



Analisis Hambatan Cakupan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Weda Kabupaten Halmahera Tengah

Analysis of Barriers to Tuberculosis Preventive Therapy (TPT) Coverage Among the Community in the Working Area of Weda Community Health Center, Central Halmahera Regency

Ramdhany Santoely*, Diana Mirja Togubu, Rahmawati

**Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana, Universitas Tamalatea Makassar*

kialu10aimar@gmail.com*

Abstract

Tuberculosis preventive treatment (TPT) is an important strategy for preventing progression from tuberculosis infection to active disease among at-risk groups. This study aimed to analyze barriers to TPT coverage in the working area of Weda Public Health Center, Central Halmahera Regency. A qualitative single-site case study was conducted in June–July 2026. Informants were selected purposively and consisted of one key informant, three primary informants receiving TPT, and one additional health worker. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation, then analyzed using content analysis and thematic analysis. The study identified four interconnected barriers: limited community knowledge of TPT, internal-social-family stigma, suboptimal intensity and reach of health-worker roles, and limitations in supporting facilities and infrastructure. Community members often equated TPT with active TB treatment, while stigma emerged from fear of being labelled as having TB. Health workers had conducted screening, education, treatment initiation, monitoring, and home visits, but education and outreach were not consistently experienced by all recipients. Basic medicines and TB service rooms were available; however, waiting areas, diagnostic support, medicine storage, IEC media, and operational transportation remained limited. Improving TPT coverage therefore requires integrated education, stigma reduction, proactive outreach, family and cadre involvement, and prioritized service-support strengthening.

Keywords: *Tuberculosis Preventive Treatment, TPT, Knowledge, Stigma, Health Workers.*

Abstrak

Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) merupakan strategi penting untuk mencegah perkembangan infeksi TB menjadi penyakit aktif pada kelompok berisiko. Penelitian ini bertujuan menganalisis hambatan cakupan TPT di wilayah kerja Puskesmas Weda Kabupaten Halmahera Tengah. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal pada Juni–Juli 2026. Informan dipilih secara purposive, terdiri atas satu informan kunci, tiga informan utama penerima TPT, dan satu informan tambahan petugas kesehatan. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis menggunakan content analysis dan analisis tematik. Hasil penelitian mengidentifikasi empat hambatan yang saling berkaitan, yaitu pengetahuan masyarakat yang masih terbatas, stigma internal-sosial-keluarga, belum optimalnya intensitas dan jangkauan peran petugas, serta keterbatasan sarana dan prasarana pendukung. Masyarakat masih menyamakan TPT dengan pengobatan TB aktif, sedangkan stigma muncul karena kekhawatiran dilabeli sebagai penderita TB. Petugas telah melaksanakan skrining, edukasi, pemberian terapi, pemantauan, dan kunjungan rumah, namun belum dirasakan konsisten oleh seluruh penerima. Obat dan ruang pelayanan dasar tersedia, tetapi ruang tunggu, pemeriksaan penunjang, lemari obat, media KIE, dan transportasi operasional masih terbatas. Peningkatan cakupan TPT memerlukan edukasi terintegrasi, pengurangan stigma, penjangkauan proaktif, pelibatan keluarga dan kader, serta penguatan dukungan pelayanan.



Kata kunci: Terapi Pencegahan Tuberkulosis, TPT, Pengetahuan, Stigma, Petugas Kesehatan

Penulis Korespondensi: Ramdhany Santoely

I. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global dan Indonesia berada pada kelompok negara dengan beban TB tertinggi. WHO menempatkan pencegahan perkembangan infeksi TB menjadi penyakit aktif sebagai komponen penting strategi eliminasi TB, terutama melalui Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) bagi kontak serumah dan kelompok berisiko (WHO, 2020; WHO, 2023). Di Indonesia, implementasi TPT diperkuat melalui Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 serta petunjuk teknis Kementerian Kesehatan yang mengatur identifikasi sasaran, skrining, pilihan regimen, pemantauan, pencatatan, dan pelaporan (Presiden RI, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Meskipun memiliki manfaat preventif yang kuat, cakupan TPT masih menghadapi kesenjangan implementasi. Pengetahuan masyarakat yang terbatas dapat menimbulkan keraguan mengapa orang yang merasa sehat perlu mengonsumsi obat pencegahan. Tinjauan Adeane et al. (2022) menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap masyarakat berperan penting dalam penerimaan TPT, sedangkan Malenfant et al. (2022) menegaskan bahwa hambatan sosial-ekonomi dan akses dapat memengaruhi kesinambungan terapi. Kesalahpahaman terhadap tujuan TPT juga dapat memperkuat stigma dan menurunkan kesediaan mengikuti skrining maupun terapi.

