

BAB I

PENDAHULUAN UMUM

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit menular tertua yang masih menjadi ancaman kesehatan global. Meskipun prevalensi TB dapat ditekan dengan pengobatan yang tepat, kepatuhan terhadap pengobatan TB di banyak negara, termasuk Indonesia, masih menjadi tantangan besar. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang tidak hanya menyerang paru-paru tetapi juga dapat mempengaruhi organ lainnya seperti tulang, otak, ginjal, dan sistem limfatik. Data dari WHO menunjukkan peningkatan kasus TB global yang mencapai 10,6 juta pada tahun 2022, dengan 39,7% kasus belum terdiagnosis atau tidak dilaporkan (2). Angka ini mencerminkan adanya kesenjangan besar dalam deteksi dini, diagnosis, serta kepatuhan terhadap pengobatan TB, terutama di negara berkembang seperti Indonesia.

Berdasarkan Global TB Report tahun 2022, jumlah kasus TB secara global meningkat menjadi 10,6 juta pada tahun 2021 dari 10 juta kasus pada tahun 2020. (2,3) Kasus TB di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 2022, mencapai 969.000 kasus dari 600.000 kasus pada tahun 2021. Pada tahun 2020 di Indonesia terdapat sebanyak 819.000 kasus TB dan pada tahun 2021 sebanyak 969.000 kasus TB. Jumlah kematian akibat TBC diperkirakan 144.000 atau 52 per 100.000 penduduk. Berdasarkan angka kejadian TBC dari tahun 2000 hingga tahun 2020, angka kejadian TBC dan angka kematian TBC mengalami penurunan, meskipun tidak signifikan, dan meningkat dari tahun 2020 hingga tahun 2021. Berdasarkan laporan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2023, diperkirakan sekitar 10,6 juta orang di seluruh dunia jatuh sakit akibat TB pada tahun 2022. Dari jumlah tersebut, sekitar 1,4 juta di antaranya meninggal dunia akibat komplikasi yang terkait dengan TB (2). Tren peningkatan ini menunjukkan kerentanan sistem kesehatan dalam mempertahankan capaian program TB, terutama dalam aspek kepatuhan pengobatan yang menjadi kunci pencegahan resistensi obat dan penularan di masyarakat.

Di tingkat lokal, berdasarkan data dari Diskom Info Kukar, tuberkulosis (TB) menjadi salah satu penyakit yang menjadi perhatian Dinas Kesehatan (Dinkes) Kutai Kartanegara (Kukar). Jumlah kasus TB di Kukar pada 2023 mencapai 1.153 kasus. Sebagian besar menyerang orang dewasa. Menurut Kepala Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Dinkes Kukar, Supriyadi, jumlah itu merupakan rangkaian upaya yang dilakukan Dinkes untuk mengejar eliminasi TB pada 2030. Lebih lanjut disampaikan bahwa penurunan prevalensi dan mortalitas TB, meskipun ada, tidak signifikan di beberapa wilayah, termasuk Kabupaten Kutai Kartanegara. Fakta ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat kebijakan nasional yang jelas, terdapat hambatan dalam implementasi

kebijakan di tingkat lokal yang berhubungan dengan faktor sosial, budaya, dan ekonomi yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan.

Merespons tantangan ini, Keputusan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 744/SK-BUP/HK/2024 merupakan langkah strategis dalam pengendalian TB yang menegaskan komitmen pemerintah daerah terhadap tingginya angka kasus TB melalui pembentukan tim lintas sektor. Tim ini melibatkan instansi pemerintah, lembaga nonpemerintah, organisasi profesi, dan masyarakat dalam upaya yang tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga menyentuh faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan, seperti akses rumah sehat, gizi keluarga, edukasi, serta skrining di tempat kerja. Pembentukan tim kerja di berbagai bidang menandakan pendekatan yang terstruktur dan menyeluruh, sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021, dan mencerminkan kolaborasi multisektoral dalam upaya mencapai eliminasi TB pada 2030.

Pendekatan multisektoral yang melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, dan ekonomi diperlukan untuk menanggulangi determinan sosial dari epidemi TB (3)(4). Di sektor kesehatan, peningkatan kapasitas tenaga medis dan penyediaan peralatan diagnostik yang memadai seperti tes molekuler cepat sangat diperlukan untuk memastikan diagnosis dan pengobatan TB yang efektif (5). Di sektor pendidikan, program edukasi dirancang untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai TB dan penularannya, serta menghapus mitos yang dapat menghambat pengobatan (6). Sementara itu, sektor ekonomi berkontribusi melalui dukungan finansial seperti pengobatan gratis atau bersubsidi untuk mengatasi hambatan biaya dalam mengakses layanan kesehatan (7). Upaya intervensi yang dilakukan oleh pemangku kepentingan ini bisa mencakup penyediaan informasi yang tepat dan akurat tentang TB, pelatihan bagi petugas kesehatan, dan pengembangan program yang melibatkan masyarakat dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan TB (8).

Namun, penanggulangan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara memerlukan pendekatan yang holistik dan peka budaya. Hal ini mencakup peningkatan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk fasilitas diagnosis dan pengobatan TB yang mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat (9). Edukasi kesehatan yang disesuaikan untuk meningkatkan pemahaman tentang TB, penularannya, dan pentingnya pengobatan tuntas juga sangat diperlukan. Keterlibatan tokoh masyarakat dan pemimpin agama lokal penting agar pesan kesehatan dapat diterima tanpa bertentangan dengan nilai budaya setempat (10). Pada sektor sosial budaya, pemimpin komunitas dan tokoh agama dapat berfungsi sebagai agen perubahan yang membantu mengubah persepsi masyarakat tentang TB dan mengurangi stigma yang terkait dengan penyakit ini. Mereka dapat menggenggam peranan yang signifikan dalam mendukung praktik-praktik kesehatan yang baik, seperti penggunaan masker dan etiket batuk yang tepat, yang dapat membantu mengurangi penularan TB di komunitas (10).

Hingga saat ini, pengendalian TB di Indonesia masih terfokus pada aspek medis, namun pengaruh faktor sosial dan budaya, terutama terkait dengan stigma masyarakat terhadap penyakit ini, kepercayaan tradisional, serta praktik kesehatan lokal belum banyak diteliti secara mendalam. Padahal, banyak studi menunjukkan

bahwa faktor sosial, budaya, dan ekonomi turut memengaruhi perilaku pencarian pengobatan dan kepatuhan pasien TB (3,4). Meskipun terdapat penelitian mengenai hubungan stigma dan kepatuhan pengobatan, belum ada penelitian yang secara spesifik mengintegrasikan pendekatan multisektoral berbasis budaya (kearifan lokal) termasuk pada masyarakat Kutai Kartanegara yang memiliki sistem kepercayaan adat yang kuat. Masyarakat Kutai Kartanegara memiliki tradisi seperti *Belian Senti* (ritual pengobatan tradisional oleh *pawing*), upacara *Erau*, dan *Nutuk Beham* yang menunjukkan kuatnya peran pemimpin adat dalam kehidupan sosial. Di komunitas ini, TB sering dipersepsikan sebagai kutukan atau pelanggaran adat, sehingga sebagian masyarakat lebih memilih pengobatan tradisional dibandingkan layanan medis modern (6,11–14). Kondisi ini tidak hanya memperlambat diagnosis, namun juga meningkatkan risiko penularan karena pasien terlambat memulai dan menyelesaikan pengobatan.

Untuk mencapai kepatuhan pengobatan TB yang maksimal, kerja sama antara pemerintah, masyarakat, dan organisasi nonpemerintah (NGO) sangat penting. Pemerintah dapat menyediakan kebijakan dan sumber daya yang diperlukan untuk mendukung program kepatuhan pengobatan TB, sementara NGO dapat berkontribusi dengan pengalaman mereka dalam bekerja di tingkat komunitas dan memberikan dukungan langsung kepada pasien (15). Kampanye kesehatan yang melibatkan berbagai sektor dan media komunikasi dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya deteksi dini dan kepatuhan terhadap pengobatan TB (16). Selain itu, penyediaan layanan kesehatan yang mudah diakses dan bebas biaya dapat mengurangi hambatan ekonomi yang sering kali menghalangi orang untuk mencari pengobatan sejak dini (17,18). Dengan melibatkan semua pihak dalam upaya pengendalian TB, intervensi dapat lebih terkoordinasi dan efektif dalam mengurangi beban penyakit ini.

Penelitian ini menggabungkan pendekatan berbasis budaya dan multisektoral untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan TB. Studi-studi sebelumnya di Afrika dan Asia Selatan telah menunjukkan bahwa stigma sosial dan faktor budaya sangat mempengaruhi kepatuhan pengobatan (17), namun di Indonesia, khususnya di daerah-daerah dengan akses terbatas ke layanan kesehatan, hal ini belum banyak diteliti. Penelitian ini diharapkan dapat mengisi gap tersebut dengan memberikan bukti konkret mengenai keterlibatan multisektoral berbasis kearifan lokal yang dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan TB. Penelitian ini akan mengintegrasikan beberapa teori utama dalam menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan TB. Teori *Community Empowerment* digunakan untuk memahami bagaimana pemberdayaan komunitas dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program pengobatan TB (4). *Health Belief Model* (HBM) dan *Theory of Planned Behavior* (TPB) membantu menjelaskan perilaku individu dalam mencari pengobatan dan mengikuti pengobatan yang direkomendasikan (19,20). Selain itu, Teori WHO tentang *adherence* menjadi landasan untuk memahami pentingnya dukungan sosial dan keterjangkauan layanan dalam mendukung kepatuhan pengobatan TB (21,22).

Dengan demikian, penelitian ini memberikan kontribusi baru dengan mengembangkan analisis mengenai integrasi keterlibatan multisektoral berbasis kearifan lokal dalam peningkatan kepatuhan pengobatan TB, sebuah area yang sebelumnya belum banyak dieksplorasi di Indonesia. Hasil penelitian ini memberikan model untuk perumusan kebijakan pengendalian TB yang lebih adaptif terhadap kondisi sosial dan budaya masyarakat.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah

- 1.2.1 Bagaimanakah pengaruh budaya dan stigma masyarakat terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- 1.2.2 Bagaimanakah peran tokoh masyarakat dan tokoh adat dalam memengaruhi budaya, menurunkan stigma, dan memperkuat pemberdayaan masyarakat pada pasien TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- 1.2.3 Bagaimanakah pengaruh langsung dan tidak langsung budaya, stigma, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- 1.2.4 Sektor manakah dalam pendekatan multisektoral yang paling berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.

1.3 Tujuan Peneliitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis pengaruh budaya, stigma, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral terhadap kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB) pada masyarakat Kutai di Kabupaten Kutai Kartanegara.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh budaya dan stigma masyarakat terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Menganalisis peran tokoh masyarakat dan tokoh adat dalam memengaruhi budaya, menurunkan stigma, dan memperkuat pemberdayaan masyarakat terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
3. Menganalisis pengaruh langsung dan tidak langsung budaya, stigma, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara
4. Menganalisis sektor yang paling berpengaruh dalam pendekatan multisektoral terhadap peningkatan kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Kontribusi Ilmu Pengetahuan: Penelitian ini memberikan kontribusi pada pengembangan teori kepatuhan pengobatan TB dengan mengintegrasikan

perspektif sosial-budaya, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral dalam satu kerangka analitis.

2. Pengembangan Model: Menghasilkan model struktural yang komprehensif tentang determinan kepatuhan pengobatan TB yang dapat dijadikan referensi untuk penelitian sejenis di wilayah lain dengan karakteristik sosial-budaya yang beragam.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pembuat Kebijakan: Penelitian ini menyediakan bukti empiris untuk merumuskan kebijakan pengendalian TB yang sensitif budaya, berbasis pemberdayaan masyarakat, dan mendukung optimalisasi pendekatan multisektoral sesuai amanat Perpres No. 67 Tahun 2021..
2. Bagi praktisi kesehatan: Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk merancang intervensi yang lebih komprehensif dan berorientasi komunitas, dengan memperhatikan nilai budaya lokal serta memperkuat koordinasi lintas sektor dalam pelaksanaan program TB.
3. Bagi akademisi dan Peneliti Selanjutnya: Menjadi baseline data dan model untuk penelitian lanjutan tentang kepatuhan pengobatan TB di wilayah dengan karakteristik sosial-budaya yang serupa. Studi ini memperluas kerangka teoritik dalam analisis perilaku kesehatan melalui integrasi faktor budaya, pemberdayaan, dan sistem, serta membuka peluang penelitian lanjutan dengan pendekatan interdisipliner di bidang kesehatan masyarakat.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini mencakup analisis hubungan antara faktor budaya, sosial, dan sistemik dengan kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB) dalam konteks masyarakat Indonesia, khususnya di Kabupaten Kutai Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur. Penelitian ini berfokus pada lima variabel utama, yaitu karakteristik budaya dan sosial, nilai budaya, pemberdayaan masyarakat, stigma, serta pendekatan multisektoral, yang dianalisis terhadap kepatuhan pengobatan TB.

Secara konseptual, penelitian ini berada dalam ranah kesehatan masyarakat (*public health*) dengan penekanan pada determinasi sosial dan budaya perilaku kesehatan. Sedangkan secara praktis, penelitian ini mencakup upaya perumusan strategi penguatan kepatuhan pengobatan TB melalui kolaborasi lintas sektor dan pendekatan berbasis budaya. Dengan demikian, ruang lingkup penelitian ini meliputi aspek individual (nilai dan perilaku pasien), komunitas (pemberdayaan dan stigma sosial), serta sistem (koordinasi multisektoral dan kebijakan kesehatan) yang secara bersama-sama memengaruhi keberhasilan pengobatan TB di tingkat lokal.

1.6 Novelty Penelitian

1. Kebaruan Konseptual

Penelitian ini menawarkan model konseptual baru dalam pengendalian TB yang mengintegrasikan budaya lokal, stigma, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral dalam satu kerangka teoretik kepatuhan pengobatan TB.

Model ini menghubungkan dimensi individu (nilai budaya dan persepsi TB), dimensi komunitas (peran tokoh adat dan pemberdayaan masyarakat), serta dimensi sistem (kolaborasi lintas sektor) yang sebelumnya umumnya dikaji secara terpisah. Integrasi tersebut menghasilkan pendekatan berbasis kearifan lokal yang kontekstual dan berkelanjutan dalam pengendalian TB.

2. Kebaruan Empiris

Penelitian ini menghasilkan temuan empiris baru bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan faktor paling dominan dalam memperkuat pendekatan multisektoral, yang kemudian meningkatkan kepatuhan pengobatan TB. Selain itu, ditemukan bahwa nilai budaya tertentu dapat berdampak negatif terhadap kepatuhan ketika tidak selaras dengan prinsip biomedis, namun peran tokoh adat dan tokoh masyarakat mampu menjadi mediator budaya untuk mengurangi stigma dan memperkuat dukungan sosial pasien TB.

1.7 Kerangka Teori Penelitian

Gambar 1.1 menggambarkan kerangka teori yang mengintegrasikan teori pemberdayaan masyarakat sebagai landasan utama dengan teori keterlibatan multisektoral, perilaku kesehatan (HBM dan TPB), serta pendekatan budaya untuk menjelaskan efektivitas pengendalian TB di Kabupaten Kutai Kartanegara. Kerangka ini menekankan partisipasi aktif masyarakat, kolaborasi lintas sektor, serta pengaruh persepsi, norma, dan nilai budaya terhadap kepatuhan pengobatan. Integrasi teori tersebut memberikan dasar analitis yang komprehensif untuk menilai pendekatan pengendalian TB yang partisipatif, kontekstual, dan berkelanjutan, sebagai berikut

1.7.1 *Grand Theory, Pemberdayaan Masyarakat (Community Empowerment)*

Teori Pemberdayaan Masyarakat (Community Empowerment Theory) dipilih sebagai *grand theory* karena penelitian ini berfokus pada penguatan kapasitas masyarakat dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan TB berbasis kearifan lokal. Teori ini menjelaskan bahwa perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan tidak hanya ditentukan oleh intervensi medis, tetapi juga oleh kemampuan masyarakat dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, dan berpartisipasi aktif dalam penyelesaian masalah. Dalam model penelitian ini, pemberdayaan masyarakat menjadi variabel sentral yang menghubungkan budaya, stigma, dan pendekatan multisektoral terhadap kepatuhan pengobatan TB. Aspek peningkatan kesadaran, pengurangan stigma, dukungan sosial, serta keterlibatan tokoh adat dan tokoh masyarakat merupakan bentuk implementasi proses pemberdayaan komunitas dalam pengendalian TB (22).

1.7.2 Teori Multisektoral dalam Pengendalian TB

Teori multisektoral digunakan karena pengendalian TB tidak dapat diselesaikan hanya melalui sektor kesehatan, tetapi membutuhkan keterlibatan lintas sektor seperti sosial, pendidikan, ekonomi, pemerintahan desa, dan tokoh adat. Teori ini menjelaskan bahwa determinan sosial kesehatan, termasuk stigma, kemiskinan, akses layanan, dan norma budaya, memerlukan kolaborasi antarsektor untuk

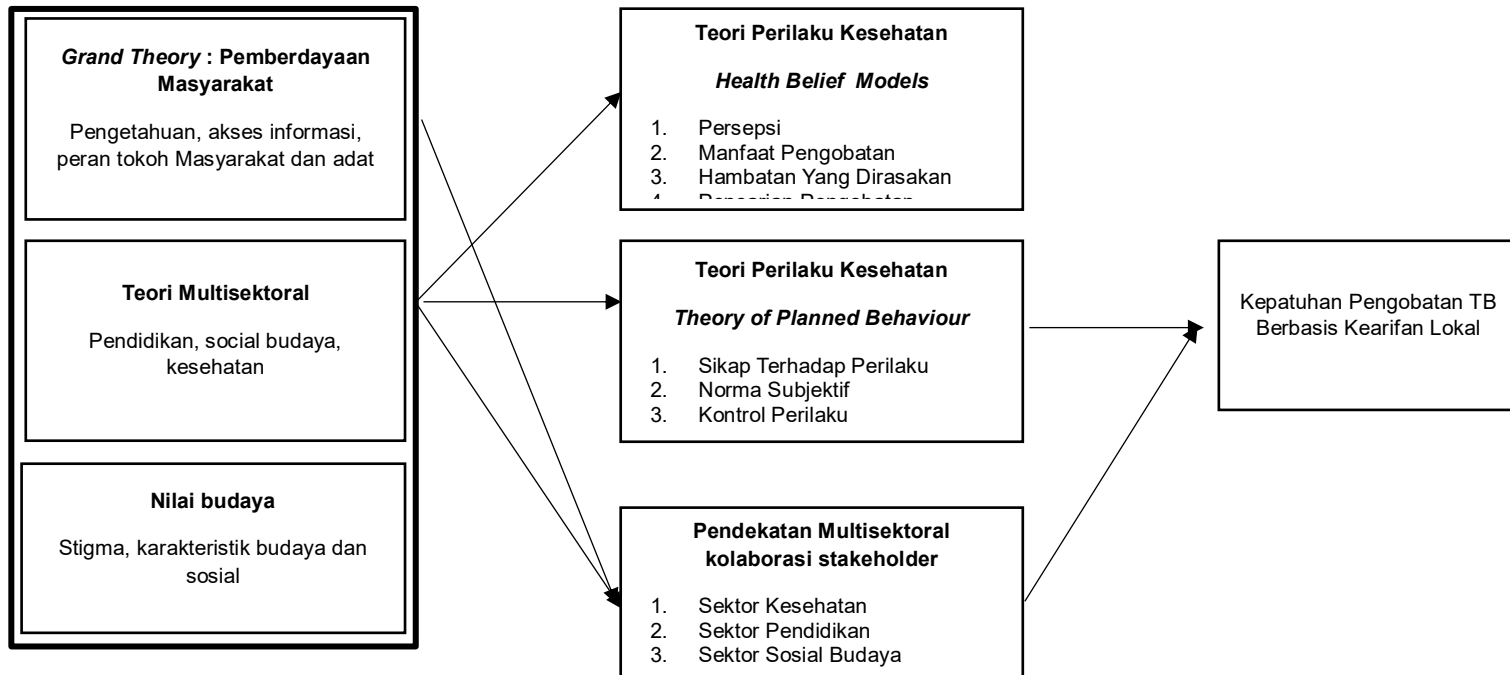
menghasilkan perubahan perilaku kesehatan yang efektif. Dalam penelitian ini, pendekatan multisektoral diposisikan sebagai mekanisme sistem yang memperkuat pemberdayaan masyarakat melalui kolegialitas, keterlibatan lintas sektor, dan integrasi praktik budaya lokal. Pemilihan teori ini juga didasarkan pada relevansinya dengan kebijakan nasional pengendalian TB yang menekankan kolaborasi lintas sektor dalam penanggulangan TB secara berkelanjutan (23)

1.7.3 Teori Perilaku Kesehatan (*Health Behavior Theory*) dan teori perencanaan perilaku kesehatan (*Theory Planned Behavior*)

HBM dan TPB digunakan untuk menjelaskan proses terbentuknya perilaku kepatuhan pengobatan TB pada tingkat individu. HBM menjelaskan bahwa perilaku pengobatan dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap risiko TB, tingkat keparahan penyakit, manfaat pengobatan, hambatan yang dirasakan, dan faktor pendorong tindakan. Sementara itu, TPB menjelaskan bahwa kepatuhan pengobatan dipengaruhi oleh niat perilaku yang dibentuk melalui sikap terhadap pengobatan, norma subjektif masyarakat, dan persepsi kontrol perilaku. Dalam konteks masyarakat Kutai, norma adat, kepercayaan budaya, dan stigma sosial mempengaruhi persepsi serta keputusan pasien dalam menjalani pengobatan TB. Oleh karena itu, kedua teori ini dipilih untuk menjelaskan hubungan antara budaya, stigma, dan kepatuhan pengobatan pada level individu, yang kemudian diperkuat melalui pemberdayaan masyarakat dan pendekatan multisektoral.

