

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA YANG  
DIRASAKAN PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI  
SURABAYA**

*PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

**NURFA DWIKI FITRIANA**

**NIM. 131511133079**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2019**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 23 Oktober 2019  
Yang menyatakan

Nurfa Dwiki Fitriana  
NIM. 131511133079

**HALAMAN PERNYATAAN**

**PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN  
AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurfa Dwiki Fitriana  
NIM : 131511133079  
Program Studi : Studi Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma yang Dirasakan pada Penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya,  
Yang Menyatakan



METERAI  
TEMPEL  
08831A AHF068585279  
6000  
ENAM RIBURUPIAH

Nurfa Dwiki Fitriana  
131511133079

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA YANG  
DIRASAKAN PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI  
SURABAYA**

Oleh:

Nama : Nurfa Dwiki Fitriana

NIM. 131511133079

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 16 Agustus 2019

Oleh,

Pembimbing Ketua



**Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.**

**NIP. 197212172000032001**

Pembimbing



**Lingga Curnia D., S.Kep., Ns., M.Kep.**

**NIP. 199012162018083201**

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



**Dr. Kusnanto, S.Kp., M. Kes.**

**NIP. 196808291989021001**



**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA YANG  
DIRASAKAN PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI  
SURABAYA**

Oleh:

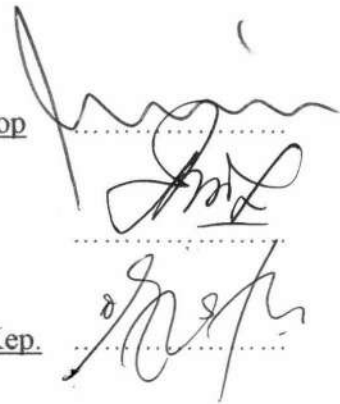
Nama : Nurfa Dwiki Fitriana  
NIM. 131511133079

Telah diuji  
Pada tanggal 23 September 2019  
PANITIA PENGUJI

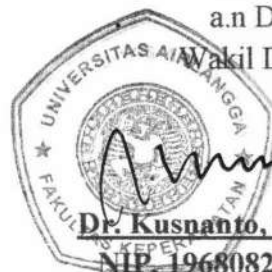
Ketua : Dr. Makhfudli S.Kep., Ns., M.Ked.Trop  
NIP. 197902122014091003

Anggota : 1. Dr. Tintin Sukartini S.Kp., M.Kes.  
NIP. 197212172000032001

2. Lingga Curnia Dewi S.Kep., Ns., M.Kep.  
NIP. 199012162018083201



Mengetahui  
a.n Dekan  
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M. Kes.  
NIP. 196808291989021001

**MOTTO**

*Jangan pernah menyerah atas sesuatu yang kamu ingini. Memang sulit untuk meraih itu, tapi lebih sulit lagi ketika nanti kamu **MENYESAL**.*

**K.H. Mohammad Nizam Asshafa**

## UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA YANG DIRASAKAN PADA PEDERITA TUBERKULOSIS PARU DI SURABAYA”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Keperawatan.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Keperawatan.
3. Ibu Dr. Tintin Sukartini S.Kp., M.Kes. selaku pembimbing I dan Ibu Lingga Curnia Dewi S.Kep., Ns., M.Kep. selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan kebijaksanaan, motivasi, pengarahan, dan masukan dalam menyusun skripsi ini.
4. Kepala Bakesbangpol Kota Surabaya, Kepala Dinkes Kota Surabaya, Kepala Puskesmas Perak Timur Surabaya, Kepala Puskesmas Sawah Pulo Surabaya, dan Kepala Puskesmas Pegirian Surabaya yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pegirian dan Puskesmas Perak Timur Surabaya.
5. Bapak Priyo dan Bapak Budi selaku pemegang program TB di Puskesmas Perak Timur, Ibu Christy selaku pemegang program TB di Puskesmas Swah Pulo, serta Ibu Yuni selaku pemegang program TB di Puskesmas Pegirian yang telah membantu dalam pengumpulan data calon responden dan proses penelitian ini.
6. Kader TB Kecamatan dan Kelurahan Pabean Cantikan yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membantu penulis mengumpulkan data calon responden secara *door to door* di wilayah kerja Puskesmas Perak Timur.
7. Semua responden yang telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk mengikuti penelitian ini sampai selesai.
8. Alm. Bapak, Mama, dan Mbak Desi atas semangat, kasih sayang dan pengertiannya untuk saya.
9. Sahabat-sahabatku terutama Kusnul, Maria, dan Gita yang selalu setia mendukung dan menyemangati di segala kondisi.
10. Teman-teman seperjuangan A15 yang menjadi penyemangat untuk tidak berhenti berusaha.
11. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan, laboratorium, dan tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan bantuan dan pengarahan dalam menyusun skripsi ini.

12. Pihak-pihak lain yang turut membantu dalam melaksanakan penelitian namun tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya,

Penulis

ABSTRAK

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA YANG DIRASAKAN PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU**

Penelitian Deskriptif Analitik

**Oleh: Nurfa Dwiki Fitriana**

**Pendahuluan:** Penderita tuberkulosis paru mengalami keterlambatan diagnosis, ketidakpatuhan berobat, dan prognosis yang buruk karena stigma. Mereka menghadapi dua bentuk stigma, yaitu stigma eksternal dan stigma internal. Data menunjukkan bahwa stigma yang dirasakan pada pasien tuberkulosis paru terjadi pada level tinggi sampai dengan sedang. Ketakutan tertular dan persepsi budaya di komunitas tentang tuberkulosis mengakibatkan kompleksitas pada stigma tuberkulosis. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor (sosiodemografi, pengetahuan, dan profil klinis) yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru.

**Metode:** Desain penelitian ini adalah *cross sectional* dengan jumlah sampel 100 pasien tuberkulosis paru. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Analisis multivariat logistik regresi ganda digunakan untuk menguji korelasi sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma.

**Hasil:** Sekitar 57% pasien tuberkulosis paru merasakan stigma dimana 7% pasien merasakan stigma eksternal, 29% pasien merasakan stigma internal, dan 21% merasakan kedua stigma. Hasil uji analisis multivariat menunjukkan ada faktor berbeda yang berhubungan dengan stigma eksternal dan stigma internal. Stigma eksternal signifikan terhadap faktor profil klinis, yaitu riwayat keluarga tuberkulosis, sedangkan stigma internal signifikan terhadap faktor sosiodemografi, yaitu status perkawinan dan pendapatan.

**Kesimpulan:** Stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru masih pada level tinggi, dimana stigma internal lebih banyak dirasakan daripada stigma eksternal. Intervensi efektif diperlukan untuk mengurangi stigma yang dirasakan pasien tuberkulosis paru memperhatikan faktor riwayat keluarga TB, status perkawinan, dan pendapatan.

**Kata kunci:** tuberkulosis paru, stigma, stigma eksternal, stigma internal, sosiodemografis, profil klinis, pengetahuan

*ABSTRACT*

**TUBERCULOSIS-RELATED STIGMA AND ASSOCIATED FACTORS  
AMONG PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENT**

Descriptive Analytic Research

**By: Nurfa Dwiki Fitriana**

**Background:** pulmonary tuberculosis patients experience delayed diagnosis, non-compliance treatment, and poor prognosis due to stigma. They faced two types of stigma, external and internal stigma. Data showed stigma among tuberculosis patient at high to moderate levels. Fear of infection and cultural perceptions in the community resulted complexity tuberculosis-related stigma.

**Objective:** To assess tuberculosis-related stigma and associated factors (socio-demographic, knowledge, and clinical profile among tuberculosis pulmonary patients

**Methods:** The design was cross sectional study with sample 100 tuberculosis pulmonary patients. The data collected use purposive sampling technique and questionnaire. Multivariate logistic multiple regression was performed to examine the correlation of socio-demographic, clinical profile, and knowledge about TB with stigma.

**Results:** About 57% of pulmonary tuberculosis patients was stigma. Experienced stigma was experience by 7% patient, internalized stigma was felt by 29% patients, and both was 21% patients. Logistic multiple regression showed different associated factors among stigma external and stigma internal. Stigma external was significant associated with clinical profile (family history of tuberculosis), but stigma internal were significant associated with socio-demographic (marital status and income).

**Conclusion:** Tuberculosis-related stigma was high among pulmonary tuberculosis patients, which internalized stigma was higher that experienced stigma. Effective intervention was needed to reduce tuberculosis-related stigma among pulmonary tuberculosis patients with looking at family history of TB, marital status, and income factors.

**Keywords:** pulmonary tuberculosis, stigma, experienced stigma, internalized stigma, socio-demographic, clinical profile, knowledge

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi .....	v
Motto.....	vi
Ucapan Terimakasih.....	vii
Abstrak .....	ix
<i>Abstract</i> .....	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan umum .....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep tuberkulosis.....	8
2.1.1 Definisi tuberkulosis.....	8
2.1.2 Klasifikasi tuberkulosis .....	8
2.1.3 Etiologi tuberkulosis.....	12
2.1.4 Patofisiologi tuberkulosis .....	13
2.1.5 Manifestasi klinis tuberkulosis .....	14
2.1.6 Pemeriksaan diagnostik dan diagnosis tuberkulosis .....	17
2.1.7 Pengobatan tuberkulosis.....	21
2.1.8 Pemantauan kemajuan pengobatan tuberkulosis .....	24
2.1.9 Hasil pengobatan tuberkulosis.....	26
2.2 Konsep stigma.....	27
2.2.1 Definisi stigma .....	27
2.2.2 Klasifikasi stigma .....	28
2.2.3 Proses terjadinya stigma .....	31
2.2.4 Etiologi stigma .....	31
2.2.5 Stigma dan tuberkulosis .....	34
2.2.6 Faktor yang mempengaruhi stigma dan tuberkulosis.....	35
2.2.7 Dampak stigma dan tuberkulosis .....	37
2.3 Konsep sosiodemografis .....	38

2.3.1	Usia.....	38
2.3.2	Jenis kelamin .....	39
2.3.3	Agama .....	39
2.3.4	Pekerjaan .....	39
2.3.5	Pendidikan.....	39
2.3.6	Status perkawinan.....	40
2.3.7	Pendapatan.....	41
2.4	Konsep <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	41
2.4.1	Sejarah teori <i>Health Belief Model</i> .....	41
2.4.2	Definisi teori <i>Health Belief Model</i> .....	42
2.4.3	Komponen teori <i>Health Belief Model</i> .....	42
2.4.4	Kerangka konsep teori <i>Health Belief Model</i> .....	45
2.5	Keaslian penelitian.....	45
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....</b>		<b>49</b>
3.1	Kerangka konseptual.....	49
3.2	Hipotesis .....	51
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>		<b>53</b>
4.1	Rancangan Penelitian.....	53
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan <i>Sampling</i> .....	53
4.2.1	Populasi .....	53
4.2.2	Sampel .....	53
4.2.3	Besar sampel.....	55
4.2.4	<i>Sampling</i> .....	55
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	55
4.3.1	Variabel independen .....	55
4.3.2	Variabel dependen .....	56
4.3.3	Definisi operasional.....	56
4.4	Alat dan Bahan Penelitian.....	59
4.5	Instrumen Penelitian .....	59
4.5.1	Kuesioner sosiodemografi.....	60
4.5.2	Kuesioner pengetahuan tentang tuberkulosis .....	60
4.5.3	Kuesioner profil klinis.....	61
4.5.4	Kuesioner stigma.....	61
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	64
4.7	Prosedur Pengumpulan Data.....	64
4.7.1	Persiapan .....	64
4.7.2	Pelaksanaan .....	64
4.8	Analisis Data.....	65
4.8.1	Analisis deskriptif.....	67
4.8.2	Analisis inferensial .....	68
4.9	Kerangka Kerja .....	70
4.10	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	71
4.10.1	Uji validitas .....	71
4.10.2	Uji reliabilitas.....	73
4.11	Masalah Etik .....	74
4.12	Keterbatasan Penelitian.....	77



<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>78</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	78
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	78
5.1.2 Karakteristik sosiodemografi, profil klinis, pengetahuan pada penderit TB paru .....	80
5.1.3 Frekuensi Stigma yang Dirasakan pada penderit TB paru ...	82
5.1.4 Hubungan Faktor Sosiodemografi, Profil Klinis, dan Pengetahuan terhadap Stigma yang Dirasakan pada Penderit TB Paru.....	86
5.2 Pembahasan .....	88
5.2.1 Stigma yang Dirasakan pada Penderit Tuberkulosis Paru....	88
5.2.2 Hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma pada penderit tuberkulosis paru. ....	95
5.2.3 Hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma pada penderit tuberkulosis paru. ....	97
5.2.4 Hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma pada penderit tuberkulosis paru. ....	98
5.2.5 Hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma eksternal pada penderit tuberkulosis paru. ....	100
5.2.6 Hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma eksternal pada penderit tuberkulosis paru.....	102
5.2.7 Hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma eksternal pada penderit tuberkulosis paru.....	103
5.2.8 Hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma internal pada penderit tuberkulosis paru. .	105
5.2.9 Hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma internal pada penderit tuberkulosis paru. ....	108
5.2.10 Hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma internal pada penderit tuberkulosis paru. ....	109
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>112</b>
6.1 Kesimpulan .....	112
6.2 Saran .....	112
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>115</b>
Lampiran-lampiran.....	121

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Latent dan Sakit TB (CDC, 2016).....	15
Tabel 2.2 OAT Lini Pertama.....	21
Tabel 2.3 Dosis Panduan OAT KDT Kategori 1 .....	22
Tabel 2.4 Dosis Panduan OAT KDT Kategori 2 .....	23
Tabel 2.5 Dosis Panduan OAT Kombipak Kategori 1.....	23
Tabel 2.6 Dosis Panduan OAT Kombipak Kategori 2.....	24
Tabel 2.7 Keaslian Penelitian.....	45
Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian .....	56
Tabel 4.2 Blue print Kuesioner Sosiodemografis .....	60
Tabel 4.3 Blue print Kuesioner Profil Klinis Tuberkulosis .....	61
Tabel 4.4 Sumber kuesioner stigma .....	62
Tabel 4.5 Hasil Uji Validitas kuesioner stigma eksternal .....	72
Tabel 4.6 Hasil Uji Validitas kuesioner stigma internal .....	72
Tabel 4.7 Hasil uji reliabilitas kuesioner stigma eksternal dan internal .....	74
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik sosioemografi, profil klinis, pengetahuan responden di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019.....	80
Tabel 5.2 Distribusi stigma pada pasien TB Paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019.....	82
Tabel 5.3 Distribusi stigma pada pasien TB Paru berdasarkan sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019.....	83
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi pertanyaan pada kuesioner stigma eksternal pada pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019 .....	84
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi pertanyaan pada kuesioner stigma internal pada pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019 .....	85
Tabel 5.6 Hasil uji hipotesis variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019.....	86
Tabel 5.7 Hasil uji hipotesis variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019 .....	86
Tabel 5.8 Hasil uji hipotesis variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019 .....	87

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Alur diagnosis dan tindak lanjut TB Paru pada pasien dewasa.....	20
Gambar 2.2 Proses stigma.....	31
Gambar 2.3 Kerangka konseptual teori <i>health belief model</i> .....	45
Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian .....	49
Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian.....	70

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> .....	121
Lampiran 2 Penjelasan Penelitian Responden .....	122
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian .....	124
Lampiran 4 Permohonan Ijin Kuesioner .....	130
Lampiran 5 Ijin Penelitian Bankes Bang, Pol .....	133
Lampiran 6 Ijin Penelitian Dinkes .....	134
Lampiran 7 Etik .....	135
Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian .....	136
Lampiran 9 Uji Validitas Reliabilitas .....	137
Lampiran 10 Tabulasi Data .....	142
Lampiran 11 Frekuensi Data .....	147
Lampiran 12 Tabulasi Silang .....	150
Lampiran 13 Hasil Analisis Data .....	155
Lampiran 14 Proses Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda .....	161

**DAFTAR SINGKATAN**

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Virus</i>
ARV	: <i>antiretroviral</i>
BTA	: Basil Tahan Asam
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KTB	: Kombinasi Dosis Tetap
MDR	: <i>Multi Drug Resisten</i>
MOTT	: <i>Mycobacterium Other Than Tuberculosis</i>
MR	: <i>Mono resisten</i>
M. Tb	: <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sekolah Menengah Kejurusan
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SPS	: Sewaktu Pagi Sewaktu
TB	: Tuberkulosis
TB MDR	: Tuberkulosis <i>Multi Drug Resisten</i>
UMR	: Upan Minimum Regional
PR	: <i>Poli Resisten</i>
RR	: <i>Resisten Rifampisin</i>
XDR	: <i>Extensive Drug Resisten</i>
OAT-KDT	: Obat Anti Tuberkulosis Kombinasi Dosis Tetap

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

**BAB 1****PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang**

Penderita tuberkulosis paru menderita karena stigma. Mereka menghadapi dua bentuk stigma, yaitu stigma eksternal dan stigma internal (Chowdhury *et al.*, 2015). Beberapa penelitian telah mengungkapkan bentuk stigma eksternal yang dialami penderita tuberkulosis paru. Hasil penelitian melaporkan pasien tuberkulosis mendapatkan pelecehan verbal secara langsung dari keluarga besar atau tetangga. Pelecehan verbal yang didapatkan berupa cibiran untuk menjauh, menyuruh tinggal di rumah sakit, melarang batuk dan memerintah keluar saat bersama keluarga, dan ejekan saat bertemu pasien tuberkulosis (Mukerji and Turan, 2018). Penelitian oleh Bousfield, Meirelles, & Chirinos (2017) menemukan bahwa penderita tuberkulosis menerima perilaku diskriminasi seperti pemisahan peralatan pribadi (piring, sendok, dan tempat tidur) dengan keluarga. Penelitian lain juga melaporkan mereka mengalami isolasi (hidup sendiri, makan sendiri, dan tidur sendiri) karena keluarga dan masyarakat menjauhi mereka, pengusiran dari rumah sewaan karena pemilik merasa tidak nyaman sejak mengetahui sakit, dan masyarakat berjalan menjauh atau memalingkan kepala ke arah berlawanan saat diajak berinteraksi dengan pasien tuberkulosis paru (Tadesse, 2016).