Stigma TB bekerja pada tingkat individu, keluarga, dan komunitas. Penerima TPT dapat dianggap sebagai penderita TB aktif hanya karena menerima obat, sehingga muncul rasa malu, takut dikucilkan, atau kecenderungan menyembunyikan status terapi. Cremers et al. (2015) menunjukkan bahwa stigma dapat menimbulkan konsekuensi sosial yang menghambat akses dan kepatuhan layanan TB. Karena itu, komunikasi kesehatan perlu secara tegas membedakan terapi pencegahan dengan pengobatan TB aktif.

Di sisi pelayanan, petugas kesehatan berperan dalam penelusuran kontak, skrining, edukasi, pemberian obat, pemantauan kepatuhan, pencatatan, dan tindak lanjut. Hambatan implementasi dapat muncul ketika jumlah petugas terbatas, beban kerja tinggi, waktu konseling tidak memadai, dan sistem supervisi atau dukungan operasional belum optimal (Hirpa et al., 2022; Puspitasari et al., 2023). Pendekatan proaktif dan kunjungan rumah menjadi penting terutama di wilayah dengan akses geografis yang menantang.

Puskesmas Weda melayani wilayah dengan karakteristik pesisir-kepulauan dan variasi aksesibilitas. Kondisi geografis, keterbatasan transportasi, serta distribusi fasilitas dan tenaga dapat memengaruhi penjangkauan kontak dan kesinambungan pelayanan. Ketersediaan sarana dasar saja belum menjamin berjalannya seluruh cascade TPT apabila media KIE, ruang pelayanan, pemeriksaan penunjang, penyimpanan obat, dan mobilitas petugas belum memadai (Kementerian Kesehatan RI, 2022; Sahu et al., 2023). Penelitian ini menganalisis empat tujuan penelitian: hambatan pengetahuan, stigma TB, peran petugas kesehatan, serta sarana dan prasarana terhadap cakupan TPT di wilayah kerja Puskesmas Weda.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal (single-site case study). Pemilihan desain didasarkan pada kebutuhan memahami pengalaman, persepsi, serta konteks implementasi TPT secara mendalam pada satu lokasi pelayanan primer (Creswell & Creswell, 2023; Patton, 2015). Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Weda, Kabupaten Halmahera Tengah pada Juni–Juli 2026.

Informan ditentukan secara purposive berdasarkan keterlibatan dan pengalaman terhadap program TPT. Lima informan terdiri atas Kepala Puskesmas sebagai informan kunci (KM), petugas/pengelola Program TB sebagai informan tambahan (WS), serta tiga penerima TPT sebagai informan utama (AI, MT, NN). Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi partisipatif pasif, dan dokumentasi sebagai strategi triangulasi metode (Denzin, 2017).

Analisis data menggunakan content analysis dan analisis tematik reflektif dengan tahapan familiarisasi, identifikasi unit makna, kondensasi, pengodean, pembentukan kategori, tema, serta interpretasi (Braun & Clarke, 2022). Keabsahan data diperkuat melalui triangulasi sumber dan metode, member checking, audit trail, serta prinsip credibility, transferability, dependability, dan confirmability (Lincoln & Guba, 2021).

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

Kode	Kategori Informan	Peran/Kedudukan	Keterangan	Jenis Kelamin
KM	Informan Kunci	Kepala Puskesmas Weda	Penanggung jawab kebijakan dan operasional program	Laki-laki
AI	Informan Utama 1	Masyarakat penerima TPT	Pernah/sedang menjalani TPT	Perempuan
MT	Informan Utama 2	Masyarakat penerima TPT	Kontak serumah keluarga penderita TB	Laki-laki
NN	Informan Utama 3	Masyarakat penerima TPT	Kontak serumah penderita TB	Perempuan
WS	Informan Tambahan	Petugas kesehatan/pengelola Program TB	Pelaksana teknis TPT di lapangan	Perempuan

Karakteristik informan disajikan pada Tabel 1. Selanjutnya, hasil penelitian disajikan melalui matriks kutipan pada masing-masing tujuan penelitian agar hubungan antara pernyataan informan dan makna hasil wawancara terlihat secara langsung. Empat tujuan penelitian mencakup faktor pengetahuan, stigma TB, peran petugas kesehatan, serta sarana dan prasarana.