1.7.4 Pendekatan Berbasis Budaya dalam Pengendalian Kesehatan

Pendekatan berbasis budaya dipilih karena penelitian ini menempatkan budaya lokal sebagai faktor penting yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat terhadap TB. Teori ini menjelaskan bahwa kepercayaan, nilai adat, praktik tradisional, dan norma sosial dapat menentukan penerimaan masyarakat terhadap intervensi kesehatan. Dalam penelitian ini, pendekatan budaya digunakan untuk memahami bagaimana stigma, keyakinan lokal, serta praktik pengobatan tradisional masyarakat Kutai mempengaruhi kepatuhan pengobatan TB. Selain itu, pendekatan ini menjadi dasar integrasi kearifan lokal ke dalam model pemberdayaan dan multisektoral, sehingga intervensi kesehatan lebih kontekstual, mudah diterima masyarakat, dan berkelanjutan. Dengan demikian, teori budaya berfungsi sebagai penghubung antara aspek perilaku individu, pemberdayaan komunitas, dan sistem kolaborasi multisektoral dalam model penelitian ini (24).



Gambar 1.1. Kerangka Teori Penelitian (Sulaeman et.al. 2012, Chriswanto A et.al. 2024, Rosenstock 1974, Ajzen 1971, Airhihenbuwa et.al, 1995)

Berdasarkan bagan kerangka teori tersebut penelitian ini dengan mengintegrasikan *Grand Theory* Pemberdayaan Masyarakat, teori multisektoral, serta teori perilaku kesehatan (*Health Belief Model* dan *Theory of Planned Behaviour*) untuk menjelaskan mekanisme kompleks yang membentuk kepatuhan pengobatan TB berbasis kearifan lokal di Kabupaten Kutai Kartanegara. Pada fondasi pertama, teori pemberdayaan masyarakat menegaskan bahwa pengetahuan, akses informasi, serta peran tokoh masyarakat dan tokoh adat merupakan modal sosial yang dapat meningkatkan kapasitas komunitas untuk mengontrol determinan kesehatan mereka. Nilai-nilai lokal seperti *beseprah*, solidaritas, dan hierarki adat berperan penting dalam menciptakan lingkungan sosial yang mendukung atau menghambat kepatuhan.

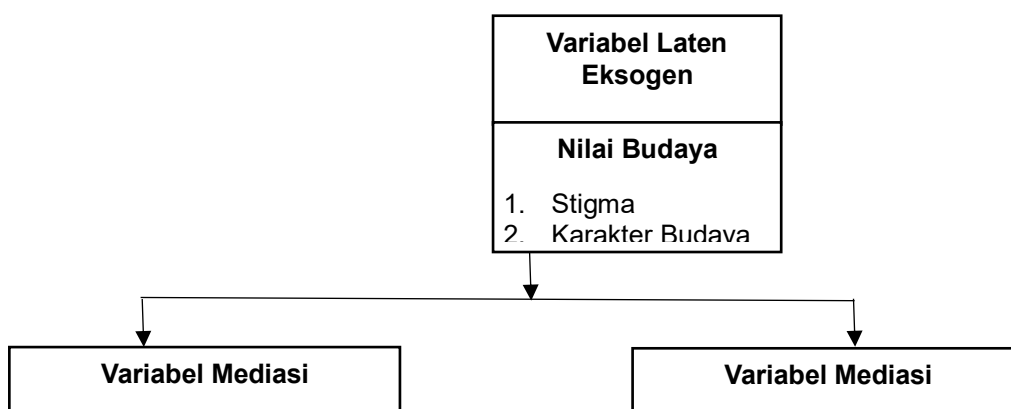
Pemberdayaan dalam konteks ini bukan sekadar penyampaian informasi, tetapi proses transformasi sosial yang memungkinkan masyarakat menafsirkan pesan kesehatan sesuai nilai budaya mereka. Pada level struktural, teori multisektoral memberikan kerangka untuk memahami bahwa pengendalian TB memerlukan kolaborasi lintas sektor kesehatan, pendidikan, dan sosial budaya – yang masing-masing memiliki kontribusi spesifik dalam membangun ekosistem pendukung perilaku sehat. Sektor kesehatan menyediakan layanan klinis dan pemantauan; sektor pendidikan memperkuat literasi kesehatan; sedangkan sektor sosial budaya memfasilitasi legitimasi sosial dan mengatasi resistensi berbasis nilai tradisional. Interaksi ketiga sektor ini membantu memediasi pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kepatuhan pengobatan.

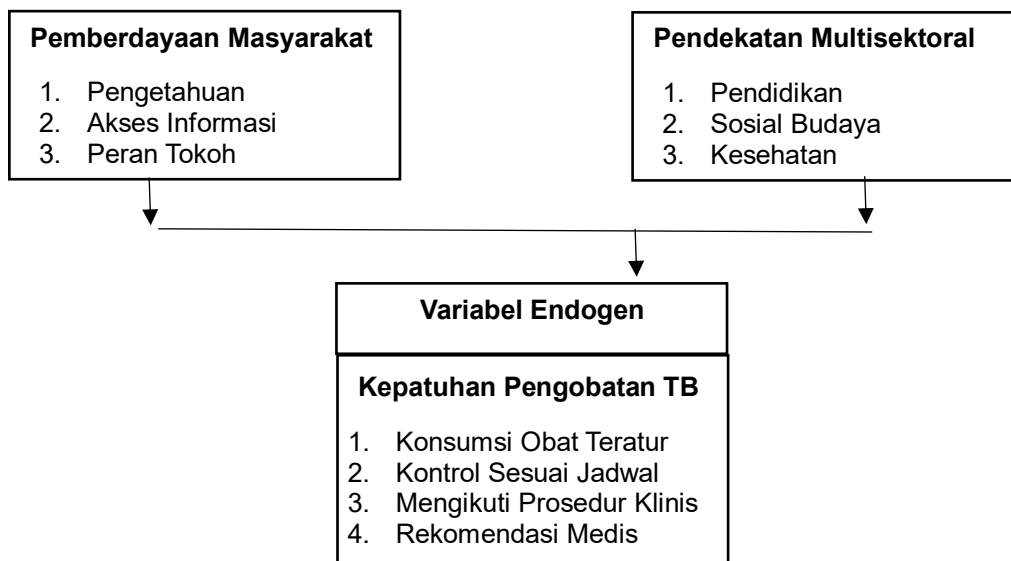
Di sisi lain, teori perilaku kesehatan seperti *Health Belief Model* menjelaskan bagaimana persepsi individu terhadap manfaat pengobatan, hambatan yang dirasakan, dan kecenderungan mencari pengobatan berpengaruh terhadap keputusan menjalani terapi TB dengan konsisten. Sementara itu, *Theory of Planned Behaviour* menekankan peran sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan – sebuah komponen yang sangat penting dalam konteks masyarakat Kutai, di mana norma adat dan tekanan sosial memiliki pengaruh kuat terhadap tindakan kesehatan individu. Nilai budaya, stigma, dan karakteristik sosial-budaya berperan sebagai determinan psikososial yang memoderasi persepsi dan niat perilaku; ketika nilai tradisional tidak selaras dengan prinsip biomedis, resistensi dan ketidakpatuhan lebih mungkin muncul. Karena itu, kerangka teori ini menempatkan pendekatan multisektoral sebagai mekanisme kunci yang menghubungkan pemberdayaan masyarakat, mitigasi stigma, dan integrasi nilai budaya dalam strategi pengobatan TB.

Pada akhirnya, kepatuhan pengobatan TB diposisikan sebagai output struktural yang lahir dari interaksi antara faktor individu, komunitas, budaya, dan sistem. Kerangka teori yang dihasilkan tidak hanya menggambarkan hubungan antarvariabel secara linear, tetapi membangun pemahaman holistik bahwa keberhasilan pengobatan TB memerlukan sinergi pemberdayaan masyarakat, transformasi perilaku, dan kolaborasi lintas sektor yang sensitif terhadap kearifan lokal. Model ini menjadi kontribusi teoritik dan praktis yang signifikan dalam upaya pengembangan strategi kesehatan masyarakat yang lebih kontekstual, humanis, dan berkelanjutan.

1.8 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini terdiri dari beberapa elemen utama yang menghubungkan berbagai variabel yang mempengaruhi dalam kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Kutai Kartanegara.





Gambar 1.2. Kerangka Konsep Penelitian

Model struktural dalam penelitian ini dirancang untuk menjelaskan bagaimana faktor budaya, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral berinteraksi secara simultan dalam memengaruhi kepatuhan pengobatan Tuberkulosis (TB) pada konteks sosial Kabupaten Kutai Kartanegara. Model ini berangkat dari pemahaman bahwa perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan pengobatan TB, bukanlah fenomena individual semata, melainkan hasil interaksi kompleks antara nilai budaya, struktur sosial, kapasitas masyarakat, dan dukungan kelembagaan lintas sektor.

Dalam model ini, Nilai Budaya diposisikan sebagai variabel eksogen yang mencerminkan dua aspek utama: stigma dan karakteristik budaya-sosial masyarakat Kutai. Kedua aspek ini membentuk kerangka kognitif yang mempengaruhi bagaimana masyarakat menafsirkan penyakit TB, mengelola rasa malu, serta menentukan apakah seseorang akan terbuka atau tertutup terhadap status penyakitnya. Nilai budaya yang kuat dapat memperkuat atau justru melemahkan dukungan sosial, sehingga memiliki implikasi langsung maupun tidak langsung terhadap kepatuhan.

Pengaruh nilai budaya tidak bekerja secara sederhana, tetapi mengalir melalui dua variabel mediasi utama, yaitu Pemberdayaan Masyarakat dan Kolaborasi Multisektoral. Pemberdayaan masyarakat terdiri dari indikator pengetahuan, akses informasi, dan peran tokoh masyarakat, yang mencerminkan kapasitas komunitas untuk memahami TB, mengambil keputusan kesehatan, serta memanfaatkan dukungan sosial-budaya yang tersedia. Masyarakat yang terberdayakan cenderung memiliki pemahaman lebih baik tentang manfaat pengobatan dan risiko putus obat, sehingga mampu mematuhi pengobatan secara lebih konsisten.

Di sisi lain, Kolaborasi Multisektoral menggambarkan sejauh mana berbagai sektor pendidikan, sosial-budaya, dan kesehatan bersinergi untuk mendukung pengendalian TB. Kolaborasi ini tercermin dalam integrasi literasi kesehatan di sekolah, pemanfaatan tokoh adat dan agama sebagai agen legitimasi sosial, serta penguatan peran puskesmas, kader, dan pemerintah desa dalam pemantauan dan pendampingan pasien. Ketika koordinasi lintas sektor berjalan efektif, ekosistem pendukung kepatuhan menjadi lebih kuat dan berkelanjutan.

Model SEM ini juga menggambarkan bahwa kepatuhan pengobatan TB merupakan hasil akhir dari kapasitas internal pasien dan dukungan eksternal dari lingkungannya. Kepatuhan diukur melalui tiga indikator utama, yaitu kepatuhan minum obat, kepatuhan kontrol ke fasilitas kesehatan, dan kepatuhan pada protokol perilaku pencegahan. Ketiga indikator ini tidak hanya dipengaruhi oleh intervensi medis formal, tetapi juga oleh dukungan lingkungan sosial yang dibentuk oleh pemberdayaan masyarakat dan sinergi multisektoral.

1.9 Hipotesis penelitian

Hipotesis penelitian ini bahwa pendekatan multisektoral yang melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, dan sosial budaya dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara. Adapun hipotesisnya sebagai berikut :

- H1:** Nilai budaya berpengaruh langsung signifikan terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- H2:** Pemberdayaan masyarakat tidak berpengaruh langsung signifikan terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- H3:** Pendekatan multisektoral berpengaruh langsung signifikan terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- H4:** Pemberdayaan masyarakat berpengaruh langsung signifikan terhadap pendekatan multisektoral dalam pengendalian TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- H5:** Pendekatan multisektoral memediasi secara signifikan pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara
- H6:** Stigma tidak berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- H7:** Nilai budaya berpengaruh signifikan terhadap stigma terkait TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.
- H8:** Karakteristik budaya dan sosial tidak berpengaruh signifikan terhadap nilai budaya terkait TB di Kabupaten Kutai Kartanegara

BAB II TOPIK I

ANALISIS MULTISEKTORAL KARAKTERISTIK BUDAYA, SOSIAL DAN PERAN TOKOH ADAT DALAM KEPATUHAN PENGOBATAN TUBERKULOSIS DI MASYARAKAT KUTAI KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA

2.1 Abstrak

Pendahuluan : Tuberkulosis (TB) tetap menjadi masalah kesehatan yang signifikan di Indonesia, termasuk di Kabupaten Kutai Kartanegara, meskipun pengobatan efektif telah tersedia. Kepatuhan pengobatan TB sering terhambat oleh faktor budaya, sosial, persepsi keliru, stigma, dan keterbatasan akses layanan kesehatan. **Tujuan** : untuk menganalisis karakteristik budaya dan sosial, serta peran tokoh masyarakat dan tokoh adat dalam mendukung kepatuhan pengobatan TB di masyarakat Kutai. **Metode** : Pendekatan yang digunakan bersifat kualitatif dengan desain analisis tematik dan metode *interpretive descriptive*. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan penderita TB, keluarga, tokoh masyarakat, tenaga kesehatan, tokoh adat dan pemimpin agama, serta diskusi kelompok terfokus (FGD). Teknik penentuan informan dilakukan secara *purposive sampling* untuk kualitatif. Data kualitatif dianalisis melalui pendekatan thematic analysis dengan bantuan aplikasi *NVivo analysis*. Penentuan informan dilakukan secara purposive dengan mempertimbangkan peran, pengalaman, dan keterlibatan mereka dalam pengendalian Tuberkulosis di masyarakat. **Hasil** : Hasil penelitian ini telah memberikan pemahaman yang mendalam mengenai determinan sosial-budaya yang memengaruhi kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara. Hasil penelitian menunjukkan karakteristik budaya, nilai-nilai lokal, struktur sosial, dan dinamika stigma berperan dalam membentuk perilaku kesehatan pasien. Selain itu, penelitian ini telah menghasilkan rekomendasi strategi intervensi berbasis budaya dan pendekatan multisektoral yang adaptif, yang dirancang untuk meningkatkan kepatuhan pasien, menekan stigma, serta mendukung upaya penurunan prevalensi TB secara berkelanjutan di Kabupaten Kutai Kartanegara.

Kata kunci: Tuberkulosis, kepatuhan pengobatan, budaya, tokoh masyarakat, kualitatif, Kutai Kartanegara

2.2 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, yang umumnya menyerang paru-paru tetapi juga dapat mempengaruhi bagian tubuh lainnya. Meskipun pengobatan TB sudah tersedia dan efektif, penyakit ini tetap menjadi masalah kesehatan yang serius, khususnya di negara-negara berkembang. Menurut laporan (21), Indonesia menempati peringkat ketiga dunia dalam jumlah kasus TB terbanyak, setelah India dan China, dengan lebih dari 800.000 kasus baru setiap tahunnya dan angka kematian lebih dari 93.000 orang setiap tahun (2). Fenomena ini semakin diperparah oleh prevalensi TB yang masih tinggi di beberapa daerah, termasuk di Kabupaten Kutai Kartanegara, yang memerlukan pendekatan komprehensif mengingat peran signifikan faktor sosial budaya dalam pencegahan dan penularan penyakit.

Data dari (23) mencatat lebih dari 1.500 kasus TB yang teridentifikasi di wilayah ini, dengan angka insidensi mencapai 178 kasus per 100.000 penduduk (23). Angka ini menunjukkan bahwa TB masih menjadi masalah kesehatan yang signifikan di daerah ini. Oleh karena itu, pengendalian dan pencegahan TB memerlukan perhatian lebih terhadap kepatuhan pasien dalam menjalankan regimen pengobatan jangka panjang yang krusial untuk mengendalikan penyebaran penyakit dan mencapai angka kesembuhan yang optimal (24).

Namun, kepatuhan pengobatan pada pasien TB di Kabupaten Kutai Kartanegara seringkali terhambat oleh berbagai karakteristik budaya dan sosial masyarakat setempat termasuk persepsi keliru mengenai etiologi dan penanganan TB, serta keterbatasan akses terhadap layanan Kesehatan (25,26). Persepsi keliru mengenai penyebab dan pengobatan TB, serta stigma sosial yang melekat pada penyakit ini, membuat banyak pasien menolak mencari pengobatan atau tidak termotivasi untuk patuh

dalam mengonsumsi obat. Banyak masyarakat yang menganggap TB sebagai penyakit kutukan atau penyakit turunan, dan memilih pengobatan tradisional sebagai alternatif, yang seringkali bertentangan dengan pengobatan medis modern (25,27,28). Hal ini memperburuk tantangan dalam pengendalian TB, karena pengobatan tradisional di Kutai, yang sering kali melibatkan penggunaan ramuan atau metode yang tidak terbukti secara medis, dapat memperlambat pencarian pengobatan yang lebih efektif.

Di sisi lain, persepsi masyarakat yang menganggap bahwa TB dapat disembuhkan dengan istirahat atau pengobatan tradisional, serta keterbatasan akses geografis dan biaya pengobatan, turut menjadi faktor penghambat kepatuhan pengobatan (27,28). Tidak jarang, masyarakat di pedesaan atau daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan merasa bahwa TB adalah penyakit yang bisa diatasi dengan cara yang lebih sederhana dan tidak memerlukan pengobatan medis jangka panjang. Ini meningkatkan risiko resistensi obat dan kekambuhan, yang menjadikan penanganan TB semakin kompleks dan mahal (29).

Pentingnya pendekatan yang berbasis pada karakteristik budaya dan sosial masyarakat Kutai menjadi sangat jelas. Keberhasilan pengobatan TB di beberapa wilayah menunjukkan bahwa intervensi berbasis budaya yang sesuai dengan norma dan nilai lokal dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam mengikuti pengobatan. Oleh karena itu, identifikasi faktor sosial budaya multisektoral yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan sangat penting untuk merumuskan strategi intervensi yang relevan dan berkelanjutan dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan TB (26,28,30).

Kepatuhan yang rendah terhadap regimen pengobatan juga menjadi faktor utama dalam munculnya Tuberkulosis Resisten Obat (31,32). Ketidakpatuhan pasien merupakan penyebab utama resistensi obat multidrug, yang memerlukan pendekatan intervensi komprehensif untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan (33). Rasa bosan akibat pengobatan jangka panjang turut berkontribusi pada ketidakpatuhan, sehingga berdampak pada kegagalan terapi dan tingginya angka kematian (34). Hal ini sejalan dengan penelitian mengenai dampak negatif ketidakpatuhan terhadap prognosis penyakit, termasuk peningkatan risiko resistensi obat dan angka morbiditas serta mortalitas yang lebih tinggi (35). Oleh karena itu, upaya peningkatan kepatuhan pengobatan memerlukan pemahaman mendalam tentang faktor-faktor sosial budaya yang memengaruhi pasien, seperti yang terlihat pada masyarakat dengan tingkat kesadaran kesehatan yang masih rendah dan praktik kebersihan yang belum memadai (28,36).