Berbeda bentuk dengan stigma eksternal, stigma internal adalah menginternalisasi gagasan stigma eksternal hingga mereka percaya bahwa mereka kurang berharga daripada yang lain. Ekspresi dari keyakinan tersebut adalah perasaan malu, putus asa, bersalah, dan hilangnya harga diri (Cremers *et al.*,

2015). Perilaku buruk yang diterima penderita TB paru mengakibatkan rasa malu dan tidak suka apabila keluarga atau masyarakat sekitar rumah mengetahui penyakitnya (Bousfield, Meirelles and Chirinos, 2017). Penelitian mengungkapkan pasien tuberkulosis paru merasa harga diri rendah dan menyalahkan diri sendiri karena penyakitnya setelah mendapatkan pelecehan verbal dari orang lain untuk menjauhinya (Mukerji and Turan, 2018). Studi berbasis bukti lain mengungkapkan wanita kakak beradik merasa sulit mendapatkan pasangan, karena mereka berpikir tidak ada yang tertarik dengan mereka yang menderita tuberkulosis paru (Cremers *et al.*, 2015).

Penderita tuberkulosis tahun 2017 di dunia diperkirakan mencapai 10 juta orang. Sebesar 55800 orang telah resistensi obat rifampin (RR-TB) dan 82% diantaranya memiliki *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB). Indonesia termasuk kedalam 30 negara dengan beban tinggi kasus tuberkulosis karena menyumbang 8% kasus tuberkulosis dunia. Kasus MDR/RR-TB di Indonesia sebesar 23.000 atau 8,8 per 100.000 penduduk (World Health Organization, 2018). Jawa Timur menempati urutan kedua dalam jumlah penemuan penderita tuberkulosis tahun 2017. Penemuan kasus baru tuberkulosis sebanyak 26.152 (67 per 100.000 penduduk) kasus dan penemuan semua kasus tuberkulosis sebanyak 54.811 (139 per 100.000 penduduk) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017). Tahun 2017, Surabaya, ibu kota Jawa Timur, menemukan kasus baru tuberkulosis sebanyak 2.802 orang (94,47 per 100.000 penduduk) dan jumlah seluruh kasus tuberkulosis sebesar 6.488 orang (225,69 per 100.000 penduduk). Distribusi terbanyak seluruh kasus tuberkulosis berdasarkan wilayah Surabaya adalah Surabaya Utara dengan jumlah kasus baru BTA+ sebesar 520 orang dan



jumlah seluruh kasus tuberkulosis sebesar 960 orang. Terdapat empat kecamatan dengan penemuan kasus paling banyak berdasarkan wilayah kerja puskesmas Surabaya Utara yaitu Kecamatan Semampir (340 kasus), Kecamatan Pabean Cantikan (127 kasus), Kecamatan Krembangan (235 kasus), dan Kecamatan Kenjeran (288 kasus) (Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya, 2017).

Data kejadian stigma pada beberapa penelitian mengungkapkan penderita tuberkulosis paru mengalami stigma pada level tinggi sampai dengan sedang (Chowdhury *et al.*, 2015; Yilmaz and Dedeli, 2016; Chakrabartty *et al.*, 2018). Data dari studi pendahuluan yang dilaksanakan peneliti pada tanggal 11 dan 13 Mei 2019 di Puskesmas Perak Timur menunjukkan 7 dari 10 responden mengalami stigma. Terdapat 2 penderita tuberkulosis paru mengalami stigma eksternal dan 7 penderita tuberkulosis paru mengalami stigma internal. Mereka setuju bahwa tetangga/keluarga menjauh (1 responden), mengucilkan (2 responden), menggosipkan/membicarakan (1 responden), memberikan pelecehan verbal secara langsung seperti mengejek/mengolok-olok (1 responden), tidak percaya diri (4 responden), tidak ada yang tertarik untuk mendekat (1 responden) minder dengan orang lain yang tidak terkena tuberkulosis paru (3 responden), malu (3 responden), dan kecewa pada diri sendiri (5 responden).

Penelitian mengungkapkan stigma tuberkulosis paru berdampak pada keterlambatan diagnosis, ketidakpatuhan berobat, dan prognosis yang buruk (Tadesse, 2016). Ketidakpatuhan pada pengobatan tuberkulosis meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan risiko terjadinya resistensi dan memanjangkan penularan *Mycobacterium tuberculosis* pada orang lain disekitarnya (Kusnanto *et al.*, 2018). Penelitian lain mengungkapkan dampak stigma tuberkulosis paru

adalah penyakit kesehatan mental, yaitu keinginan untuk bunuh diri, merasa kesepian, cemas, dan depresi. Semakin tinggi stigma, semakin tinggi pula tingkat kecemasan dan depresi pada penderita tuberkulosis paru (Yilmaz and Dedeli, 2016; Mukerji and Turan, 2018).

Beberapa penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi stigma tuberkulosis telah banyak dilaporkan, yaitu faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, status perkawinan, dan pendapatan), pengetahuan tentang tuberkulosis, dan profil klinis tuberkulosis (klasifikasi tuberkulosis berdasarkan anatomi (tuberkulosis paru dan ekstra paru), fase pengobatan, kategori pengobatan, riwayat pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) (Chowdhury *et al.*, 2015; Cremers *et al.*, 2015; Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016; Lee *et al.*, 2017; Shivapujimath *et al.*, 2017; GC and P, 2018; Yin *et al.*, 2018). Namun, beberapa penelitian menunjukkan hasil yang berbeda karena perbedaan sosiokultural, etnis, dan wilayah di setiap negara (Yin *et al.*, 2018).

Stigma terhadap penderita tuberkulosis paru dapat diteliti dengan menggunakan pendekatan *Health Belief Model* (HBM). *Health Belief Model* (HBM) adalah model perilaku kesehatan atau respon terhadap penyakit bergantung pada keyakinan dan dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan sekitar. Teori ini menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan memprediksi mengapa orang akan mengambil tindakan perubahan dan pemeliharaan perilaku tersebut (Sakinah, 2017).

Seiring timbulnya stigma dan dampak stigma yang dirasakan penderita tuberkulosis paru, diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang

mempengaruhi stigma. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tersebut dengan pendekatan teori keperawatan perilaku kesehatan yaitu *Health Belief Model* (HBM) di Surabaya untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi stigma dan dapat menjadi pedoman intervensi dalam menurunkan stigma yang dirasakan penderita tuberkulosis paru.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Surabaya?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Menganalisis hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.
2. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.
3. Menganalisis hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.

4. Menganalisis hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
5. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
6. Menganalisis hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
7. Menganalisis hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.
8. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.
9. Menganalisis hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Teoritis**

Hasil penelitian dapat menjelaskan beberapa faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Surabaya sehingga penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan pengembangan ilmu keperawatan khususnya Keperawatan Komunitas.

#### 1.4.2 Praktis

1. Bagi penderita tuberkulosis diharapkan setelah penelitian ini memperoleh informasi dan dapat beradaptasi terhadap stigma yang diterima oleh penderita tuberkulosis.
2. Bagi petugas kesehatan di wilayah setempat diharapkan memberikan informasi, edukasi, dan pendidikan kesehatan kepada penderita tuberkulosis paru dan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan menurunkan stigma terkait tuberkulosis.
3. Bagi peneliti dapat menjadi referensi untuk melakukan penelitian lebih lanjut terkait dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

**BAB 2****TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Konsep tuberkulosis****2.1.1 Definisi tuberkulosis**

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri kelompok *Mycobacterium*. Kelompok bakteri ini memiliki banyak spesies, diantaranya *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. leprae* dan lain-lain. Tuberkulosis sendiri disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Secara umum bakteri ini menyerang paru-paru, namun dapat menyerang organ lain seperti ginjal, tulang belakang, dan otak (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

**2.1.2 Klasifikasi tuberkulosis**

Menentukan klasifikasi status pasien TB sangat penting untuk pengambilan keputusan, pengobatan, dan pemantauan. Diagnosis TB dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi anatomi penyakit, riwayat pengobatan sebelumnya, hasil bakteriologis, uji kepekaan obat, dan status HIV (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

**1. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi penyakit:****1) TB Paru**

Kasus TB yang mengenai organ perankim paru, termasuk milier TB, yaitu adanya lesi pada jaringan paru. Pasien yang menderita TB paru sekaligus TB ekstra paru diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

**2) TB Ekstra paru**

Kasus TB yang mengenai selain organ parenkim paru seperti pleura, kelenjar getah bening, abdomen, saluran genitourinaria, kulit, sendi dan

tulang, dan selaput otak. Limfadenitis TB dirongga dada (hilus dan/mediastinum) atau efusi pleura tanpa gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru.

2. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan:

- 1) Kasus baru, pasien TB yang belum pernah mendapat pengobatan TB sebelumnya atau riwayat pengobatan TB kurang dari 1 bulan.
- 2) Kasus dengan riwayat pengobatan sebelumnya, pasien TB yang pernah mendapat pengobatan TB 1 bulan atau lebih. Sangat penting untuk mengidentifikasi riwayat pengobatan TB sebelumnya, karena terdapat risiko resistensi obat. Sebelum memulai pengobatan, dilakukan pemeriksaan biakan specimen dan uji resistensi obat atau diagnostic cepat sesuai pedoman untuk semua pasien yang memiliki riwayat pengobatan TB. Klasifikasi lebih lanjut berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya adalah sebagai berikut:
  - (1) Kasus kambuh, dimana pasien sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan dan dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap pada akhir pengobatan dan saat ini ditegakkan diagnosis TB episode rekuren (baik untuk kasus yang benar-benar kambuh atau episode baru yang disebabkan reinfeksi).
  - (2) Kasus pengobatan setelah gagal, dimana pasien sebelumnya mendapat pengobatan TB dan dinyatakan gagal pada akhir pengobatan.
  - (3) Kasus setelah putus obat, dimana pasien pernah pengobatan TB selama 1 bulan atau lebih dan tidak meneruskannya selama lebih dari 2 bulan berturut-turut atau dinyatakan tidak dapat dilacak pada akhir



pengobatan. Istilah lain dikatakan sebagai pasien dengan perjalanan pengobatan tidak dapat dilacak atau *loss to follow up*.

- (4) Kasus dengan riwayat pengobatan lainnya, yaitu pasien yang pernah mendapatkan pengobatan TB tetapi hasil akhir pengobatan tidak diketahui atau tidak didokumentasikan.
- (5) Kasus pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya adalah pasien yang tidak dapat dimasukkan dalam salah satu klasifikasi diatas.

### 3. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis

Pasien suspek/presumtif TB perlu dilakukan pemeriksaan bakteriologis untuk mengkonfirmasi penyakit TB. Pemeriksaan bakteriologis adalah pemeriksaan asupan dahak/specimen untuk mengidentifikasi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* berdasarkan biakan atau metode diagnostic cepat (Xpert MTB/RIF). Bila mungkin diperoleh paling sedikit satu spesime pagi karena memiliki hasil terbaik dalam pemeriksaan.

Kasus TB paru asupan dahak positif apabila pada wilayah dengan jaminan mutu laboratorium, dibutuhkan paling sedikit satu spesimen untuk hasil pemeriksaan asupan dahak positif, sedangkan pada wilayah tanpa jaminan mutu laboratorium, dibutuhkan paling sedikit dua spesimen untuk hasil pemeriksaan asupahan dahak positif.

Kasus TB paru asupan dahak negatif adalah hasil pemeriksaan asupan dahak BTA negatif tetapi biakan positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* dan memenuhi kriteria diagnostik, yaitu keputusan klinisi untuk mengobati dengan terapi OAT lengkap, temuan radiologis pada TB paru aktif, terdapat bukti kuat

berdasarkan laboratorium/manifestasi klinis, negatif HIV atau status HIV tidak diketahui dengan tinggal di daerah dengan prevalensi HIV rendah, tidak respons terhadap antibiotik spektrum luas (di luar OAT, fluorokuinolon, dan aminoglikosida).

#### 4. Klasifikasi berdasarkan Uji Kepekaan Obat

Hasil uji kepekaan dari *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT dikelompokkan sebagai berikut:

##### 1) *Mono resisten* (TB MR)

Resisten terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja.

##### 2) *Poli resisten* (TB PR)

Resisten terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid dan Rifampisin secara bersamaan.

##### 3) *Multi drug resisten* (TB MDR)

Resisten terhadap Isoniazid dan Rifampisin secara bersamaan.

##### 4) *Extensive drug resisten* (TB XDR)

TB MDR dengan resisten terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan salah satu OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin, dan Amikasin).

##### 5) *Resisten rifampisin* (TB RR)

Resisten terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resisten pada OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).

## 5. Klasifikasi berdasarkan status HIV

### 1) Kasus TB dengan HIV positif

TB konfirmasi bakteriologis atau klinis yang memiliki hasil positif terhadap tes infeksi HIV pada saat ditegakkan diagnosa TB atau memiliki bukti dokumentasi terdaftar di register HIV atau obat antiretroviral (ARV) atau praterapi ARV.

### 2) Kasus TB dengan HIV negatif

TB konfirmasi bakteriologis atau klinis yang memiliki hasil negatif terhadap tes infeksi HIV yang dilakukan pada saat ditegakkan diagnosa TB. Apabila kemudian hari pasien diketahui positif HIV, maka pengelompokan disesuaikan klasifikasinya.

### 3) Kasus TB dengan status HIV tidak diketahui

TB konfirmasi bakteriologis atau klinis tetapi tidak memiliki hasil tes HIV dan tidak memiliki dokumentasi di register HIV. Apabila kemudian pasien diketahui positif HIV, maka pengelompokan disesuaikan klasifikasinya.

### 2.1.3 Etiologi tuberkulosis

Etiologi dari TB adalah kelompok bakteri *Mycobacterium*, yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Kelompok bakteri yang menimbulkan gangguan saluran pernafasan selain *Mycobacterium tuberculosis*, disebut MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*). Ini terkadang dapat digunakan sebagai penegak diagnosis dan pengobatan TB. Secara umum sifat kuman penyebab TB sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019):

1. Berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron.
2. Berwarna merah dalam pemeriksaan mikroskop.

3. Bersifat tahan asam dalam perwarnaan dengan metode Ziehl Neelsen.
4. Memerlukan media khusus untuk perbiakan, seperti Lowenstein Jensen dan Ogawa.
5. Tahan terhadap suhu rendah (suhu 4°C sampai dengan -70°C).
6. Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari, dan sinar ultraviolet.
7. Bakteri dalam dahak pada suhu antara 30°C - 37°C akan mati dalam waktu  $\pm$  1 minggu.
8. Kuman dapat bersifat domant (tidur/tidak berkembang).