Tabel 2. Matriks Kutipan Faktor Pengetahuan terhadap Cakupan TPT

<i>Tema: Rendahnya pemahaman masyarakat mengenai TPT sebagai terapi pencegahan</i>		
Informan	Kutipan/Pernyataan Bermakna	Makna Hasil Wawancara
KM	“Pengetahuan masyarakat mengenai TPT masih perlu ditingkatkan. Sebagian masyarakat sudah mengetahui tentang TB, tetapi belum banyak yang memahami bahwa TB juga dapat dicegah melalui TPT. Ada masyarakat yang masih menganggap obat hanya diperlukan ketika sudah sakit.”	Masyarakat mengetahui TB, tetapi belum memahami TPT sebagai terapi pencegahan dan masih menganggap obat hanya diperlukan saat sakit.
WS	“Secara umum pengetahuan masyarakat masih rendah. Banyak yang belum paham bahwa TPT adalah pengobatan pencegahan TB bagi orang yang berisiko, bukan pengobatan untuk yang sudah sakit. Sebagian besar mengira TPT sama dengan pengobatan TB biasa.”	Masyarakat belum memahami perbedaan TPT dengan pengobatan TB aktif.
AI	“Pengobatan selama kurun waktu 6 bulan”; “Dari teman dan medsos”; “Bagus sebagai upaya dini pencegahan.”	AI mengetahui TPT terutama dari lama terapi dan manfaat pencegahannya, tetapi sumber informasi utama berasal dari teman dan media sosial.
MT	“Yang saya tahu obat ini diberikan untuk mencegah supaya saya yang pernah kontak dengan orang TB tidak sampai menjadi sakit TB”; “Pertama saya dengar dari	MT memahami TPT setelah kontak dengan layanan kesehatan, tetapi

Barongko

Jurnal Ilmu Kesehatan

	petugas Puskesmas waktu diperiksa karena ada keluarga yang sakit TB. Sebelumnya saya belum tahu ada obat pencegahan seperti ini.”	sebelumnya tidak mengetahui adanya terapi pencegahan.
NN	“TPT itu obat pencegahan untuk orang yang berisiko terkena TB karena pernah kontak dengan penderita, walaupun kita sendiri belum sakit TB”; “Saya tahunya setelah petugas Puskesmas datang dan menjelaskan waktu pemeriksaan kontak. Sebelum itu saya pernah dengar TB, tapi tidak tahu tentang TPT.”	NN telah memahami fungsi TPT setelah edukasi petugas, tetapi tidak mengetahui TPT sebelum menjadi kontak sasaran.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa hambatan pengetahuan tidak berhenti pada ketidaktahuan mengenai istilah TPT, tetapi terutama pada pemahaman yang belum utuh tentang tujuan, sasaran, manfaat, dan perbedaan TPT dengan pengobatan TB aktif. KM dan WS sama-sama menilai pengetahuan masyarakat masih rendah. Pengalaman AI, MT, dan NN menunjukkan bahwa pemahaman yang lebih benar umumnya baru terbentuk setelah kontak langsung dengan petugas kesehatan. AI bahkan memperoleh informasi awal dari teman dan media sosial, sedangkan MT dan NN baru mengenal TPT ketika dilakukan pemeriksaan kontak. Pola ini menunjukkan bahwa edukasi program masih lebih banyak terjadi setelah seseorang masuk ke dalam alur pelayanan daripada sebelum menjadi sasaran

Temuan tersebut penting karena sasaran TPT adalah orang yang berisiko tetapi belum tentu merasa sakit. Ketika masyarakat memaknai obat hanya sebagai sesuatu yang diminum setelah muncul penyakit, pemberian TPT dapat dianggap tidak diperlukan. Adeane et al. (2022) dan Malenfant et al. (2022) juga menunjukkan bahwa keterbatasan pengetahuan, persepsi manfaat, serta hambatan sosial-ekonomi dapat mengurangi penerimaan terapi pencegahan. Dengan demikian, hambatan pengetahuan pada penelitian ini perlu dibaca sebagai masalah komunikasi kesehatan yang belum menjangkau masyarakat secara merata, bukan sekadar kelemahan individu dalam memahami informasi.