Pengaruh faktor budaya dan sosial sangat kuat dalam memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, termasuk kepatuhan pengobatan TB. Masyarakat di Kutai, dengan kepercayaan dan praktik budaya lokal yang kental, sering kali memandang TB melalui lensa budaya yang mempengaruhi cara mereka merespons penyakit ini. Persepsi bahwa penyakit ini berasal dari faktor mistis atau keturunan, serta praktik pengobatan tradisional, sering kali menjadi penghalang untuk menggunakan pengobatan medis yang sudah terbukti efektif. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang kepercayaan budaya, nilai-nilai sosial, serta praktik kebersihan masyarakat Kutai sangat penting untuk merancang intervensi yang lebih efektif (36,37). Oleh karena itu, Pendekatan yang lebih komprehensif dan terintegrasi, yang melibatkan berbagai sektor seperti kesehatan, pendidikan, serta sosial budaya dianggap sebagai strategi yang efektif dalam mengurangi prevalensi TB. Identifikasi karakteristik budaya dan sosial multisektoral yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan TB berbasis budaya di masyarakat Kutai menjadi esensial untuk merumuskan strategi intervensi yang relevan dan berkelanjutan dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan tuberkulosis (26,28,30). Pendekatan ini sangat penting untuk memahami mengapa pasien TB mungkin tidak patuh, bukan hanya karena faktor pengetahuan medis, tetapi juga karena keyakinan budaya dan norma sosial yang memengaruhi keputusan mereka untuk mencari pengobatan (37).

Selain itu, penelitian ini juga mengintegrasikan teori *Theory of Planned Behavior* dan *Health Belief Model* untuk menganalisis persepsi masyarakat tentang TB, serta *Social Cognitive Theory* untuk memahami bagaimana kepercayaan sosial, norma kelompok, dan kontrol sosial memengaruhi kepatuhan pengobatan (38,39). *Social Cognitive Theory* mengakui bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh interaksi antara faktor pribadi, perilaku, dan lingkungan sosial. Dalam konteks ini, interaksi sosial dalam komunitas dan norma sosial yang ada akan dianalisis untuk memahami bagaimana masyarakat

Kutai membuat keputusan terkait pengobatan TB, baik secara individu maupun kolektif (40). Pendekatan ini mengkaji bagaimana kepercayaan individu terhadap risiko penyakit dan efektivitas pengobatan berkorelasi dengan kepatuhan mereka terhadap regimen terapi, yang pada akhirnya mempengaruhi hasil pengobatan TB.

Dengan pendekatan yang komprehensif dan berbasis budaya ini, penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi kebijakan yang lebih adaptif dan responsif terhadap konteks sosial dan budaya lokal, serta meningkatkan efektivitas program pengendalian tuberkulosis di Kutai Kartanegara (41). Pentingnya pendekatan multisektoral juga menjadi salah satu indikator keberhasilan pengobatan TB yang memerlukan dukungan tidak hanya dari sektor kesehatan, tetapi juga dari sektor pendidikan dan sosial budaya. Pendekatan yang melibatkan tokoh adat, pemimpin komunitas, serta organisasi sosial setempat dianggap penting untuk mengurangi stigma dan meningkatkan penerimaan terhadap pengobatan medis. Dalam hal ini, pengakuan terhadap kepercayaan lokal dan penggunaan sistem pengobatan tradisional yang ada dapat diintegrasikan dengan pengobatan medis, sehingga pasien merasa lebih nyaman dalam menjalani pengobatan dan lebih termotivasi untuk patuh (26,37,42).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis karakteristik budaya dan sosial, serta peran tokoh masyarakat dan tokoh dalam kepatuhan pengobatan TB pada masyarakat di Kabupaten Kutai Kartanegara. Fokus utama adalah mengidentifikasi faktor-faktor determinan dari sektor kesehatan, pendidikan, dan sosial budaya yang memengaruhi kepatuhan pengobatan TB. Kombinasi pendekatan multisektoral dan berbasis budaya dapat menjadi strategi yang efektif dalam pengendalian TB di masyarakat Kabupaten Kutai Kartanegara. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang TB tetapi juga mengurangi stigma dan diskriminasi, serta meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, yang pada akhirnya dapat menurunkan prevalensi TB di wilayah ini.

2.3 Tinjauan Umum

2.3.1 Kondisi TB di Kabupaten Kutai Kartanegara

Kabupaten Kutai Kartanegara (Kukar) merupakan salah satu daerah dengan beban kasus Tuberkulosis (TB) tertinggi di Provinsi Kalimantan Timur. Data Dinas Kesehatan Kukar mencatat sebanyak 1.153 kasus TB pada tahun 2023, dengan sebagian besar penderita adalah orang dewasa. Meskipun terjadi penurunan menjadi 965 kasus pada tahun 2024, angka ini masih menunjukkan tingginya prevalensi TB di wilayah tersebut (43). Prediksi insidensi TB di Kalimantan Timur diperkirakan mencapai 6.732 kasus pada tahun 2024 dan meningkat menjadi 7.088 kasus pada tahun 2025, dengan Kukar termasuk dalam tiga besar kabupaten/kota dengan kasus tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa TB masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di Kukar (44).

Analisis spasial kejadian TB di Kukar pada tahun 2017–2020 menunjukkan bahwa kasus TB sebagian besar terjadi pada laki-laki berusia ≥ 15 tahun. Faktor-faktor seperti kepadatan penduduk yang kurang padat, cakupan kunjungan pelayanan kesehatan yang tinggi, jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang telah memenuhi standar minimal, dan cakupan imunisasi BCG yang rendah turut memengaruhi distribusi kasus TB di wilayah ini. Kecamatan Muara Jawa, misalnya, mencatat sebanyak 170 kasus TB selama periode tersebut (11,45). Pemetaan tingkat risiko penyakit terhadap suatu wilayah merupakan salah satu upaya pencegahan dan pengendalian TB yang penting. Dengan memahami faktor-faktor epidemiologi dan geografis yang memengaruhi penyebaran TB, intervensi yang lebih efektif dapat dirancang dan diterapkan (12).

Beberapa kendala utama dalam penanggulangan TB di Kukar antara lain adalah rendahnya cakupan imunisasi BCG, kurangnya kesadaran masyarakat tentang TB, dan tantangan geografis dalam menjangkau daerah-daerah terpencil. Rendahnya cakupan imunisasi BCG dapat meningkatkan risiko penularan TB, terutama pada anak-anak. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang gejala dan penularan TB menyebabkan banyak kasus yang tidak terdeteksi atau terlambat mendapatkan pengobatan. Selain itu, kondisi geografis Kukar yang luas dan memiliki banyak daerah terpencil menyulitkan akses pelayanan kesehatan bagi sebagian masyarakat. Hal ini menghambat upaya deteksi dini dan pengobatan TB secara efektif.

Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara telah melakukan berbagai intervensi untuk menanggulangi TB, salah satunya melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Plus. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas kebersihan dan sanitasi lingkungan, yang secara tidak langsung dapat mengurangi angka kejadian TB. STBM Plus juga mencakup upaya perbaikan ekonomi masyarakat melalui pembangunan fisik yang melibatkan partisipasi warga. Selain itu, program ini berfokus pada peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya sanitasi dan kebersihan lingkungan dalam mencegah penyakit menular seperti TB. Implementasi STBM Plus diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang lebih sehat dan mendukung upaya penanggulangan TB secara berkelanjutan.

Selain STBM Plus, intervensi lain yang dilakukan adalah penyuluhan kesehatan terintegrasi di masyarakat. Penyuluhan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang TB, termasuk gejala, cara penularan, dan pentingnya pengobatan yang tepat. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat, diharapkan lebih banyak kasus TB yang dapat dideteksi secara dini dan mendapatkan pengobatan yang sesuai. Penyuluhan juga mencakup edukasi tentang pentingnya menjaga kebersihan lingkungan dan perilaku hidup sehat untuk mencegah penularan TB. Kegiatan ini melibatkan berbagai pihak, termasuk tenaga kesehatan, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat, untuk memastikan pesan yang disampaikan dapat diterima dengan baik oleh masyarakat (47)

Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur juga telah membentuk Tim Percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC sebagai upaya untuk menanggulangi tingginya angka kasus TB di wilayah ini. Tim ini bertugas untuk mengoordinasikan berbagai program dan kegiatan yang berkaitan dengan penanggulangan TB, serta memastikan implementasi strategi nasional penanggulangan TB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Dengan adanya tim ini, diharapkan upaya penanggulangan TB dapat dilakukan secara lebih terkoordinasi dan efektif. Tim ini juga berperan dalam memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program penanggulangan TB, serta memberikan rekomendasi untuk peningkatan strategi intervensi. Selain itu, tim juga bertugas membangun kolaborasi lintas sektor dengan organisasi masyarakat sipil, akademisi, dan dunia usaha dalam upaya mengeliminasi TB. Kerja sama lintas sektor ini sangat penting mengingat TB bukan hanya masalah medis, tetapi juga sosial dan ekonomi.

Pelibatan sektor pendidikan dalam upaya penanggulangan TB di Kukar juga mulai dikembangkan. Beberapa sekolah dasar dan menengah telah menjadi lokasi kampanye kesehatan mengenai TB dan pola hidup bersih dan sehat. Pendekatan ini penting karena menjangkau kelompok usia muda yang dapat menjadi agen perubahan dalam keluarga dan masyarakat. Strategi edukasi dini ini diharapkan mampu meningkatkan kesadaran kolektif mengenai TB dan mengurangi stigma yang sering melekat pada penderita TB. Stigma ini menjadi salah satu hambatan utama dalam deteksi dini dan pengobatan TB karena pasien sering enggan memeriksakan diri. Studi oleh (48) menekankan bahwa edukasi dan pemberdayaan masyarakat merupakan intervensi kunci dalam pengendalian TB di daerah dengan beban tinggi seperti Kukar (9,48–50)

Di sisi lain, tantangan dalam pelacakan kontak erat masih menjadi hambatan serius dalam upaya pengendalian TB di Kukar. Keterbatasan sumber daya manusia dan beban kerja yang tinggi bagi tenaga surveilans menjadi faktor utama. Padahal, pelacakan kontak erat merupakan strategi penting untuk memutus rantai penularan TB sejak dini. Sebuah studi oleh (51) di wilayah Kalimantan menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas kader kesehatan dapat membantu mengatasi kekurangan tenaga surveilans (51,52). Pelatihan intensif dan pemberdayaan kader kesehatan di Kukar sedang diupayakan melalui kerja sama antara Dinas Kesehatan dan perguruan tinggi setempat. Inisiatif ini diharapkan mampu memperluas jangkauan pelacakan kasus dan memberikan edukasi langsung di tingkat rumah tangga.

2.3.2 Karakteristik Budaya dan Sosial dalam Kepatuhan Pengobatan TB Masyarakat Kutai Kartanegara

Kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB) di masyarakat Kutai Kartanegara dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait, baik dari sisi budaya, sosial, ekonomi, maupun akses kesehatan. Karakteristik budaya lokal memegang peranan penting dalam membentuk persepsi dan sikap

masyarakat terhadap TB, yang pada gilirannya memengaruhi keputusan mereka untuk menjalani pengobatan. Di Kutai Kartanegara, terdapat kepercayaan masyarakat yang kuat terhadap pengobatan tradisional dan praktik mistis, yang sering kali membuat mereka menghindari pengobatan medis modern. Banyak pasien yang lebih memilih untuk mencari solusi dengan menggunakan ramuan herbal atau metode pengobatan non-medis, meskipun pengobatan medis telah terbukti lebih efektif. Persepsi bahwa TB adalah penyakit kutukan atau penyakit turunan yang bisa sembuh hanya dengan istirahat atau pengobatan tradisional, menyebabkan banyak pasien menunda pencarian pengobatan atau bahkan menghentikan pengobatan medis yang telah dimulai (25). Kepercayaan budaya ini memperburuk tantangan dalam pengendalian TB karena pasien cenderung tidak mengikuti regimen pengobatan yang konsisten, berisiko menyebabkan resistensi obat dan kekambuhan penyakit.

Selain itu, stigma sosial terhadap TB masih cukup tinggi di beberapa komunitas di Kutai Kartanegara. Pasien yang terdiagnosis TB sering merasa malu dan takut dikucilkan oleh lingkungan sosialnya, yang membuat mereka enggan untuk mencari pengobatan atau melanjutkan pengobatan mereka. Stigma negatif ini, yang menganggap TB sebagai penyakit yang memalukan, dapat memperburuk kondisi psikologis pasien dan mengurangi motivasi mereka untuk patuh terhadap pengobatan. Dukungan keluarga dan komunitas menjadi sangat penting untuk membantu mengurangi stigma ini. Di sisi lain, dukungan sosial yang baik, seperti pendampingan dari keluarga atau komunitas, dapat meningkatkan motivasi pasien untuk tetap melanjutkan pengobatan (42).

Dalam konteks sosial-ekonomi, akses terhadap layanan kesehatan menjadi salah satu hambatan utama bagi masyarakat Kutai Kartanegara dalam menjalani pengobatan TB. Banyak pasien yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki akses terbatas ke fasilitas kesehatan, yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengikuti pengobatan rutin. Biaya pengobatan, meskipun ada program pengobatan TB gratis, seringkali menjadi beban tambahan yang menghambat kepatuhan pengobatan. Kondisi sosial-ekonomi yang buruk, seperti kemiskinan dan ketidakamanan pangan, juga berkontribusi pada kurangnya ketahanan pasien untuk melanjutkan pengobatan jangka panjang. Kesulitan transportasi menuju fasilitas kesehatan, serta ketidakmampuan untuk menanggung biaya transportasi, menjadi kendala yang lebih lanjut dalam memastikan keberhasilan pengobatan TB (53).

Sektor pendidikan dan literasi kesehatan memainkan peran yang tidak kalah penting dalam membentuk sikap dan perilaku masyarakat terhadap pengobatan TB. Masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah atau literasi kesehatan yang terbatas cenderung memiliki pemahaman yang keliru tentang TB dan pengobatannya, yang akhirnya mempengaruhi kepatuhan mereka terhadap pengobatan. Oleh karena itu, intervensi pendidikan kesehatan yang menyeluruh, baik di tingkat individu maupun komunitas, sangat diperlukan untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pengobatan yang konsisten. Pendekatan pendidikan berbasis komunitas yang melibatkan kader kesehatan, tokoh masyarakat, serta lembaga pendidikan, dapat memperkuat pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang TB, mengurangi stigma, serta meningkatkan partisipasi dalam pengobatan (54).

Multisektoral adalah konsep yang mencakup beragam faktor yang memiliki pengaruh atau keterlibatan dalam beberapa sektor atau bidang kehidupan. Dalam analisisnya, multisektoral sering kali mencerminkan kompleksitas interaksi di antara berbagai dimensi sosial, ekonomi, lingkungan, dan perilaku. Dalam berbagai konteks, baik itu ekonomi, kesehatan masyarakat, lingkungan, atau bidang lainnya, pemahaman tentang multisektoral menjadi krusial untuk merumuskan kebijakan yang efektif dan solusi berkelanjutan. Multisektoral bukanlah konsep yang sederhana, tetapi merupakan representasi dari jaringan hubungan yang rumit di antara berbagai aspek kehidupan (55).

Pendekatan multisektoral yang menggabungkan sektor kesehatan, pendidikan, dan sosial budaya sangat penting untuk menciptakan strategi pengobatan TB yang komprehensif dan efektif. Pendekatan ini melibatkan kolaborasi antara petugas kesehatan, pendidik, tokoh masyarakat, dan pemimpin adat untuk menciptakan sistem dukungan yang lebih holistik dan inklusif bagi pasien TB. Sektor kesehatan menyediakan layanan medis yang efektif, pendidikan membantu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat, sedangkan sosial budaya mengurangi hambatan stigma dan kepercayaan keliru yang ada dalam masyarakat. Intervensi yang melibatkan seluruh sektor ini

terbukti dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan, mengurangi stigma, serta mempercepat proses penyembuhan pasien TB di masyarakat (56,57).

Pendekatan tradisional yang hanya berfokus pada aspek medis terbukti tidak cukup efektif. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang lebih holistik dan inklusif (58). Pendekatan multisektoral yang melibatkan berbagai sektor seperti kesehatan, pendidikan, sosial, dan budaya menjadi penting. Integrasi perspektif budaya dalam strategi pengendalian TB dapat meningkatkan efektivitas intervensi. Hal ini karena budaya mempengaruhi perilaku kesehatan dan respons masyarakat terhadap penyakit. Pendekatan multisektoral dalam pengendalian TB menekankan pentingnya kolaborasi antar sektor. Sektor kesehatan tidak dapat bekerja sendiri dalam mengatasi kompleksitas TB (59). Keterlibatan sektor pendidikan dapat meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang TB (60). Sektor sosial dapat membantu dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap penderita TB. Sementara itu, sektor budaya dapat memastikan bahwa intervensi yang dilakukan sesuai dengan nilai dan norma masyarakat. Kolaborasi ini memungkinkan pendekatan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan. Studi menunjukkan bahwa pendekatan multisektoral dapat meningkatkan efektivitas program pengendalian TB (61).

Melihat dari berbagai perspektif, multisektoral menyoroti kompleksitas tantangan yang dihadapi dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Untuk mengatasi masalah-masalah ini, pendekatan yang holistik dan kolaboratif menjadi sangat penting. Hal ini membutuhkan kerja sama lintas-sektor dan pemahaman yang mendalam tentang hubungan yang rumit di antara berbagai aspek kehidupan. Dengan demikian, pemahaman dan penggunaan multisektoral menjadi kunci dalam merancang kebijakan dan intervensi yang efektif dan berkelanjutan (62). Penggunaan multisektoral memiliki tujuan yang luas, mulai dari memahami kompleksitas sistem hingga meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pemahaman terhadap multisektoral menjadi penting untuk merumuskan kebijakan yang holistik dan intervensi yang berkelanjutan.

Dengan demikian, untuk menghadapi tantangan kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara, diperlukan pendekatan yang menyeluruh dan melibatkan semua sektor yang relevan. Pendidikan, dukungan sosial, serta peningkatan akses terhadap layanan kesehatan akan sangat membantu dalam meningkatkan kepatuhan pasien, mengurangi stigma sosial, dan mempercepat pengobatan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam merumuskan strategi intervensi yang berbasis pada karakteristik budaya dan sosial lokal, yang dapat meningkatkan hasil pengobatan TB di masyarakat Kutai Kartanegara (63).

2.3.3 Pendekatan Berbasis Budaya

Budaya masyarakat adalah landasan yang membentuk identitas, nilai-nilai, keyakinan, serta cara hidup suatu kelompok atau komunitas. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pemahaman mendalam tentang budaya masyarakat sangat penting dalam merancang intervensi yang efektif dan memperkuat kesehatan serta kesejahteraan secara menyeluruh. Budaya masyarakat adalah sebuah konsep yang melampaui sekadar warisan tradisional. Ini adalah simbol identitas kolektif suatu komunitas, mencakup kompleksitas nilai-nilai, norma, kepercayaan, serta praktik yang membentuk inti dari cara hidup mereka. Warisan budaya ini tidak hanya menjadi fondasi bagi interaksi sosial dan kegiatan sehari-hari, tetapi juga menentukan cara pandang mereka terhadap dunia, kesehatan, dan kesejahteraan (64).