#### 2.1.4 Patofisiologi tuberkulosis

Tuberkulosis menular melalui udara yang terdapat partikel-partikel kecil (droplet) yang mengandung bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber droplet bakteri *Mycobacterium tuberculosis* berasal dari pasien sakit TB dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif (BTA-positif). Individu dengan BTA-positif lebih berisiko tinggi menularkan daripada BTA-negatif. Droplet bakteri menyebar ke permukaan udara ketika pasien TB sedang batuk, berteriak, menyanyi, bersin, berbicara atau ekspirasi kuat lainnya yang mengeluarkan sekresi pernafasan. Bakteri dapat bertahan cukup lama di udara. Individu menghirup droplet *Mycobacterium tuberculosis* dapat melewati mukosiliar saluran pernafasan dengan mudah dan mengendap di alveoli karena ukuran droplet yang kecil. Individu terinfeksi bakteri dan berisiko menjadi sakit TB jika memiliki sistem imun yang rendah, contoh pasien HIV. Kontak rumah yang terinfeksi HIV memiliki risiko 5 kali terkena TB daripada yang tidak terinfeksi HIV. Pengaruh penularan TB ke orang lain bergantung pada jumlah bakteri pada droplet di udara dan lamanya paparan. Kontak dekat dengan pasien TB rentan tertular dan menjadi

sakit TB dalam tahun pertama setelah pajanan. Kontak dapat terjadi di rumah, tempat kerja, dan daerah kumuh (Churchyard *et al.*, 2017).

Individu yang menghirup droplet bakteri, terdapat empat kemungkinan yang terjadi pada individu tersebut, yaitu gagal terjadi terinfeksi, terinfeksi kemudian pembersihan infeksi, terinfeksi tetapi tidak menjadi sakit TB, dan mengembangkan penyakit TB *progresif*. Bakteri terperangkap dan menetap di seluruh saluran udara karena ditangkap oleh mukus yang dihasilkan oleh sel goblet penghasil mukus. Silia permukaan sel terus melakukan pergerakan untuk mengeluarkannya. Ini adalah sistem pertahanan tubuh awal untuk mencegah infeksi pada orang yang terpapar TB. Bakteri yang melewati silia, akan mencapai alveoli dan dengan cepat dikelilingi dan ditelan oleh *makrofag alveolar*. Ini adalah garis pertahanan berikutnya, bagian dari sistem imun bawaan dan memberikan kesempatan tubuh untuk menghancurkan bakteri yang menyerang dan mencegah infeksi. Fagositosis oleh *makrofag* menghasilkan keberhasilan pengendalian infeksi menjadi TB laten atau kegagalan menjadi penyakit aktif, disebut TB progresif primer (Knechel, 2009).

#### **2.1.5 Manifestasi klinis tuberkulosis**

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk diikuti dengan gejala tambahan seperti dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatas fisik dan demam meriang lebih dari satu bulan (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

Proses infeksi yang terjadi dapat berkembang secara berbeda pada setiap pasien, berdasarkan status sistem imun individu. Perbedaan ini dibagi kedalam 4

tahapan, yaitu *latent*, *primary disease*, *primary progressive disease*, dan *extrapulmonary disease* (Knechel, 2009).

### 1. *Latent tuberculosis*

Bakteri TB memiliki sifat dorman/tidur/tidak berkembang. Manifestasi klinis pasien berupa tanpa tanda atau gejala penyakit dan tidak merasa sakit, namun bakteri masih ada didalam tubuh dan sulit untuk dihilangkan sepenuhnya. Meskipun begitu, pasien tidak menularkan bakteri ke orang disekitarnya. Bakteri dorman dapat bertahan hidup bertahun-tahun atau seumur hidup, dan dapat menjadi aktif/berkembang pada kondisi dengan sistem imun rendah seperti pasien dengan HIV/AIDS. Faktor-faktor lain yang dapat menurunkan sistem imun adalah usia diatas 65 tahun dengan banyak riwayat penyakit, diabetes melitus tidak terkontrol, sepsis, gagal ginjal, kekurangan gizi, merokok, kemoterapi, transplatansi organ, dan penggunaan kortikosteroid jangka panjang.

Tabel 2.1 Perbedaan Latent dan Sakit TB (CDC, 2016)

Perbedaan	<i>Latent</i>	Sakit TB
Gejala TB	-	+
<i>Feel sick</i>	-	+
Menularkan bakteri ke orang lain	-	+
Tes kulit dan darah terindikasi infeksi TB	+	+
Foto thoraks	-	+
Pemeriksaan dahak	-	+

### 2. *Primary Tuberculosis*

Tahap ini pasien sering tidak menunjukkan gejala, namun hasil tes diagnostik adalah bukti adanya tuberkulosis. Limfadenopati paratrakeal dapat terjadi karena bakteri menyebar melalui sistem limfatik. Apabila lesi membesar, efusi pleura dapat terjadi karena bakteri menginfiltrasi ruang pleura yang lokasinya berdekatan dengan lesi. Efusi dapat sembuh spontan atau tidak dengan menimbulkan gejala seperti demam, nyeri dada, dan dispnea. Dispnea disebabkan pertukaran gas yang

buruk di area jaringan paru yang terkena. Dullness/pekak dari perkusi adalah temuan fisik yang mengindikasikan efusi pleura karena kelebihan cairan yang memasuki ruang pleura.

### 3. *Primary Progressive Tuberculosis*

Pasien yang berkembang TB aktif, menunjukkan tanda dan gejala seperti kelelahan progresif, malaise, penurunan berat badan, demam ringan mengigil dan keringat malam. Pasien juga mengalami *wasting* karena penurunan nafsu makan dan perubahan metabolisme akibat respon inflamasi. *Wasting* berkaitan dengan hilangnya jaringan lemak dan penurunan masa otot yang berkontribusi terjadinya kelelahan. *Clubbing finger*, tanda oksigenasi yang buruk, dapat terjadi. Batuk, awalnya tidak produktif menjadi produktif, mengeluarkan dahak purulen. Dahak dapat bernoda darah karena pecahnya pembuluh darah di dalam rongga. Penyakit yang luas dapat menyebabkan *dyspnea* atau *ortopnea* karena penurunan kapasitas difusi paru-paru. *Crackles* saat inspirasi dapat terdeteksi pada area yang terlibat. Studi hematologi mungkin mendapatkan anemia, yang merupakan penyebab kelelahan dan leukositosis akibat respon terhadap infeksi.

### 4. *Extrapulmonary tuberculosis*

Pasien dengan penurunan sistem imun berpeluang 20% terkena tuberkulosis ekstraparu. Lokasi yang paling serius adalah sistem saraf pusat, dimana terjadi meningitis atau *tuberculoma spaceoccupying*. Ini dapat berakibat fatal pada individu apabila tidak diobati segera. Tamuan sakit kepala dan perubahan status mental dapat menjadi deteksi cepat untuk diagnosa banding. Bentuk fatal lain dari TB ekstraparu adalah sistem aliran darah, disebut disseminated atau miliary tuberculosis. Bakteri dapat menyebar keseluruh tubuh dan melibatkan multiorgan.

*Miliary tuberculosis* berkembang dengan cepat dan sulit terdiagnosa karena gejala sistemik dan tidak spesifik, seperti demam, penurunan berat badan, dan kelemahan. Lokasi lain yang mungkin terjadi adalah sistem limfa, tulang, sendi, dan sistem genitourinaria.

### **2.1.6 Pemeriksaan diagnostik dan diagnosis tuberkulosis**

#### **1. Pemeriksaan diagnostik**

##### **1) Pemeriksaan Dahak**

###### **(1) Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung**

Pemeriksaan ini berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan, dan menentukan potensi penularan. Hasil pemeriksaan disebut sebagai pasien TB paru BTA positif atau negatif. Pada penegakkan diagnosis, pemeriksaan dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan secara berurutan, biasa disebut dahak Sewaktu-Pagi (SP). Sewaktu (S) adalah penampungan dahak di fasyankes saat pasien suspek TB datang berkunjung pertama kali ke layanan kesehatan. Pada saat pulang, pasien membawa pot dahak untuk menampung dahak besoknya (hari kedua) di pagi hari. Pagi (P) adalah dahak ditampung pada pagi hari setelah bangun tidur. Penampungan bisa dirumah pasien lalu dibawa dan diserahkan kepada petugas di layanan kesehatan atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).



## (2) Pemeriksaan biakan

Pemeriksaan biakan adalah pemeriksaan identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya untuk penegakkan diagnosis pasti TB. Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (*Lowenstein-Jensen*) dan media cair (*Mycobacteria Growth Indicator Tuber*). Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien tertentu, misalnya pasien TB ekstra paru, pasien TB anak, dan pasien TB dengan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis langsung BTA negatif. Hasil pemeriksaan disebut sebagai pasien TB hasil biakan *Mycobacterium tuberculosis* positif atau negatif (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

## (3) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB

Pemeriksaan tes cepat molekuler dengan metode Xpert MTB/RIF adalah sara untuk penegakkan diagnosis. Pemeriksaan TCM tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

## 2) Foto Thorax

Sebagian besar TB paru ditegakkan dengan pemeriksaan dahak mikroskopis dan tidak memerlukan foto toraks, kecuali pada beberapa kondisi sebagai berikut (Werdhani, 1995):

- (1) Hanya 1 dari 3 spesimen dahak dengan hasil BTA positif. Foto toraks digunakan untuk mendukung diagnosis TB paru BTA positif.
- (2) Hasil ketiga spesimen dahak tetap negatif pada pemeriksaan awal dan setelah pemberian antibiotik non OAT.

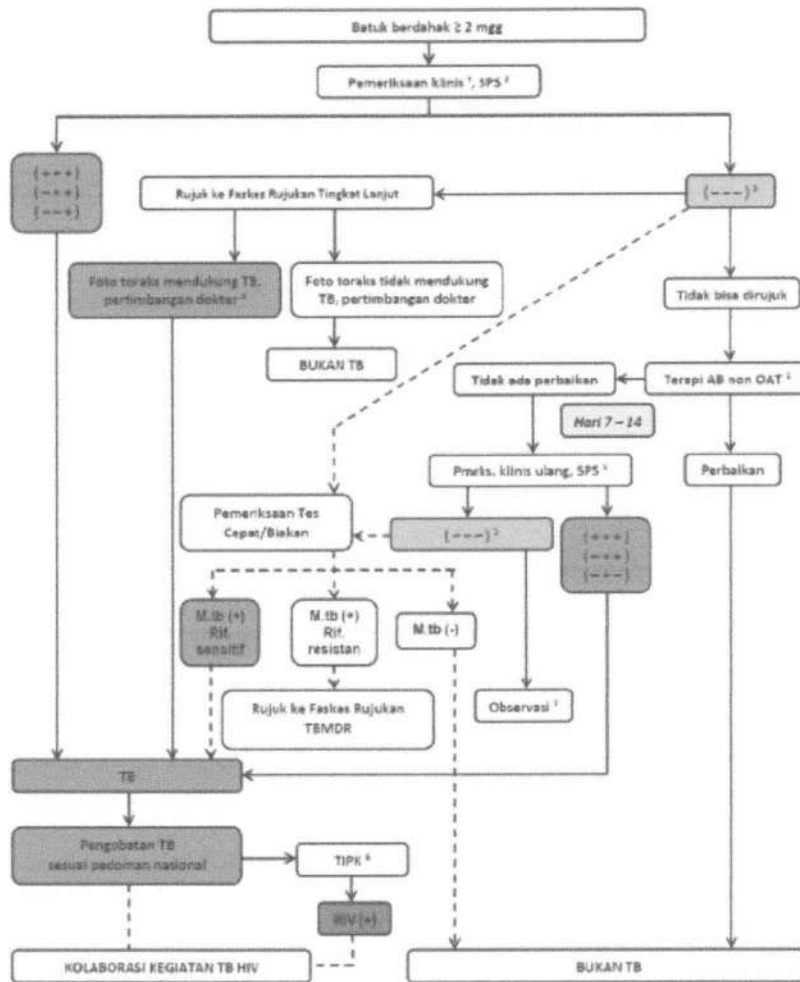
(3) Pasien terduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang memerlukan penanganan khusus dan pasien mengalami hemoptisis berat.

### 3) Pemeriksaan uji kepekaan obat

Tujuan pemeriksaan adalah menentukan ada atau tidaknya resistensi *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT. Pemeriksaan harus dilakukan di laboratorium yang tersertifikasi atau lulus uji pemantapan mutu untuk memperkecil kesalahan dalam menentukan jenis resistensi OAT dan keputusan pengobatan pasien TB dengan resistensi obat. Pemeriksaan dilakukan dengan tes cepat (hasil dalam beberapa jam) yaitu GeneXpert atau konvensional (hasil dalam 10 hari) (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

## 2. Diagnosis

Seseorang dengan gejala klinis TB, seperti batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih, dahak bercampur darah, batuk berdarah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, dan demam meriang lebih dari satu bulan disebut sebagai tersangka pasien TB atau suspek TB. Pasien tersangka TB perlu dilakukan penegakkan diagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis, melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan, dan tes cepat (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).



Gambar 2.1 Alur Diagnosis dan tindak lanjut TB Paru pada pasien dewasa (AEIRC, 2019)

Pasien terdiagnosa TB positif apabila hasil konfirmasi pemeriksaan bakteriologis adalah TB paru BTA positif, artinya hasil pemeriksaan dahak positif dengan cara pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan atau tes cepat (GeneXpert) atau terdiagnosis secara klinis, artinya pasien tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi terdiagnosis oleh dokter karena pasien TB paru BTA negatif dengan hasil pemeriksaan foto toraks mendukung TB, pasien ekstraparu yang terdiagnosis secara klinis maupun laboratoris dan histopatologis tanpa konfirmasi bakteriologis, dan TB anak yang terdiagnosa dengan sistem skoring. Pasien terdiagnosa klinis dikemudian hari terkonfirmasi bakteriologis

positif, harus diklasifikasi ulang sebagai pasien TB pemeriksaan bakteriologis (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

Apabila hasil pemeriksaan bakteriologis menunjukkan BTA negatif, pasien dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut untuk dilakukan pemeriksaan foto thoraks. Pada pasien yang tidak bisa dilakukan rujukan, diberikan obat antibiotik (bukan OAT). Selama 7-14 hari pasien tidak menunjukkan perbaikan, dilakukan pemeriksaan ulang bakteriologis secara langsung (SPS). Hasil temuan pemeriksaan masih menunjukkan BTA negatif, maka dilakukan pemeriksaan biakan atau tes cepat. Hasil pemeriksaan biakan atau tes cepat positif *M.tb* positif maka pasien didiagnosa positif TB (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

### 2.1.7 Pengobatan tuberkulosis

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah pengobatan TB yang paling efisien untuk mencegah penyebaran dari kuman TB dan terjadinya resistensi. OAT diberikan dalam bentuk paduan tepat dengan obat Kombinasi Dosis Tetap (KDT) yang mengandung minimal 4 macam obat. Jenis-jenis Obat Anti tuberkulosis (OAT) lini pertama dijelaskan pada tabel 2.2 (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019):

Tabel 2.2 OAT Lini Pertama

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	bakterisidal	Neuropati perifer, psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang
Rifampisin (R)	bakterisidal	Flu syndrome, gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopenia, demam, skin rash, sesak nafas, anemia hemolitik
Pirazinamid (Z)	bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hari, gout arthritis
Streptomisin (S)	bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopenia

Jenis	Sifat	Efek Samping
Etambutol (E)	bakteriostatik	Gangguan pengelihhtan, buta warna, neuritis perifer

Dosis yang diberikan berdasarkan berat badan pasien. KDT di Indonesia distandarisasi menjadi empat kelompok berat bada 30-37 kg/BB, 38-54 kg/BB, 55-70 kg/BB dan lebih dari  $\geq 71$  kg/BB. Waktu pengobatan dibagi menjadi tahap awal dan tahap lanjutan. Tahap awal diberikan selama 2 bulan yang diberikan setiap hari untuk menurunkan jumlah kuman dan meminimalisir pengaruh dari sebgaaian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Saat jumlah kuman sudah turun, daya penularan menjadi turun setelah pengobatan selama 2 minggu. Pada tahap lanjutan adalah tahap membunuh sisa kuman yang masih ada didalam tubuh, khususnya kuman persisten agar pasien dapat sembuh total dan mencegah terjadinya kekambuhan. Tahap lanjutan diberikan selama 4 bulan dengan diberikan obat 3x dalam seminggu (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

Panduan obat diberikan dalam bentuk paket, satu pasien satu paket dalam satu masa pengobatan. Ini bertujuan agar memudahkan pemberian dan menjamin kontinuitas pengobatan sampai selesai. Panduan OAT-KDT yang digunakan untuk dewasa oleh Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesa adalah Kategori-1 (Tabel 2.3), yaitu 2(HRZE)/4(HR)3, dan Kategori-2 (Tabel 2.4), yaitu 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3. Panduan Kategori-1 diberikan pada pasien baru TB paru terkonfirmasi bakteriologis, terdiagnosis klinis, dan TB ekstra paru (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

Tabel 2.3 Dosis Panduan OAT KDT Kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30-37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
38-54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55-70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

Panduan Kategori-2 diberikan pada pasien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang) karena pasien kambuh, gagal pada pengobatan panduan Kategori-1 sebelumnya, dan pengobatan kembali setelah putus obat (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

Tabel 2.4 Dosis Panduan OAT KDT Kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥ 71 kg	5 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj.	5 tab 4KDT (> do maks)	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid, dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister untuk pasien yang terbukti mengalami efek samping pada pengobatan OAT-KDT. Berikut adalah dosis panduan paket Kombipak Kategori-1 (Tabel 2.5) dan Kategori-2 (Tabel 2.6) (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019).

