

COMMUNITY CULTURAL CHALLENGES IN IMPLEMENTING THE TUBERCULOSIS ERADICATION PROGRAM AT BERINGIN SAKTI COMMUNITY HEALTH CENTER 2023-2024

Tantangan Budaya Masyarakat dalam Implementasi Program Pemberantasan Tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti 2023-2024

Yarsi Dafrianita^{1a} Rizki Syafril^{2b(*)}

¹²Universitas Negeri Padang

^ayarsidafrianita@gmail.com

^brizkisyafril@fis.unp.ac.id

(*) Corresponding Author

rizkisyafril@fis.unp.ac.id

How to Cite: Yarsi Dafrianita. (2025). Tantangan Budaya Masyarakat dalam Implementasi Program Pemberantasan Tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti 2023-2024. doi: 10.36526/js.v3i2.5820

Received : 20-07-2025

Revised : 25-07-2025

Accepted: 27-07-2025

Keywords:

tuberculosis,
culture,
implementation,
public health,
community health
center

Abstract

The tuberculosis (TB) control program at Beringin Sakti Health Center is part of Indonesia's national public health strategy to reduce the incidence and impact of this life-threatening infectious disease. This study employs a qualitative descriptive approach to examine the cultural challenges affecting the program's implementation in Nagari Taratak Tinggi, West Sumatra. Data were collected through in-depth interviews, direct observation, and document analysis involving 12 purposively selected informants, including health workers, TB patients, traditional healers, community leaders, and local residents with direct experience of TB-related programs. Findings, analyzed using Grindle's implementation model, reveal that cultural factors significantly influence both the content of the policy—such as community acceptance of DOTS and screening programs—and the context of implementation, where traditional authority figures and collective decision-making dominate over biomedical recommendations. TB is often perceived as a mystical or spiritual illness, leading patients to prioritize traditional healing practices and shamans before seeking medical treatment. The lack of early involvement of local leaders, combined with top-down policy delivery and insufficient cultural adaptation, has contributed to low community participation, underreporting of cases, and distrust toward formal health services. This study highlights the need for TB control programs to adopt participatory and culture-sensitive strategies by engaging traditional and religious leaders, integrating local narratives into health education, and designing communication methods that respect community belief systems. Such approaches are essential for bridging the gap between biomedical interventions and the cultural realities of rural communities.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis merupakan penyakit menular kronis yang hingga kini masih menjadi tantangan global karena dampaknya yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat dan stabilitas sosial-ekonomi. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang organ vital seperti paru-paru, otak, tulang, hingga jantung. Penularan terjadi melalui droplet udara dari penderita tuberkulosis aktif saat batuk atau bersin (Kemenkes RI, 2022). Tingginya tingkat infektivitas tuberkulosis membuat penyakit ini dapat menyerang siapa saja tanpa memandang usia, gender, maupun status sosial.

Menurut laporan WHO (2023), Indonesia menduduki peringkat kedua kasus tuberkulosis terbanyak di dunia setelah India, dengan estimasi 1.060.000 kasus baru dan sekitar 134.000 kematian per tahun. Di tingkat nasional, kondisi ini tidak hanya menimbulkan beban kesehatan, tetapi juga berdampak pada penurunan produktivitas tenaga kerja, meningkatnya beban ekonomi

keluarga, serta tekanan terhadap sistem kesehatan nasional (Wulan, 2020). Untuk mengatasi permasalahan ini, pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yang menekankan strategi promotif, preventif, deteksi dini, serta pemberdayaan masyarakat.

Namun, implementasi kebijakan tersebut belum merata di seluruh wilayah Indonesia. Salah satu tantangan utama muncul di daerah dengan pengaruh budaya yang masih sangat kuat, seperti di Sumatera Barat. Dalam masyarakat Minangkabau, adat dan nilai-nilai tradisional menjadi landasan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk pengambilan keputusan kesehatan. Falsafah “adaik nan ndak lakang dek paneh, ndak lapuak dek hujan” mencerminkan bagaimana adat istiadat diwariskan lintas generasi dan sulit diubah (Wardyaningrum, 2020). Kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan tradisional, seperti berobat ke dukun atau orang pintar, sering kali lebih kuat dibandingkan dengan kepercayaan terhadap layanan kesehatan formal.