Dalam kesehatan masyarakat, budaya masyarakat menjadi aspek kritis dalam membentuk persepsi, perilaku, dan keputusan kesehatan. Sistem kepercayaan, praktik pengobatan tradisional, dan norma-norma sosial memainkan peran besar dalam memengaruhi bagaimana individu dan komunitas merespons masalah kesehatan. Misalnya, dalam beberapa budaya, penyakit mungkin dianggap sebagai hukuman atas pelanggaran spiritual atau sebagai konsekuensi dari ketidakseimbangan dalam tubuh, yang mempengaruhi pendekatan terhadap pengobatan dan perawatan (65). Tidak hanya menjadi faktor yang memengaruhi kesehatan secara langsung, budaya masyarakat juga berfungsi sebagai modal sosial yang mendukung kesejahteraan bersama. Norma-norma dan nilai-nilai yang

dianut dalam budaya membentuk jaringan dukungan sosial yang kuat, yang dapat memberikan bantuan dan sumber daya dalam menghadapi tantangan kesehatan. Di samping itu, kolaborasi dalam masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dapat ditingkatkan melalui praktik sosial yang didasarkan pada budaya (66)

Namun, budaya masyarakat tidaklah statis. Ia berganti sejalan waktu sebagai tanggapan terhadap perubahan sosial, politik, dan ekonomi. Globalisasi, migrasi, dan kemajuan teknologi semuanya berkontribusi terhadap evolusi budaya. Perubahan ini dapat mempengaruhi cara pandang terhadap kesehatan, memperkenalkan gagasan baru tentang kesehatan dan kesejahteraan, serta memicu perubahan dalam praktik kesehatan tradisional (67). Oleh sebab itu, pendekatan kesehatan masyarakat yang berhasil harus mengintegrasikan pemahaman mendalam tentang budaya masyarakat dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program-program kesehatan. Ini membutuhkan kerja sama yang erat dengan komunitas, mengakui keanekaragaman budaya, dan menghargai perspektif lokal dalam merancang intervensi yang efektif dan relevan. Dengan demikian, pendekatan yang responsif terhadap budaya masyarakat dapat membantu memperkuat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh (68)

Budaya masyarakat membentuk landasan yang mendalam dalam memahami kesehatan dan kesejahteraan manusia. Dari kepercayaan dan nilai-nilai yang dianut hingga pola interaksi sosial sehari-hari, budaya memengaruhi setiap aspek kehidupan, termasuk bagaimana kita memandang dan merawat kesehatan kita sendiri. Dalam konteks kesehatan masyarakat, memahami budaya masyarakat adalah kunci untuk merancang intervensi yang efektif, mengatasi disparitas kesehatan, dan mempromosikan kesehatan yang berkelanjutan. Tujuan Budaya Masyarakat adalah sebagai berikut:

1. **Pemahaman yang Lebih Mendalam:** Meningkatkan pemahaman tentang budaya masyarakat bukan hanya tentang mengenali perbedaan, tetapi juga tentang memahami akar dari nilai-nilai, tradisi, dan praktik yang membentuk inti dari suatu komunitas. Hal ini memungkinkan para ahli kesehatan untuk menelusuri pola perilaku kesehatan yang kompleks dan seringkali tidak langsung, serta menyesuaikan strategi intervensi dengan lebih tepat. Dengan memperdalam pemahaman ini, kita dapat lebih sensitif terhadap kebutuhan khusus masyarakat yang berbeda, membangun kepercayaan, dan memfasilitasi perubahan yang berkelanjutan (69)
2. **Promosi Kesehatan yang Berbasis Budaya:** Integrasi budaya masyarakat dalam program promosi kesehatan bukan hanya tentang menambahkan unsur-unsur budaya pada materi promosi, tetapi tentang merangkul nilai-nilai budaya dalam setiap aspek intervensi. Ini berarti memastikan bahwa pesan-pesan kesehatan tidak hanya relevan secara budaya, tetapi juga disampaikan melalui saluran komunikasi yang efektif dan diterima oleh masyarakat target. Dengan demikian, promosi kesehatan dapat menjadi lebih inklusif, terjangkau, dan berdampak dalam mengubah perilaku dan pola hidup (64,70,71)
3. **Mengurangi Disparitas Kesehatan:** Kesehatan yang baik tidak boleh menjadi hak istimewa bagi beberapa kelompok saja. Dengan memahami perbedaan budaya dalam masyarakat, kita dapat mengidentifikasi kesenjangan kesehatan yang mungkin timbul akibat ketidaksetaraan akses dan penerimaan terhadap layanan kesehatan. Melalui pengurangan kesenjangan ini dengan merancang intervensi yang memperhitungkan kebutuhan dan nilai-nilai masyarakat yang beragam, kita dapat memastikan bahwa semua individu memiliki kesempatan yang sama untuk mencapai kesehatan yang optimal (72)
4. **Mempertahankan dan Melestarikan Warisan Budaya:** Budaya masyarakat sering kali merupakan simbol dari sejarah, kebanggaan, dan identitas suatu bangsa atau etnis. Oleh karena itu, melindungi warisan budaya bukan hanya tentang melestarikan artefak fisik, tetapi juga tentang memastikan kelangsungan hidup nilai-nilai, tradisi, dan bahasa yang menjadi bagian integral dari masyarakat tersebut. Dalam konteks kesehatan masyarakat, ini dapat mencakup upaya untuk mempertahankan pengobatan tradisional yang terbukti efektif, mempromosikan praktik kesehatan yang berakar dalam budaya, dan menghormati kearifan lokal dalam mengelola kesehatan (73).
5. **Pemberdayaan Komunitas:** Pemberdayaan komunitas bukanlah hanya tentang memberi masyarakat akses terhadap sumber daya, tetapi juga tentang membangun kapasitas dan keberdayaan mereka untuk mengambil peran aktif dalam menentukan dan merawat kesehatan

mereka sendiri. Dengan memperkuat budaya masyarakat melalui pendidikan, pelatihan, dan partisipasi, kita dapat menciptakan lingkungan di mana komunitas merasa memiliki kontrol atas kesehatan mereka dan mampu mengambil tindakan yang diperlukan untuk meningkatkannya (64,74)

6. Meningkatkan Akses dan Penerimaan Terhadap Layanan Kesehatan: Integrasi budaya masyarakat dalam sistem layanan kesehatan tidak hanya tentang memperkenalkan bahasa atau praktik budaya tertentu dalam pelayanan, tetapi juga tentang menciptakan lingkungan yang mendukung aksesibilitas, penerimaan, dan kepatuhan. Ini bisa melibatkan pelatihan staf medis untuk memahami kebutuhan budaya pasien, menyesuaikan prosedur layanan agar sesuai dengan preferensi budaya, dan menciptakan ruang yang ramah budaya di fasilitas kesehatan. Dengan demikian, layanan kesehatan dapat menjadi lebih mudah dijangkau dan lebih diterima oleh berbagai kelompok masyarakat, memastikan bahwa tidak ada yang tertinggal dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan (75)
7. Mendorong Inklusi dan Kesetaraan: Penting untuk diakui bahwa keberagaman budaya merupakan kekayaan yang harus dihargai dan diperjuangkan dalam masyarakat yang inklusif dan setara. Dengan memperhatikan dan menghormati perbedaan budaya, kita dapat membangun lingkungan di mana semua individu merasa diakui dan dihargai, tanpa memandang latar belakang budaya atau identitasnya. Ini menciptakan fondasi yang kokoh untuk pembangunan kesehatan masyarakat yang inklusif, di mana setiap individu memiliki akses yang sama terhadap sumber daya kesehatan, tanpa diskriminasi atau hambatan budaya (76).
8. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit: Memahami praktik kesehatan tradisional dan keyakinan budaya dapat menjadi kunci dalam merancang strategi pencegahan dan pengendalian penyakit yang efektif. Dengan memanfaatkan pengetahuan tentang budaya masyarakat, kita dapat mengidentifikasi faktor risiko yang spesifik untuk setiap kelompok, menyesuaikan pesan-pesan kesehatan dengan konteks budaya, dan membangun kemitraan dengan tokoh-tokoh budaya dalam upaya promosi kesehatan. Ini membantu memastikan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian penyakit tidak hanya efektif secara medis, tetapi juga diterima dan dijalankan oleh masyarakat secara keseluruhan (77).
9. Pengembangan Kebijakan yang Tepat Sasaran: Integrasi budaya masyarakat dalam pengambilan keputusan kebijakan kesehatan membuka pintu untuk pengembangan kebijakan yang lebih tepat sasaran dan relevan dengan kebutuhan dan nilai-nilai masyarakat. Dengan mengundang partisipasi aktif dari berbagai pihak, termasuk perwakilan komunitas, dalam proses perumusan kebijakan, kita dapat memastikan bahwa kebijakan yang dihasilkan mencerminkan keberagaman budaya, memperhitungkan aspirasi dan kepentingan dari semua pihak terlibat (78).
10. Pengembangan Kemitraan Lintas-Budaya: Memfasilitasi dialog dan kolaborasi lintas-budaya antara komunitas, praktisi kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya menjadi esensial dalam membangun kemitraan yang kuat untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara luas. Dengan mendorong pertukaran pengetahuan, pengalaman, dan sumber daya antarbudaya, kita dapat menciptakan lingkungan yang mendukung inovasi, pembelajaran bersama, dan solusi yang komprehensif terhadap tantangan kesehatan yang kompleks. Ini mendorong terciptanya solusi yang lebih berkelanjutan dan dapat diterima oleh masyarakat yang beragam budaya (79).

Aspek-aspek budaya masyarakat mencakup beragam dimensi yang membentuk identitas, nilai-nilai, dan pola perilaku suatu komunitas. Memahami dan menghargai beragam aspek ini adalah kunci untuk merancang intervensi kesehatan yang efektif dan inklusif. Dalam konteks kesehatan masyarakat, penelitian dan intervensi yang mengintegrasikan budaya masyarakat menjadi semakin penting sebab budaya melaksanakan peran yang penting dalam menentukan kesehatan dan kesejahteraan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Berikut ini adalah pengantar untuk beberapa aspek budaya masyarakat yang relevan dari perspektif kesehatan masyarakat. Aspek-Aspek Budaya Masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Bahasa dan Komunikasi

Bahasa adalah jendela ke dalam budaya Masyarakat, tidak hanya berfungsi sebagai sarana komunikasi, melainkan juga sebagai penjaga tradisi, sejarah, dan identitas suatu kelompok. Di dalam konteks kesehatan, bahasa memainkan peran yang krusial dalam memfasilitasi interaksi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dengan memahami bahasa yang digunakan oleh masyarakat yang dilayani, para penyedia layanan dapat menyampaikan informasi kesehatan dengan lebih efektif, meningkatkan pemahaman, dan membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien. Selain itu, bahasa juga mencerminkan cara pandang dan pemikiran tentang kesehatan, yang mempengaruhi persepsi terhadap penyakit, pengobatan, dan upaya pencegahan (64).

2. Agama dan Kepercayaan

Agama dan kepercayaan memiliki dampak yang mendalam pada pandangan tentang kesehatan dan penyakit. Praktik agama sering kali mencakup ritual-ritual yang terkait dengan kesehatan dan penyembuhan, sementara keyakinan spiritual dapat memengaruhi persepsi tentang penyebab penyakit dan efikasi pengobatan. Melalui agama, masyarakat dapat menemukan dukungan sosial, ketenangan pikiran, dan harapan dalam menghadapi tantangan kesehatan. Oleh karena itu, memahami dan menghormati kepercayaan agama dalam konteks kesehatan adalah penting untuk menyediakan pelayanan yang sensitif budaya dan mendorong kolaborasi antara praktisi kesehatan dan pemimpin agama dalam promosi kesehatan (65).

3. Adat dan Tradisi

Adat dan tradisi budaya mencerminkan cara hidup dan nilai-nilai yang diturunkan dari generasi ke generasi. Mereka memengaruhi berbagai aspek kehidupan sehari-hari, termasuk kebiasaan makan, pola tidur, dan pencarian pengobatan. Praktik-praktik ini sering kali memiliki akar yang dalam dalam kepercayaan dan nilai budaya, dan dapat memberikan wawasan yang berharga tentang cara masyarakat memandang dan merawat kesehatan mereka. Dengan memahami adat dan tradisi setempat, praktisi kesehatan dapat merancang intervensi yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai masyarakat yang bersangkutan, serta membangun kemitraan yang kuat dengan pemimpin masyarakat dalam upaya promosi kesehatan (66).

4. Seni dan Ekspresi Budaya

Seni dan ekspresi budaya merupakan bentuk unik dari identitas masyarakat yang mencerminkan sejarah, nilai, dan cerita budaya. Melalui seni rupa, tarian, musik, dan bentuk ekspresi lainnya, masyarakat dapat menyampaikan makna dan pengalaman mereka tentang kesehatan dan kesejahteraan. Seni juga dapat menjadi alat yang kuat dalam pendidikan kesehatan, menginspirasi perubahan perilaku, dan membangkitkan kesadaran tentang isu-isu kesehatan yang penting. Dengan memanfaatkan seni dan ekspresi budaya sebagai alat komunikasi, praktisi kesehatan dapat menciptakan intervensi yang lebih menarik, relevan, dan efektif bagi masyarakat yang mereka layani (67).

5. Pendidikan dan Literasi

Tingkat pendidikan dan literasi kesehatan memainkan peran penting dalam membentuk pemahaman dan perilaku kesehatan masyarakat. Pendidikan kesehatan yang efektif memungkinkan individu untuk memahami informasi kesehatan, mengenali gejala penyakit, dan membuat keputusan yang tepat tentang perawatan kesehatan. Namun, tingkat literasi kesehatan yang rendah dapat menjadi hambatan dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, pendekatan yang holistik dalam pendidikan kesehatan harus memperhatikan konteks budaya dan sosial masyarakat yang bersangkutan, serta mengidentifikasi strategi yang sesuai untuk meningkatkan literasi kesehatan dan memberikan akses yang lebih baik terhadap informasi kesehatan (68).

6. Peran Gender

Peran gender merupakan konstruksi sosial yang memengaruhi tidak hanya bagaimana individu mengidentifikasi diri mereka sendiri, tetapi juga pengalaman hidup mereka secara keseluruhan, termasuk akses terhadap layanan kesehatan, keputusan kesehatan, dan respons terhadap penyakit. Dalam budaya masyarakat, peran gender sering kali membatasi atau memengaruhi peran-peran yang dipandang sesuai untuk tiap jenis kelamin, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi cara individu mengakses layanan kesehatan, mendapatkan informasi kesehatan, atau bahkan mengungkapkan keluhan kesehatan. Oleh karena itu, dalam konteks kesehatan masyarakat, penting untuk

memperhatikan dinamika gender dalam merancang intervensi dan program-program kesehatan untuk memastikan bahwa kebutuhan dan pengalaman kesehatan dari semua individu, tanpa memandang gender, diakomodasi secara memadai (69).

7. Struktur Keluarga dan Sistem Dukungan

Struktur keluarga dan sistem dukungan sosial merupakan pondasi yang penting dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan individu dalam masyarakat. Keluarga sering kali menjadi unit pertama di mana individu mengalami pembentukan nilai-nilai, kebiasaan, dan praktik kesehatan. Di samping itu, sistem dukungan sosial yang kuat, termasuk hubungan antara anggota keluarga, tetangga, teman, dan komunitas, dapat menjadi sumber dukungan emosional, finansial, dan praktis dalam menghadapi tantangan kesehatan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, memahami struktur dan dinamika keluarga serta memperkuat sistem dukungan sosial dapat menjadi strategi yang efektif dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan (71).

8. Norma-Norma Sosial

Norma-norma sosial merupakan aturan tidak tertulis yang mengontrol perilaku individu dalam masyarakat. Mereka mencakup harapan, nilai-nilai, dan norma-norma yang mempengaruhi cara individu berperilaku dan berinteraksi satu sama lain. Dalam konteks kesehatan, norma-norma sosial dapat memengaruhi penerimaan terhadap praktik kesehatan tertentu, seperti kebiasaan makan, olahraga, atau penggunaan layanan kesehatan. Perubahan dalam norma-norma sosial dapat menjadi pendorong penting dalam perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, dalam merancang intervensi kesehatan masyarakat, penting untuk memahami norma-norma sosial yang ada dalam masyarakat target dan memanfaatkannya sebagai alat untuk merubah perilaku menuju pola yang lebih sehat (72).

9. Akses Terhadap Layanan Kesehatan

Akses terhadap layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor budaya, termasuk kepercayaan terhadap sistem medis modern dan praktik kesehatan tradisional. Faktor-faktor ini dapat mencakup keyakinan tentang penyebab penyakit, kepercayaan terhadap efektivitas pengobatan tertentu, atau bahkan stigma terhadap penggunaan layanan kesehatan. Dalam masyarakat yang beragam budaya, persepsi dan kepercayaan ini dapat bervariasi secara signifikan, mempengaruhi tingkat akses dan penerimaan terhadap layanan kesehatan. Oleh sebab itu, penting untuk mengerti faktor-faktor budaya yang memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan dan merancang strategi yang sesuai untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut (73).

10. Persepsi Tentang Kesehatan dan Penyakit

Persepsi budaya tentang kesehatan dan penyakit memainkan peran penting dalam membentuk perilaku pencarian bantuan kesehatan, diagnosis, dan pengobatan. Cara individu memahami dan menafsirkan gejala penyakit, sumber penyakit, dan solusi pengobatan sering kali dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya, keyakinan, dan pengalaman yang terdapat dalam masyarakat mereka. Misalnya, dalam beberapa budaya, penyakit dapat dianggap sebagai hukuman atau akibat dari kesalahan moral, sementara dalam budaya lain, mereka dapat dilihat sebagai ketidakseimbangan energi atau faktor-faktor lingkungan. Memahami persepsi budaya ini penting untuk Mendesain intervensi yang efisien dan peka terhadap kebutuhan dan kepercayaan masyarakat yang beragam (64).

Budaya masyarakat adalah seperangkat nilai-nilai, norma, kepercayaan, dan praktik yang diturunkan dari generasi ke generasi dalam suatu kelompok sosial. Ini mencakup pandangan terhadap kesehatan, perilaku hidup sehat, protokol kesehatan, dan angka kesehatan yang membentuk identitas dan pola pikir masyarakat. Budaya masyarakat mencerminkan cara unik di mana penduduk setempat memahami dan merespons isu-isu kesehatan. Budaya masyarakat memainkan peran krusial dalam membentuk respons dan adaptasi masyarakat terhadap isu-isu kesehatan. Berikut adalah indikator budaya masyarakat (80–82):

1. Pandangan terhadap Kesehatan: Pandangan masyarakat terhadap kesehatan tercermin dalam keyakinan, nilai-nilai, dan tradisi lokal. Selama pandemi, pandangan ini memengaruhi cara masyarakat memilih metode pengobatan dan pencegahan. Misalnya, kepercayaan pada pengobatan tradisional atau praktik turun temurun dapat memengaruhi keputusan terkait kesehatan.

2. Perilaku Hidup Sehat: Budaya masyarakat memengaruhi perilaku hidup sehat, termasuk pola makan dan aktivitas fisik. Pada masa pandemi, kebiasaan sehari-hari masyarakat, seperti menjaga kebersihan diri dan menerapkan protokol kesehatan, mencerminkan bagaimana budaya lokal memandang pentingnya menjalani hidup sehat.
3. Protokol Kesehatan: Budaya baru terkait protokol kesehatan mencerminkan adaptasi masyarakat terhadap kondisi pandemi. Kepatuhan terhadap aturan dan protokol kesehatan mencerminkan nilai-nilai yang dipegang oleh masyarakat, serta dukungan terhadap program vaksinasi dan upaya pengendalian penyebaran virus mencerminkan solidaritas dan tanggung jawab kolektif.
4. Angka Kesehatan: Faktor budaya memainkan peran penting dalam membentuk angka kesehatan. Pola hidup, akses terhadap layanan kesehatan, dan faktor budaya lainnya berkontribusi pada angka kematian bayi, angka kematian ibu, dan harapan hidup. Respons masyarakat terhadap pandemi dapat mencerminkan bagaimana budaya memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat.

Studi menunjukkan bahwa pendekatan berbasis budaya dapat meningkatkan efektivitas program pengendalian TB. Misalnya, program yang melibatkan tokoh masyarakat dan menggunakan bahasa lokal dalam edukasi kesehatan terbukti lebih berhasil dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang TB. Selain itu, pendekatan ini dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap penderita TB. Dengan memahami nilai dan norma budaya, intervensi dapat dirancang agar lebih sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat. Hal ini dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program pengendalian TB. Namun, penting untuk memastikan bahwa pendekatan berbasis budaya tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan keseimbangan antara menghormati budaya lokal dan memastikan efektivitas intervensi kesehatan.

Budaya lokal memainkan peran penting dalam upaya pencegahan TB di Indonesia. Sebagai contoh, upaya pencegahan TB di Puskesmas Makale di Kabupaten Tana Toraja menunjukkan hasil yang berarti dalam mengembangkan media edukasi dan program intervensi dengan memasukkan nilai-nilai budaya lokal ke dalam kampanye sosial, konseling dan kegiatan partisipatif yang membuat masyarakat mengadopsi perilaku pencegahan TB. Selain itu, intervensi berbasis budaya juga berhasil meningkatkan efikasi diri dalam pencegahan TB. Pendekatan budaya diterapkan melalui strategi promosi kesehatan yang disampaikan dalam bentuk dakwah oleh para kiai. Berbagai pendekatan ini, mulai dari nilai budaya, nilai sosial dan nilai spiritual, memiliki hubungan yang erat dengan kesehatan. Peran budaya lokal juga dapat digunakan untuk mengkomunikasikan dan mengedukasi tentang TB. Masyarakat mungkin lebih mudah menerima pesan pencegahan yang disampaikan melalui media yang sesuai dengan budaya mereka seperti seni, musik, tarian, cerita rakyat atau tokoh adat. Pendekatan yang memanfaatkan budaya lokal dalam komunikasi dan edukasi dapat membantu menciptakan hubungan yang lebih baik dan keterlibatan dengan masyarakat dan meningkatkan efektivitas pesan pencegahan (83).

Partisipasi masyarakat dalam program pencegahan TB juga dapat dipengaruhi oleh budaya setempat. Membangun komunitas yang terorganisir dan kuat dapat menghasilkan mobilitas yang lebih efektif dalam pencegahan TB. Budaya lokal yang digunakan dalam strategi pencegahan ini dapat mendorong gotong royong dan keterlibatan aktif untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam skrining, konseling dan kampanye vaksinasi TB. Dengan demikian, Puskesmas juga dapat membangun kemitraan yang lebih kuat dengan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan partisipasi dalam pencegahan TB (84).