Tabel 2.5 Dosis Panduan OAT Kombipak Kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @ 300 mgr	Tablet Rifampisin @450 mgr	Tablet Pirazinamid @500 mgr	Tablet Etambutol @250 mgr	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulann	2	1	-	-	48

Tabel 2.6 Dosis Panduan OAT Kombipak Kategori 2

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Tablet Isoniazid @ 300 mgr	Tablet Rifampisin @450 mgr	Tablet Pirazina mid @500 mgr	Etambutol		Streptomisin Injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet @250 mgr	Tablet @400 mgr		
Tahap Awal (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 gr	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap Lanjutan (dosis 3x seminggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

### 2.1.8 Pemantauan kemajuan pengobatan tuberkulosis

Pemantauan kemajuan pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak dilakukan dua contoh uji dahak, yaitu sewaktu dan pagi. Hasil pemeriksaan ulang dahak positif bila salah satu contoh uji positif atau keduanya, sedangkan dikatakan negatif bila hasil kedua contoh uji dahak tersebut negatif. Kronologis pemantauan kemajuan pengobatan TB adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019):

#### 1. Selesai Tahap Awal

- 1) Selesai pengobatan tahap awal pasien dilakukan pemeriksaan ulang dahak dan tetap melanjutkan pengobatan tahap lanjutan tanpa memperhatikan hasil pemeriksaan ulang dahak.
- 2) Apabila hasil pemeriksaan ulang dahak pada akhir tahap awal negatif, maka pasien segera melanjutkan pengobatan tahap lanjutan dan penjadwalan pemeriksaan ulang dahak kembali pada bulan ke-5 dan akhir pengobatan.

- 3) Apabila hasil positif pada pasien baru, mengkaji ulang ketaatan pasien dalam pengobatan (teratur atau tidak) dan memberikan pengobatan tahap lanjutan tanpa memberikan OAT sisipan. Periksa ulang dahak kembali setelah pengobatan tahap lanjutan selama 1 bulan. Jika hasil pemeriksaan tetap positif, lakukan pemeriksaan uji kepekaan obat atau jika tidak memungkinkan dilakukan uji kepekaan obat, lanjutkan pengobatan dan periksa ulang kembali pada bulan ke-5.
- 4) Pada pasien pengobatan ulang dengan hasil ulang dahak positif, tetap melakukan pengkajian ketaatan pengobatan dan pasien dikatakan sebagai suspek TB MDR. Pasien mendapat pemeriksaan uji kepekaan obat atau rujukan ke RS Pusat Rujukan TB MDR. Ketika pasien tidak bisa dilakukan kedua hal tersebut, maka lanjutkan pengobatan dan periksa ulang kembali pada bulan ke-5.

## 2. Bulan ke-5

- 1) Hasil pemeriksaan ulang dahak bulan ke-5 dinyatakan negatif, lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis pengobatan habis baik pada pasien baru maupun pengobatan ulang
- 2) Jika dinyatakan positif, pengobatan dikatakan gagal dan pasien suspek TB MDR. Pasien segera dilakukan pemeriksaan uji kepekaan obat atau rujukan ke RS Pusat Rujukan TB MDR.
- 3) Pasien baru dengan pengobatan Kategori-1 gagal yang belum bisa dilakukan uji kepekaan obat atau rujukan, diberi pengobatan Kategori-2 dari awal.



- 4) Sedangkan pasien pengobatan ulang dengan pengobatan Kategori-2 harus diupayakan semaksimal mungkin melakukan uji kepekaan obat atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR. Suatu sebab alasan pasien belum bisa melakukan uji kepekaan obat atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR, maka pasien perlu mendapatkan penjelasan, pengetahuan, dan selalu dipantau kepatuhannya terhadap upaya PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi).

### **2.1.9 Hasil pengobatan tuberkulosis**

Hasil pengobatan pasien tuberkulosis dijelaskan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011, 2013; AEIRC, 2019):

#### **1. Sembuh**

Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.

#### **2. Pengobatan Lengkap**

Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan,

#### **3. Gagal**

Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan atau kapan saja apabila selama dalam pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukkan adanya resistensi OAT.

#### 4. Meninggal

Pasien TB yang meninggal oleh sebab apapun sebelum memulai atau sedang dalam pengobatan.

#### 5. Putus Berobat

Pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus selama 2 bulan terus menerus atau lebih.

#### 6. Tidak Dievaluasi

Pasien TB yang tidak diketahui hasil akhir pengobatannya, termasuk pada pasien yang pindah ke kabupaten/kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten/kota yang ditinggalkan.

## 2.2 Konsep stigma

### 2.2.1 Definisi stigma

Stigma adalah konsep sosial budaya yang mengakar kuat dan tidak dapat dengan mudah dinilai (Chakrabartty *et al.*, 2018). Dudley (2000) mendefinisikan stigma sebagai stereotip atau pandangan negative yang dikaitkan dengan seseorang atau kelompok tertentu yang karakteristik atau perilaku mereka dipandang berbeda atau lebih rendah dari norma masyarakat (Ahmedani, 2011). *The International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP) (2011) mendefinisikan stigma sebagai respon negative terhadap perbedaan manusia pada tanda-tanda atau perbedaan dalam perilaku yang terlihat jelas/halus (ILEP, 2011). Goffman (1963) mendefinikan stigma sebagai proses pengaturan budaya yang mendiskreditkan/mendevaluasi seseorang berdasarkan atribut. Stigma dijelaskan sebagai atribut yang mengarah pada penurunan status sosial, penolakan, dan pengecualian. Stigma adalah sikap atau keyakinan, sedangkan diskriminasi adalah

perilaku akibat sikap atau keyakinan mereka. Stigma dipandang sebagai bentuk terciptanya struktur kekuasaan dan devaluasi kelompok sosial atau individu tertentu, sehingga terjadi ketidaksetaraan sosial. (Cremers *et al.*, 2015; Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016).

Pada awalnya konsep stigma berasal dari Yunani, yang digunakan untuk menandai kelompok yang terbuang (misalnya budak, penjahat, pengkhianat, atau orang cacat) dengan tanda fisik permanen, berupa luka bakar sebagai status sosial mereka yang harus dihindari terutama di tempat umum. Stigma adalah mekanisme sosial yang mendefinisikan norma sosial dan menghukum mereka yang menyimpang. Jantung stigma terletak pada “ketakutan”, dimana mereka yang distigma dapat mengancam masyarakat (Moya and Lusk, 2013).

Stigma dapat dihubungkan dengan penyakit, misalnya HIV/AIDS, kusta, tuberkulosis, dan kesehatan mental. Stigma terjadi karena ketidaktahuan penyakit, mitos tentang bagaimana penularan penyakit, prasangka, kurangnya akses ke layanan kesehatan, dan pelapora media yang tidak bertanggung jawab. Dampak yang ditimbulkan pada individu yang distigma termasuk stress, depresi, ketakutan, masalah hubungan, kehilangan pekerjaan, kurangnya peluang pendidikan, dan kerentana terhadap cacat (Moya and Lusk, 2013).

### **2.2.2 Klasifikasi stigma**

Goffman (1963) terdapat tiga jenis stigma berdasarkan atribut yaitu:

#### *1. Abominations of the body*

Stigma yang berhubungan dengan cacat fisik, seperti tuli, bisu, dan pincang.

## 2. *Blemishes of individual character*

Stigma yang berhubungan dengan karakter tercela (seperti pemabuk, pemerkosa, dan pecandu) dan ketimpangan karakter (seperti gangguan mental) pada individual.

## 3. *Tribal stigma*

Stigma yang berhubungan dengan ras, agama, bangsa, dan keturunan.

Stigma juga dapat dibedakan menjadi 3 sub-kategori adalah sebagai berikut (Cremers *et al.*, 2015; N.N., M. and Z., 2016; Craig *et al.*, 2017):

### 1. Stigma eksternal (*Experienced stigma* atau *enacted stigma*)

Pengalaman tindakan diskriminasi terbuka, seperti penolakan oleh tenaga kesehatan, isolasi dari anggota keluarga, atau kehilangan pekerjaan atau pendidikan. Contoh bentuk diskriminasi pernyataan dari Ibu tentang pengalaman anaknya bernama Helen (9 tahun) yang menderita tuberkulosis:

*“After disclosure they tried to avoid her [Helen], run away, not even greet. Children in school were not allowed to play with Helen because their parents would tell them Helen had TB and they should keep their distance (Cremers et al., 2015).”*

Pernyataan Ibu Helen menunjukkan pengalaman diskriminasi, yaitu setelah mengungkapkan Helen sakit tuberkulosis, teman-teman disekolahnya menghindar, pergi menjauh, dan tidak menyapa. Orang tua anak-anak disekolah memberitahukan untuk tidak bermain dengan Helen karena sakit tuberkulosis dan harus menjaga jarak kepadanya.

### 2. Stigma internal (*Internalized stigma* atau *self-stigma*)

Memercayai negatif publik dan stereotip, kemudian menerjemahkannya kepada diri sendiri. Stigma internal adalah negatif *self-image* yang dihasilkan dari persepsi dan/atau mengalami stigma, seperti kehilangan harga diri, malu, putus

asa dan menyalahkan diri sendiri. Contoh bentuk stigma internal dari pernyataan pasien tuberkulosis:

*"I don't want people to know I have TB. To find a husband is difficult. Who wants to have us [herself and her sister]? We have TB, no one will be interested (Cremers et al., 2015)."*

Pernyataan seorang wanita dengan tuberkulosis menunjukkan bentuk merasa *stigma internal*, yaitu kehilangan harga dirinya dengan mengungkapkan bahwa dia dan kakanya tidak akan bisa mendapatkan suami karena menderita tuberkulosis.

### 3. *Anticipated stigma*

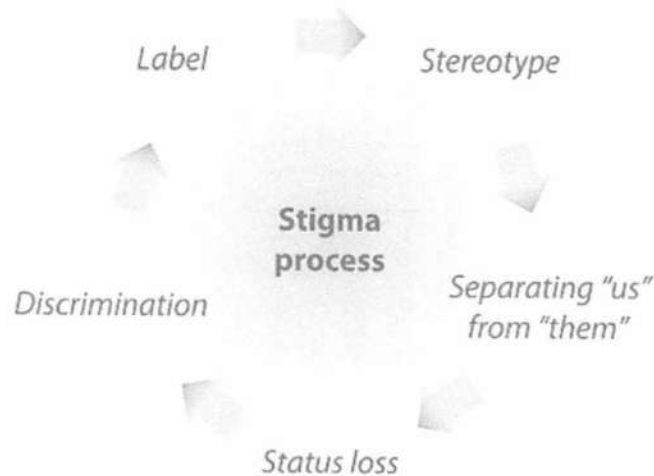
Persepsi ketakutan akan efek negatif dari stigmatisasi atau diskriminasi yang dirasakan oleh individu. *Anticipated stigma* adalah bagaimana perasaan seseorang yang diperlakukan secara negatif oleh pasangan, keluarga, teman, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat. Contoh bentuk *anticipated stigma* dari pernyataan pasien tuberkulosis:

*"I did not tell anybody. Because there is too much stigma. I mean there is too much fear. That is why I used to hide. They think if someone is infected with TB, he can have any disease, he is stupid, and he is not thinking. They spread it to other people, and people just add some diseases on top of that. Instead of praying, they make it worse (Cremers et al., 2015)."*

Pernyataan penderita tuberkulosis yang mengalami ketakutan akan dampak stigma membuatnya menyembunyikan penyakitnya dari orang lain. Ia juga menyatakan bahwa kepercayaan seseorang yang salah terhadap tuberkulosis membuat stigma menjadi parah.

### 2.2.3 Proses terjadinya stigma

Stigma adalah proses sosial yang melibatkan elemen *labelling*, *stereotyping*, *separation*, *loss of status*, dan *discrimination* (Moya and Lusk, 2013).



Gambar 2.2 Proses Stigma (ILEP, 2011)

Orang-orang “berbeda” sering diberi label karena masyarakat memiliki stereotip atau pandangan tertentu seperti apa orang itu yang sesuai dengan label-label yang diberikan, misalnya sangat menular, dikutuk, dan berdosa. Saat stereotip dilekatkan pada label, orang akan melihat hanya stereotip tersebut, tidak lagi melihat orang sebenarnya. Seseorang tereduksi menjadi stereotip. Kemudian, orang-orang cenderung memisahkan diri mereka, menggunakan istilah “kita” versus “mereka”. Hal ini menyebabkan hilangnya status orang yang distigmatisasi dan diskriminasi aktual (ILEP, 2011).

### 2.2.4 Etiologi stigma

Banyak penyebab stigma yang berbeda dan bervariasi. Secara umum penyebab stigma adalah sebagai berikut (ILEP, 2011):

### 1. Ketakutan

Ketakutan adalah penyebab umum stigma. Ketakutan timbul karena ketakutan pada penyakit menular. Pada beberapa penyakit seperti kusta, HIV/AIDS, tuberkulosis, dan penyakit mental terjadi stigma karena mungkin ketakutan akan konsekuensi yang dapat diakibatkan, seperti ketakutan akan kematian, konsekuensi fisik, sosial, ekonomi, dan sebagainya. Ketakutan dapat menyebabkan stigma di antara anggota masyarakat, petugas kesehatan, dan orang yang dengan kondisi tersebut. Orang dengan penyakit yang disebutkan diatas mungkin takut akan konsekuensi sosial dari pengakuan kondisi mereka, dengan kata lain takut akan stigma. Ini dapat mengarah pada stigma diri, contohnya ketakutan tidak bisa menikah karena terkena penyakit tersebut.

### 2. Tidak Menarik

Beberapa kondisi pada wajah atau penampilan seseorang, seperti alis yang hilang, hidung yang bengkok menyebabkan orang lain menganggapnya tidak menarik, khususnya dalam budaya negara yang menjunjung kecantikan fisik. Contohnya pada kasus kusta dengan lesi kulit pada wajah ditolak karena penampilannya.

### 3. Cemas

Beberapa kondisi mungkin membuat beberapa orang tidak nyaman, karena tidak tahu bagaimana harus bersikap dihadapan kondisi tersebut. Oleh karenanya, mereka memilih untuk menghindari orang tersebut. Selain itu kesulitan dalam komunikasi juga bisa menjadi perasaan tidak nyaman. Beberapa kondisi tersebut adalah kontak dengan orang tuli atau mereka yang sulit bicara karena cerebral palsy atau aphasia.

#### 4. Asosiasi

Stigma asosiasi juga disebut dengan stigma simbolik. Ini terjadi karena kondisi kesehatan dikaitkan dengan suatu kondisi yang dianggap tidak menyenangkan, contohnya kondisi yang terkait dengan pekerja seks komersial, pengguna narkoba, orientasi seksual tertentu, kemiskinan atau kehilangan pekerjaan. Satu kondisi juga mungkin lebih distigmatisasi karena kondisi lain, misalnya tuberkulosis dan hubungannya dengan HIV/AIDS.

#### 5. Nilai dan Kepercayaan

Nilai dan kepercayaan memainkan peran penting dalam menciptakan atau mempertahankan stigma. Contohnya, keyakinan seperti kusta adalah kutukan Tuhan atau disebabkan oleh dosa di kehidupan sebelumnya. Budaya tertentu dapat memiliki stereotip berbeda mengenai seseorang dengan kondisi tertentu dan sikap negative ini dapat meliputi seluruh masyarakat.