Kondisi ini juga nyata terlihat di wilayah kerja Puskesmas Beringin Sakti, Nagari Taratak Tinggi, Kecamatan Timpeh, Kabupaten Dharmasraya. Berdasarkan data program tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti tahun 2023–2024, hanya ditemukan 3 kasus terkonfirmasi positif tuberkulosis (2 kasus pada 2023 dan 1 kasus pada 2024). Angka ini tergolong rendah jika dibandingkan dengan estimasi jumlah penduduk wilayah kerja puskesmas yang mencapai ±4.500 jiwa, serta pola hidup masyarakat yang berpotensi meningkatkan penularan. Petugas puskesmas menegaskan bahwa rendahnya laporan kasus bukan disebabkan oleh keberhasilan program, melainkan adanya budaya “diam” (silence culture), di mana masyarakat enggan melapor atau melakukan pemeriksaan medis karena lebih mempercayai pengobatan tradisional.

Budaya lokal memiliki pengaruh signifikan terhadap persepsi masyarakat mengenai penyakit tuberkulosis. Hasil wawancara pendahuluan dengan kader kesehatan setempat mengungkap bahwa sebagian besar masyarakat mengaitkan gejala khas seperti batuk kronis atau batuk berdarah dengan “penyakit kiriman,” yaitu penyakit yang diyakini berasal dari gangguan gaib atau santet. Hal ini mendorong penderita untuk lebih dulu mencari pertolongan dari dukun atau orang pintar daripada datang ke puskesmas. Selain itu, tokoh adat dan orang tua memiliki otoritas yang lebih besar dalam pengambilan keputusan pengobatan dibandingkan tenaga medis. Dalam banyak kasus, informasi medis dianggap bertentangan dengan kearifan lokal, bahkan dinilai mengganggu keseimbangan adat yang telah dijaga secara turun-temurun.

Selain faktor persepsi, beberapa praktik budaya seperti makan bersama dalam satu wadah (bajamba), penggunaan alat cuci tangan bersama (timbangan), serta tidur berdekatan dalam satu ruangan tertutup, masih menjadi kebiasaan yang sulit diubah. Meskipun praktik tersebut memiliki risiko tinggi terhadap penularan tuberkulosis, masyarakat menganggapnya sebagai wujud kebersamaan yang tak bisa dihilangkan. Penelitian Anggraini (2021) menunjukkan bahwa praktik budaya sejenis di daerah Sumatera Barat turut memengaruhi tingkat penularan penyakit menular, termasuk tuberkulosis.

Puskesmas Beringin Sakti sebenarnya telah mengimplementasikan berbagai strategi nasional, seperti skrining aktif, program Directly Observed Treatment Short-course (DOTS), penyuluhan door-to-door, hingga program “ketuk pintu.” Namun, data program menunjukkan rendahnya cakupan pemeriksaan dan pengobatan yang terpantau. Berdasarkan wawancara dengan penanggung jawab program, ditemukan bahwa keterlibatan tokoh masyarakat dan agen budaya dalam penyuluhan serta pelacakan kasus masih minim, sehingga informasi kesehatan sering kali ditolak atau diabaikan. Permasalahan di Puskesmas Beringin Sakti tidak hanya terkait dengan keterbatasan tenaga medis dan sarana, tetapi lebih kepada jurang perbedaan antara pendekatan medis formal dan sistem nilai budaya lokal. Strategi teknis yang tidak diiringi pendekatan berbasis budaya akan sulit diterima, bahkan cenderung gagal diimplementasikan secara optimal.

Berdasarkan kondisi tersebut, penting untuk menempatkan faktor budaya sebagai kunci dalam penyusunan dan implementasi kebijakan pemberantasan tuberkulosis. Program kesehatan di

wilayah ini perlu melibatkan tokoh adat, pemuka agama, dan dukun tradisional sebagai mitra strategis dalam promosi kesehatan, sehingga pesan medis dapat diterima secara lebih luas. Dengan memahami dinamika budaya masyarakat, program pemberantasan tuberkulosis dapat dijalankan dengan pendekatan yang lebih partisipatif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, penelitian ini difokuskan pada analisis tantangan budaya masyarakat dalam implementasi program pemberantasan tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti tahun 2023–2024, dengan menekankan pada hubungan antara kepercayaan tradisional, perilaku kesehatan, dan efektivitas program.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif, bertujuan untuk memahami secara mendalam tantangan budaya masyarakat dalam implementasi program pemberantasan tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti. Pendekatan ini dipilih karena mampu mengungkap makna di balik tindakan, keyakinan, dan perilaku masyarakat dalam konteks kehidupan sosial mereka, serta sangat sesuai untuk mengkaji fenomena yang tidak dapat diukur secara kuantitatif, seperti nilai-nilai budaya dan persepsi terhadap pengobatan tradisional. Penelitian dilakukan secara langsung di Puskesmas Beringin Sakti, Nagari Taratak Tinggi, Kecamatan Timpeh, Kabupaten Dharmasraya, Provinsi Sumatera Barat. Lokasi ini dipilih karena karakteristik masyarakatnya yang masih kuat mempertahankan praktik pengobatan tradisional dan menunjukkan resistensi terhadap pelayanan kesehatan modern, yang berdampak pada rendahnya angka temuan serta kepatuhan pengobatan tuberkulosis secara medis.