Implementasi pendekatan multisektoral dan berbasis budaya dalam pengendalian TB memerlukan dukungan kebijakan yang kuat. Pemerintah perlu mengembangkan kebijakan yang mendorong kolaborasi antar sektor dan memperhatikan aspek budaya dalam perencanaan program kesehatan (85). Selain itu, pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang sensitivitas budaya dan keterampilan komunikasi lintas budaya menjadi penting. Keterlibatan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program pengendalian TB juga perlu ditingkatkan (86). Hal ini dapat meningkatkan rasa memiliki dan partisipasi masyarakat dalam program tersebut. Monitoring dan evaluasi program perlu dilakukan secara berkala untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutan intervensi (87).

2.3.4 Kepatuhan pengobatan Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, yang umumnya menyerang paru-paru tetapi dapat juga menyerang bagian tubuh lainnya seperti tulang, ginjal, dan otak (2). TB merupakan salah satu penyakit infeksi yang paling mematikan di dunia, dan meskipun telah tersedia pengobatan yang efektif, TB tetap menjadi masalah kesehatan global, terutama di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah (88). Di Indonesia, TB masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama, dengan jumlah kasus baru yang terus meningkat setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian TB di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan.

TB merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit ini menular melalui udara ketika seseorang yang terinfeksi TB aktif batuk, bersin, atau berbicara, sehingga orang lain dapat menghirup bakteri tersebut. TB dapat bersifat laten, di mana bakteri tetap berada dalam tubuh tetapi tidak menyebabkan gejala, atau aktif, di mana bakteri menyebabkan gejala seperti batuk berkepanjangan, demam, penurunan berat badan, dan keringat malam (89). TB paru adalah bentuk yang paling umum, tetapi TB juga dapat menyerang organ lain dan disebut TB ekstrapulmoner.

Kepatuhan pengobatan TB (*treatment adherence*) adalah komponen kunci dalam keberhasilan terapi, karena pengobatan TB biasanya memerlukan konsumsi obat dalam jangka panjang dan secara konsisten. Ketidakepatuhan dapat menyebabkan kegagalan terapi, kekambuhan, hingga munculnya resistensi obat (MDR-TB). (90) Namun, kepatuhan bukan hanya masalah medis, melainkan hasil interaksi kompleks dari faktor individu, sosial, ekonomi, kesehatan, dan sistem pelayanan. (91)

Kepatuhan pengobatan TB adalah kunci keberhasilan terapi karena rejimen 6–8 bulan mudah terputus; bahkan dosis yang terlewat sedikit sudah bermakna meningkatkan kegagalan klinis dan risiko penularan/resistensi, sehingga kualitas “adherence” menentukan outcome populasi, bukan hanya pasien individual. (92) Bukti klasik dan tetap relevan menunjukkan faktor penentu kepatuhan bersifat multidimensional, bukan sekadar kemauan minum obat, mencakup kemiskinan, gender, relasi kuasa klinis-pasien, dan dukungan sosial; intervensi harus berpusat pada pasien dan konteks hidupnya. (91) Secara epidemiologis, meta-analisis global terkini memetakan prediktor putus berobat (interupsi): laki-laki, bekerja (jam kerja/kurang fleksibilitas), penggunaan alkohol/merokok, HIV, dan hambatan struktural; hasil ini memandu penargetan dukungan sejak awal pengobatan (93).

Kepatuhan pengobatan TB dapat dipahami lebih komprehensif apabila dikaitkan dengan indikator kepatuhan yang telah digunakan secara luas dalam studi global. Salah satu indikator utama adalah kepatuhan konsumsi obat harian (*daily dose adherence*), yaitu proporsi dosis yang diminum dibandingkan dengan dosis yang seharusnya; standar internasional menetapkan bahwa dosis terlewat <10% masih dapat diterima untuk mempertahankan keberhasilan terapi (94). Selain itu, ketepatan kunjungan kontrol juga menjadi parameter penting, karena keterlambatan pengambilan obat atau evaluasi sputum terbukti meningkatkan risiko interupsi pengobatan dan resistensi (95). Indikator lain yang krusial adalah penyelesaian fase intensif dan lanjutan tanpa interupsi berarti, khususnya dua bulan pertama yang merupakan fase paling menentukan untuk memutus rantai penularan (96).

Lebih jauh, WHO menetapkan bahwa interupsi ≥ 14 hari termasuk kategori *loss to follow-up*, yang berkontribusi langsung pada kegagalan terapi dan meningkatnya risiko *multidrug-resistant* TB (MDR-TB) (97). Pada kasus BTA positif, konversi sputum tepat waktu juga menjadi indikator tidak langsung kepatuhan, karena keterlambatan konversi sering berkorelasi dengan ketidakepatuhan terhadap regimen (98) Dalam konteks inovasi teknologi, penggunaan *video-observed therapy* (VOT) atau *electronic DOT* (eDOT) semakin diakui sebagai indikator tambahan untuk menilai kepatuhan melalui tingkat respons video, laporan harian, dan *traceability* data digital (99)

Dengan mengintegrasikan indikator-indikator ini, hasil penelitian Anda menjadi lebih relevan terhadap standar internasional, sekaligus memperjelas bagaimana kepatuhan dievaluasi serta mengapa variabel-variabel seperti dukungan keluarga, faktor sosial, dan kondisi kesehatan sangat memengaruhi tingkat keberhasilan terapi TB.

2.4 Metode Penelitian

2.4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain analisis tematik dan pendekatan *interpretive descriptive* untuk memahami secara mendalam pengalaman sosial-budaya yang memengaruhi kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara. Pendekatan *interpretive descriptive* khusus untuk penelitian kesehatan dan keperawatan, dipilih karena mampu menghasilkan pemahaman praktis dan aplikatif yang dapat langsung diterapkan dalam program kesehatan, berbeda dengan pendekatan teoretis seperti *grounded theory* yang berfokus pada pembentukan teori baru atau fenomenologi yang mengeksplorasi esensi pengalaman hidup. Secara metodologis, pendekatan ini tepat untuk mengeksplorasi fenomena kompleks seperti stigma, norma komunitas, dan praktik keagamaan yang tidak dapat diukur secara kuantitatif, serta untuk menangkap variasi pengalaman penderita TB, keluarga, tokoh masyarakat, dan tokoh agama terkait kepatuhan pengobatan melalui strategi *maximum variation sampling* yang memungkinkan peneliti mendapatkan pemahaman yang kaya dan kontekstual.

Justifikasi pemilihan *interpretive descriptive* dalam penelitian ini didasarkan pada tiga alasan utama: (1) penelitian bertujuan menjawab pertanyaan "*so what might this mean*" atau implikasi praktis dari fenomena kepatuhan pengobatan TB dalam konteks budaya lokal, bukan sekadar mendeskripsikan atau membangun teori; (2) pendekatan ini memberikan fleksibilitas metodologis untuk mengintegrasikan berbagai teknik pengumpulan dan analisis data yang sesuai dengan kompleksitas konteks penelitian; dan (3) hasil yang diharapkan adalah pengetahuan yang dapat ditindaklanjuti (*actionable knowledge*) untuk perbaikan kebijakan dan intervensi kesehatan di tingkat lokal, sejalan dengan karakteristik *interpretive descriptive* yang menekankan pragmatisme dan relevansi klinik.

Analisis tematik digunakan untuk mengidentifikasi tema-tema dominan seperti stigma sosial, peran tokoh adat dan agama, serta hambatan struktural dalam pengobatan TB, proses sistematis enam fase: familiarisasi data, pembentukan kode awal, pencarian tema, peninjauan tema, pendefinisian tema, dan penulisan laporan. Pendekatan analisis tematik dipilih karena fleksibel, tidak terikat pada kerangka teoretis tertentu, dan mampu menampung kompleksitas data lapangan dengan memberikan deskripsi kaya sekaligus interpretasi mendalam terhadap pola makna dalam data. Penggunaan software NVivo dalam analisis tematik memfasilitasi pengorganisasian data kualitatif, pengkodean sistematis, dan visualisasi hubungan antartema, sehingga meningkatkan rigor dan transparansi proses analisis.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) untuk menggali narasi individual dan pengalaman subjektif informan, serta diskusi kelompok terfokus (FGD) untuk menangkap dinamika kelompok, konsensus sosial, dan negosiasi makna mengenai norma sosial dan nilai budaya di komunitas. Kombinasi teknik ini, yang direkomendasikan dalam literatur penelitian kualitatif kesehatan (1) memperkaya data dan menyeimbangkan perspektif individu dengan kelompok, sehingga memberikan pemahaman yang lebih holistik tentang fenomena yang diteliti. Wawancara mendalam memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap pengalaman personal yang sensitif seperti stigma dan hambatan pengobatan, sedangkan FGD mengungkap bagaimana norma sosial dan nilai budaya dikonstruksi dan dinegosiasikan dalam interaksi kelompok.

Untuk menjamin kredibilitas (*credibility* dan *trustworthiness*) penelitian kualitatif, sebagaimana direkomendasikan oleh Miles (1) Penelitian ini menerapkan triangulasi sumber dengan membandingkan informasi dari berbagai kategori informan (penderita TB, keluarga, tokoh masyarakat, pemuka agama, tenaga kesehatan), serta triangulasi metode melalui kombinasi wawancara mendalam, FGD, dan telaah dokumen kebijakan lokal. Strategi triangulasi meningkatkan validitas hasil dengan mengonfirmasi data dari berbagai sumber dan teknik, sehingga mengurangi bias dan memperkuat akurasi interpretasi. Selain itu, *member checking* dilakukan dengan meminta informan kunci untuk memverifikasi interpretasi peneliti terhadap data mereka, dan *peer debriefing* dilakukan dengan melibatkan kolega peneliti untuk mendiskusikan proses analisis dan interpretasi, guna meningkatkan objektivitas dan reflektivitas.

Hasil penelitian diharapkan bersifat *inter-predictive*, yaitu mampu menjelaskan pola hubungan antara stigma sosial, dukungan tokoh agama dan adat, serta hambatan sistem pelayanan dengan tingkat kepatuhan pengobatan TB. Pola ini dapat digunakan untuk memprediksi kelompok berisiko tinggi tidak patuh dan merancang intervensi tepat sasaran berbasis lembaga keagamaan atau adat, sehingga studi ini menyediakan dasar empiris bagi pengembangan program pemberdayaan dan kolaborasi multisektoral yang lebih efektif di Kabupaten Kutai Kartanegara. Sesuai dengan prinsip *interpretive descriptive*, hasil penelitian ini tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga memberikan *clinical utility* dan *policy relevance* yang tinggi, menjembatani kesenjangan antara riset kualitatif dan praktik kesehatan masyarakat.

2.4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur, yang dikenal memiliki prevalensi TB yang tinggi serta karakteristik budaya yang beragam. Wilayah ini mencakup berbagai komunitas, termasuk suku Kutai, Dayak, dan Banjar, yang memiliki budaya dan praktik kesehatan tradisional yang dapat mempengaruhi persepsi dan pengobatan tuberkulosis (TB). Pemilihan Kabupaten Kutai Kartanegara sebagai lokasi penelitian didasarkan pada tingginya angka kejadian TB di wilayah ini serta adanya tantangan geografis yang mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan, yang memberikan peluang untuk mengeksplorasi berbagai faktor yang mempengaruhi pengendalian TB.

Penelitian ini dimulai pada bulan Juli 2025 hingga bulan Desember di tahun 2025, mencakup tahapan persiapan, pengumpulan data, analisis data, dan pelaporan hasil. Tahapan persiapan yang berlangsung mencakup kegiatan perencanaan yang melibatkan pengembangan instrumen penelitian, pelatihan tim peneliti lapangan, dan koordinasi dengan pihak terkait seperti Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara serta tokoh masyarakat setempat. Tahap ini juga termasuk studi pendahuluan untuk menguji instrumen penelitian, memastikan bahwa kuesioner dan panduan wawancara yang digunakan relevan dan sesuai dengan konteks lokal.

2.4.3 Penentuan Informan

Penentuan intorman dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* Adapun kriteria dan justifikasi dalam pemilihan informan sebagai berikut :

Tabel 2.1 kriteria inklusi dan justifikasi informan

Kelompok informan	Kriteria inklusi utama	Peran data yang diharapkan	Alasan metodologis pemilihan	Jumlah informan final
Penderita TB	-Sedang menjalani pengobatan atau sudah dinyatakan sembuh. - Bersedia dan mampu menceritakan pengalaman terkait pengendalian TB berbasis budaya dan sosial.	Memberi data primer tentang pengalaman langsung menjalani pengobatan, bentuk dukungan/penolakan sosial, dan pengaruh nilai budaya terhadap kepatuhan.	Menjadi aktor utama yang mengalami langsung proses pengobatan sehingga paling tepat menjelaskan faktor pendorong dan penghambat kepatuhan dari perspektif pengguna layanan.	10 informan
Anggota keluarga penderita TB	- Terlibat langsung dalam perawatan dan dukungan terhadap penderita.	Menjelaskan peran keluarga, dinamika dukungan emosional dan praktis, serta norma keluarga yang memengaruhi kepatuhan minum	Keluarga merupakan unit dukungan terdekat yang menentukan keputusan kesehatan	6 informan

	- Bersedia memberi informasi pendukung tentang pengendalian TB di rumah.	obat dan kunjungan ke fasilitas kesehatan.	pasien, sehingga penting untuk memotret konteks sosial mikro tempat perilaku patuh/tidak patuh terbentuk.	
Tenaga kesehatan (dokter, perawat, petugas kesehatan masyarakat)	- Terlibat atau berpengalaman dalam program pengendalian TB. - Memiliki pengetahuan mengenai prosedur, kebijakan, dan strategi pengendalian TB.	Memberikan informasi tentang implementasi program TB, tantangan pelayanan, komunikasi dengan pasien, serta cara fasilitas kesehatan merespons faktor budaya dan sosial.	Tenaga kesehatan merupakan pelaksana program dan penghubung antara kebijakan dengan praktik lapangan, sehingga perspektif mereka penting untuk memahami hambatan sistemik dan potensi perbaikan layanan.	5 informan
Tokoh masyarakat/tokoh adat	- Diakui berpengaruh di komunitas lokal. - Memahami norma budaya setempat dan aktif dalam kegiatan sosial.	Menggambarkan bagaimana nilai, norma, dan praktik budaya/adat membentuk sikap masyarakat terhadap TB, termasuk stigma dan dukungan komunitas.	Tokoh adat dan masyarakat merupakan opinion leader yang dapat memperkuat atau melemahkan pesan kesehatan, sehingga diperlukan untuk merancang intervensi berbasis kearifan lokal yang lebih diterima masyarakat.	5 informan
Pengambil kebijakan/perwakilan LSM/organisasi kesehatan masyarakat	- Terlibat dalam perencanaan, pengawasan, atau pelaksanaan program pengendalian TB. - Bersedia memberikan informasi terkait konteks kebijakan dan	Memberikan data tentang kerangka kebijakan, alokasi sumber daya, kemitraan multisektoral, serta strategi institusional dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan TB.	Kelompok ini menentukan arah program dan dukungan struktural sehingga penting untuk menghubungkan temuan lapangan dengan aspek kebijakan dan	4 informan

dukungan kelembagaan.	keberlanjutan program.
Jumlah informan akhir dalam penelitian kualitatif ini sebanyak 30 informan. Penentuan jumlah informan dilakukan menggunakan prinsip purposive sampling dan data saturation (kejenuhan data). Saturasi data dicapai ketika wawancara tambahan tidak lagi menghasilkan informasi, tema, atau kategori baru yang relevan dengan fokus penelitian terkait budaya, stigma, pemberdayaan masyarakat, pendekatan multisektoral, dan kepatuhan pengobatan TB. Pemilihan informan dilakukan secara purposif karena masing-masing kelompok memiliki pengalaman, pengetahuan, dan posisi sosial yang berbeda dalam pengendalian TB, sehingga mampu memberikan data yang kaya, mendalam, dan saling melengkapi untuk membangun model pengendalian TB berbasis kearifan lokal dan multisektoral di Kabupaten Kutai Kartanegara.	

Kriteria Eksklusi

1. Individu yang tidak bersedia memberikan informasi atau menolak berpartisipasi dalam penelitian.
2. Informan yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif karena keterbatasan bahasa atau kondisi kesehatan.
3. Penderita TB yang masih dalam kondisi kritis atau tidak stabil secara medis sehingga tidak memungkinkan untuk diwawancarai.
4. Anggota keluarga, tenaga kesehatan, atau tokoh masyarakat yang tidak memiliki keterlibatan langsung atau relevan dengan proses pengendalian TB.
5. Perwakilan lembaga/organisasi yang tidak memiliki hubungan atau pengalaman kerja di bidang pengendalian TB.

2.4.4 Alat dan instrumen penelitian

Alat atau instrument yang digunakan dalam mengumpulkan data kualitatif adalah sebagai berikut:

1. Panduan FGD dibuat identifikasi masalah penelitian untuk mendapatkan pemahaman Bersama yang lebih dalam tentang perspektif yang beragam
2. Panduan wawancara mendalam (*indepth interview*) dibuat berdasarkan identifikasi masalah penelitian untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam tentang perspektif yang beragam
3. Lembar observasi berisi mengenai hasil observasi peneliti selama melakukan proses wawancara
4. Alat pendukung pengumpulan data terdiri dari buku catatan, kamera digital yang digunakan untuk merekam gambar saat wawancara, dan tape recorder untuk merekam suara informan.
5. *Informed consent* yaitu form permohonan kesediaan dan form persetujuan menjadi informan dari peneliti.

2.4.5 Teknik pelaksanaan wawancara mendalam

Adapun Teknik pelaksanaan wawancara mendalam pada tahap penelitian ini sebagai berikut :

1. Melakukan koordinasi untuk pelaksanaan kegiatan penelitian, rekrutmen pewawancara, melakukan bimbingan untuk penyamaan persepsi dan cara melakukan wawancara, mengidentifikasi informan penelitian dengan pihak-pihak Dinas Kesehatan dan puskesmas, tokoh masyarakat, tokoh adat, pendidikan, sosial budaya.
2. Menemui peserta yang telah direncanakan untuk menjadi informan kunci, informan utama, dan informan pendukung untuk meminta kesediaannya dalam berpartisipasi menjadi informan dan informan kunci dalam penelitian ini;
3. Menjelaskan tentang penelitian dan tujuannya kepada semua subjek penelitian;
4. Menyepakati waktu dan tempat perHasil dengan informan kunci dan informan utama untuk melakukan FGD dan wawancara mendalam.
5. Melakukan wawancara mendalam pada informan kunci dan informan utama yang dianggap dapat memberikan data yang lebih detail

Tabel 2.2 Matriks informan Kualitatif dan cara pengumpulan data

No	Informan	Metode
----	----------	--------

		FGD	Wawancara mendalam
1	Penderita TB	√	√
2	Keluarga penderita TB	√	√
3	Tenaga Kesehatan	√	√
4	Tokoh Masyarakat	√	√
5	Pemangku Kepentingan	√	√

2.4.6 Triangulasi data

Pada penelitian ini, dilakukan metode triangulasi yang artinya menguji kredibilitas suatu data dengan cara melakukan pengecekan pada data yang telah diperoleh dari berbagai metode penelitian. Triangulasi sumber dan triangulasi metode digunakan untuk memvalidasi data dan meningkatkan akurasi hasil penelitian. Dalam proses ini, peneliti membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber misalnya petugas kesehatan, tokoh Masyarakat dan pemangku kepentingan untuk memastikan konsistensi Hasil (triangulasi sumber). Selain itu, peneliti juga menerapkan lebih dari satu teknik pengumpulan data, seperti *Indepth interview* dan diskusi kelompok terfokus (FGD) sehingga data yang diperoleh dapat saling mengonfirmasi (triangulasi metode). Langkah-langkah ini dilakukan untuk meningkatkan kredibilitas, keabsahan, dan kekuatan interpretasi hasil penelitian.

