum. Suspek memiliki kesulitan untuk mengeluarkan sputum, sehingga seringkali yang terkumpul adalah ludah.
2. Intervensi selama 1 tahun kurang mencukupi untuk melihat dampak kegiatan terhadap prevalensi TB.

5. Kesimpulan dan Saran

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik demografi dari ketiga lokasi memiliki tipikal yang sama. Hal ini dimungkinkan mengingat kondisi sosial demografi masyarakat Kabupaten Jember juga relatif sama, dimana struktur penduduk didominasi oleh kelompok usia produktif dengan jenis pekerjaan paling banyak berupa pekerjaan di sector informal, seperti petani, buruh tani, pedagang, buruh, dan lain sebagainya.
2. Dalam hal pengobatan TB, sebagian besar penderita TB sudah memilih untuk melakukan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat maupun pada praktik nakes mandiri, baik pada perawat, bidan, maupun dokter. Namun demikian dalam proses pengobatannya terindikasi adanya delay diagnostic dengan adanya pemilihan pengobatn di luar dari yang disebutkan di atas. Masih terdapat penderita TB yang memilih untuk mempraktikkan swamedikasi dengan membeli obat bebas di toko maupun warung terdekat. Kondisi ini bisa berulang hingga ke fase ke-2 dari proses pencarian pengobatan penderita TB. Tentu saja adanya keterlambatan diagnose terhadap penderita TB menunjukkan adanya simpul masalah dalam penemuan suspek TB sebagai bagian dari penanggulangan TB.
3. Dalam proses pencarian pengobatan bagi penderita TB diketahui terdapat beberapa komponen masyarakat yang turut berperan serta dalam proses tersebut. Tercatat terdapat tetangga, tokoh masyarakat bahkan tokoh agama setempat turut berperan dalam memberikan saran bagi pemilihan pengobatan penderita TB. Hal ini ditunjukkan melalui hasil analisis jejaring sosial terhadap upaya penanggulangan TB di wilayah. Tokoh agama merupakan komponen yang dianggap banyak berpengaruh terhadap upaya penanggulangan TB melalui upaya penjarangan suspek serta upaya sosialisasi pencegahan TB. Namun demikian hasil analisis menunjukkan bahwa tokoh tersebut sebenarnya bukan merupakan tokoh sentral dalam upaya penanggulangan TB. Pada akhirnya kondisi ini mengindikasikan bahwa sebenarnya masih banyak pihak yang berpotensi untuk bisa berkontribusi terhadap upaya penanggulangan TB di wilayah perkebunan.
4. Mempertimbangkan kapasitas sosio-ekonomi masyarakat dan jangka waktu intervensi yang pendek, maka model yang tepat untuk dilakukan dalam penanggulangan TB lebih mendekati pendekatan top-down atau semi top-down. Dalam penelitian ini peneliti berhasil menggandeng beberapa partisipan melalui pendekatan Collaborative Betterment Model.
5. Serangkaian kegiatan melalui kerjasama antara peneliti sebagai fasilitator, masyarakat diwakili kader, tokoh masyarakat, aparat desa, dan institusi kesehatan berjalan dengan baik. Hambatan terbesar dari kegiatan penelitian ini adalah terbatasnya waktu intervensi.

Sedangkan yang penting untuk diperhatikan adalah kesatuan pemahaman antar partisipan mengenai program intervensi.

6. Kegiatan efektif dalam menggerakkan masyarakat untuk berbuat bersama secara kolaboratif menanggulangi TB di masyarakat. Kegiatan juga berhasil menginisiasi keberlanjutan program dengan keterlibatan partisipan tambahan. Namun demikian hasil akhir intervensi berupa turunnya prevalensi dan eradikasi TB tidak bisa diamati.

5.2. Saran

Dari serangkaian kesimpulan di atas, maka untuk mempertajam upaya penanggulangan TB perlu dilakukan beberapa upaya sebagai berikut:

1. Mempertajam instrumen/ alat untuk melacak suspek yang bersifat sederhana sehingga mudah diimplementasikan di masyarakat.
2. Memperluas jejaring dan kolaborasi penanggulangan TB di Jember dengan melibatkan lebih banyak pihak.