Pemilihan informan dilakukan dengan teknik purposive sampling, dengan kriteria khusus yang ditetapkan berdasarkan relevansi dan kontribusi informan terhadap data penelitian. Kriteria tersebut meliputi: (1) pihak yang terlibat langsung dalam pelaksanaan program tuberkulosis, seperti kepala puskesmas, penanggung jawab program, dan kader kesehatan; (2) tokoh masyarakat yang memiliki pengaruh terhadap pola pikir dan perilaku warga, seperti kepala jorong dan pemuka agama; (3) pasien tuberkulosis yang sedang menjalani pengobatan atau pernah menjalani pengobatan di Puskesmas Beringin Sakti; serta (4) warga lokal yang memiliki pengetahuan atau pengalaman terkait pengobatan tradisional. Dari hasil penentuan kriteria ini, diperoleh total 12 informan yang terdiri dari 1 kepala puskesmas, 1 penanggung jawab program tuberkulosis, 3 kader kesehatan, 2 tokoh masyarakat, 2 pasien tuberkulosis, dan 3 warga Nagari Taratak Tinggi.

Proses pengumpulan data dilakukan melalui tiga teknik utama, yaitu wawancara mendalam, observasi lapangan, dan studi dokumentasi. Wawancara mendalam menggunakan pedoman semi-terstruktur agar peneliti memiliki panduan, tetapi tetap fleksibel untuk menggali informasi tambahan. Observasi dilakukan untuk melihat interaksi langsung antara petugas kesehatan, kader, dan masyarakat, termasuk respons masyarakat terhadap penyuluhan maupun kegiatan program tuberkulosis. Sementara itu, studi dokumentasi mencakup analisis laporan kegiatan puskesmas, catatan kasus tuberkulosis, serta dokumen pendukung seperti protokol program atau data capaian kegiatan. Untuk mendukung keakuratan data, peneliti menggunakan alat bantu berupa buku catatan, perekam suara pada telepon genggam, serta kamera untuk mendokumentasikan aktivitas di lapangan.

Untuk menjamin keabsahan data, peneliti menggunakan triangulasi sumber, triangulasi metode, serta member checking. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan data dari berbagai informan yang memiliki sudut pandang berbeda, seperti membandingkan keterangan kepala puskesmas dengan pengalaman pasien atau pandangan tokoh masyarakat. Triangulasi metode dilakukan dengan memeriksa konsistensi informasi dari wawancara, observasi, dan dokumen. Sebagai contoh, informasi dari wawancara tentang rendahnya partisipasi masyarakat dalam penyuluhan diverifikasi melalui pengamatan langsung pada kegiatan penyuluhan serta laporan kehadiran yang tercatat. Proses validasi data dilakukan melalui member checking, yaitu mengonfirmasi kembali ringkasan hasil wawancara kepada informan untuk memastikan bahwa

informasi yang dicatat peneliti sesuai dengan apa yang dimaksudkan oleh informan. Teknik ini digunakan tidak hanya untuk memperbaiki kesalahan interpretasi, tetapi juga untuk memperkuat kredibilitas hasil penelitian.

Seluruh data dianalisis menggunakan model interaktif Miles dan Huberman, yang mencakup empat tahapan, yaitu pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Pada tahap reduksi, peneliti memilah informasi yang relevan dengan fokus penelitian, seperti faktor budaya yang menjadi hambatan program. Data kemudian disajikan dalam bentuk uraian naratif agar hubungan antar temuan dapat terlihat jelas. Penarikan kesimpulan dilakukan secara berulang melalui proses verifikasi agar hasil analisis benar-benar mencerminkan kondisi nyata di lapangan. Dengan prosedur pelaksanaan yang sistematis, detail purposive sampling yang jelas, serta penggunaan triangulasi dan validasi data yang ketat, penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran komprehensif mengenai peran budaya dalam keberhasilan maupun kegagalan implementasi program pemberantasan tuberkulosis. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi masukan penting bagi perumusan kebijakan kesehatan yang lebih responsif terhadap nilai-nilai sosial budaya lokal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Program pemberantasan tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti telah dirancang melalui pendekatan promotif, preventif, dan kuratif. Namun, efektivitasnya masih terhambat oleh faktor nonmedis, khususnya budaya dan sistem kepercayaan masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat umumnya tidak langsung mencari pengobatan medis saat muncul gejala seperti batuk kronis atau batuk berdarah. Sebagian besar informan mengungkapkan bahwa gejala tersebut lebih dulu dihubungkan dengan kepercayaan lokal seperti tamakan atau gangguan mistis, sehingga pengobatan awal dilakukan dengan mendatangi dukun atau penyembuh tradisional. Pola ini menimbulkan keterlambatan dalam penanganan medis dan memperbesar risiko penularan tuberkulosis di komunitas.