2.4.7 Pengolahan data dan analisis

Prosedur pengolahan dan analisis data kualitatif terdiri dari enam (6) tahap yaitu sebagai berikut :

1. Reduksi data, mereduksi data untuk memperoleh gambaran jelas serta melengkapi data - data apa saja yang diperlukan.
2. Penyajian data setelah data direduksi, kemudian disajikan dalam bentuk uraian naratif sehingga data tersebut benar - benar mudah dipahami.
3. Analisis data menggunakan konten berdasarkan tema yang telah ditentukan dan dianalisis menggunakan bantuan software NVivo. Hasil analisis digunakan sebagai dasar mengembangkan konsep dalam aplikasi mobile mental health.
4. Kesimpulan dan verifikasi mengemukakan, kesimpulan awal yang masih bersifat sementara dan diubah apabila ditemukan bukti - bukti kuat mendukung tahap pengumpulan data berikutnya.
5. Narasi hasil analisis menyajikan informasi dalam bentuk teks tertulis dan gambar

2.5 Hasil Penelitian

Tema 1. Nilai dan Budaya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai dan kepercayaan masyarakat Kutai masih memengaruhi kuat cara mereka memahami penyakit Tuberkulosis (TB), menentukan rute pencarian pengobatan, dan membentuk pola keterbukaan atau kerahasiaan ketika anggota keluarga mengalami gejala TB. Analisis tematik memperlihatkan bahwa konsep “penyakit berat”, keyakinan terhadap asal-usul non-medis penyakit, serta kekhawatiran terhadap penilaian sosial, berperan penting dalam keputusan masyarakat untuk mencari atau menunda pengobatan medis.

Perspektif Pasien: TB sebagai Penyakit Berat dan Memalukan

Dari wawancara dengan beberapa pasien, terlihat bahwa TB masih dipandang sebagai penyakit berat yang menimbulkan rasa takut dan malu. Salah seorang informan menggambarkan:

“Awalnya sih, ku pikir batuk ini cuma masuk angin biasa aja eh... tapi makin lawas ndik ada bebaik maseh aja batuk. Orang rumah madahi ini tegak gejala TB, jadi sawan jua aku leh. Di kampung sini, TB itu masih dianggap penyakit berat leh, jadi aku supan hendak bekesah ke urang lain. Tapi anak nyawa madahi harus periksa ke puskesmas, baru hendak ku umpati apa yang di padahkan nya untuk nuju ke puskesmas periksa waktu itu.” (PS, 54 tahun)

Pengalaman pasien tersebut menunjukkan konstruksi persepsi penyakit yang dibentuk oleh interaksi antara pengetahuan lokal, pengalaman keluarga, dan norma komunitas. Rasa malu dan kecenderungan menyembunyikan gejala memperlihatkan bahwa stigma masih cukup kuat dan dapat menghambat deteksi dini TB. Hal ini menjadi dasar penting untuk memahami mengapa banyak pasien terlambat memeriksakan diri secara medis. Sejumlah pasien lainnya mengekspresikan kecenderungan awal untuk mencari pengobatan tradisional sebelum layanan kesehatan formal:

“Dulu eh... sebelum tau ini TB, saya sempat dibawa ke urang pintar parak wadah keluarga saya di makroman, minta air yang sudah dibacakan doa. Soalnya orang tua madahkan penyakit batuk panjang itu kadang ‘kena angin jahat’ kiriman orang yg ndak suka dengan kita gitu eh. Tapi pas ndak sembuh-sembuh, perawat yang kenal keluarga datang bilang lebih baik berobat ke puskesmas, baru saya nurut.” (HM, 46)

Pemilihan jalur pengobatan tidak semata-mata berbasis medis, tetapi berakar pada kepercayaan budaya yang telah berlangsung turun-temurun. Peran figur adat atau “urang pintar” tetap menempati posisi signifikan sebagai rujukan pertama, sehingga strategi intervensi harus memperhitungkan kolaborasi budaya, bukan sekadar menggantikannya.

Perspektif Keluarga: Dukungan Ada, Tetapi Diiringi Kerahasiaan dan Ketakutan Sosial

Setelah memahami perspektif pasien, penting menganalisis bagaimana keluarga berperan sebagai penentu keputusan kesehatan. Keluarga dalam konteks masyarakat Kutai berfungsi sebagai aktor utama dalam menentukan arah pencarian pengobatan, namun pada saat yang sama terikat oleh kekhawatiran terhadap penilaian sosial. Seorang informan keluarga menuturkan:

“Amun ada keluarga sakit batuk panjang gitu, biasanya kami diam-diam dulu sih... takut urang kampung bekesah macam-macam. Tapi kami tetap jaga dia, ingatkan minum obat, dan pantau kondisinya. Baru kalo makin parah eh, kami bawa ke puskesmas. Tradisi di sini memang tegak itu jadi ke dukun dulu, tapi wayah ini anak-anak muda lebih percaya ke petugas kesehatan.” (RN, 38 tahun)

Keluarga berfungsi sebagai mediator yang memutuskan apakah pasien akan melanjutkan pengobatan tradisional, menuju layanan kesehatan modern, atau tetap menyembunyikan penyakit. Keterbukaan terhadap pengobatan medis mulai meningkat tidak hanya karena informasi kesehatan formal, tetapi juga karena perubahan nilai generasi muda yang lebih melek informasi.

Perspektif Tokoh Masyarakat dan Tokoh Adat: Penjaga Nilai Lokal dan Pengarah Opini

Peralihan analisis selanjutnya menempatkan tokoh masyarakat sebagai figur pengaruh yang menentukan bagaimana nilai dan kepercayaan komunitas diarahkan. Wawancara mengungkap bahwa keyakinan tradisional masih kuat, namun tokoh masyarakat sering berperan dalam mengoreksi persepsi dan mengurangi stigma.

Salah satu tokoh masyarakat menyatakan:

“Masyarakat sini masih ada yang percaya tegak itu leh, Amun TB itu ada sebab ‘angin kampung’ atau salah makan gitu eh. Jadi banyak yang ke dukun dulu sebelum ke puskesmas. Kami tokoh kampung kadang jelaskan, TB ini penyakit bisa sembuh amun umpat aturan minum obat. amun ndik dibimbing eh, masyarakat banyak yang supan/ malu dan sembunyi-sembunyi.” (IM, 62 tahun)

Tokoh adat lainnya menambahkan:

“Di kampung ini awak, orang masih tutup-tutupi amun ada keluarga kena TB. Bubuhanya sawan/ takut jua dikucilkan. Padahal nyawa rancak madahi, jangan tegak itu, lebih cepat periksa makin baek. Kami bantu arahkan jua, kasih tau amun petugas puskesmas bisa datang ke rumah.” (TR, 55 tahun)

Peran tokoh masyarakat dan tokoh adat sangat penting karena mereka memegang legitimasi budaya. Mereka berfungsi sebagai “cultural brokers” yang mampu menjembatani antara kepercayaan lokal dan pengetahuan kesehatan modern. Oleh sebab itu, intervensi kesehatan yang tidak melibatkan tokoh adat berisiko tidak diterima secara sosial.

Perspektif Petugas Kesehatan: Tantangan Kolaborasi dan Sensitivitas Budaya

Untuk memahami dinamika secara komprehensif, pandangan petugas kesehatan menjadi komponen penting dalam memetakan sejauh mana respons medis dapat menjangkau pola budaya yang ada. Petugas kesehatan menggambarkan tantangan tersebut sebagai berikut:

“Kalo di lapangan sih, kami sering dengar keluarga bilang pasien sudah dibawa dulu ke dukun atau urang pintar. Itu memang budaya sini eh, mereka percaya ada sakit yang bukan medis. Tapi setelah kami edukasi, keluarga mulai lebih terbuka. Cuma memang masih banyak yang malu jua kalo anggota keluarganya kena TB, jadi harus pendekatan pelan-pelan sih.” (YD, 34 tahun)

Pernyataan petugas kesehatan ini menegaskan pentingnya pendekatan yang sensitif terhadap budaya lokal. Tenaga kesehatan tidak dapat serta-merta meniadakan praktik tradisional, tetapi perlu melakukan pendekatan kolaboratif yang menghormati nilai-nilai setempat sambil memastikan keberlanjutan pengobatan TB.

Dari keempat kelompok informan tersebut, terlihat bahwa nilai budaya, kepercayaan tradisional, dan dinamika stigma membentuk pola perilaku kesehatan masyarakat Kutai Kartanegara. Keyakinan terhadap penyebab non-medis, kecenderungan awal menuju pengobatan tradisional, serta rasa malu dan takut dikucilkan menjadi faktor utama yang membentuk keterlambatan atau keberlanjutan pengobatan TB. Namun, kehadiran tokoh masyarakat dan generasi muda yang lebih adaptif terhadap informasi kesehatan membuka peluang strategis bagi intervensi berbasis budaya. Sensitivitas budaya, kolaborasi dengan tokoh lokal, dan penguatan edukasi yang disampaikan melalui figur yang dihormati masyarakat merupakan jalan penting untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan TB secara berkelanjutan.

Tema 2. Praktik Sosial dan Dukungan Keluarga dalam Pengobatan TB

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan sekitar memainkan peran sentral dalam menentukan keberhasilan pengobatan TB di masyarakat Kutai. Dalam kerangka budaya lokal yang menekankan solidaritas keluarga dan hubungan sosial yang dekat, pengambilan keputusan pengobatan sangat dipengaruhi oleh sejauh mana keluarga dan komunitas memaknai penyakit serta merespons kondisi pasien. Temuan ini memperlihatkan bahwa dukungan tidak hanya bersifat emosional, tetapi juga instrumental dan informatif, meski dalam beberapa kasus dibayangi oleh stigma dan rasa malu.

Perspektif Pasien: Dukungan Keluarga Sebagai Sumber Kekuatan Utama

Analisis awal menunjukkan bahwa pasien mengandalkan keluarga inti sebagai pendamping utama selama proses pengobatan. Keintiman hubungan keluarga dalam budaya Kutai menjadikan rumah sebagai pusat perawatan informal.

Salah seorang pasien menjelaskan:

“Waktu nyawa sakit TB ini, keluarga selalu ada jaga-jaga. Bubuhanya (Mereka) ingatkan nyawa (Saya) ini untuk minum obat, kadang sampai marah sida (Mereka) itu amun nyawa ni lupa. Sida madahkan (Memberi tau) kalo ndak minum obat nanti tambah parah dan tidak sembuh. Jadi semangat nyawa (Saya) itu banyak datang dari keluarga eh...” (PS, 50 tahun)

Berdasarkan informasi dari informan tersebut menegaskan bahwa keluarga berfungsi sebagai faktor protektif utama. Dalam konteks Kutai, ketaatan pada pengobatan tidak hanya didorong oleh pemahaman medis, tetapi juga oleh relasi emosional dan norma keluarga yang menuntut saling menjaga. Ini menunjukkan potensi keluarga sebagai agen intervensi kunci dalam program TB.

Perspektif Keluarga: Pendampingan, Pengawasan, dan Praktik Tradisional

Keluarga menjadi aktor yang mengatur ritme pengobatan pasien—baik dalam memantau konsumsi obat maupun memutuskan rute layanan kesehatan.

Seorang anggota keluarga menyampaikan:

“Kami di rumah ni selalu dampingi inya (dia)... tiap hambat (pagi) saya lihat obatnya, ingatkan lagi minum. Kalo ada kontrol eh, kami antar. Tapi kadang juga tetap kasih obat kampung sih... daun-daun rebusan gitu, soalnya orang tua bilang itu bisa bantu juga.”(RN, 39 tahun)

Dukungan keluarga tidak selalu linear dengan standar medis. Praktik tradisional tetap berjalan paralel dengan pengobatan formal, mencerminkan dualisme sistem kesehatan yang sudah mengakar. Keluarga memainkan peran penting dalam negosiasi antara praktik budaya dan tuntutan pengobatan formal, sehingga setiap intervensi kesehatan harus mempertimbangkan dinamika ini.

Perspektif Tokoh Masyarakat: Dukungan Sosial Selektif dan Sensitivitas Terhadap Stigma

Setelah melihat peran keluarga, penting memahami sejauh mana masyarakat luas memberikan dukungan. Tokoh masyarakat menggambarkan bahwa dukungan sosial dari tetangga dan lingkungan kampung bersifat selektif, bergantung pada tingkat kedekatan dan pola komunikasi keluarga.

Seorang tokoh masyarakat mengatakan:

“Biasanya Tetangga parak (dekat) itu ada jua bantu, tapi pelan-pelan yoh... soalnya kalo penyakit TB ini orang masih sawan (takut) eh. Kami tokoh kampung kadang datang melihati, mberi semangat, bilang jangan putus obat. Tapi ndak semua orang mau terbuka leh.”(IM, 63 tahun)

Tokoh adat memperkuat hal tersebut:

“Ada keluarga yang Supan (malu) eh... jadi mereka sembunyi-sembunyi. Tapi kalo dekat RT atau tokoh adat, kami bantu arahin, bilang ke puskesmas kalo perlu kunjungan rumah. Tapi tetap harus jaga perasaan keluarga sih...”(TR, 55 tahun)

Kedua informasi dari informan tersebut menunjukkan bahwa dukungan sosial di tingkat komunitas bersifat berhati-hati, diwarnai sensitivitas terhadap stigma. Tokoh masyarakat berperan sebagai penjemputan antara keluarga dan layanan kesehatan, namun keterbukaan keluarga menjadi faktor penentu. Hal ini menegaskan bahwa mitigasi stigma harus menjadi bagian integral dari intervensi berbasis komunitas.

Perspektif Petugas Kesehatan: Peran Keluarga dalam Menentukan Kepatuhan Obat dan Kontrol

Petugas kesehatan menegaskan bahwa keberhasilan pengobatan TB sangat dipengaruhi oleh kedisiplinan keluarga dalam mendampingi pasien. Dalam banyak kasus, keluarga menjadi penentu apakah pasien menyelesaikan fase intensif dan lanjutan pengobatan.

Seorang petugas puskesmas menjelaskan:

“Kalo keluarga aktif, biasanya pasien lebih patuh. Mereka yang ingatkan obat, mereka yang antar kontrol. Tapi kalo keluarga kurang peduli eh, pasien sering putus obat. Makanya kami selalu rangkul keluarga dulu sebelum edukasi pasien.”(YD, 34 tahun)

Hasil ini menunjukkan bahwa strategi komunikasi kesehatan yang efektif harus berorientasi keluarga. Ketergantungan pasien terhadap keluarga dalam aspek logistik (transportasi), emosional (motivasi), dan kognitif (pengambilan keputusan) menjadikan keluarga sebagai pilar penting dalam tata kelola pengendalian TB berbasis komunitas.

Tema 3. Peran Tokoh Adat, Agama, dan Komunitas dalam Pengendalian TB di Kutai Kartanegara

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tokoh adat, tokoh agama, dan struktur komunitas lokal memiliki posisi strategis sebagai pengarah opini, penjaga nilai budaya, serta penghubung antara layanan kesehatan dan masyarakat. Dalam konteks budaya Kutai yang memprioritaskan penghormatan terhadap tokoh adat dan tokoh agama, kehadiran mereka membentuk persepsi, sikap, dan perilaku warga terhadap pencegahan dan pengobatan TB.

Perspektif Tokoh Agama dan Adat: Sumber Legitimasi Kultural dalam Penyampaian Informasi Kesehatan

Analisis awal menempatkan tokoh agama dan adat sebagai pemegang legitimasi moral dan kultural. Narasi mereka menunjukkan bahwa penyampaian informasi kesehatan sering “dititipkan” melalui khutbah, pertemuan adat, atau acara kampung.

Seorang tokoh agama menuturkan:

“Kadang petugas puskesmas datang minta tolong sih... supaya kami selipkan pesan kesehatan pas waktu ceramah atau khutbah Jumat. Kami sampaikan begamatan (pelan-pelan) leh... kami padahkan amun TB itu dapat sembuh asal rajin minum obat jangan terputus sebelum waktu nya. Jamaah biasanya lebih percaya amun inya sudah dengar langsung apa yang di sampaikan di masjid.” (UH, 52 tahun)

Seorang tokoh adat mengonfirmasi hal serupa:

“Amun ada acara adat ... kami rancak mberi himbauan jua. Madahkan (Bilang) ke warga jangan takut berobat. Kadang ada orang tua bilang TB ini ‘penyakit lama dan kiriman atau teluh’, jadi kami bantu luruskan. Orang sini masih dengar tokoh adat sih... jadi lebih mudah diterima.” (MK, 57 tahun)

Kedua informasi dari informan ini menunjukkan bahwa tokoh agama dan adat merupakan saluran komunikasi yang paling dihormati. Keterlibatan mereka bukan sekadar membantu penyebaran informasi, tetapi memberikan legitimasi kultural bagi pesan kesehatan. Hal ini sangat penting dalam masyarakat dengan struktur sosial yang masih hierarkis dan menghargai otoritas tradisional.

Perspektif Tokoh Masyarakat: Pengaruh Tindakan dan Ucapan dalam Mengubah Perilaku Warga

Berpindah dari tokoh agama dan adat, analisis kemudian menyoroti peran tokoh masyarakat (RT, kepala kampung, dan figur dihormati lainnya). Tokoh-tokoh ini bukan hanya simbol kepemimpinan administratif, tetapi berperan sebagai penentu sikap warga dalam isu kesehatan.

Salah satu tokoh masyarakat mengatakan:

“Amun (Jika) kami tokoh kampung sudah bilang jangan malu periksa, warga biasanya Umpat (ikut) leh. Kadang ada juga yang takut-takut... tapi kalo kami datang langsung ke rumah, kasih semangat, mereka lebih terbuka. Warga sini lihat tindakan, bukan cuma omongan.” (RM, 60 tahun)

Tokoh kampung lain menambahkan:

“Ada beberapa keluarga yang sembunyi-sembunyi dulu sih... tapi kalo kami bilang penting kontrol, biasanya langsung ikut. Pengaruh tokoh kampung masih kuat di sini leh...” (DS, 56 tahun)

Peran tokoh masyarakat sangat besar dalam membentuk norma sosial. Ucapan dan tindakan mereka menjadi model perilaku warga. Temuan ini menunjukkan bahwa keberhasilan program TB sangat dipengaruhi oleh pendekatan interpersonal yang dilakukan oleh figur yang diakui secara sosial.

Perspektif Komunitas Lokal: Keterlibatan Sosial yang Mulai Berkembang, Namun Belum Merata

Setelah memahami pengaruh tokoh, penting melihat sejauh mana komunitas lokal secara kolektif terlibat dalam kegiatan pengendalian TB. Informan menyampaikan bahwa beberapa kegiatan pernah dilakukan, tetapi partisipasinya belum konsisten dan sangat bergantung pada inisiatif tokoh setempat dan puskesmas.

Seorang anggota komunitas menjelaskan:

"Pernah bah ada kegiatan dari puskesmas... semacam penyuluhan di balai desa. Kami diajak datang, dibilang penting tau soal TB. Ada RT dan tokoh adat juga hadir. Tapi kegiatan begini tidak sering bah... paling kalo ada program dari atas." (SL, 41 tahun)

Informan lain dari kelompok relawan kampung menuturkan:

"Kadang kami bantu bagikan masker atau brosur sih... tapi itu pun kalo ada permintaan dari puskesmas. Kalo kampanye besar-besaran tentang TB belum sering ..." (YS, 29 tahun)

Kedua informasi ini menunjukkan bahwa komunitas lokal sebenarnya memiliki potensi besar sebagai agen perubahan, namun keterlibatannya belum terstruktur. Program masih bersifat event-based, bukan sistemik. Keterlibatan ini dapat menjadi lebih efektif jika diintegrasikan dengan sistem adat dan keagamaan yang sudah mapan.

Tema 4. Stigma dan Hambatan Sosial

Dalam konteks masyarakat Kutai Kartanegara, stigma terhadap TB sangat mungkin dibentuk oleh nilai sosial, pemaknaan lokal tentang penyakit menular, serta norma komunitas. Untuk memahami kedalaman pengalaman, peneliti terlebih dahulu menggali suara pasien sebagai pihak yang merasakan secara langsung dampak stigma tersebut.

Beberapa pasien menggambarkan bahwa stigma masih menjadi hambatan kuat dalam menjalani pengobatan. Salah satu pasien menyatakan:

"Kadang saya merasa dijauhi, Bu. Ada tetangga bilang, 'awas, itu penyakit bahaya'. Jadi saya malu keluar rumah." (P1, 34 Tahun)

Pasien lainnya menekankan bahwa informasi yang salah masih melekat kuat:

"Orang sini ada yang bilang TB itu kutukan atau bawaan dari kebiasaan buruk... jadi saya makin segan cerita." (P2, 41 Tahun)

Kedua informan ini menunjukkan bahwa stigma sosial berdampak langsung pada rasa percaya diri pasien, termasuk keterbukaan mereka terhadap petugas kesehatan maupun keluarga.