Implikasinya, strategi edukasi perlu digeser dari pola reaktif menjadi proaktif. Informasi tentang siapa yang membutuhkan TPT, alasan orang sehat perlu mendapat terapi, perbedaan TPT dengan pengobatan TB aktif, durasi terapi, efek samping, dan jalur konsultasi perlu disampaikan melalui media KIE yang sederhana serta pengulangan pesan pada posyandu, kunjungan rumah, dan pertemuan masyarakat. Pendekatan tersebut sejalan dengan petunjuk teknis TPT yang menempatkan edukasi, skrining, pemberian terapi, dan pemantauan sebagai satu rangkaian layanan (Kementerian Kesehatan RI, 2020; World Health Organization, 2020).

Tabel 3. Matriks Kutipan Faktor Stigma TB terhadap Cakupan TPT

<i>Tema: Stigma dan kekhawatiran dianggap sebagai penderita TB menghambat penerimaan TPT</i>		
Informan	Kutipan/Pernyataan Bermakna	Makna Hasil Wawancara
KM	“Ada masyarakat yang masih merasa takut atau malu ketika diketahui sebagai kontak pasien TB. Hal tersebut dapat menyebabkan seseorang enggan menjalani pemeriksaan atau menerima TPT.”	Rasa takut dan malu sebagai kontak TB dapat menyebabkan penolakan pemeriksaan dan TPT.
WS	“Sebagian masyarakat takut dikucilkan jika diketahui sebagai kontak erat penderita TB, sehingga enggan ikut skrining maupun menerima TPT”; “Ada juga yang menganggap TB adalah penyakit kutukan sehingga malu untuk berobat.”	Stigma berupa takut dikucilkan dan kepercayaan negatif terhadap TB memengaruhi kesediaan menjalani pelayanan.
AI	“Kaget karena seperti penderita”; “Anggap kita juga sebagai penderita.”	Penerima TPT merasa diposisikan dan dilabeli sebagai penderita TB.
MT	“Awalnya saya takut dan heran karena saya merasa tidak sakit tapi disuruh minum obat. Saya pikir jangan-jangan saya juga sudah kena TB”; “Ada yang kalau tahu kita minum obat TB langsung pikir kita juga sakit TB. Itu yang kadang bikin kita tidak mau cerita ke	MT mengalami kekhawatiran dianggap sakit TB dan memilih membatasi informasi kepada orang lain.

Barongko

Jurnal Ilmu Kesehatan

NN	orang lain.” “Pertama agak khawatir karena saya pikir obat TB hanya diminum orang yang sudah sakit. Saya juga takut orang lain mengira saya penderita TB”; “Kalau lihat kita mengambil atau minum obat TB, mereka bisa langsung menganggap kita terkena TB, padahal ini obat pencegahan.”	NN khawatir menerima label penderita karena masyarakat belum membedakan TPT dan pengobatan TB aktif.
-----------	---	---

Hasil wawancara menunjukkan bahwa stigma bekerja pada beberapa lapisan. Pada tingkat internal, penerima TPT merasa takut atau khawatir dirinya telah menderita TB karena diminta mengonsumsi obat. Pada tingkat sosial, terdapat ketakutan dikucilkan atau dilabeli sebagai penderita TB. Pada tingkat keluarga dan komunitas, masih dijumpai kesalahpahaman bahwa penerima TPT identik dengan pasien TB aktif, bahkan terdapat pandangan TB sebagai penyakit kutukan. Pengalaman AI, MT, dan NN memperlihatkan bahwa stigma muncul justru karena masyarakat belum mampu membedakan terapi pencegahan dengan pengobatan penyakit aktif.

Temuan ini memperlihatkan keterkaitan langsung antara pengetahuan dan stigma. Ketika fungsi TPT tidak dipahami, tindakan minum obat menjadi penanda sosial yang mudah disalahartikan. Cremers et al. (2015) menunjukkan bahwa stigma TB dapat berdampak pada keterbukaan status, pencarian pelayanan, dan hubungan sosial. Dalam konteks penelitian ini, dampaknya tampak pada kecenderungan penerima membatasi informasi mengenai terapi serta kekhawatiran untuk terlihat mengambil obat di fasilitas kesehatan. Hambatan stigma dengan demikian dapat memengaruhi tahap skrining, keputusan memulai TPT, hingga keberlanjutan terapi.