Kepercayaan terhadap pengobatan tradisional diperkuat oleh peran aktor budaya seperti tokoh adat, pemuka agama, dan orang tua yang memiliki legitimasi sosial lebih tinggi dibanding petugas kesehatan. Keputusan pengobatan sering kali tidak diambil secara individu, melainkan melalui musyawarah keluarga atau persetujuan tokoh adat. Dalam banyak kasus, pendapat tokoh adat lebih diutamakan daripada rekomendasi petugas medis, karena mereka dianggap memiliki pemahaman lebih dalam terhadap aspek spiritual atau moral yang diyakini menjadi penyebab penyakit. Hal ini menempatkan petugas puskesmas dalam posisi sebagai "pihak luar" yang tidak sepenuhnya dipahami oleh masyarakat.

Hambatan lain terlihat pada komunikasi kesehatan. Penyuluhan yang dilakukan petugas puskesmas cenderung menggunakan istilah medis formal yang sulit dipahami masyarakat. Pendekatan satu arah membuat pesan kesehatan kurang efektif, apalagi jika dibandingkan dengan narasi lokal yang lebih simbolis dan sesuai dengan kerangka pikir masyarakat. Beberapa kader kesehatan yang direkrut dari warga lokal mengalami dilema, karena pesan medis yang mereka sampaikan sering dianggap bertentangan dengan kepercayaan budaya setempat. Kondisi ini melemahkan peran kader sebagai agen perubahan dan membuat mereka kurang percaya diri dalam mendampingi pasien tuberkulosis.

Selain itu, perencanaan program yang bersifat top-down juga menjadi hambatan. Tokoh adat, pemuka agama, dan pemerintah nagari jarang dilibatkan dalam tahap perancangan strategi. Mereka biasanya hanya hadir pada kegiatan sosialisasi tanpa dilibatkan dalam penyusunan metode penyuluhan atau langkah pendekatan berbasis budaya. Hal ini menyebabkan program tidak sepenuhnya relevan dengan kebutuhan dan konteks lokal. Praktik budaya seperti makan bajamba (makan bersama dalam satu wadah), penggunaan timbala (alat cuci tangan bersama), atau tidur

bersama dalam satu ruangan tetap dilakukan meskipun berpotensi mempercepat penularan TB, karena dianggap sebagai tradisi yang tidak boleh ditinggalkan.

Integrasi dengan Model Grindle menunjukkan bahwa hambatan dalam implementasi program pemberantasan tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti terutama berkaitan dengan dua aspek utama, yaitu isi kebijakan (content of policy) dan konteks implementasi (context of implementation). Dari sisi isi kebijakan, program ini menuntut perubahan perilaku besar, seperti kepatuhan minum obat selama 6–8 bulan, yang sering dirasakan berat oleh masyarakat. Manfaat medis dipandang abstrak, sementara pengobatan tradisional dinilai lebih memberikan rasa aman dan sesuai dengan nilai kepercayaan lokal. Dari sisi konteks implementasi, dominasi aktor budaya seperti tokoh adat dan dukun masih lebih kuat dibandingkan petugas kesehatan formal. Koalisi implementasi antara puskesmas dan masyarakat belum optimal karena pelibatan tokoh adat, dukun, dan pemerintah nagari dalam perumusan strategi kesehatan masih terbatas. Petugas puskesmas juga cenderung menggunakan pendekatan formal tanpa mengakomodasi nilai-nilai budaya setempat yang memengaruhi perilaku masyarakat.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Suryana (2021) di Jawa Barat, yang menemukan bahwa kepercayaan terhadap pengobatan tradisional menjadi hambatan utama dalam deteksi dini tuberkulosis. Penelitian Lestari et al. (2022) di Nusa Tenggara Timur juga menunjukkan bahwa faktor budaya, terutama kepercayaan pada pengobatan tradisional, memperlambat proses pengobatan medis. Hal serupa ditemukan dalam penelitian Adamu et al. (2020) di Nepal dan Sharma (2019) di Nigeria, yang mengungkap bahwa masyarakat lebih percaya pada penyembuhan tradisional sehingga pengobatan medis sering tertunda. Penelitian ini mempertegas bahwa tantangan budaya merupakan salah satu faktor kunci yang mempengaruhi keberhasilan implementasi program tuberkulosis, terutama ketika nilai lokal tidak terintegrasi dengan strategi kesehatan formal.