#### 6. Kebijakan

Kebijakan dapat menyebabkan stigma, contohnya kebijakan merawat kondisi tertentu, di klinik dengan lokasi yang terpisah dari rumah sakit, hari/jam pelayanan khusus di klinik rawat jalan, atau kebijakan undang-undang tentang imigrasi atau ketenagakerjaan yang mengharuskan orang menyatakan status mereka. Undang-undang dapat bersifat diskriminatif, memungkinkan melarang seseorang dengan kondisi kesehatan tertentu dari jabatan publik atau pemilihan umum.

#### 7. Kurangnya kerahasiaan

Pengungkapan kondisi yang tidak diinginkan atau kemungkinan sepenuhnya tidak disengaja karena pengungkapan yang disengaja oleh petugas kesehatan,



penanganan data rahasia yang dilakukan sembarang, pengirim surat pengingat, atau kunjungan petugas kesehatan menggunakan kendaraan perusahaan yang ditandai logo program.

### 2.2.5 Stigma dan tuberkulosis

Stigma dan tuberkulosis adalah masalah sosial yang nyata. Penelitian di India (n: 135) menemukan bahwa 45,2% responden setuju untuk menjauhi penderita tuberkulosis, 45,2% responden setuju untuk tidak makan dan minum dengan teman penderita tuberkulosis, dan 49,6% responden setuju bahwa penderita tuberkulosis adalah menjijikan (Chakrabartty *et al.*, 2018). Penelitian di China (n=84 responden), sebagian besar penderita tuberkulosis setuju bahwa masyarakat akan memperlakukan penderita tuberkulosis secara berbeda selama sisa hidup mereka dan tidak nyaman saat berdekatan dengan penderita tuberkulosis. Penderita tuberkulosis mengaku akan berhati-hati kepada siapa mereka akan memberitahukan penyakitnya, takut menceritakan penyakitnya kepada selain keluarga, dan menjaga jarak dari orang-orang untuk mencegah penularan tuberkulosis. Penderita tuberkulosis takut menjadi sumber penularan pada orang disekitarnya dan *public shaming* (Lee *et al.*, 2017).

Penelitian di Bangladesh (n= 370 responden) penderita tuberkulosis mengalami stigma, yaitu diskriminasi ketika makan dengan keluarga (51,4%), diabaikan oleh anggota keluarga (15,4%), diabaikan oleh tetangga (45,9%), diabaikan di tempat kerja (61,9%), dan mengalami masalah untuk mengambil bagian dalam program sosial (79,5%). Penelitian di Nepal (n= 89 responden), sebanyak 64% penderita tuberkulosis pernah mengalami stigma. Sebanyak 25,8% responden berpikir bahwa mereka dihindari karena sakit tuberkulosis. Sebanyak

31,5% responden merasa malu dan 62,9% responden percaya bahwa tuberkulosis menyebabkan efek buruk pada orang lain. Sebanyak 37,1% responden ingin orang lain tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita. Sebanyak 91% responden merasa bahwa mereka tidak memiliki dukungan sosial (GC and P, 2018).

Penelitian kualitatif di Urban Zambia, menyebutkan penderita tuberkulosis juga mengalami stigma, yaitu diperlakukan berbeda oleh saudara/tetangga/teman setelah mengungkapkan sakit tuberkulosis, misalnya menerima komentar menghina atau ejekan, diskriminasi, dikucilkan, dan isolasi. Pengucilan dimanifestasikan dalam bentuk makan dan tidur berpisah, menghindari hubungan seksual, pengucilan di tempat sekolah/kerja, sedangkan isolasi sosial dimanifestasikan dalam bentuk yang lebih drastis oleh pelaku stigmatisasi seperti perceraian dan pemecatan di tempat kerja. Penderita tuberkulosis menyebutkan mereka dibuang ke desa untuk menghindari tertular sakit atau menyembunyikan dari kerabat lainnya. Penderita tuberkulosis juga sulit untuk mengungkapkan penyakitnya karena takut akan respon negatif orang lain dan mereka mempercayai respon negative masyarakat tersebut atau menginternalisasi gagasan stigma pada diri mereka. Akhirnya penderita tuberkulosis paru percaya bahwa mereka kurang layak daripada orang lain, malu, putus asa, merasa bersalah, dan kehilangan harga diri (Cremers *et al.*, 2015).

## **2.2.6 Faktor yang mempengaruhi stigma dan tuberkulosis**

### **1. Faktor sosiodemografis**

Faktor sosiodemografis seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan dilaporkan mempunyai hubungan signifikan dengan tuberkulosis terkait stigma (Chowdhury *et al.*, 2015; Cremers *et*

*al.*, 2015; Lee *et al.*, 2017; Shivapujimath *et al.*, 2017; GC and P, 2018; Yin *et al.*, 2018). Namun, faktor sosiodemografis yang berhubungan dengan stigma terkait tuberkulosis menunjukkan hasil yang bervariasi karena perbedaan wilayah, etnis, dan sosial budaya. Selain itu, perbedaan antara studi dalam hal usia peserta, pendidikan, dan lokasi, serta penggunaan pengukuran stigma yang berbeda juga mempengaruhi hasil hubungan karakteristik sosiodemografis dan stigma terkait TB (Yin *et al.*, 2018).

## 2. Profil klinis penyakit

Profil klinis seperti riwayat menggunakan obat anti tuberkulosis sebelumnya, tipe tuberkulosis pasien (paru dan ekstraparu), kategori pengobatan DOTS (kategori 1, kategori 2, dan TB-MDR), status pemeriksaan sputum (positif/negatif), fase pengobatan (intensif dan lanjutan), riwayat sakit tuberkulosis sebelumnya, dan riwayat keluarga tuberkulosis dilaporkan mempunyai hubungan dengan tuberkulosis terkait stigma. Pada penelitian Yin *et al* (2018), menunjukkan bahwa seseorang dengan riwayat pengobatan anti tuberkulosis sebelumnya memiliki nilai skor stigma daripada yang tidak. Penelitian Chowdhury *et al* (2015) dan GC & P (2018), menunjukkan nilai skor stigma yang tinggi pada tuberkulosis paru daripada ekstraparu. Penelitian Shivapujimath *et al* (2017) dan GC & P (2018), juga menunjukkan nilai skor stigma yang tinggi pada pasien dengan pengobatan kategori 1 daripada kategori 2. Penelitian Shivapujimath *et al* (2017) menunjukkan nilai skor stigma yang tinggi pada pasien dengan status pemeriksaan sputus positif, fase pengobatan pada intensif, tidak ada riwayat tuberkulosis sebelumnya, dan tidak ada riwayat keluarga dengan tuberkulosis.

### 3. Kepercayaan

Kepercayaan masyarakat yang menganggap bahwa tuberkulosis adalah penyakit kotor, hukuman mati, ilmu gaib, kutukan, dan mengenai orang bersalah. Penyebab lainnya adalah kurangnya kesadaran pada tuberkulosis (GC and P, 2018), norma sosial, serta pengalaman dan kepercayaan penderita tuberkulosis (Lee *et al.*, 2017).

### 4. Pengetahuan

Masyarakat yang memiliki pengetahuan khususnya cara penularan tuberkulosis memiliki sikap stigma terhadap penderita (Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016). Tuberkulosis adalah penyakit yang sangat menular membuat ketakutan masyarakat akan tertular oleh penderita tuberkulosis dan (Cremers *et al.*, 2015; Tadesse, 2016; Chakrabartty *et al.*, 2018; Nkambule *et al.*, 2019)

#### **2.2.7 Dampak stigma dan tuberkulosis**

Ketakutan masyarakat akan terinfeksi menyebabkan sebagian anggota masyarakat bahkan keluarga menjauhi atau menstigma penderita tuberkulosis. Stigma pada tuberkulosis menjadi hambatan dalam akses perawatan kesehatan dan manajemen kualitas hidup penderita. Hubungan stigma dan keterlambatan pemeriksaan dini tuberkulosis sangat signifikan. Orang dengan stigma kemungkinan akan menunda pemeriksaan sputum (Chakrabartty *et al.*, 2018). Selain keterlambatan diagnosis tuberkulosis, stigma dan tuberkulosis menyebabkan ketidakpatuhan pengobatan pada penderita tuberkulosis. Ini disebabkan karena ketakutan penderita tuberkulosis pada stigma sehingga menunda pemeriksaan dini dan tidak mematuhi pengobatan (Yin *et al.*, 2018). Selain itu, ketakutan pada stigma masyarakat membuat penderita tuberkulosis

menarik diri dari interaksi sosial, mengganggu pekerjaan dan kehidupan keluarga atau sosial, sehingga berdampak pada keuangan, kesehatan fisik, dan mental. Dampak yang semakin parah akan menimbulkan gangguan kesehatan mental berupa gejala depresi pada penderita tuberkulosis (Lee *et al.*, 2017).

## 2.3 Konsep sosiodemografis

### 2.3.1 Usia

Usia adalah satuan waktu seseorang yang dihitung berdasarkan waktu lahir sampai ulang tahun terakhir. Pengelompokan usia dewasa berdasarkan teori Erikson (1982) adalah dewasa awal (19-40 tahun), dewasa tengah (40-65 tahun), dan dewasa akhir (> 65 tahun) (Sacco, 2013).

Tugas perkembangan pada usia dewasa awal adalah membangun sebuah hubungan pada tingkat keintiman (*intimacy*) dan tidak untuk tetap terisolasi (*isolation*). Pada dewasa awal mampu untuk menjadi dekat dengan orang lain sebagai kekasih, teman, dan anggota masyarakat. Dewasa awal mempunyai pemahaman yang jelas tentang siapa dirinya dan tidak takut kehilangan harga dirinya sendiri (Erikson and Boeree, 2006).

Pada dewasa tengah tugas perkembangan adalah merawat orang lain serta menciptakan atau mencapai hal-hal menjadi lebih baik. Dewasa tengah berusaha untuk berkontribusi kepada masyarakat dalam perubahan positif yang bermanfaat bagi generasi masa depan (*Generativity*). Keberhasilan tugas perkembangan membuat perasaan berguna dan pencapaian sesuatu, sedangkan kegagalan dalam perkembangan dewasa tengah untuk berkontribusi membuat perasaan tidak produktif dan tidak terlibat dengan komunitas (Erikson and Boeree, 2006).

Pada dewasa akhir tugas perkembangan adalah mengembangkan integritas ego (*ego integrity*) dengan berhasil memahami makna hidup mereka. Apabila dewasa akhir tidak bisa memahami makna hidup, mereka akan mengalami keputusasaan (*despair*) (Erikson and Boeree, 2006).

### **2.3.2 Jenis kelamin**

Jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Distribusi kasus terbanyak tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan di Surabaya pada tahun 2017 berdasarkan jenis kelamin terdapat pada jenis kelamin laki-laki (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2017).

### **2.3.3 Agama**

Penetapan Presiden Republik Indonesia Nomor 1/PNPS/Tahun 1965 tentang Pencegahan Penyalahgunaan dan/atau Penodaan Agama pada pasal 1 menjelaskan agama yang dianut di Indonesia adalah agama Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha, dan Khong Hu Cu.

### **2.3.4 Pekerjaan**

Pekerjaan adalah pencaharian yang dijadikan pokok penghidupan atau sesuatu yang diperoleh untuk mencari nafkah. Pekerjaan yang digunakan dalam penelitian adalah mengetahui status pekerjaan responden yang dibagi menjadi tiga, yaitu pengangguran, tidak bekerja, karena sakit, dan bekerja (Nkambule *et al.*, 2019)

### **2.3.5 Pendidikan**

Pendidikan adalah jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh seseorang, yang ditandai dengan sertifikat/ijazah. Badan Pusat Statistika (n.d.) mengelompokkan jenjang pendidikan terdiri dari: SD meliputi Sekolah Dasar,

Madrasah Ibtidaiyah, dan sederajat, SMP meliputi SMP Umum, Masrasah Tsanawiyah, SMP kejurusan dan sederajat, SM meliputi Sekolah Menengah Atas (SMA), sekolah menengah kejurusan (SMK), Madrasah Aliyah dan sederajat, serta PT meliputi pendidikan diploma I, II, III, IV dan IV dan sederajat.

### **2.3.6 Status perkawinan**

Status perkawinan adalah keterangan mengenai hubungan pernikahan yang dimiliki responden dengan pasangannya yang sah secara hukum (adat, agama, negara, dan sebagainya). Kategori status perkawinan adalah sebagai berikut:

1. Belum Kawin
2. Kawin

Kawin adalah seseorang yang mempunyai istri (bagi laki-laki atau suami (bagi perempuan) pada saat pencacahan yang sah secara hukum (adat, agama, negara, dan sebagainya), baik tinggal bersama maupun terpisah.

3. Cerai Hidup

Cerai hidup adalah seseorang yang telah berpisah sebagai suami-istri karena bercerai dan belum kawin lagi. Dalam hal ini mereka yang mengaku carai walaupun belum resmi secara hukum dan wanita yang pernah hamil tetapi mengaku belum pernah kawin. Tidak termasuk mereka yang hidup terpisah tetapi masih berstatus kawin, misalnya suami/istri ditinggalkan oleh istri/suami ke tempat lain karena sekolah, bekerja, mencari pekerjaan, atau untuk keperluan lain.

4. Cerai Mati

Cerai mati adalah seseorang yang ditinggal mati oleh suami atau istrinya dan belum kawin lagi.

### 2.3.7 Pendapatan

Pendapatan adalah rerata penghasilan keluarga setiap bulan yang diukur melalui Upah Minimum Kota/Kabupaten (UMK). Pada penelitian ini pengukuran UMK berdasarkan Kota Surabaya tahun 2019, yaitu Rp. 3.871.052,61 berdasarkan Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/665/KPTS/013/2018. Kategori pendapatan dibagi menjadi dua, yaitu rendah (kurang dari atau dibawah UMR) dan tinggi (lebih dari atau diatas UMR).

## 2.4 Konsep *Health Belief Model* (HBM)

### 2.4.1 Sejarah teori *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) dikembangkan pada tahun 1950-an oleh psikologi sosial menjelaskan dasar penyebab masalah kesehatan adalah kegagalan masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan yang diselenggarakan oleh penyedia jasa (Susanti, 2016). Awalnya, pelayanan kesehatan masyarakat di Amerika Serikat memberikan skrining penyakit Tuberculosis di mobil klinik yang terparkir di pemukiman penduduk secara gratis. Kenyataan hanya beberapa orang yang datang untuk melakukan pemeriksaan, sehingga Hochbaum (1958) mempelajari persepsi individu mengenai keyakinan terhadap kerentanan terkena tuberkulosis dan manfaat pribadi melakukan deteksi dini (Glanz, Barbara and Viswanath, 2015).

Psikologi sosial akademik mengembangkan pendekatan untuk memahami perilaku berasal dari dua teori sumber utama, yaitu Teori Respon-Stimulus oleh Watson (1925) dan teori kognitif oleh Lewin (1951) dan Tolman (1932). Teori Respon-Stimulus percaya bahwa hasil pembelajaran dari peristiwa atau pengalaman yang mengaktifkan perilaku, sedangkan teori kognitif menekankan



perilaku adalah fungsi dari nilai hipotesis subjektif dari suatu hasil atau harapan, bahwa suatu tindakan tertentu akan mencapai hasil (Glanz, Barbara and Viswanath, 2015).

#### **2.4.2 Definisi teori *Health Belief Model***

Health Belief Model (HBM) atau Model Kepercayaan Kesehatan adalah teori yang menjelaskan tentang perilaku kesehatan, yaitu perilaku pencegahan dan respon individu terhadap penyakit. Health Belief Model (HBM) adalah model kognitif yang menjelaskan tindakan pencegahan tergantung pada keyakinan tersebut dan dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan sekitar (Sakinah, 2017). Model ini menegaskan persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku terhadap kesehatannya (Setiyaningsih, Tamtomo and Suryani, 2017).

Masyarakat akan timbul perilaku dan usaha terhadap penyakitnya ketika merasakan sakit dan diserang penyakit. Masyarakat tidak mencari pertolongan bila memandang penyakit tidak cukup berbahaya, tidak yakin terhadap keberhasilan intervensi medis, dan masyarakat mendapat hambatan dalam melaksanakan mencari pertolongan. Pandangan tersebut disebabkan kurangnya pengetahuan dan motivasi terkait kesehatan (Susanti, 2016).