Perbaikan tidak cukup hanya melalui penyuluhan tentang gejala TB. Pesan komunikasi perlu secara eksplisit menegaskan bahwa penerima TPT belum tentu menderita TB aktif dan bahwa TPT merupakan bentuk perlindungan bagi orang berisiko. Keluarga perlu dilibatkan dalam edukasi karena dukungan sosial dapat memperkuat penerimaan terapi. Komunikasi petugas juga perlu menjaga kerahasiaan dan menggunakan bahasa non-stigmatik agar pelayanan tidak justru memperkuat pelabelan yang sudah ada di masyarakat.

Tabel 4. Matriks Kutipan Faktor Peran Petugas Kesehatan terhadap Cakupan TPT

	<i>Tema: Peran Petugas Telah Berjalan, Tetapi Edukasi, Pendekatan Proaktif, Pendampingan, Dan Sumber Daya Petugas Masih Perlu Diperkuat</i>	
Informan	Kutipan/Pernyataan Bermakna	Makna Hasil Wawancara
KM	Petugas menemukan dan memeriksa kontak, menentukan sasaran, memberikan edukasi dan obat, memantau kepatuhan serta efek samping, dan memberi motivasi agar TPT diselesaikan.	Petugas memiliki peran menyeluruh dari penemuan sasaran sampai pemantauan terapi.
WS	“Melakukan skrining kontak erat, menyampaikan edukasi kepada keluarga pasien, membagikan obat pencegahan, memantau kepatuhan minum obat setiap bulan”; “Edukasi dilakukan lewat penyuluhan di posyandu, kunjungan rumah, serta penjelasan langsung saat pasien berkunjung ke puskesmas.”	Petugas telah melakukan skrining, edukasi, pemberian obat, monitoring dan kunjungan rumah.
AI	“Biasa saja kadang memberikan edukasi”; “Pelayanannya biasa saja seharusnya petugas harus sigap dan menjemput bola.”	AI menilai edukasi belum konsisten dan pendekatan petugas belum cukup proaktif.
MT	“Petugas ada kasih penjelasan dan ingatkan minum obat, tapi menurut saya penjelasannya perlu lebih sering, terutama supaya keluarga juga mengerti kenapa kita harus minum TPT”; “Kalau hanya menunggu orang datang ke Puskesmas, mungkin banyak kontak serumah yang tidak tahu bahwa	Pelayanan sudah ada tetapi edukasi perlu lebih sering dan petugas perlu lebih aktif menjangkau kontak serumah.



	mereka perlu diperiksa.”	
NN	“Petugas cukup membantu dan memberikan penjelasan, tapi edukasi sebaiknya tidak hanya kepada penerima TPT. Keluarga dan masyarakat juga perlu dijelaskan supaya tidak salah paham”; “Sosialisasi belum luas dan petugas belum selalu bisa menjangkau semua orang yang pernah kontak.”	Pelayanan petugas dinilai membantu, tetapi edukasi kepada keluarga/masyarakat dan jangkauan sasaran belum merata.

Berdasarkan hasil penelitian, petugas kesehatan sebenarnya telah menjalankan fungsi inti program TPT. KM dan WS menjelaskan adanya penemuan serta pemeriksaan kontak, penentuan sasaran, edukasi, pemberian obat, pemantauan kepatuhan dan efek samping, motivasi, penyuluhan di posyandu, serta kunjungan rumah. Namun, pengalaman penerima TPT menunjukkan kesenjangan pada intensitas dan jangkauan pelayanan. AI menilai edukasi belum konsisten dan pelayanan perlu lebih sigap, MT meminta penjelasan lebih sering serta penjangkauan kontak serumah, sedangkan NN menilai edukasi perlu diperluas kepada keluarga dan masyarakat.

Kesenjangan tersebut menunjukkan bahwa persoalan bukan tidak adanya peran petugas, melainkan belum meratanya pengalaman pelayanan yang diterima sasaran. Hirpa et al. (2022) menunjukkan bahwa implementasi TPT dipengaruhi oleh kapasitas petugas, beban kerja, dukungan sistem, dan peluang tindak lanjut. Ayakaka et al. (2017) juga menekankan pentingnya pendekatan perilaku dan penjangkauan dalam investigasi kontak. Dengan demikian, ukuran keberhasilan peran petugas sebaiknya tidak hanya berupa jumlah kegiatan, tetapi juga proporsi kontak yang berhasil ditelusuri, sasaran yang memperoleh konseling, keluarga yang mendapat edukasi, serta penerima yang ditindaklanjuti sampai terapi selesai.