Berdasarkan temuan ini, dapat disimpulkan bahwa tantangan terbesar program pemberantasan tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti adalah resistensi budaya yang muncul dari persepsi mistis, pengaruh aktor lokal, dan kurangnya adaptasi pesan kesehatan dengan konteks sosial masyarakat. Oleh karena itu, strategi yang lebih efektif perlu dikembangkan, bukan hanya dengan meningkatkan intensitas sosialisasi, tetapi juga dengan menggunakan pendekatan berbasis budaya (culture-based approach). Pendekatan ini dapat dilakukan melalui pelibatan aktif tokoh adat, pemuka agama, dan dukun sebagai mitra strategis dalam desain program, pelatihan komunikasi budaya bagi kader kesehatan, serta penggunaan narasi lokal yang relevan untuk meningkatkan pemahaman dan penerimaan masyarakat. Dengan strategi ini, integrasi antara pengetahuan medis dan nilai budaya lokal diharapkan dapat tercapai, sehingga program pemberantasan tuberkulosis lebih diterima dan berkelanjutan.

Pembahasan

Implementasi program pemberantasan tuberkulosis yang dijalankan oleh Puskesmas Beringin Sakti secara umum telah mengikuti standar prosedur nasional. Namun, pelaksanaan program ini dihadapkan pada hambatan struktural yang bersumber dari sistem nilai dan keyakinan masyarakat yang telah mengakar lama. Kendala utama bukan hanya pada aspek teknis, tetapi lebih dalam lagi, terletak pada tantangan budaya yang mempengaruhi cara masyarakat memahami penyakit, memilih pengobatan, hingga merespons intervensi kesehatan. Dengan menggunakan pendekatan Grindle (1980), tantangan budaya dapat dikaji melalui dimensi isi kebijakan (content of policy) dan konteks pelaksanaan (context of implementation).

1. Isi Kebijakan (Content of Policy)

a. Kepentingan Kelompok Sasaran

Secara normatif, program ini bertujuan melindungi kelompok masyarakat yang berisiko tertular tuberkulosis. Namun, di wilayah kerja Puskesmas Beringin Sakti, pemahaman masyarakat tentang penyakit sangat dipengaruhi oleh sistem kepercayaan tradisional. Masyarakat tidak

memandang tuberkulosis sebagai penyakit medis, melainkan sebagai penyakit mistis, seperti "*tamakan*" atau gangguan kiriman. Ini menciptakan benturan antara realitas medis dan realitas budaya. Ketika pemerintah menyodorkan layanan pengobatan berbasis sains, masyarakat justru mencari solusi kepada dukun atau orang pintar yang dipercaya mampu "menarik penyakit". Artinya, tujuan kebijakan tidak berangkat dari persepsi masyarakat sendiri, melainkan dari perspektif medis yang tidak kontekstual. Hal ini menyebabkan program terlihat asing, sehingga masyarakat enggan terlibat secara aktif.

b. Jenis Manfaat

Program menawarkan manfaat rasional skrining gratis, pengobatan efektif, dan pendampingan tetapi dalam konstruksi budaya lokal, manfaat yang diakui bukanlah yang bersifat klinis. Masyarakat lebih menghargai pengobatan yang cepat, tidak menimbulkan efek samping, dan diakui oleh tokoh-tokoh tradisional. Pengobatan medis dianggap lambat, menyakitkan, bahkan membahayakan karena efek obat yang dirasakan. Akibatnya, manfaat medis yang ditawarkan menjadi tidak relevan secara kultural, karena tidak memenuhi ekspektasi yang dibentuk oleh pengalaman kolektif masyarakat.

c. Derajat Perubahan yang Diharapkan

Program ini menuntut perubahan besar dari masyarakat dari mempercayai dukun ke petugas medis, dari menutup-nutupi penyakit ke keterbukaan, dari penolakan ke partisipasi aktif. Namun, perubahan ini menyentuh wilayah nilai yang paling sensitif dalam budaya Minangkabau, yaitu warisan adat dan kepercayaan kolektif. Perubahan yang diharapkan bukan hanya tentang perilaku, tetapi juga menyangkut pembongkaran struktur keyakinan.