Perspektif Keluarga

Keluarga memiliki posisi krusial dalam menghalau stigma baik dengan melindungi pasien maupun justru memperkuat persepsi negatif. Karena itu, penting melihat bagaimana keluarga memaknai stigma yang berkembang di sekitar mereka. Keluarga pada umumnya menjadi pihak pertama yang menyaksikan reaksi lingkungan, sebagaimana tercermin dari kutipan berikut:

"Kami kadang dengar omongan orang, 'jangan dekat-dekat rumah itu'. Tapi kami tetap jaga dia, yang penting minum obat tidak putus." (K1, 32 Tahun)

Beberapa keluarga juga merasakan hambatan budaya tertentu:

"Di kampung sini masih ada rasa sungkan. Kalau anak kena TB, orang tua malu bilang. Takut dianggap tidak menjaga kebersihan." (K2, 43 Tahun)

Hasil ini menegaskan bahwa keluarga juga terpengaruh persepsi sosial, namun sebagian berperan aktif melindungi martabat pasien.

Perspektif Tokoh Adat, Agama, dan Masyarakat

Tokoh masyarakat memiliki kapasitas besar dalam menentukan arah persepsi publik. Masukan mereka membantu melihat apakah stigma dipandang sebagai problem sosial, moral, atau kesehatan dalam konteks budaya Kutai.

Tokoh adat dan agama mengakui masih adanya stereotip negatif di komunitas:

"Masih banyak warga mengira TB itu penyakit memalukan. Padahal kan bukan aib. Ini perlu diluruskan." (T1, 52 Tahun)

Tokoh masyarakat lainnya menyoroti norma sosial yang cenderung menghakimi:

"Kalau ada yang sakit TB, ada saja yang bisik-bisik. Pengaruhnya besar terhadap mental pasien." (T2, 57 Tahun)

Mereka sepakat bahwa pendekatan budaya dan agama dapat membantu menurunkan stigma.

Petugas kesehatan berada di garis depan edukasi dan penanganan stigma. Pandangan mereka penting untuk menilai hambatan struktural dan programatik.

Perspektif Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan menegaskan bahwa stigma sering menjadi penghalang pasien:

"Banyak pasien takut ketahuan. Mereka bilang, 'nanti saya dikucilkan'. Ini yang buat mereka telat berobat." (N1, 33 Tahun)

Seorang petugas lain menambahkan:

"Kadang keluarga mau terbuka, tapi lingkungan sekitar tidak mendukung. Jadi pendampingan harus lebih intens." (N2, 40 Tahun)

Hasil ini memperkuat bahwa stigma merupakan determinan penting ketidakpatuhan.

Tema 5. Strategi Kultural Dalam Pengendalian TB

Pemaknaan budaya sangat menentukan bagaimana masyarakat menerima pesan kesehatan. Pasien memiliki pengalaman langsung mengenai bentuk pendekatan apa yang dirasa paling nyaman dan tidak menghakimi.

Pasien cenderung menyukai pendekatan berbasis komunitas dan kekeluargaan:

"Kalau penyuluhan lewat tokoh kampung atau ustaz, kami lebih percaya. Rasanya lebih dekat." (P1, 34 Tahun)

Pasien lain menambahkan:

"Jangan terlalu pakai istilah medis, Bu. Bikin kami takut. Kalau bahasa sehari-hari itu, lebih masuk di pikiran." (P2, 41 Tahun)

Hal ini menunjukkan perlunya memadukan bahasa ilmiah dengan bahasa lokal agar pesan lebih diterima.

Keluarga berperan sebagai agen pengingat dan penguat bagi pasien. Mereka juga memahami karakter komunitas sehingga pandangan mereka penting untuk menyusun strategi intervensi kultural. Keluarga memandang pendekatan berbasis adat sangat efektif karena masyarakat Kutai cenderung menghormati struktur sosial:

"Kalau kepala adat atau tokoh agama yang bicara, orang pasti dengar. Lebih didengar daripada hanya petugas." (K1, 32 Tahun)

Selain itu, keluarga menyarankan:

"Buat acara kampung, sosialisasinya diselipkan saja. Jadi tidak terkesan menakut-nakuti." (K2, 43 Tahun)

Strategi ini menekankan pentingnya penyampaian yang tidak konfrontatif.

Tokoh adat dan agama adalah pemegang otoritas moral dan budaya. Pendapat mereka sangat strategis untuk merumuskan model intervensi berbasis kearifan lokal. Tokoh adat dan agama menyampaikan harapan agar nilai-nilai lokal tetap menjadi dasar intervensi:

"Gunakan bahasa adat dan perumpamaan lokal. Orang sini suka kalau disampaikan lewat cerita." (T1, 52 Tahun)

Tokoh masyarakat lainnya menyarankan bentuk partisipatif:

"Ajak warga terlibat. Jangan hanya ceramah. Ada kegiatan kampung, gotong royong, bisa sekalian edukasi TB." (T2, 57 Tahun).

Pendekatan ini memperlihatkan metode komunikasi kultural berbasis partisipasi komunitas.

Petugas kesehatan perlu memastikan bahwa pendekatan kultural tetap sesuai standar medis dan tidak melahirkan miskonsepsi. Karena itu, perspektif mereka penting untuk menyeimbangkan unsur budaya dan prinsip kesehatan masyarakat.

Petugas kesehatan menegaskan pentingnya sinergi dengan struktur adat dan agama:

"Kalau tokoh adat bicara, warga cepat percaya. Kami butuh kerja sama itu agar pesan kesehatan tidak hanya berhenti di puskesmas." (N1, 33 Tahun)

Petugas lainnya menambahkan:

"Program harus fleksibel. Ada desa / kampung yang lebih cocok pendekatan agama, ada yang lebih cocok lewat kegiatan adat." (N2, 40 Tahun)

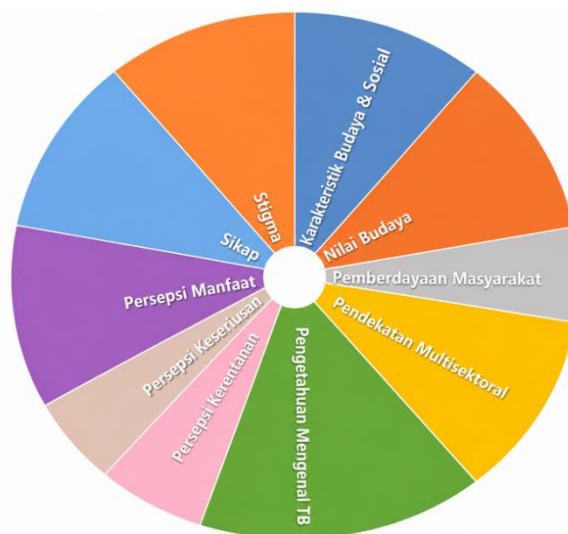
Tabel 2.3 Hasil Tematik Penelitian

Tema	Subtema	Kode Temuan (Coding)
1. Dinamika Sosial Budaya dalam Kepatuhan TB	Persepsi budaya tentang penyakit	Malu sakit, penyakit memalukan, takut ketahuan, TB dianggap kutukan
	Nilai sosial Kutai	Ketertiban sosial, jaga nama baik keluarga, <i>caré-caré</i> , norma kampung
2. Praktik Sosial dan Dukungan Keluarga	Mekanisme mediasi budaya	Persepsi kerentanan, persepsi manfaat, pencarian layanan ganda
	Peran keluarga	Pengingat obat, antar kontrol, perlindungan emosional, kontrol sosial positif
	Dukungan komunitas	Bantuan tetangga, RT peduli, gotong royong
	Hambatan dukungan	Tekanan sosial, komentar negatif tetangga, ketutup pasien
3. Peran Tokoh Adat, Agama, dan Masyarakat	Tokoh adat	Nasehat adat, petatah-petitih, legitimasi sosial
	Tokoh agama	Dakwah kesehatan, khutbah TB, peran ustaz
	Tokoh masyarakat	Opinion leader, penyambung puskesmas, panutan kampung
4. Stigma dan Hambatan Sosial	Bentuk stigma	Dijauhi, bisik-bisik, dianggap sumber penyakit
	Hambatan sosial Dampak stigma	Sungkan, malu mengaku, informasi keliru Keterlambatan diagnosis, ketidakpatuhan, isolasi sosial
5. Strategi Kultural Pengendalian TB	Pendekatan berbasis adat	Cerita adat, metafora lokal, acara kampung

Pengumpulan data dalam studi kualitatif ini dilakukan dengan teknik wawancara mendalam pada informan terdiri dari kepala dinas Kesehatan, tokoh masyarakat. Wawancara dilakukan selama rata-rata 90 menit pada setiap informan. Saat pengumpulan data berlangsung, peneliti merekam semua proses wawancara dengan menggunakan alat perekam dan catatan lapangan serta mengarahkan informan untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan tujuan penelitian. Adapun hasilnya sebagai berikut:

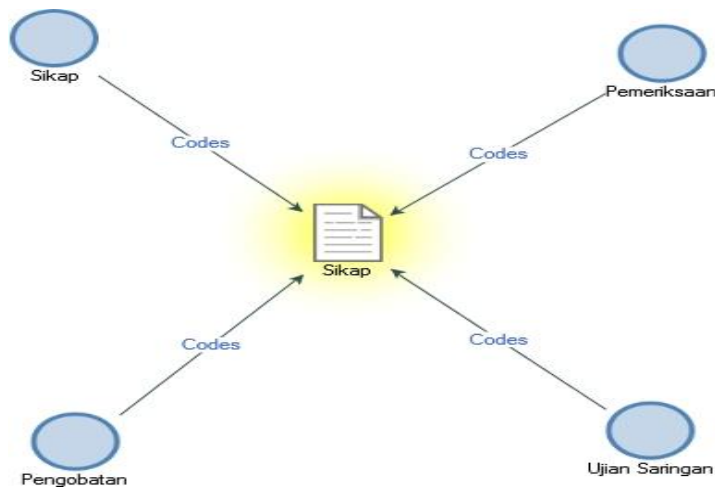


Gambar di atas menampilkan hasil analisis data menggunakan perangkat lunak NVivo 12 Plus dalam bentuk word cloud yang menggambarkan frekuensi kemunculan kata yang paling sering muncul dalam data hasil wawancara. Semakin besar ukuran suatu kata, semakin sering istilah tersebut disebutkan oleh informan atau muncul dalam teks yang dianalisis.



Gambar 2.2 Hasil Analisis Nvivo Bentuk Tematik
Sumber : diolah menggunakan Nvivo 12 plus, 2025

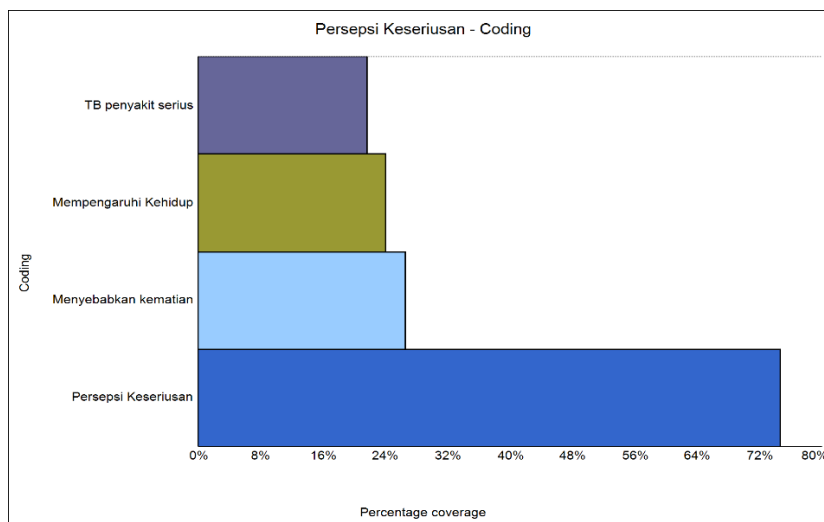
Gambar di atas merupakan hasil analisis data menggunakan NVivo 12 Plus yang menampilkan kategori tematik hasil pengkodean penelitian. Diagram roda ini menggambarkan keterkaitan antar tema utama yang muncul dari hasil wawancara, dan setiap segmen menunjukkan dimensi penting yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pasien TB.



Gambar 2.3 Hasil Analisis Nvivo Bentuk Model Hubungan Antar Kode

Sumber : diolah menggunakan Nvivo 12 plus, 2025

Gambar di atas menunjukkan model hubungan antar kode yang menggambarkan hubungan antara tema utama "Sikap" dengan beberapa kategori terkait, yaitu pemeriksaan, uji saringan, dan pengobatan. Model ini menunjukkan bagaimana sikap individu berperan sebagai faktor penting yang memengaruhi tindakan dalam penanganan tuberkulosis.



Gambar 2.4 Distribusi Kode Pada Tema Persepsi Keseriusan Terhadap Penyakit TB

Sumber: diolah menggunakan Nvivo 12 plus, 2025

Gambar di atas menunjukkan distribusi kode pada tema Persepsi Keseriusan terhadap penyakit TB yang menjelaskan bagaimana informan memandang tingkat keseriusan penyakit TB serta dampaknya terhadap kehidupan mereka. Hasil analisis menunjukkan bahwa persepsi keseriusan TB didominasi oleh tiga subtema utama: TB sebagai penyakit serius (24%), TB memengaruhi kehidupan (23%), dan TB dapat menyebabkan kematian (25%). Hasil ini sangat relevan dengan komponen *perceived severity* dalam *Health Belief Models*, yang menyatakan bahwa persepsi individu terhadap keseriusan suatu penyakit merupakan prediktor penting dalam membentuk motivasi untuk mengambil tindakan kesehatan. Ketiga subtema tersebut memiliki cakupan yang relatif seimbang, menandakan bahwa informan memiliki kesadaran yang tinggi terhadap bahaya penyakit TB.



Gambar 2.5 Hasil Analisis Tema Persepsi Kerentanan terhadap Penyakit TBC

Sumber : diolah menggunakan Nvivo 12 Plus, 2025

Gambar di atas menampilkan hasil analisis tema Persepsi Kerentanan terhadap penyakit TB yang memperlihatkan dua subtema utama: Beresiko Tertular dan Beresiko Menular, yang mencerminkan cara pandang masyarakat terhadap kemungkinan mereka terkena atau menularkan penyakit tuberkulosis. Hasil analisis menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terbagi secara seimbang antara kekhawatiran akan tertular dan menjadi sumber penularan.

2.6 Pembahasan

a. Karakteristik Budaya dan Sosial Masyarakat Kutai Kartanegara dalam Kepatuhan Pengobatan TB

Hasil analisis menunjukkan bahwa karakteristik budaya dan sosial memiliki peran yang kompleks dalam memengaruhi kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB) di Kutai Kartanegara. Karakteristik ini tidak bekerja secara langsung semata, melainkan berperan sebagai mediator penting yang dibentuk oleh nilai budaya dan proses pemberdayaan masyarakat. Analisis kualitatif menggunakan NVivo memberikan pemahaman mendalam mengenai bagaimana dimensi sosial dan budaya membentuk cara masyarakat memahami, merespons, dan menjalani pengobatan TB, sejalan dengan pendekatan interpretive descriptive yang menekankan pemahaman kontekstual untuk menghasilkan pengetahuan yang aplikatif dalam praktik kesehatan. Di Kutai Kartanegara, pemahaman ini semakin kaya karena adanya struktur kearifan lokal yang berfungsi mengatur interaksi sosial dan pengambilan keputusan kesehatan, sehingga karakteristik budaya tidak hanya bertindak sebagai latar, tetapi juga sebagai variabel yang aktif memengaruhi perilaku pencarian dan kepatuhan pengobatan.

Hasil word cloud menunjukkan bahwa kata-kata seperti "masyarakat", "nilai", "tradisional", "adat", "budaya", "tokoh", "pasien", "TBC", dan "pengobatan" muncul dengan frekuensi tertinggi dalam data penelitian. Dominasi kata-kata ini mengindikasikan bahwa konteks sosial-budaya

merupakan elemen integral dalam pengalaman masyarakat terhadap TB. Diagram tematik selanjutnya mengidentifikasi bahwa karakteristik budaya dan sosial mencakup dimensi pengetahuan TB, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, sikap, serta norma sosial. Hasil ini selaras dengan teori determinan sosial kesehatan WHO yang memosisikan budaya sebagai faktor struktural yang membentuk perilaku kesehatan masyarakat. Dalam konteks Kutai, nilai budaya seperti *beseprah* (gotong royong) membentuk solidaritas komunitas, yang menjadi penggerak dalam pendampingan pasien dan menjadi modal sosial penting dalam mendukung keberlanjutan intervensi kesehatan berbasis komunitas. Hal ini konsisten dengan studi global yang menyatakan bahwa pendekatan *culturally adapted* mampu meningkatkan kepatuhan hingga 90% di berbagai negara Asia dan Afrika.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa fokus utama program penanggulangan TBC di Kutai Kartanegara masih berada pada aspek medis dan kepatuhan pengobatan. Dalam kerangka *Health Belief Model* (HBM), fokus pada pengobatan mencerminkan kuatnya persepsi manfaat terhadap terapi TBC di kalangan pasien (86). Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menegaskan bahwa kepatuhan pengobatan merupakan determinan utama keberhasilan terapi TBC (87,88). Dibandingkan dengan studi nasional yang menunjukkan tingkat kepatuhan 86% dengan efektivitas pengobatan 96%, penelitian ini menemukan korelasi yang lebih kuat antara pengetahuan dan kepatuhan (95% pada pasien berpengetahuan baik). Namun, karakteristik budaya spesifik Kutai Kartanegara memperkuat hubungan tersebut karena struktur sosialnya didukung oleh otoritas tokoh adat dan tokoh agama yang memiliki legitimasi sosial tinggi. Ketika tokoh adat mendukung terapi medis, penerimaan masyarakat meningkat secara signifikan karena otoritas mereka berfungsi sebagai penghubung antara pengetahuan ilmiah dan interpretasi budaya lokal.

Kemunculan istilah "adat", "tradisional", dan "budaya" dalam word cloud menunjukkan keterkaitan erat antara nilai lokal dan praktik kesehatan (89,90). Hasil ini relevan dengan teori determinan sosial kesehatan yang menempatkan nilai budaya sebagai faktor penting yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat. Dalam konteks Kutai Kartanegara, persepsi dan praktik pengobatan TB tidak dapat dilepaskan dari kepercayaan tradisional yang hidup di masyarakat, seperti persepsi spiritual terhadap penyakit sebagai ketidakseimbangan kosmis. Penelitian (91) menunjukkan bahwa nilai budaya memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap layanan modern. Dibandingkan dengan suku Anak Dalam di Jambi, Kutai Kartanegara memiliki keunikan karena selain dipengaruhi kepercayaan tradisional, masyarakatnya memiliki sistem gotong royong yang lebih terstruktur yang mampu meningkatkan kepatuhan pengobatan TB melalui dukungan sosial berbasis komunitas.

Kehadiran kata "tokoh" dan "masyarakat" menegaskan pentingnya pemangku kepentingan lokal dalam pengendalian TBC (116–119). Dalam teori partisipasi sosial, tokoh masyarakat berperan sebagai pembentuk norma kolektif. Hasil ini konsisten dengan studi di India dan Nepal yang menunjukkan bahwa dukungan tokoh masyarakat meningkatkan akses dan kepatuhan pengobatan TBC (120–123). Namun, konteks Kutai Kartanegara memiliki kekhasan: tokoh adat berperan secara informal, namun memiliki legitimasi budaya yang lebih kuat dibandingkan dengan CHW formal. Ini sejalan dengan studi di Thailand yang menunjukkan bahwa pendekatan berbasis tokoh komunitas dapat meningkatkan treatment success hingga 92%. Dengan demikian, integrasi tokoh adat sebagai agen kesehatan berbasis budaya merupakan strategi potensial yang memperkuat penerimaan pengobatan medis dalam komunitas.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa masyarakat Kutai Kartanegara memiliki kesadaran tinggi mengenai keseriusan TB. Informan menganggap TB sebagai penyakit serius yang dapat menyebabkan kematian. Hasil ini sejalan dengan literatur mengenai pentingnya persepsi keseriusan dalam perubahan perilaku kesehatan. Korelasi positif antara pengetahuan dan kepatuhan juga muncul kuat, di mana 95% pasien berpengetahuan baik patuh terhadap pengobatan (100). Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata nasional sebesar 86%. Hal ini memperlihatkan bahwa di Kutai, persepsi keseriusan diperkuat oleh norma kolektif yang

dibangun melalui kearifan lokal, di mana sakit dianggap sebagai masalah bersama, bukan individu, sehingga komunitas turut mendorong anggota untuk menyelesaikan pengobatan.

Namun demikian, wawancara juga mengungkap adanya mispersepsi mengenai penyebab TB yang masih dipengaruhi oleh kepercayaan tradisional, seperti keyakinan terhadap sebab supranatural atau kutukan (101). Pola serupa terlihat pada komunitas Suku Anak Dalam (102) dan berbagai daerah di Afrika Sub-Sahara. Meski demikian, keunikan Kutai Kartanegara adalah bahwa mispersepsi ini tidak selalu menjadi hambatan karena praktik *dual healthcare seeking*. Masyarakat tetap menjalani ritual atau pengobatan tradisional, namun secara bersamaan tetap mengikuti pengobatan medis. Hal ini menunjukkan bahwa kearifan lokal bersifat fleksibel dan adaptif, sehingga dapat dikomodasi dalam komunikasi kesehatan tanpa menimbulkan konflik epistemologis antara tradisi dan biomedis.