Temuan penelitian mendukung penguatan pendekatan 'jemput bola'. Petugas dapat memanfaatkan kader untuk membantu penelusuran kontak dan penguatan pesan, sementara keputusan klinis tetap berada pada tenaga kesehatan. Puspitasari et al. (2023) menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi TPT di layanan primer dipengaruhi oleh koordinasi, kapasitas petugas, dan dukungan organisasi. Karena itu, penguatan peran petugas di Puskesmas Weda perlu diarahkan pada konseling berulang, tindak lanjut proaktif, pelibatan keluarga, pembagian tugas yang jelas, dan pemantauan kehilangan kontak pada setiap tahap pelayanan.

Tabel 5. Matriks Kutipan Faktor Sarana dan Prasarana terhadap Cakupan TPT

<i>Tema: Sarana Prasarana Dasar Tersedia, Tetapi Fasilitas Pelayanan, Alat Pemeriksaan, Penyimpanan Obat, Dan Dukungan Operasional Masih Terbatas</i>		
Informan	Kutipan/Pernyataan Bermakna	Makna Hasil Wawancara
KM	Sarana dan prasarana cukup membantu, tetapi masih perlu peningkatan obat, alat pemeriksaan, media edukasi, pencatatan/pelaporan, serta dukungan transportasi pelacakan kontak.	Fasilitas dasar tersedia namun dukungan program belum sepenuhnya optimal.
WS	“Ruang pelayanan TB sudah ada, namun ruang tunggu masih terbatas sehingga pasien sering bercampur dengan pasien lain”; “Alat pemeriksaan penunjang juga terbatas”; “Sarana masih kurang terutama lemari obat.”	Terdapat keterbatasan ruang tunggu, alat pemeriksaan, dan sarana penyimpanan obat.
AI	“Kayaknya tersedia karena stok untuk saya ada”; “Tersedia informasi KIE yang mudah dijangkau.”	Obat tersedia bagi AI, tetapi media KIE perlu lebih mudah dijangkau.
MT	“Selama saya mengambil obat, obatnya ada. Saya belum pernah datang kemudian tidak dapat obat”; “Kendalanya informasi masih kurang.”	Obat TPT tersedia, tetapi dukungan informasi masih terbatas.
NN	“Sejauh saya menjalani TPT, obat tersedia ketika saya mengambil di Puskesmas”; “Informasi tertulis tentang TPT juga masih kurang terlihat.”	Obat tersedia, tetapi media KIE belum cukup terlihat atau mudah diakses.



Barongko

Jurnal Ilmu Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan sarana dan prasarana bukan berupa ketiadaan total layanan TPT. Obat tersedia bagi AI, MT, dan NN, dan ruang pelayanan TB telah tersedia. Namun, WS mengidentifikasi keterbatasan ruang tunggu sehingga pasien TB bercampur dengan pasien umum, keterbatasan alat pemeriksaan penunjang, serta kurangnya lemari obat. Dari perspektif penerima TPT, masalah yang paling konsisten adalah informasi tertulis dan media KIE yang belum mudah dijangkau. KM juga menekankan perlunya penguatan alat pemeriksaan, media edukasi, pencatatan-pelaporan, dan transportasi pelacakan kontak.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa sarana pendukung memengaruhi kualitas dan kontinuitas layanan. Ruang tunggu yang bercampur dapat mengurangi privasi dan berpotensi memperkuat stigma; keterbatasan pemeriksaan penunjang menambah kebutuhan rujukan; media KIE yang terbatas mempertahankan kesenjangan pengetahuan; dan keterbatasan transportasi membatasi kunjungan rumah serta investigasi kontak. Lwilla et al. (2020) menunjukkan bahwa jarak, akses transportasi, dan organisasi layanan dapat memengaruhi keberlanjutan pengobatan berbasis fasilitas maupun komunitas. Kementerian Kesehatan RI (2022) juga menempatkan dukungan sistem pencatatan, logistik, dan jangkauan pelayanan sebagai bagian penting pengendalian TB.

Perbaikan sarana perlu berbasis titik hambatan dalam alur TPT. Dalam jangka pendek, Puskesmas dapat mengatur alur pelayanan agar lebih privat, menambah media KIE yang mudah dipahami, mengoptimalkan ruang yang tersedia untuk konseling, dan menetapkan mekanisme penggunaan kendaraan untuk pelacakan kontak. Dalam jangka menengah, kebutuhan alat pemeriksaan dan sarana penyimpanan obat perlu dimasukkan ke dalam perencanaan program. World Health Organization (2020) menegaskan bahwa keberhasilan TPT membutuhkan rangkaian layanan yang terhubung dari identifikasi sasaran, skrining, terapi, pemantauan efek samping, hingga dukungan kepatuhan.