#### **2.4.3 Komponen teori *Health Belief Model***

##### **1. *Perceived severity* (keparahan yang dirasakan)**

Keseriusan mengacu pada penilaian subjektif terhadap tingkat keparahan dan potensi konsekuensinya. Persepsi keparahan merupakan keseriusan suatu penyakit yang mendorong seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan dan pencarian pengobatan. Keseriusan yang dirasakan adalah keyakinan tentang

penyakit, misalnya mengancam jiwa atau menyebabkan cacat dan dampak penyakit yang lebih luas, misalnya dampak pekerjaan dan peran sosial. Pengambilan segera tindakan pencegahan apabila mereka percaya bahwa penyakit berpotensi menimbulkan dampak yang serius dan mengancam bagi hidupnya jika dibiarkan atau tidak diobati (Setiyaningsih, Tamtomo and Suryani, 2017).

2. *Perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan)

Persepsi kerentanan mengacu pada penilaian subjektif dari risiko terhadap masalah kesehatan. Merasa rentan terhadap penyakit dan membahayakan diri sendiri memicu tindakan. Individu yang percaya bahwa memiliki risiko rendah terhadap penyakit, semakin rendah perilaku tindakan pencegah. Persepsi peningkatan kerentanan mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku yang lebih sehat, dan sebaliknya persepsi penurunan kerentanan berhubungan dengan perilaku yang tidak sehat (Attamimy and Qomaruddin, 2018).

3. *Perceived benefit* (manfaat yang dirasakan)

Manfaat yang dirasakan adalah penilaian individu terhadap nilai atau khasiat berperilaku dalam mengurangi risiko penyakit. Manfaat tindakan secara langsung memotivasi dalam berperilaku. Manfaat yang diperoleh memperkuat individu mengambil keputusan melakukan tindakan. Penilaian manfaat yang dirasakan individu adalah tidak menghabiskan waktu dan hartanya dalam beraktifitas untu mendapatkan hasil positif (Setiyaningsih, Tamtomo and Suryani, 2017).

4. *Perceived barrier* (persepsi hambatan)

Hambatan adalah segala hal yang menjadi penghambat dalam melaksanakan atau mengadopsi perilaku (Attamimy and Qomaruddin, 2018).

Seseorang dalam mengadopsi perilaku mempertimbangkan keuntungan, konsekuensi yang didapat, dan menduga efektivitas perilaku apakah tindakan tersebut berefek negatif, seperti mahal, bahaya, tidak menyenangkan, tidak nyaman, memakan waktu, dan sebagainya (Sakinah, 2017).

5. *Cues to action* (isyarat untuk bertindak)

*Cues to action* atau isyarat bertindak adalah keaktifan mencari atau memperoleh informasi secara langsung maupun tidak langsung yang memberikan dorongan untuk melakukan tindakan perilaku kesehatan (Attamimy and Qomaruddin, 2018). Isyarat diperoleh berasal dari internal (isyarat fisiologis, misalnya nyeri atau gejala) atau eksternal (mencakup peristiwa atau informasi dari orang lain, media, atau penyedia layanan kesehatan) (Setiyaningsih, Tamtomo and Suryani, 2017).

6. *Self-efficacy* (kemampuan diri yang dirasakan)

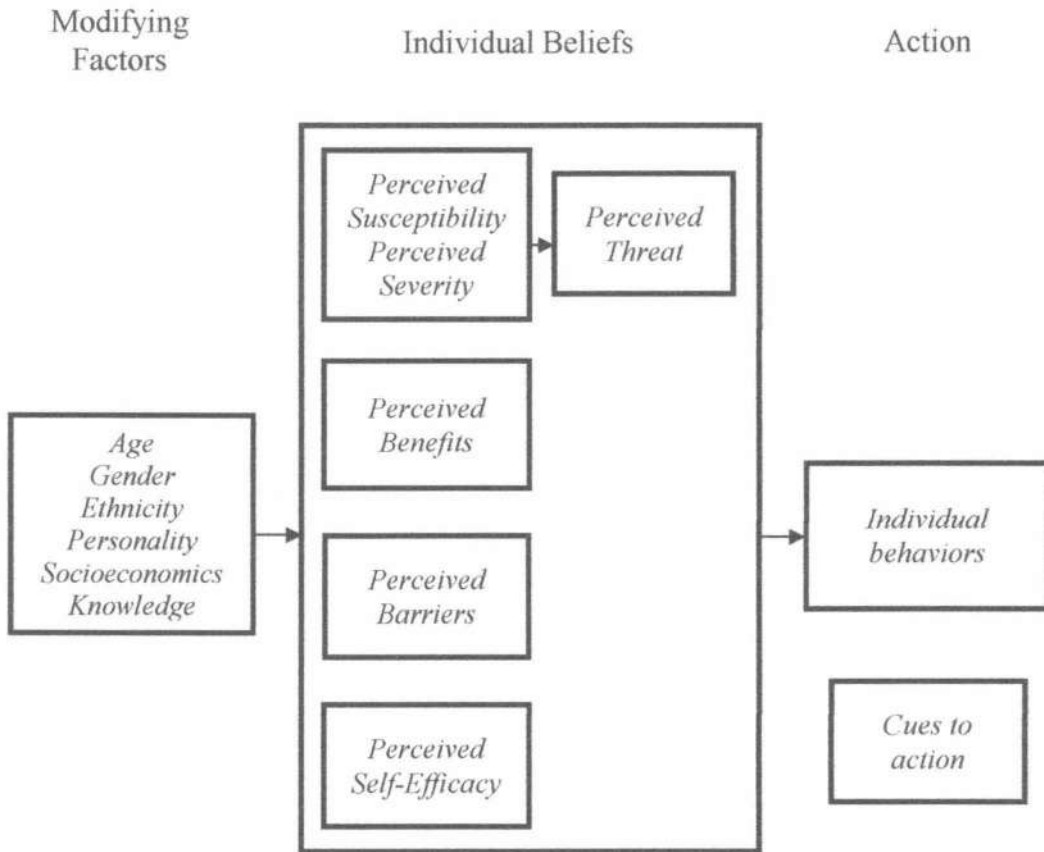
Efikasi diri adalah keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas untuk mencapai hasil tertentu. Rasa percaya diri terhadap kemampuan diri (*self-efficacy*) menimbulkan motivasi diri dalam melakukan perubahan gaya hidup pada pasien. Kunci perubahan perilaku adalah kepercayaan kemampuan diri seseorang untuk mempengaruhi perubahan dalam hasil yang dicapai. Efikasi diri dapat digunakan untuk memperkirakan dan memfasilitasi modifikasi perilaku. Individu akan mengadopsi perilaku jika mereka berpikir akan berhasil (Setiyaningsih, Tamtomo and Suryani, 2017).

7. Faktor Modifikasi

Perbedaan demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, kelompok etnis, dan agama), pengetahuan, pengalaman, sumber

informasi, dan latar belakang yang lain adalah faktor-faktor yang tidak langsung berdampak pada perilaku pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit yang berpengaruh pada kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, serta manfaat dan halangan (Susanti, 2016).

**2.4.4 Kerangka konsep teori *Health Belief Model***



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Teori Health Belief Model (Glanz, Barbara and Viswanath, 2015)

**2.5 Keaslian penelitian**

Tabel 2.7 Keaslian Penelitian Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma yang Dirasakan Pada Penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	<i>Stigma Related to Tuberculosis in Patients Taking DOTS Treatment from DOTS Center of Palpa District Hospital, Tansen,</i>	<b>Desain:</b> Deskriptif <i>Cross Sectional</i> <b>Sampel:</b> 89 pasien TB <b>Variabel Dependen:</b> Stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis, jenis	Sebesar 64% dari sampel mempunyai pengalaman terkait stigma. Usia dan stigma memiliki hubungan yang signifikan (nilai <i>p value</i> = 0,018), dimana

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>Palpa, Nepal.</i>  (GC and P, 2018)	pengobatan dan klasifikasi TB berdasarkan lokasi, dan pengetahuan mengenai TB <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>Chi-square test</i>	pada usia dibawah 30 tahun lebih terjadi stigma.
2.	<i>Social Impact of Stigma Regarding Tuberculosis Hindering Adherence to Treatment: A Cross Sectional Study Involving Tuberculosis Patients in Rajshahi City, Bangladesh</i>  (Chowdhury <i>et al.</i> , 2015)	<b>Desain:</b> <i>Cross Sectional</i> <b>Sampel:</b> 372 pasien TB <b>Variabel Dependen:</b> stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>t-test, Chi-square test, dan binary logistic regression</i>	Secara keseluruhan hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara stigma dengan jenis kelamin, pendidikan, pendapatan keluarga per-bulan, daerah kediaman, tipe keluarga dan tipe pasien (klasifikasi TB berdasarkan lokasi).
3.	<i>Tuberculosis related stigma and its effect on the delay for sputum examination under the Revised National Tuberculosis Control Program in India</i>  (Chakrabartty <i>et al.</i> , 2018)	<b>Desain:</b> <i>Cross sectional</i> <b>Sampel:</b> 135 responden <b>Variabel Dependen:</b> stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis, pengetahuan mengenai TB, dan penundaan pemeriksaan sputum <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>chi-square dan multiple logistic regression</i>	Hasil analisis <i>chi-square</i> menunjukkan hubungan yang signifikan antara stigma dengan penundaan pemeriksaan sputum, melek huruf, golongan masyarakat, kemiskinan, jumlah anggota keluarga, tinggal dipedesaan atau perkotaan, dan pengetahuan, sedangkan dengan analisis <i>multiple logistic regression</i> adalah golongan masyarakat, jumlah anggota keluarga, dan tinggal dipedesaan atau perkotaan
4.	<i>Health care providers' knowledge, attitude, and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: a cross-sectional study</i>  (Sima, Belachew and Abebe, 2019)	<b>Desain:</b> deskriptif <i>Cross sectional</i> <b>Sampel:</b> 108 tenaga kesehatan <b>Variabel Dependen:</b> <i>perceived stigma</i> <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis, pengetahuan, sikap, dan persepsi kolaborasi dengan tabib tradisional <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>chi-square test</i>	Hasil menunjukkan rendahnya pengetahuan tenaga kesehatan, sikap yang tidak baik kepada pasien TB, dan <i>perceived stigma</i> yang rendah. Pengetahuan, sikap, dan <i>perceived stigma</i> tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan usia, jenis kelamin, dan profesi dari tenaga kesehatan.
5.	<i>Status of tuberculosis-related stigma and associated factor: a cross-sectional study in central China</i>	<b>Desain:</b> deskriptif <i>Cross sectional</i> <b>Sampel:</b> 1342 pasien TB <b>Variabel Dependen:</b> stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis, pengetahuan	Analisis menunjukkan tidak hubungan antara stigma dengan sosiodemografis (jenis kelamin, usia, pendidikan, status pernikahan, dan agama).

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	(Yin <i>et al.</i> , 2018)	mengenai TB, fungsi keluarga, dan komunikasi pasien-dokter <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>Pearson's</i> dan <i>Spearman's correlation</i>	Namun, hubungan negatif ditunjukkan antara stigma dengan fungsi keluarga, pengetahuan mengenai TB, dan komunikasi pasien-dokter.
6.	<i>Is Knowledge Regarding Tuberculosis Associated with Stigmatizing and Discrimination Attitudes of General Population towards Tuberculosis Patients? Findings from a Community Base Survey in 30 Districts of India</i>  (Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016)	<b>Desain:</b> <i>Cross sectional</i> <b>Sampel:</b> 3823 responden <b>Variabel Dependen:</b> stigma dan diskriminasi <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis dan pengetahuan mengenai TB <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>chi-square</i> dan <i>multiple logistic regression</i>	Hasil menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin, daerah tempat tinggal (desa/kota), melek huruf, dan pendapatan terhadap pengetahuan tuberkulosis. Penelitian juga menunjukkan hubungan antara pendapatan responden terhadap sikap stigma, artinya semakin tinggi pendapatan semakin tinggi sikap stigma. Hubungan stigma dan diskriminasi terhadap pengetahuan menunjukkan pengetahuan mengenai cara penularan dan dapat disembuhkan atau tidak menunjukkan sikap stigma, namun sebagian besar responden yang tidak mengetahui pengetahuan tersebut memiliki perilaku diskriminasi. Pada analisis hubungan ketiga variabel, tidak menunjukkan adanya suatu hubungan.
7.	<i>Perceived Stigma and Depression in initially Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients</i>  (Lee, Tung, Chen, & Fu, 2017)	<b>Desain:</b> <i>cross sectional</i> <b>Sampel:</b> 84 pasien TB <b>Variabel Dependen:</b> depresi <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis, stigma, dan karakteristik penyakit <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>Independent t-test</i> , <i>Pearson's correlation coefficient tests</i> , ANOVAs dan <i>multiple linear regression</i>	BMI, tidak memberitahu penyakitnya, <i>community-perceived stigma</i> , dan <i>patient-perceived stigma</i> adalah faktor-faktor yang memiliki hubungan signifikan dengan depresi. Hasil lain menunjukkan stigma terkait TB tidak ada hubungan dengan usia, jenis kelamin, pendidikan, atau pendapatan rendah, namun <i>patient-perceived stigma</i> berkorelasi dengan pengetahuan dan sikap komunitas terhadap TB.
8.	<i>Assessing the</i>	<b>Desain:</b> <i>mixed method</i>	Hasil <i>univariate analysis</i>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>Consequences of Stigma for Tuberculosis Patients in Urban Zambia</i>  (Cremers <i>et al.</i> , 2015)	<b>Sampel:</b> 300 pasien TB untuk kuantitatif dan 30 pasien TB untuk kualitatif <b>Variabel Dependen:</b> stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>univariate analysis logistic regression, multivariate logistic regression, Chi Square, dan T-test.</i>	menunjukkan hubungan stigma dengan jenis kelamin, status pernikahan, dan kambuh tuberkulosis, namun pada <i>multivariate analysis</i> hanya jenis kelamin yang menunjukkan hubungan dengan stigma.
9.	<i>A cross-sectional study to assess the stigma associated with tuberculosis among tuberculosis patients in Udupi district</i>  (Shivapujimath <i>et al.</i> , 2017)	<b>Desain:</b> <i>Cross-sectional</i> <b>Sampel:</b> 209 pasien TB <b>Variabel Dependen:</b> stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis dan profil klinik <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>chi-square test</i>	Hubungan signifikan ditunjukkan antara stigma dengan faktor usia, pendidikan, dan hasil pemeriksaan sputum, sedangkan jenis kelamin, pendapatan, pekerjaan, riwayat keluarga TB, dan status pernikahan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan.
10.	<i>The relationship between patients' perception of nurse caring behaviors and tuberculosis stigma among patients with drug-resistant tuberculosis in Swaziland</i>  (Nkambule <i>et al.</i> , 2019)	<b>Desain:</b> deskriptif <i>Cross-sectional</i> <b>Sampel:</b> 84 pasien TB-MDR <b>Variabel Dependen:</b> <i>nursing caring behavior</i> <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis dan stigma <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>hierarchical multiple regression</i>	Ada hubungan yang signifikan antara <i>nursing caring behavior</i> dengan stigma, jenis kelamin dan pendapatan per-bulan. Tetapi tidak ada hubungan signifikan antara stigma dengan faktor sosiodemografis.
11.	<i>HIV stigma and associated factors among antiretroviral treatment clients in Jimma town, Southwest Ethiopia</i>  (N.N., M. and Z., 2016)	<b>Desain:</b> <i>Cross-sectional</i> <b>Sampel:</b> 349 pasien ART <b>Variabel Dependen:</b> stigma <b>Variabel Independen:</b> sosiodemografis, HIV <i>testing and diagnosis, social support</i> <b>Instrumen:</b> kuesioner <b>Analisis:</b> <i>simple linear regression dan multiple linear regression</i>	Ada hubungan signifikan antara jenis kelamin, status pernikahan, dan pendidikan dengan hanya pada <i>experienced stigma</i> . Sedangkan faktor pendidikan dan pekerjaan menunjukkan adanya hubungan dengan <i>internalized stigma</i> . Untuk ketiga stigma, faktor yang mempengaruhinya adalah tahun menggunakan ART, alasan melakukan tes HIV, dan siapa yang memutuskan melakukan tes HIV.