Analisis diagram tematik NVivo menunjukkan bahwa pengetahuan, persepsi keseriusan, dan persepsi manfaat merupakan faktor internal utama yang membentuk kepatuhan pasien (102,103). Hasil ini sejalan dengan HBM yang menekankan *perceived susceptibility*, *severity*, *benefits*, dan *barriers* (101–103). Namun, dalam konteks Kutai Kartanegara, faktor-faktor internal ini berinteraksi kuat dengan nilai-nilai kolektivisme lokal, terutama mekanisme gotong royong dan otoritas tokoh adat yang memperkuat norma sosial tentang pentingnya pengobatan tuntas. Hal ini memperkuat argumen bahwa pendekatan biomedis harus diintegrasikan dengan pendekatan budaya agar dapat memaksimalkan hasil pengobatan.

Persepsi keseriusan yang kuat tercermin dalam subtema "TBC menyebabkan kematian", yang meningkatkan intensi masyarakat untuk mencari pengobatan (105). Hasil ini konsisten dengan studi WHO global (106,107). Dalam konteks lokal, persepsi ini diperkuat oleh struktur budaya yang menekankan tanggung jawab kolektif terhadap kesejahteraan komunitas. Berbeda dengan Ethiopia dan Afrika Selatan, di mana hambatan struktural menghambat perilaku pencarian pengobatan, hambatan di Kutai lebih bersifat sosial-budaya seperti stigma dan interpretasi spiritual. Hal ini menunjukkan ruang besar bagi intervensi berbasis budaya untuk memperkuat persepsi keseriusan tanpa menimbulkan resistensi.

Subtema "TBC memengaruhi kehidupan" menunjukkan bahwa masyarakat memahami dampak TB tidak hanya fisik, tetapi juga sosial dan ekonomi (102–105). Hal ini sejalan dengan teori kualitas hidup dan diperkuat oleh struktur gotong royong yang memberikan *buffer* sosial bagi penderita. Dibandingkan dengan daerah urban yang lebih individualistik, Kutai Kartanegara memiliki tingkat resiliensi sosial yang lebih tinggi, sehingga peran komunitas menjadi faktor protektif dalam proses pengobatan.

Analisis persepsi kerentanan menunjukkan bahwa masyarakat memiliki kesadaran yang baik mengenai risiko penularan (41,80). Hasil ini dapat dimanfaatkan sebagai pintu masuk edukasi kesehatan (111,112). Tingkat kesadaran masyarakat Kutai lebih tinggi dibandingkan dengan India dan Pakistan, kemungkinan karena peran kader TB dan tokoh adat dalam penyuluhan kesehatan. Integrasi tokoh adat terbukti meningkatkan kredibilitas pesan kesehatan, sesuai model intervensi berbasis komunitas WHO.

Persepsi manfaat pengobatan juga menjadi kekuatan internal utama (18, 121, 122). Dalam konteks Kutai, persepsi ini diperkuat oleh pengalaman masyarakat bahwa pengobatan modern memberikan hasil nyata dan didukung oleh tokoh adat yang menegaskan pentingnya terapi medis sebagai bagian dari menjaga keseimbangan hidup. Hasil ini sejalan dengan meta-analisis global yang menunjukkan bahwa *perceived benefits* adalah prediktor terkuat untuk *treatment completion*.

Rasa tanggung jawab sosial terhadap risiko "menularkan" menunjukkan kuatnya norma subjektif (125). Budaya kolektivistik Kutai memperkuat aspek ini, sebagaimana ditemukan dalam penelitian di Yogyakarta (95). Hubungan antara budaya kolektivistik dan norma subjektif menunjukkan bahwa masyarakat Kutai lebih responsif terhadap pesan kesehatan yang menekankan perlindungan keluarga dan komunitas.

Terakhir, analisis hubungan antarkode menunjukkan bahwa sikap merupakan pusat yang menghubungkan pemeriksaan, uji saring, dan pengobatan (12,127). Sikap ini dibentuk tidak hanya oleh pengetahuan, tetapi juga oleh interaksi nilai budaya, pengalaman spiritual, dan otoritas tokoh

adat (128, 129). Nilai kearifan lokal dapat berperan sebagai penguat maupun penghambat (130, 131). Dengan demikian, strategi komunikasi kesehatan di Kutai Kartanegara harus mengintegrasikan nilai-nilai budaya seperti beseprah dan peran tokoh adat sebagai kunci pembentuk sikap, sehingga dapat meningkatkan efektivitas pengendalian TB jangka panjang.

Struktur sosial masyarakat Kutai Kartanegara juga ditandai oleh hierarki keluarga dan komunitas yang kuat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Keputusan pengobatan TB sering kali melibatkan kepala keluarga, orang tua, atau tokoh masyarakat. Nilai gotong royong dan solidaritas komunitas memperkuat dukungan sosial, yang dimanfaatkan melalui sistem Pengawas Minum Obat (PMO) berbasis keluarga dan komunitas. Analisis NVivo menunjukkan bahwa tema "dukungan sosial" muncul secara konsisten sebagai faktor enabler kepatuhan. Dukungan ini mencakup dukungan emosional, instrumental, informasional, dan appraisal. Nilai kearifan lokal seperti kebersamaan dan gotong royong memperkuat dukungan ini (82,107), sejalan dengan teori dukungan sosial dan teori ekologi sosial yang menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai lapisan struktur sosial (82,107). Perbandingan dengan studi global menunjukkan bahwa sistem PMO berbasis komunitas di Kutai Kartanegara memiliki kesamaan dengan model community-based DOT di Thailand dan Filipina yang berhasil meningkatkan treatment success hingga 92%. Namun, keunikan Kutai Kartanegara terletak pada integrasi nilai gotong royong yang tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme pengawasan, tetapi juga sebagai sistem dukungan holistik yang mencakup aspek ekonomi, emosional, dan spiritual.

Di sisi lain, stigma terhadap TB masih ditemukan dalam bentuk yang lebih subtil, seperti isolasi sosial informal dan kekhawatiran kehilangan pekerjaan. Stigma ini dapat menghambat pencarian diagnosis dan kepatuhan terhadap pengobatan (34). Menurut teori Labeling, stigma menurunkan motivasi penderita untuk mengakses layanan kesehatan (49,59), dan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa stigma berkontribusi terhadap putus obat (109). Perbandingan dengan studi nasional di Gorontalo menunjukkan bahwa stigma TB di Indonesia masih kuat dan mencakup mitos seperti "terengi" yang menghubungkan TB dengan kutukan. Namun, di Kutai Kartanegara, meskipun stigma masih ada, bentuknya lebih subtil dan mulai berkurang melalui edukasi dan pemberdayaan masyarakat. Dibandingkan dengan studi global di Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan yang menunjukkan stigma sebagai hambatan utama program TB dengan prevalensi internalized stigma mencapai 60-70% , hasil di Kutai Kartanegara menunjukkan tren positif dalam pengurangan stigma melalui keterlibatan kader TB dan tokoh masyarakat.

Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa stigma mulai berkurang melalui edukasi dan pemberdayaan masyarakat. Keterlibatan kader TB dan tokoh masyarakat berkontribusi dalam mengubah persepsi negatif terhadap pasien TB. Model tematik menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan faktor penting dalam meningkatkan kepatuhan (109). Sesuai dengan teori *Community Empowerment*, pemberdayaan meningkatkan kapasitas kolektif masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan, dan penelitian di Thailand menunjukkan bahwa pendekatan ini efektif dalam mengurangi stigma TBC (13,49). Hasil ini sejalan dengan kerangka pemberdayaan Rappaport yang menekankan bahwa proses pemberdayaan tidak hanya meningkatkan kapasitas individual, tetapi juga mengubah struktur sosial dan norma komunitas yang mendukung kesehatan, menunjukkan bahwa pendekatan pemberdayaan berbasis kearifan lokal dapat menjadi model yang efektif untuk konteks Indonesia dan Asia Tenggara dalam mengatasi stigma dan meningkatkan kepatuhan pengobatan TB.

b. Peran Tokoh Masyarakat dan Tokoh Adat sebagai Bagian Kearifan Lokal

Salah satu hasil paling signifikan dalam penelitian ini adalah peran sentral tokoh masyarakat dan tokoh adat dalam memengaruhi kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB) di Kutai Kartanegara (110, 111). Peran ini tidak berdiri secara terpisah, tetapi muncul secara konsisten dalam analisis kualitatif sebagai komponen integral dari karakteristik budaya sosial serta implementasi pendekatan multisektoral yang berjalan secara simultan dalam mendukung keberhasilan pengendalian TB (112). Analisis word cloud menggunakan NVivo menunjukkan bahwa kata "tokoh" muncul dengan frekuensi sangat tinggi, menandakan bahwa figur-figur kunci

dalam komunitas merupakan aktor strategis dalam proses komunikasi kesehatan, penerimaan intervensi, dan kepatuhan pengobatan. Pola ini sejalan dengan berbagai hasil nasional dan global yang menempatkan pemimpin komunitas sebagai *gatekeeper* utama keberhasilan program kesehatan, terutama di wilayah dengan struktur sosial komunal dan berbasis adat.

Wawancara mendalam mengidentifikasi empat kategori utama tokoh masyarakat yang memainkan peran signifikan, yaitu tokoh agama (ustadz, pendeta), tokoh adat (ketua adat, tetua suku), tokoh pemerintahan lokal (kepala desa, ketua RT/RW), serta tokoh informal seperti pedagang berpengaruh dan guru senior. Tokoh-tokoh ini berperan sebagai *opinion leaders* yang mampu membentuk persepsi, sikap, dan perilaku masyarakat terkait TB. Ketika mereka menyampaikan informasi kesehatan yang benar, mendukung terapi medis, dan aktif melawan stigma, masyarakat menunjukkan kecenderungan kuat untuk mengikuti anjuran tersebut. Sebaliknya, pandangan keliru atau keraguan terhadap pengobatan medis dari tokoh yang dihormati dapat menjadi hambatan besar bagi kepatuhan terhadap pengobatan (36,37). Hasil ini konsisten dengan studi nasional di Yogyakarta dan Jawa Tengah serta studi di India dan Nepal yang menunjukkan bahwa dukungan pemimpin komunitas terbukti meningkatkan akses layanan dan kepatuhan pengobatan TB secara signifikan (38, 91, 123).

Secara khusus, tokoh adat memiliki peran strategis dalam meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Tokoh adat sering menjadi jembatan komunikasi antara nilai-nilai tradisional dan praktik medis modern, sehingga pengobatan TB dapat dijelaskan dalam kerangka budaya lokal dan tidak dipersepsikan sebagai ancaman terhadap keyakinan adat. Di Kutai Kartanegara, yang ditandai dengan keberagaman etnis seperti Dayak dan Kutai, tokoh adat berperan sebagai *cultural mediator* yang mengurangi resistensi terhadap layanan kesehatan modern. Informan menegaskan bahwa pesan kesehatan lebih mudah diterima ketika disampaikan oleh tokoh adat dibandingkan dengan petugas kesehatan semata (38). Pola ini selaras dengan praktik global pada komunitas indigenous di Australia, Kanada, dan Amerika Latin, di mana keberhasilan pengendalian TB banyak ditentukan oleh keberadaan *cultural brokers* (124–126). Namun, hasil penelitian ini memberikan nilai tambah dengan menunjukkan bahwa tokoh adat di Kutai Kartanegara tidak hanya berfungsi sebagai penerjemah budaya, tetapi juga sebagai pen jembatan antara pengobatan tradisional dan medis melalui pendekatan kompromis, misalnya dengan menyampaikan bahwa pengobatan tradisional boleh tetap dilakukan selama pasien tetap patuh menjalani OAT.

Nilai-nilai kearifan lokal seperti kebersamaan dan gotong royong turut memperkuat dukungan sosial bagi pasien TB. Dukungan ini tidak hanya bersifat emosional, tetapi juga instrumental, mencakup pendampingan kunjungan ke fasilitas kesehatan, bantuan logistik, hingga penguatan motivasi pasien untuk menyelesaikan pengobatan. Hasil ini sejalan dengan teori dukungan sosial yang menekankan pentingnya dukungan emosional dan instrumental dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan TB (113). Dalam konteks Kutai Kartanegara, dukungan sosial tidak hanya hadir dalam lingkup keluarga inti, tetapi juga bersifat komunal melalui mekanisme gotong royong dan PMO berbasis keluarga dan komunitas. Pola ini menyerupai model *community-based DOTS* yang terbukti efektif di Thailand dan Filipina (105).

Peran tokoh masyarakat tidak dapat dipisahkan dari implementasi pendekatan berbasis komunitas dalam program pengendalian TB. Pendekatan ini diwujudkan dalam bentuk forum komunikasi rutin dengan tokoh masyarakat, pelatihan kader TB berbasis komunitas, serta pemanfaatan acara budaya dan keagamaan sebagai media sosialisasi TB. Pemberdayaan tokoh masyarakat sebagai kader dan agen perubahan memungkinkan terjadinya komunikasi kesehatan yang sensitif terhadap budaya, peningkatan deteksi kasus, penguatan kepatuhan pengobatan, dan penurunan stigma (125,126). Secara teoretis, hasil ini menguatkan konsep *Community Empowerment* yang menekankan bahwa perubahan perilaku dan norma kesehatan akan lebih efektif ketika dipimpin oleh aktor lokal. Hal ini sejalan dengan berbagai program TB berbasis komunitas di Afrika dan Asia Selatan (38, 91, 123).

Analisis tematik NVivo menunjukkan bahwa pengaruh tokoh masyarakat terhadap kepatuhan pengobatan TB bekerja melalui beberapa mekanisme utama: (1) pembentukan sikap

positif terhadap TB dan pengobatannya, (2) penciptaan norma sosial baru melalui *social proof* (14), (3) penurunan stigma, dan (4) pemberian dukungan instrumental yang memudahkan pasien menjalani terapi jangka panjang. Dalam kerangka *Theory of Planned Behavior*, tokoh masyarakat memperkuat norma subjektif dan persepsi kontrol perilaku, yang pada akhirnya meningkatkan niat dan tindakan nyata untuk patuh berobat. Hasil ini sejalan dengan studi nasional yang menegaskan peran signifikan norma subjektif dalam perilaku pencegahan TB (92–95), serta studi global yang menyoroti pentingnya *community role models* dalam mengubah norma kolektif terkait penyakit menular (124–126).

Lebih jauh, penelitian ini menunjukkan bahwa peran tokoh masyarakat dan tokoh adat merupakan komponen integral dari pendekatan multisektoral. Mereka menjadi penghubung antara sektor kesehatan, pemerintah desa, organisasi keagamaan, lembaga adat, dan sektor pendidikan. Kolaborasi lintas sektor menghasilkan sistem dukungan komprehensif melalui pembagian fungsi yang jelas, seperti dukungan kebijakan dan anggaran dari pemerintah desa, koordinasi logistik oleh tokoh RT, edukasi dan pengobatan oleh puskesmas, legitimasi moral melalui khotbah keagamaan, serta legitimasi kultural dari tokoh adat. Sinergi ini membentuk ekosistem sosial yang mendukung kepatuhan pengobatan TB secara holistik. Hasil ini selaras dengan WHO Multisectoral Accountability Framework for TB serta implementasi Perpres 67/2021 tentang Penanggulangan TB di Indonesia (115).

Integrasi kearifan lokal dengan pendekatan multisektoral sebagaimana teridentifikasi dalam penelitian ini sejalan dengan praktik global di komunitas indigenous, di mana penghormatan terhadap budaya lokal dan keterlibatan pemimpin komunitas merupakan faktor kunci keberhasilan program pengendalian TB (133-135). Namun, penelitian ini memberikan kontribusi baru dengan menunjukkan bahwa di Kutai Kartanegara, tokoh masyarakat dan tokoh adat bukan hanya aktor pendukung, tetapi juga merupakan komponen inti kearifan lokal yang secara aktif mentransformasi nilai budaya menjadi dukungan nyata bagi kepatuhan pengobatan TB. Pendekatan berbasis kearifan lokal yang terintegrasi dalam kerangka multisektoral ini terbukti paling efektif dan dapat direplikasi di daerah lain dengan karakteristik sosial budaya serupa.

Hasil penelitian terkait Topik 1 mengenai karakteristik budaya dan sosial masyarakat Kutai Kartanegara kemudian menjadi dasar konseptual bagi pengembangan model pada Topik 2 mengenai hubungan nilai budaya, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral terhadap kepatuhan pengobatan TB. Hasil pada Topik 1 menunjukkan bahwa kepatuhan pengobatan TB bukan sekadar isu klinis, tetapi merupakan proses psikososial yang dipengaruhi oleh persepsi, nilai budaya, dukungan sosial, dan struktur otoritas lokal. Analisis NVivo mengidentifikasi tema-tema seperti pengetahuan TB, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, norma sosial, stigma, praktik *dual healthcare seeking*, serta peran tokoh masyarakat dan tokoh adat. Tema-tema ini koheren dengan kerangka *Health Belief Model* (HBM) dan *Theory of Planned Behavior* (TPB), yang menjelaskan bahwa keputusan untuk patuh berobat terbentuk melalui interaksi antara persepsi individu dan konteks sosial budaya.

Secara konseptual, seluruh hasil tersebut mengkristal menjadi tiga blok besar yang akan dimodelkan dalam Topik 2, yaitu nilai budaya, pemberdayaan masyarakat, dan pendekatan multisektoral. Nilai budaya mencakup kepercayaan tradisional, struktur adat, praktik kesehatan lokal, serta nilai kebersamaan dan gotong royong. Pemberdayaan masyarakat tercermin dalam dukungan sosial komunal, keberadaan PMO keluarga–komunitas, dan keterlibatan kader serta tokoh sebagai agen perubahan. Pendekatan multisektoral terlihat dalam sinergi lintas sektor yang menyediakan dukungan kebijakan, logistik, edukasi, dan legitimasi moral-kultural. Dengan demikian, Topik 1 bukan hanya menghasilkan deskripsi, tetapi juga menyediakan kerangka konseptual empiris yang merepresentasikan realitas masyarakat Kutai Kartanegara dan menjadi dasar penyusunan model kausal pada Topik 2. Seluruh variabel dan hubungan kausal, misalnya pengaruh nilai budaya terhadap pemberdayaan atau pengaruh pemberdayaan dan pendekatan multisektoral terhadap kepatuhan, berasal langsung dari hasil empiris Topik 1, sehingga model pada Topik 2 memiliki landasan evidensial yang kuat dan bukan sekadar konseptualisasi teoritis.

2.7 Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa karakteristik budaya dan sosial masyarakat Kutai Kartanegara berperan penting dalam membentuk kepatuhan pengobatan tuberkulosis (TB). Adapun kesimpulannya sebagai berikut :

1. Karakteristik budaya dan sosial masyarakat Kutai Kartanegara membentuk konfigurasi nilai budaya dan stigma yang secara tidak langsung tetapi sangat menentukan kepatuhan pengobatan TB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya keagamaan yang kuat, struktur sosial yang hierarkis, solidaritas komunitas, serta praktik kesehatan tradisional menciptakan pola persepsi mengenai kerentanan, keseriusan penyakit, manfaat pengobatan, serta norma sosial yang mengatur perilaku pencarian layanan kesehatan. Pola-pola ini bekerja sebagai mekanisme mediasi yang memengaruhi kualitas interaksi pasien dengan layanan kesehatan, preferensi terhadap pengobatan alternatif, serta tingkat dukungan sosial yang diterima pasien.
2. Tokoh masyarakat dan tokoh adat sebagai representasi kearifan lokal memiliki peran strategis dalam memengaruhi nilai budaya, mengurangi stigma, dan memperkuat pemberdayaan masyarakat terkait TB. Posisi mereka sebagai figur otoritatif membuat mereka mampu membentuk opini publik, menggeser norma sosial, dan menciptakan legitimasi budaya untuk mendukung kepatuhan pengobatan. Ketika optimalisasi peran ini ditempatkan dalam kerangka intervensi multisektoral yang melibatkan sektor kesehatan, pemerintahan desa, lembaga adat, organisasi keagamaan, serta sektor pendidikan, maka tercipta ekosistem sosial yang berdaya dan berkelanjutan. Ekosistem ini tidak hanya menekan stigma dan meningkatkan literasi kesehatan, tetapi juga memperkuat mekanisme pemberdayaan komunitas yang menjadi kunci peningkatan kepatuhan pengobatan TB di Kabupaten Kutai Kartanegara.