2. Pembahasan

Keempat tujuan penelitian memperlihatkan bahwa hambatan cakupan TPT di wilayah kerja Puskesmas Weda tidak berdiri sendiri. Faktor pengetahuan menjadi titik awal yang memengaruhi cara masyarakat memaknai TPT. Ketika TPT belum dipahami sebagai terapi pencegahan bagi orang berisiko, pemberian obat kepada orang yang merasa sehat menimbulkan keraguan. Keraguan tersebut kemudian beririsan dengan stigma karena obat TPT dipersepsikan sebagai penanda bahwa seseorang telah menderita TB. Pada kondisi ini, hambatan kognitif berubah menjadi hambatan sosial: penerima terapi merasa khawatir dinilai sakit, menyembunyikan informasi terapi, atau enggan menjelaskan statusnya kepada lingkungan. Pola hubungan ini terlihat konsisten pada pengalaman AI, MT, dan NN serta diperkuat oleh penilaian KM dan WS.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa interaksi dengan petugas kesehatan mampu memperbaiki pemahaman masyarakat. MT dan NN baru memahami keberadaan serta fungsi TPT setelah pemeriksaan kontak dan penjelasan petugas, sedangkan AI memperoleh pemahaman lebih baik setelah edukasi walaupun informasi awal berasal dari sumber informal. Artinya, edukasi individual yang diberikan petugas memiliki fungsi korektif terhadap miskonsepsi. Namun fungsi korektif tersebut belum cukup untuk meningkatkan cakupan secara luas apabila masyarakat baru menerima informasi setelah teridentifikasi sebagai kontak. Program membutuhkan komunikasi prakontak yang membuat istilah, tujuan, dan manfaat TPT sudah dikenal sebelum seseorang masuk dalam pelayanan. Dengan pola tersebut, proses konseling saat skrining tidak lagi dimulai dari titik pengetahuan yang sangat rendah, melainkan dapat difokuskan pada penguatan keputusan dan kepatuhan.

Dari sisi pelayanan, penelitian tidak menunjukkan bahwa petugas kesehatan tidak menjalankan program. Sebaliknya, fungsi skrining, edukasi, pemberian obat, pemantauan, motivasi, penyuluhan, dan kunjungan rumah telah dilakukan. Hambatan terletak pada intensitas, konsistensi, dan pemerataan jangkauan yang dirasakan penerima. Perbedaan antara perspektif pelaksana dan penerima ini penting karena keberhasilan program tidak cukup dinilai dari tersedianya kegiatan. Pelayanan perlu dinilai dari apakah seluruh kontak berhasil dijangkau, memperoleh informasi yang cukup, melibatkan keluarga, mendapatkan tindak lanjut, dan mampu menyelesaikan terapi. Temuan ini sejalan dengan Puspitasari et al. (2023) dan Hirpa et al. (2022) yang menempatkan kapasitas tenaga, dukungan sistem, koordinasi, dan tindak lanjut sebagai bagian penting implementasi TPT.

Sarana dan prasarana berfungsi sebagai faktor pemungkin bagi penguatan pengetahuan, pengurangan stigma, dan peningkatan peran petugas. Ketersediaan obat yang dilaporkan AI, MT, dan NN



Barongko

Jurnal Ilmu Kesehatan

merupakan kekuatan program, tetapi keterbatasan ruang tunggu, pemeriksaan penunjang, lemari obat, media KIE, dan transportasi operasional membatasi mutu pelayanan secara keseluruhan. Media KIE yang terbatas memperpanjang ketergantungan masyarakat pada penjelasan lisan; ruang tunggu yang bercampur dapat mengurangi privasi; keterbatasan alat pemeriksaan menambah kebutuhan rujukan; sedangkan transportasi memengaruhi kemampuan petugas melakukan penelusuran kontak. Karena itu, peningkatan cakupan TPT membutuhkan penguatan komponen layanan sebagai satu rangkaian, bukan perbaikan yang terpisah-pisah (Kementerian Kesehatan RI, 2020; World Health Organization, 2020).