# **BAB 3**

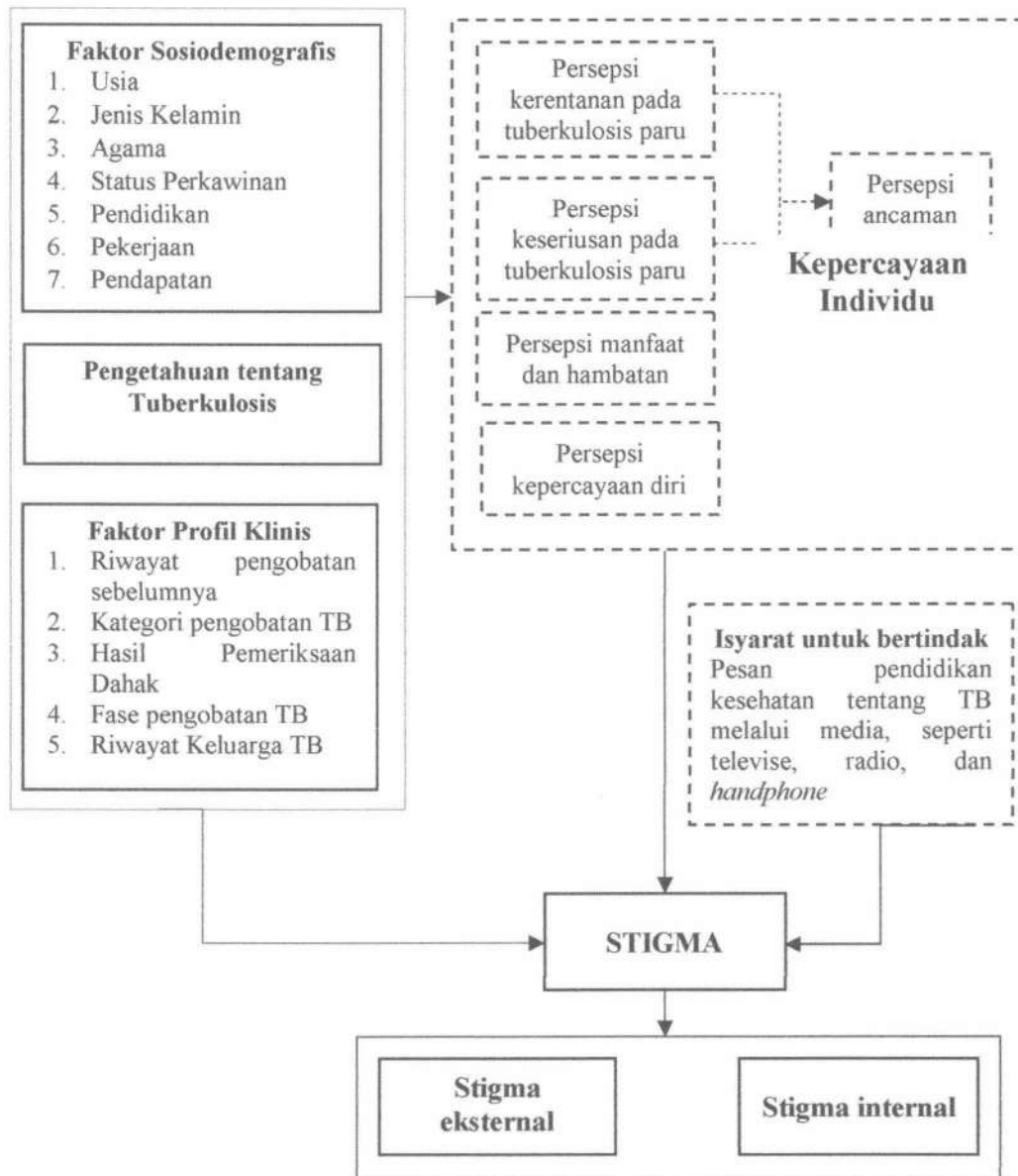
## **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka konseptual



Keterangan:  
 : Diteliti     : Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Faktor yang Berhubungan dengan Stigma yang Dirasakan pada penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya

Gambar 3.1 adalah kerangka konseptual untuk memfasilitasi eksplorasi stigma terkait tuberkulosis dengan pendekatan teori Health Belief Model, yaitu model kognitif yang menjelaskan tentang perilaku kesehatan tergantung pada kepercayaan individu yang dipengaruhi oleh informasi dan lingkungan sekitar. Health Belief Model menjelaskan faktor yang secara langsung mempengaruhi stigma pada penderita tuberkulosis paru adalah kepercayaan individu, yaitu *perceived severity* (keparahan yang dirasakan), *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan), *perceived benefit* (manfaat yang dirasakan), *perceived barrier* (persepsi hambatan), dan *cues to action* (isyarat bertindak). Penyakit tuberkulosis paru sebagai penyakit menular mengakibatkan ketakutan untuk tertular penyakit tuberkulosis. Ketakutan pada penyakit tuberkulosis paru pada ancaman dan dampak serius yang didapat termasuk *perceived severity* (keparahan yang dirasakan) dan *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan) mengakibatkan timbulnya stigma. Manfaat yang dirasakan lebih besar daripada persepsi hambatan agar tidak tertular penyakit memotivasi stigma pada tuberkulosis paru. Kepercayaan individu secara langsung dipengaruhi oleh faktor sosiodemografis (jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan) pengetahuan tentang tuberkulosis, dan profil klinis tuberkulosis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, fase dan kategori pengobatan tuberkulosis dan riwayat keluarga tuberkulosis) dan beberapa faktor tersebut juga mempengaruhi stigma secara langsung. Isyarat untuk bertindak secara langsung berpengaruh dalam mendorong stigma pada tuberkulosis paru karena penyalahgunaan informasi dari media masa, tenaga kesehatan, dan masyarakat tentang tuberkulosis.

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis (H1) yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.
2. Ada hubungan pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.
3. Ada hubungan profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.
4. Ada hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
5. Ada hubungan pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
6. Ada hubungan profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
7. Ada hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.
8. Ada hubungan pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.

9. Ada hubungan profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.

# **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan yang digunakan dalam penelitian adalah penelitian korelasional dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu mengungkapkan dan menjelaskan hubungan korelatif antara variabel, minimal 2 variabel dan menguji berdasarkan teori yang ada dengan waktu penelitian observasi variabel hanya satu kali pada saat itu dan tidak ada tindak lanjut.

#### 4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan *Sampling*

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek penelitian yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dewasa tuberkulosis paru di Surabaya khususnya wilayah kerja puskesmas Surabaya Utara, yaitu di Kecamatan Pabean Cantikan (Puskesmas Perak Timur) dan Kecamatan Semampir (Puskesmas Pegirian dan Puskesmas Sawah Pulo) pada bulan Februari-Juli 2019.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau, yaitu populasi yang memenuhi kriteria dan terjangkau oleh peneliti, yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian. Sampel dalam penelitian adalah pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Surabaya dengan memenuhi kriteria sampel (inklusi dan eksklusi).

Kriteria inklusi adalah karakteristik subjek penelitian pada populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian adalah:

1. Usia  $\geq 19$  tahun
2. Bisa membaca dan menulis

Kriteria eksklusi adalah karakteristik subjek penelitian yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena sebab tertentu. Kriteria eksklusi dalam penelitian dihilangkan/dikeluarkan dari penelitian dan tidak akan diteliti. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien TB ekstraparu
2. Pasien TB-MDR (*Multi Drug Resistance*)
3. Pasien TB dengan HIV/AIDS

Tuberkulosis ekstraparu, MDR (*Multi Drug Resistance*), dan HIV/AIDS mempengaruhi hasil stigma. Penelitian di Ethiopia menemukan bahwa pasien TB-MDR mengalami stigma dan diskriminasi sosial yang luar, artinya stigma dan diskriminasi sosial dimulai dari rumah dan meluas ke masyarakat umum. Namun pasien non TB-MDR relatif mendapatkan dukungan sosial yang lebih baik dari keluarga dan komunitas (Roba *et al.*, 2018). Pada pasien tuberkulosis dengan HIV/AIDS dapat mengarah ke bentuk stigma ganda, artinya stigma pada HIV ditransfer ke tuberkulosis dan memperkuat stigma HIV (Craig *et al.*, 2017). Pada tuberkulosis ekstraparu dalam Dhingra dan Rajpal (2005) melaporkan data pasien dengan TB paru (51 responden) dan TB ekstraparu (25 pasien) menunjukkan skor kualitas hidup yang lebih rendah pada pasien TB ekstraparu.(Brown *et al.*, 2015). Penelitian lain juga menunjukkan pasien tuberkulosis ekstraparu cenderung sedikit mengalami stigma daripada tuberkulosis paru karena tuberkulosis ekstraparu kurang berisiko daripada tuberkulosis paru dalam penularan melalui udara Shivapujimath *et al.* (2017).

#### 4.2.3 Besar sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi dengan jumlah 100 responden. Jadi total sampel dalam penelitian ini berjumlah 100 pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Pegirian, dan Puskesmas Sawah Pulo.

#### 4.2.4 *Sampling*

*Sampling* adalah proses menyeleksi dari populasi dengan teknik sampling untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling adalah cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang sesuai dari keseluruhan subjek penelitian. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah golongan *nonprobability sampling*, yaitu *purposive sampling* adalah teknik penetapan sampel dengan cara memilih di antara populasi sesuai dengan kriteria yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik populasi. Peneliti menetapkan sampel yang akan diteliti didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan hingga terpenuhi jumlah besar sampel penelitian yaitu 100 responden.

### 4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 4.3.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel ini biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk mengetahui hubungannya terhadap variabel lain. Variabel independen dalam penelitian adalah faktor sosio-demografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan), pengetahuan tentang tuberkulosis, dan profil klinis tuberkulosis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil



pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis).

#### 4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel ini adalah respons yang muncul akibat manipulasi variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian adalah stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru, yaitu stigma internal dan stigma eksternal.

#### 4.3.3 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Stigma yang Dirasakan Oleh Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen/Variabel Bebas					
Faktor Sosiodemografis-Usia	Satuan waktu seseorang yang dihitung berdasarkan waktu lahir sampai ulang tahun terakhir	Dewasa awal Dewasa tengah Dewasa akhir	Kuesioner	Ordinal	1. 19-40 tahun tahun 2. 40-65 tahun tahun 3. > 65 tahun tahun
Faktor Sosiodemografis-Jenis Kelamin	Keterangan terkait dengan kelamin	Laki-laki Perempuan	Kuesioner	Nominal	1. Laki-laki 2. Perempuan
Faktor Sosiodemografis-Agama	Agama yang dianut oleh responden	Islam Kristen Katolik Hindu Budha Khong Hu Cu	Kuesioner	Nominal	1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Hindu 5. Budha 6. Khong Hu Cu
Faktor Sosiodemografis-Status Perkawinan	Keterangan mengenai hubungan pernikahan yang dimiliki responden dengan	Belum kawin Kawin Cerai hidup Cerai mati	Kuesioner	Nominal	1. Belum Kawin 2. Kawin 3. Cerai Hidup 4. Cerai Mati

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	pasangannya yang sah secara hukum				
Faktor Sosiodemografis-Pendidikan	Jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan responden yang ditandai dengan sertifikat/ijazah	Tamat SD Tamat SMP Tamat SMA Tamat PT (Perguruan Tinggi)	Kuesioner	Ordinal	1. Tamat SD 2. Tamat SMP 3. Tamat SMA 4. Tamat PT (Perguruan Tinggi)
Faktor Sosiodemografis-Pekerjaan	Status pekerjaan responden saat dilakukan penelitian	Pengangguran Tidak bekerja karena sakit Bekerja	Kuesioner	Nominal	1. Pengangguran 2. Tidak bekerja karena sakit 3. Bekerja
Faktor Sosiodemografis-Pendapatan	Rerata penghasilan keluarga responden setiap bulan	< Rp. 3.871.052,61 > Rp. 3.871.052,61	Kuesioner	Ordinal	1. < Rp. 3.871.052,61 2. > Rp. 3.871.052,61
Pengetahuan tentang tuberkulosis	Segala sesuatu yang diketahui pasien TB mengenai penyakitnya dan cara penanganannya	Pengetahuan pasien TB meliputi: pengertian, penyebab, penularan, manifestasi klinis, pemeriksaan, pencegahan, pengobatan, efek samping obat, dan PMO	Kuesioner	Ordinal	Skor 0 apabila jawaban salah dan skor 1 apabila jawaban benar. Skoring dibagi menjadi tiga tingkatan: 1. Baik: presentase 76-100% 2. Cukup: presentase 56-75% 3. Kurang: presentase 0-55%
Profil Klinis-Riwayat Pengobatan Tuberkulosis Sebelumnya	Responden yang pernah mendapatkan OAT sebelum penelitian	Belum pernah/< 1 bulan Pernah diobati lebih dari 1 bulan	Kuesioner	Nominal	1. Belum pernah/< 1 bulan 2. Pernah diobati lebih dari 1 bulan
Profil Klinis-Status Pemeriksaan Sputum	Hasil pemeriksaan asupan dahak/specim	Positif Negatif	Kuesioner	Nominal	1. Positif 2. Negatif

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	en untuk mengidentifikasi bakteri				
Profil Klinis-Kategori Pengobatan	Panduan OAT yang digunakan responden	Kategori I Kategori II	Kuesioner	Nominal	1. Kategori-I 2. Kategori-II
Profil Klinis-Fase Pengobatan	Fase pengobatan responden saat dilakukan penelitian	Intensif Lanjutan	Kuesioner	Nominal	1. Intensif 2. Lanjutan
Profil Klinis-Riwayat Keluarga Tuberkulosis	Responden memiliki anggota keluarga yang mempunyai riwayat atau sedang sakit tuberkulosis saat dilakukan penelitian	Ya Tidak	Kuesioner	Nominal	1. Ya 2. Tidak
Variabel Dependen/Variabel Terikat					
Stigma eksternal	Tindakan diskriminasi terbuka terhadap penderita tuberkulosis paru	Stigma dari teman/tetangga atau keluarga	Kuesioner	Ordinal	Skor untuk jawaban pertanyaan: Ya= 4 Mungkin= 3 Ragu-ragu= 2 Tidak= 1 Skoring dibagi menjadi dua, yaitu: 1. Positif jika $\geq mean$ 2. Negatif jika $< mean$
Stigma internal	negatif <i>self-image</i> yang dirasakan penderita tuberkulosis paru	Kuesioner stigma internal	Kuesioner	Ordinal	Skor untuk jawaban pertanyaan: SS= 4 S= 3 TS= 2 STS= 1 Skoring dibagi menjadi dua, yaitu:

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
					1. Positif jika $\geq mean$ 2. Negatif jika $< mean$
Stigma	Pandangan negatif pada seseorang karena karakteristik atau perilakunya yang berbeda dari masyarakat umum	Stigma eksternal dan stigma internal	Skoring stigma eksternal dan stigma internal	Nominal dikotomi	Skoring dibagi menjadi dua, yaitu: 1. Positif jika stigma eksternal dan/ stigma internal positif 2. Negatif jika stigma eksternal dan stigma internal negatif

#### 4.4 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian menggunakan alat kuesioner berupa angket yang akan diisi oleh penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi stigma yang dirasakan pada pasien.

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian menggunakan kuesioner untuk mengumpulkan data yang terdiri dari faktor sosio-demografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan), pengetahuan tentang tuberkulosis, profil klinis tuberkulosis (riwayat pengobatan tuberkulosis sebelumnya, status pemeriksaan sputum, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis), stigma eksternal, dan stigma internal. Responden diberikan kuesioner dengan pertanyaan tertutup yang telah tersusun

dan memberikan jawaban pada setiap pertanyaan sesuai pedoman yang ditetapkan. Penjelasan kuesioner adalah sebagai berikut:

#### 4.5.1 Kuesioner sosiodemografi

Kuesioner variabel sosiodemografis terdapat 7 pertanyaan yang dibuat oleh peneliti, yaitu jenis kelamin dibuat berdasarkan pedoman pelaporan distribusi kasus tuberkulosis oleh Dinas Kesehatan Surabaya (2017), usia dibuat berdasarkan pedoman psikologi perkembangan Erikson (1982), agama dibuat berdasarkan pedoman Penetapan Presiden Republik Indonesia Nomor 1/PNPS/Tahun 1965 tentang Pencegahan Penyalahgunaan dan/atau Penodaan Agama, status pekerjaan dibuat berdasarkan jurnal Nkambule, Lee-Hsieh, Liu, & Cheng (2019), pendidikan dan status perkawinan dibuat berdasarkan pedoman Badan Pusat Statiska, dan pendapatan dibuat berdasarkan pedoman pelaporan Upan Minimum Kota/Kabupaten (UMK) Surabaya tahun 2019 sesuai Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/665/KPTS/013/2018. Metode jawaban kuesioner menggunakan *close ended questions*.