Perubahan semacam ini tidak bisa dicapai dengan pendekatan satu arah melalui penyuluhan formal. Masyarakat perlu dilibatkan secara dialogis, dihargai pengetahuannya, dan dijumpai melalui pendekatan budaya. Jika tidak, yang muncul adalah resistensi pasif, di mana masyarakat tampak menerima program, tetapi tidak menjalankannya secara substansial.

d. Letak Pengambilan Keputusan

Pelaksanaan program masih bersifat sentralistik dan birokratis. Masyarakat lokal, termasuk tokoh adat dan pemerintah nagari, hanya menjadi sasaran sosialisasi, bukan bagian dari perumus strategi. Padahal, tokoh adat adalah pemegang otoritas sosial dan budaya, yang jika tidak dilibatkan, maka kebijakan tidak memiliki legitimasi kultural. Kesenjangan ini menyebabkan program sulit diterima karena dianggap "program dari luar" yang tidak menghormati struktur sosial masyarakat.

e. Pelaksana Program

Puskesmas dan kader telah bekerja keras, namun ketika komunikasi mereka tidak peka terhadap budaya, maka pesan kesehatan tidak diterima. Kader kesehatan yang berasal dari masyarakat pun menghadapi dilema yaitu menjalankan tugas negara atau menjaga harmoni sosialnya di tengah komunitas. Akibatnya, mereka cenderung bersikap pasif atau menghindari penyampaian pesan yang dianggap bertentangan dengan nilai lokal. Maka, keberhasilan pelaksana tidak hanya tergantung pada kompetensi medis, tetapi pada kemampuan kultural mereka untuk "masuk" ke dalam cara berpikir masyarakat.

f. Sumber Daya

Sumber daya yang tersedia melimpah secara fisik, tetapi tidak adaptif secara kultural. Media penyuluhan seperti brosur dan ceramah formal gagal menjangkau masyarakat yang lebih terbiasa dengan komunikasi lisan, narasi, dan simbol adat. Sumber daya seperti ini tidak efektif karena tidak mempertimbangkan pola komunikasi budaya lokal. Seharusnya, pendekatan melalui cerita, simbol adat, dan bahasa lokal akan jauh lebih diterima dan berpengaruh.

2. Konteks Pelaksanaan (*Context of Implementation*)

a. Kekuasaan, Kepentingan, dan Strategi Aktor Terlibat

Dalam struktur sosial, tokoh adat, pemuka agama, dan dukun memiliki kekuasaan simbolik yang besar. Ketika mereka tidak dilibatkan dalam program, bahkan menunjukkan sikap pasif atau

menolak, masyarakat cenderung mengikuti mereka. Tokoh informal ini seharusnya menjadi penghubung antara sistem nilai lokal dengan pendekatan medis. Mengedukasi mereka dan menjadikan mereka bagian dari strategi program akan membuka jalan dialog budaya yang lebih konstruktif. Tanpa itu, pemerintah bekerja “sendiri”, sementara masyarakat bergerak di bawah kendali aktor budaya yang tidak mendukung program.

b. Karakteristik Institusi dan Rezim Berkuasa

Puskesmas sebagai institusi formal bekerja di bawah sistem yang seragam dan birokratis. Sayangnya, karakter ini tidak cocok dihadapkan pada keragaman sosial budaya masyarakat. Ketika pendekatan terlalu kaku, masyarakat merasa tidak terwakili. Oleh karena itu, perlu ada ruang diskresi kultural bagi petugas lapangan, agar mereka dapat menyesuaikan pendekatan sesuai dengan dinamika sosial setempat. Ini termasuk pelatihan interaksi sosial berbasis budaya bagi petugas medis.

c. Tingkat Kepatuhan dan Responsivitas Masyarakat

Rendahnya kepatuhan masyarakat bukan semata karena kurangnya informasi, melainkan karena kekuatan budaya yang membentuk ketidakpercayaan terhadap pengobatan medis. Stigma terhadap pasien TB juga tinggi, karena dianggap membawa aib atau menjadi korban kutukan. Maka, masyarakat enggan memeriksakan diri, bahkan menolak didiagnosis. Responsivitas juga lemah karena pendekatan medis tidak membangun kepercayaan atau rasa hormat terhadap nilai-nilai lokal. Strategi penyuluhan harus bergeser dari penyampaian informasi ke pembangunan kepercayaan sosial dan pengakuan terhadap identitas budaya masyarakat.

PENUTUP

Program pemberantasan tuberkulosis di Puskesmas Beringin Sakti merupakan bagian dari kebijakan nasional dalam menanggulangi penyakit menular yang masih menjadi ancaman serius terhadap kesehatan masyarakat. Namun, efektivitas implementasi program ini sangat dipengaruhi oleh realitas budaya masyarakat lokal yang menjadi sasaran program. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepercayaan masyarakat terhadap penyebab mistis penyakit, dominasi pengobatan tradisional, serta kuatnya peran tokoh adat dan dukun dalam proses pengambilan keputusan kesehatan menjadi hambatan utama dalam penerimaan dan keberlangsungan program.