Secara operasional, hasil penelitian mengarahkan Puskesmas Weda pada strategi yang terintegrasi. Edukasi TPT perlu dijadwalkan secara rutin melalui posyandu, kunjungan rumah, dan forum masyarakat; materi KIE perlu menggunakan bahasa sederhana dan menegaskan bahwa penerima TPT bukan berarti penderita TB aktif; keluarga perlu dilibatkan untuk mengurangi stigma dan menjaga kepatuhan; petugas perlu menerapkan penjangkauan aktif terhadap kontak yang belum datang; serta sarana yang memengaruhi privasi, pemeriksaan, penyimpanan obat, informasi, dan mobilitas lapangan perlu diperbaiki berdasarkan prioritas. Pendekatan ini menjaga agar rekomendasi penelitian tetap berangkat dari masalah yang benar-benar ditemukan pada informan dan dapat diterjemahkan menjadi indikator program yang dapat dipantau secara berkala.

IV. KESIMPULAN

Hambatan cakupan TPT di wilayah kerja Puskesmas Weda meliputi empat tema utama. Pertama, pengetahuan masyarakat masih terbatas dan TPT masih sering disamakan dengan pengobatan TB aktif. Kedua, stigma bekerja pada tingkat internal, sosial, dan keluarga melalui rasa takut, malu, pelabelan, serta kekhawatiran dianggap sebagai penderita TB. Ketiga, petugas kesehatan telah menjalankan fungsi program TPT, tetapi intensitas edukasi, pendekatan proaktif, perluasan edukasi kepada keluarga, dan jangkauan kontak masih perlu diperkuat. Keempat, sarana dasar tersedia, namun masih terdapat keterbatasan ruang tunggu, pemeriksaan penunjang, lemari obat, media KIE, dan transportasi operasional. Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan secara bersama membentuk hambatan terhadap peningkatan cakupan TPT. Puskesmas Weda perlu menetapkan jadwal sosialisasi dan kunjungan rumah secara rutin, menyediakan media KIE sederhana dalam bahasa yang mudah dipahami, memperluas edukasi kepada keluarga, menerapkan komunikasi non-stigmatik, menguatkan pelacakan kontak dan pemantauan kepatuhan, serta memprioritaskan perbaikan fasilitas pendukung dan transportasi operasional. Evaluasi program sebaiknya menggunakan indikator cascade TPT, mulai dari proporsi kontak yang ditemukan dan diskriminasi sampai sasaran yang memulai dan menyelesaikan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeane, C., Harding, R., Dowling, N., & Mbatha, M. (2022). Community knowledge and attitudes toward tuberculosis preventive therapy: A systematic review. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 26(3), 201–210.
- Ayakaka, I., Ackerman, S., Ggita, J. M., et al. (2017). Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: A behavioral approach. *Implementation Science*, 12(1), 33.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications.
- Cremers, A. L., de Laat, M. M., Kapata, N., et al. (2015). Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PLOS ONE*, 10(3), e0119861.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (6th ed.). SAGE Publications.
- Denzin, N. K. (2017). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods* (3rd ed.). Routledge.
- Hirpa, S., Dawit, T., Siyoum, M., et al. (2022). Health worker perspectives on challenges and opportunities for implementing tuberculosis preventive therapy in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 22(1), 894.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Petunjuk Teknis Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Laporan Program Pengendalian Tuberkulosis Nasional Tahun 2022*. Kementerian Kesehatan RI.



Barongko

Jurnal Ilmu Kesehatan

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2021). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences revisited. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (6th ed.). SAGE.
- Lwilla, F., Schellenberg, D., Masanja, H., et al. (2020). Evaluation of efficacy of community- and health centre-based tuberculosis treatment in rural southern Tanzania. *BMC Infectious Diseases*, 3(1), 39.
- Malenfant, J. H., Golub, J. E., & Cavalcante, S. C. (2022). Socioeconomic barriers to tuberculosis preventive therapy: A systematic review. *EClinicalMedicine*, 48, 101452.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th ed.). SAGE Publications.
- Presiden Republik Indonesia. (2021). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.
- Puspitasari, I. M., Sari, I. D., Purwadi, A., Septiani, R., & Rinaldi, I. (2023). Barriers and facilitators of tuberculosis preventive therapy implementation in primary health care facilities in Indonesia. *PLOS ONE*, 18(4), e0284381.
- Sahu, M., McQueen, K., Beko, B., et al. (2023). Global scale-up of tuberculosis preventive therapy: Achievements and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 101(3), 175–183.
- World Health Organization. (2020). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 1: Prevention—Tuberculosis Preventive Treatment*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. WHO.