Analisis dengan pendekatan model Grindle menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara isi kebijakan dan konteks pelaksanaan menjadi akar dari resistensi masyarakat. Kebijakan kesehatan yang disusun secara teknokratik belum mampu menjangkau lapisan budaya yang membentuk pola pikir dan perilaku masyarakat. Pelaksanaan program yang bersifat *top-down*, minimnya pelibatan tokoh adat dalam perencanaan, serta metode komunikasi yang tidak sesuai dengan bahasa dan simbol lokal semakin memperlebar jurang antara kebijakan dan kenyataan di lapangan.

Dengan mempertimbangkan kompleksitas budaya lokal, dibutuhkan perubahan pendekatan implementasi yang lebih adaptif dan inklusif. Program pemberantasan tuberkulosis di daerah seperti Nagari Taratak Tinggi perlu diarahkan pada kolaborasi lintas aktor dengan melibatkan tokoh adat, pemuka agama, dan agen-agen budaya sebagai mitra strategis. Edukasi kesehatan harus disampaikan secara persuasif, menggunakan pendekatan naratif yang kontekstual dan dapat diterima secara sosial.

Oleh karena itu, program kesehatan tidak cukup dijalankan hanya melalui prosedur formal dan intervensi medis. Pemahaman terhadap budaya lokal dan keterlibatan aktif masyarakat menjadi fondasi penting dalam membangun kesadaran kolektif dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Pendekatan berbasis budaya dan partisipatif adalah kunci untuk menciptakan implementasi kebijakan kesehatan yang lebih efektif, berkelanjutan, dan mampu menjangkau kebutuhan nyata masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adamu, A., Timire, C., Tiberi, S., Mohr-Holland, E., Tadolini, M., Migliori, G. B., & Zumla, A. (2020). Barriers in the access, diagnosis and treatment completion for tuberculosis patients in central and western Nepal: A qualitative study among patients, community members and health care workers. *PLOS ONE*, 15(1), e0227293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227293>
- Anggraini, D. (2022). *Hubungan polimorfisme promotor gen TNF- α dan IL-10 dengan kadar TNF- α dan IL-10 serum serta kerentanan tuberkulosis paru pada etnis Minangkabau* (Skripsi, Universitas Andalas). Universitas Andalas.
- Aydini, R., & Syafril, R. (2024). Implementasi program Satu Nagari Satu Event (SNSE) sebagai program unggulan Pemerintah Kabupaten Tanah Datar dalam melestarikan kebudayaan lokal. *Jurnal Ilmu Administrasi Negara (AsIAN)*, 12(1), 137–146. <https://doi.org/10.47828/jianaasian.v12i1.216>
- Chairunnisa, S., & Amaniar, F. (2025). AI dan masa depan: Tantangan etika generasi Z. *Dewantara: Jurnal Pendidikan Sosial Humaniora*, 4(1), 95–103.
- Dinas Kesehatan Provinsi Aceh. (2024). *4 Pilar upaya percepatan penanganan tuberkulosis di Indonesia*. Diakses pada 15 Februari 2025, dari <https://dinkes.acehprov.go.id/detailpost/4-pilar-upaya-percepatan-penanganan-tb-di-indonesia>
- Fakhreza, T. H., & Siregar, M. A. T. (2023). Permasalahan dan tantangan penurunan tuberkulosis (TBC) di Indonesia. *Buletin APBN*, 8(21), Edisi November.
- Fakhruzi, L., & Syafril, R. (2025). Implementasi Program Asuransi Usaha Tani Padi (AUTP) di Kecamatan Junjung Sirih Kabupaten Solok. *Santhet: Jurnal Sejarah, Pendidikan dan Humaniora*, 9(1), 273–284. <https://doi.org/10.36526/js.v3i2.5025>
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H., & Konopaske, R. (2012). *Organizations: Behavior, structure, processes* (14th ed.). McGraw-Hill Education.
- Handayani, T. (2021). Strategi penilaian hasil belajar berbasis online pada masa pandemi Covid-19 di SMP Negeri 16 Purworejo. *Prosiding Seminar Nasional, Universitas Sarjanawiyata Tamansiswa*, Yogyakarta, 28 Agustus 2021. ISBN: 978-602-53231-6-4.
- Harteti Jasin. (2021). Analisis implementasi kebijakan pendidikan di Indonesia. *Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan*, 6(2), 45–60.
- Huang, X., & Brown, A. (2022). An analysis and classification of problems in small business. *International Small Business Journal*, 18(1), 73–85.
- Indarta, Y., Ambiyar, Dwinggo, A., & Watrianthos, R. (2022). Metaverse: Tantangan dan peluang dalam pendidikan. *Jurnal Basicedu*, 6(3).
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. (2023). Definisi implementasi. *Jurnal Ilmiah Hospitality*, 5(1), 10–15.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). *Modul pelatihan penanggulangan tuberkulosis (TBC) bagi petugas kesehatan di fasyankes tingkat pertama (FKTP): Materi inti 1 penemuan pasien tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020b). *Strategi nasional penanggulangan tuberkulosis di Indonesia 2020–2024*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Tuberkulosis - Ayo Sehat*. Diakses pada 1 Februari 2025, dari <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-penyakit/pencegahan-infeksi-bagi-bayi-dan-balita/tuberkulosis>
- Kreitner, R., & Kinicki, A. (2014). *Organizational behavior* (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Lestari, N. P. W. A., Dedy, M. A. E., Artawan, I. M., & Buntoro, I. F. (2022). Analisis epidemiologi dan faktor risiko tuberkulosis paru di Nusa Tenggara Timur. *Cendana Medical Journal*, 10(1), 24–31. <https://doi.org/10.33510/cendana.v10i1.3320>

- Marahmah, M. (2020). *Implementasi program penanggulangan TB paru dengan strategi directly observed treatment shortcourse di Puskesmas Panyabungan Jae Kabupaten Mandailing Natal* (Skripsi, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara). UIN Sumatera Utara Repository.
- Marwiyah, S., et al. (2024). Implementasi kebijakan pemerintah terhadap pembatasan usia pernikahan anak (Studi kasus di Desa Lambangkuning, Kecamatan Lumbang, Kabupaten Probolinggo). *As Siyasah - Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 9(2), 186–192.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166. Diakses pada 3 Januari 2025, dari <https://peraturan.bpk.go.id/Details/174557/perpres-no-67-tahun-2021>
- Permatadewi, R., & Wibowo, T. U. S. H. (2020). Civic values dan Covid-19: Tantangan dan respons kewarganegaraan di masa pandemi. *Prosiding Seminar Nasional Virtual Pendidikan Kewarganegaraan 2020*, 476–481. FKIP Universitas Sebelas Maret.
- Prasetya, E. B. N., & Rigianti, H. A. (2023). Peran dan tantangan guru dalam membentuk karakter siswa SD di era 4.0. *Jurnal Citra Pendidikan (JCP)*, 3(4), 1298–1306.
- Puskesmas Beringin Sakti. (2023). *Laporan tahunan program penanggulangan tuberkulosis tahun 2023*. Kabupaten Dharmasraya: Puskesmas Beringin Sakti.
- Puskesmas Beringin Sakti. (2024). *Laporan tahunan program penanggulangan tuberkulosis tahun 2024*. Kabupaten Dharmasraya: Puskesmas Beringin Sakti.
- Robbins, S. P. (2013). *The truth about managing people* (3rd ed.). Pearson Education.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organizational behavior* (15th ed.). Pearson.
- Sharma, S. (2019). Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(3), 142–147. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.190827.001>
- Sugiyono. (2023). Pendekatan kualitatif dalam penelitian: Strategi, tahapan, dan analisis data. *Jurnal Teknologi Pendidikan dan Pembelajaran*, 2(3), 793–800.
- Suryana. (2021). Kepercayaan terhadap pengobatan tradisional sebagai hambatan deteksi dini tuberkulosis di Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(2), 101–110.
- Syafril, R., Permana, I., & Akmal, A. D. (2021). The role of Nagari traditional representative and Bundo Kandang in Nagari (village) development. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 563, 30–35. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210312.006>
- Toynbee, A. (2017). *A study of history, Buku babon studi sejarah*. Yogyakarta: Indoliterasi.
- Utami, P., Melza, N., & Sari, U. P. (2024). Tantangan dalam pembelajaran dan pengembangan sosial. *Pediaqu: Jurnal Pendidikan Sosial dan Humaniora*, 3(2), 1655–1668.
- Wardyaningrum, D. (2018). Kepercayaan masyarakat terhadap informasi tradisional dan modern pada peristiwa bencana alam. *Jurnal ASPIKOM*, 3(4), 609–622.
- World Health Organization. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. Diakses pada 3 Januari 2025, dari <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078020>
- Wulan, S. (2020). Analisis beban ekonomi dan dampak karena tuberkulosis terhadap kesejahteraan di Kota Bengkulu. *CHMK Health Journal*, 4(1), 103–111.
- Zainuri, A., & Zulfi, M. (2023). Implementasi kebijakan publik dalam perspektif administrasi negara. *Jurnal Administrasi Publik*, 12(1), 15–25.