Tabel 4.2 Blue print Kuesioner Sosiodemografis

Variabel	Indikator	No. soal	Jumlah Soal
Sosiodemografis	Jenis Kelamin	1	1
	Usia	2	1
	Agama	3	1
	Status Pekerjaan	4	1
	Pendidikan	5	1
	Status Perkawinan	6	1
	Pendapatan	7	1

#### 4.5.2 Kuesioner pengetahuan tentang tuberkulosis

Kuesioner pengetahuan tentang tuberkulosis menggunakan kuesioner Kurniawan Adiwidia (2012) yang terdiri dari 25 pertanyaan. Variabel pengetahuan tentang tuberkulosis yang diteliti adalah pengertian, penyebab,

penularan, manifestasi klinis, pemeriksaan, pencegahan, pengobatan, efek samping obat, dan PMO tuberkulosis. Penilaian pernyataan diberikan skor 1 atau 0, artinya nilai 1 = bila jawaban benar dan nilai 0 = bila jawaban salah. Kemudian skor dijumlahkan dan diprosentase menjadi baik, cukup, dan kurang. Jumlah skor baik ayadalah 76%-100%, skor cukup adalah 56%-75%, dan skor kurang adalah 0-55% (Nursalam, 2015).

#### 4.5.3 Kuesioner profil klinis

Kuesioner variabel profil klinis tuberkulosis terdapat 5 pertanyaan yang dibuat oleh peneliti, yaitu riwayat pengobatan sebelumnya dan hasil pemeriksaan dahak dibuat berdasarkan pedoman kartu pengobatan tuberkulosis, fase pengobatan dan kategori pengobatan tuberkulosis dibuat berdasarkan pedoman pelaporan Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis cetakan tahun 2014, dan riwayat keluarga tuberkulosis dibuat berdasarkan kuesioner Shivapujimath *et al.* (2017). Metode jawaban kuesioner menggunakan *close ended questions*.

Tabel 4.3 Blue print Kuesioner Profil Klinis Tuberkulosis

Variabel	Indikator	No. soal	Jumlah Soal
Profil Klinis Tuberkulosis	Riwayat pengobatan sebelumnya	8	1
	Kategori pengobatan tuberkulosis	9	1
	Fase pengobatan tuberkulosis	10	1
	Hasil pemeriksaan dahak	11	1
	Riwayat Keluarga Tuberkulosis	12	1

#### 4.5.4 Kuesioner stigma

Kuesioner stigma penelitian ini terdiri dari 30 pertanyaan, dimana 15 pertanyaan tentang stigma eksternal dan 15 pertanyaan tentang stigma internal. Kuesioner stigma didapatkan dari adaptasi dan modifikasi beberapa sumber. Pertama peneliti modifikasi kuesioner Putri, Harmayetty, & Utomo (2016) yang menggunakan kuesioner dari ILEP (2011) tentang *self-stigma (Internalized Stigma*

*of Mental Illnes*) pada penderita kusta. Kuesioner dimodifikasi oleh peneliti untuk penderita tuberkulosis dan dua pertanyaan peneliti masukkan dalam kuesioner stigma eksternal. Kedua peneliti adaptasi kuesioner Shivapujimath *et al* (2017) yang menggunakan kuesioner dari WHO/TDR (2002) tentang *Gender and Illness-Related: Experience, Meaning, and Behaviour* pada penderita tuberkulosis menggunakan bahasa Inggris. Peneliti kemudian menerjemahkannya dan mengambil tiga pertanyaan dalam kuesioner yang sesuai dengan penelitian. Ketiga peneliti modifikasi kuesioner Chakrabartty *et al* (2018) yang menggunakan kuesioner Moya (2010) tentang perspektif komunitas pada tuberkulosis menggunakan bahasa Inggris. Peneliti kemudian menerjemahkannya, mengambil 6 pertanyaan yang sesuai dengan penelitian, dan memodifikasi menjadi perspektif penderita tuberkulosis. Keempat peneliti modifikasi kuesioner Fitriyasaki, Yusuf, Chan, Nursalam, & Hargono (2018) tentang stigma keluarga pada penderita skizofrenia yang dikembangkan dari dimensi stigma oleh Goffman (1963) dan definisi stigma oleh Link & Phelan (2001). Kuesioner terdiri dari pertanyaan mengenai *labelling, stereotype, separation, dan discrimination*. Peneliti mengambil tiga pernyataan *discrimination* yang sesuai dengan penelitian kemudian memodifikasi menjadi pernyataan *non-favorable* semua. Kelima peneliti adaptasi kuesioner Chowdhury, Rahman, Mondal, Billah, & Sayem, (2015) tentang stigma eksternal menggunakan bahasa Inggris. Peneliti menerjemahkannya dan mengambil dua pertanyaan yang sesuai dengan penelitian.

Tabel 4.4 Sumber kuesioner stigma

Variabel	No. soal	Parameter	Sumber kuesioner
Stigma eksternal	1-2	Stigma dari teman/tetangga	Putri, Harmayetty, & Utomo (2016) yang menggunakan kuesioner dari ILEP (2011) tentang <i>self-stigma (Internalized Stiga of Mental Illnes)</i>

Variabel	No. soal	Parameter	Sumber kuesioner
	3-4	Stigma dari teman/tetangga	Shivapujimath <i>et al</i> (2017) yang menggunakan kuesioner dari WHO/TDR (2002) tentang <i>Gender and Illness-Related: Experience, Meaning, and Behaviour</i> pada penderita tuberkulosis
	5-10	Stigma dari teman/tetangga	Chakrabartty <i>et al</i> (2018) yang menggunakan kuesioner Moya (2010) tentang perspektif komunitas pada tuberkulosis
	11-12	Stigma dari keluarga	Chowdhury, Rahman, Mondal, Billah, & Sayem, (2015) tentang stigma eksternal
	13-15	Stigma dari teman/tetangga	Fitryasari, Yusuf, Chan, Nursalam, & Hargono (2018) tentang stigma keluarga pada penderita skizofrenia yang dikembangkan dari dimensi stigma oleh Goffman (1963) dan definisi stigma oleh Link & Phelan (2001)
Stigma internal	1		Shivapujimath <i>et al</i> (2017) yang menggunakan kuesioner dari WHO/TDR (2002) tentang <i>Gender and Illness-Related: Experience, Meaning, and Behaviour</i> pada penderita tuberkulosis
	2-15		Putri, Harmayetty, & Utomo (2016) yang menggunakan kuesioner dari ILEP (2011) tentang <i>self-stigma (Internalized Stigma of Mental Illness)</i>

Variabel stigma yang diteliti adalah stigma secara umum, stigma internal dan stigma eksternal. Peneliti menggunakan metode jawaban skala *Likert* pada kuesioner stigma eksternal dengan skala Ya, Mungkin, Ragu-ragu, dan Tidak. Penilaian pernyataan diberikan skor 4 = Ya, 3 = Mungkin, 2 = Ragu-ragu, dan 1 = Tidak. Sedangkan pada kuesioner stigma internal menggunakan skala Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Penilaian pernyataan diberikan skor 4 = Sangat Setuju (SS), 3 = Setuju (S), 2 = Tidak Setuju (TS), dan 1 = Sangat Tidak Setuju (STS). Peneliti kemudian menjumlahkan skor dan mengkategorikan ke dalam 2 kategori, yaitu negatif jika  $< mean$  dan positif jika  $\geq mean$ . Pada stigma secara umum metode penilaian dengan cara melihat hasil penilaian stigma eksternal dan stigma internal. Peneliti mengkategorikan ke dalam 2 kategori, yaitu positif dan negatif. Penilaian positif didapatkan apabila hasil penilaian stigma eksternal dan/ stigma internal adalah positif, sedangkan



penilaian negatif didapatkan apabila hasil penilaian stigma eksternal dan stigma internal adalah negatif.

#### **4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas wilayah Surabaya Utara, yaitu Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Pegirian, dan Puskesmas Sawah Pulo. Penelitian membutuhkan waktu 4 bulan, pada bulan Mei-Agustus 2019 untuk pengumpulan data sampai pengolahan data.

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

##### **4.7.1 Persiapan**

Langkah persiapan studi pendahuluan dan pengambilan data di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian dimulai dengan meminta izin kepada pihak Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Peneliti kemudian mengajukan surat kepada Bakesbangpol dan Limnas Kota Surabaya untuk meminta izin sekaligus surat tembusan ke Dinas Kesehatan Surabaya. Surat pengantar tersebut kemudian peneliti serahkan kepada pihak Dinas Kesehatan Surabaya untuk mengajukan izin penelitian di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian. Peneliti kemudian menyerahkan surat pengantar dari Dinas Kesehatan Surabaya kepada perwakilan di Puskesmas tersebut sekaligus meminta izin untuk melakukan penelitian pada pasien tuberkulosis paru mengenai stigma yang dirasakan pasien. Peneliti melakukan studi pendahuluan terlebih dahulu untuk mengetahui stigma yang dirasakan pada pasien tuberkulosis paru dengan Puskesmas Perak Timur sebagai perwakilan data pendahuluan. Kemudian peneliti melanjutkan pengambilan data

penelitian di ketiga Puskesmas setelah mengetahui data pendahuluan stigma yang dirasakan pada pasien tuberkulosis paru.

#### 4.7.2 Pelaksanaan

Pengambilan data penelitian dilaksanakan pada 27 Mei 2019 sampai dengan 19 Juli 2019. Pada tanggal 1-9 Juli libur hari Raya Idul Fitri sehingga peneliti berhenti melakukan pengambilan data. Peneliti mendatangi tempat penelitian, yaitu Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian. Pada Puskesmas Perak Timur, Peneliti membagi waktu untuk pengambilan data. Pada Puskesmas Sawah Pulo, peneliti mendatangi dua kali untuk pengambilan data pada hari kerja Poli TB, yaitu Selasa mulai pukul 07.00-12.00 WIB pada tanggal 21 Mei 2019 dan 9 Juli 2019. Peneliti mendapatkan bantuan dari teman, yaitu Maria, Gita, dan Kusnul untuk membantu pengambilan data di Puskesmas Sawah Pulo pada tanggal 9 Juli 2019. Pada Puskesmas Pegirian, peneliti juga mendatangi dua kali untuk pengambilan data pada hari kerja Poli TB, yaitu Selasa mulai pukul 07.00-12.00 WIB pada tanggal 11 Juni 2019 dan 2 Juli 2019. Pada Puskesmas Perak Timur, peneliti mendatangi pada hari kerja Puskesmas, yaitu hari Senin-Sabtu mulai pukul 07.00-12.00 WIB pada tanggal selain yang telah disebutkan. Peneliti berkoordinasi dengan perawat penanggung jawab Poli TB di masing-masing Puskesmas untuk memudahkan peneliti dalam pengambilan data dan berkenalan dengan pasien TB. Pada Puskesmas Perak Timur peneliti juga melakukan pengambilan data secara *door to door* untuk memudahkan peneliti bertemu langsung dengan pasien, karena beberapa pengambilan obat dilakukan oleh keluarga pasien. Peneliti berkoordinasi dengan Kader TB Kecamatan Perak Timur, yaitu Ibu Arofah untuk

mengkoordinasikan peneliti dengan Kader TB Kelurahan setelah mendapatkan izin dari Penanggung Jawab Poli TB Perak Timur. Pengambilan data secara *door to door* dilakukan bersama kader TB Kelurahan dilakukan 4 hari, yaitu Kelurahan Bongkaran pada Minggu, 29 Juni 2019, Kelurahan Perak Timur pada Kamis, 4 Juli 2019, Kelurahan Nyamplungan pada Senin, 15 Juli 2019, dan Kelurahan Krembangan Utara pada Rabu, 17 Juli 2019. Peneliti juga bekerja sama dengan peneliti lain, yaitu Gita Kurnia untuk pengambilan data secara langsung di Puskesmas Perak Timur dan secara *door to door* di rumah pasien TB. Pengambilan data secara *door to door* peneliti diantar oleh Kader TB Kelurahan yang mengetahui alamat rumah pasien TB dan data informasi dari buku kunjungan. Pengambilan data berjalan baik, tetapi ada sedikit kesulitan mencari karena data informasi yang kurang lengkap. Peneliti juga menemukan sedikit pasien memiliki dua alamat tinggal, seperti Madura dan Surabaya sehingga kesulitan untuk bertemu pasien secara langsung.

Proses pengambilan data dilakukan pada pasien TB yang sedang menunggu panggilan pengambilan obat di Puskesmas. Peneliti menyeleksi responden menggunakan teknik *sampling*, yaitu *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden mengenai masalah, tujuan, dan manfaat penelitian, serta *informed consent* sebagai surat persetujuan mejadi subjek penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan, responden diminta untuk mengisi *informed consent*. Saat responden telah mengisi *informed consent*, peneliti memberikan kuesioner dan penjelasan tata cara pengisian kuesioner. Pengisian kuesioner dibaca dan diisi sendiri oleh responden. Peneliti memfasilitasi responden selama pengisian apabila terdapat kebingungan

atau kesalahan dalam pengisian kuesioner. Peneliti melakukan pemeriksaan ulang kelengkapan data setelah pengisian kuesioner selesai, yaitu *informed consent*, penjelasan penelitian, dan kelengkapan pengisian. Peneliti kemudian melakukan tabulasi data dan menganalisis data dimulai pada tanggal 19 Juli 2019-1 Agustus 2019 setelah selesai melakukan pengambilan data.

## 4.8 Analisis Data

### 4.8.1 Analisis deskriptif

#### 1. Sosiodemografis

Pada penelitian ini sosiodemografis yang diteliti adalah usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan. Pengkodean variabel jenis kelamin, yaitu kode 1 = laki-laki dan kode 2 = perempuan. Pengkodean variabel usia, yaitu kode 1 = 19-40 tahun, kode 2 = 40-65 tahun, dan kode 3 = >65 tahun. Pengkodean variabel agama, yaitu kode 1 = Islam, kode 2 = Kristen, kode 3 = Katolik, kode 4 = Hindu, kode 5 = Budha, dan kode 6 = Khong Hu Cu. Pengkodean status perkawinan, yaitu kode 1 = belum kawin, kode 2 = kawin, kode 3 = cerai hidup, dan kode 4 = cerai mati. Pengkodean pendidikan, yaitu kode 1 = tamat SD, kode 2 = tamat SMP, kode 3 = tamat SMA, dan kode 4 = tamat PT (Perguruan Tinggi). Pengkodean variabel pekerjaan, yaitu kode 1 = pengangguran, kode 2 = tidak bekerja karena sakit, dan kode 3 = bekerja. Pengkodean variabel pendapatan, yaitu kode 1 = < Rp. 3.871.052,61 dan kode 2 = > Rp. 3.871.052,61.

## 2. Pengetahuan tentang Tuberkulosis

Pada penelitian ini variabel pengetahuan tentang tuberkulosis diberikan kode dalam setiap kategorinya. Kode untuk 3 kategori variabel pengetahuan tentang tuberkulosis yaitu kode 1 = baik, kode 2 = cukup, dan kode 3 = kurang.

## 3. Profil Klinis Tuberkulosis

Pada penelitian ini variabel profil klinis tuberkulosis yang diteliti adalah riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan tuberkulosis, fase pengobatan tuberkulosis, dan riwayat keluarga tuberkulosis. Pengkodean variabel riwayat pengobatan sebelumnya adalah kode 1 = belum pernah/< 1 bulan dan kode 2 = pernah diobati lebih dari 1 bulan. Pengkodean variabel hasil pemeriksaan dahak adalah kode 1 = positif dan kode 2 = negatif. Pengkodean variabel kategori pengobatan tuberkulosis adalah kode 1 = Kategori-I dan kode 2 = Kategori-II. Pengkodean variabel fase pengobatan tuberkulosis adalah kode 1 = fase intensif dan kode 2 = fase lanjutan. Pengkodean variabel riwayat keluarga tuberkulosis adalah kode 1 = Ya dan kode 2 = Tidak.

## 4. Stigma

Pada penelitian ini variabel stigma diberikan kode dalam setiap kategorinya. Variabel stigma yang diteliti adalah stigma secara umum, stigma internal dan stigma eksternal. Kode untuk kategori ketiga stigma tersebut adalah sama, yaitu kode 1 = positif dan kode 2 negatif

### 4.8.2 Analisis inferensial

Data kuesioner responden yang telah diperoleh peneliti, selanjutnya dilakukan pengujian, yaitu menganalisis hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis data menggunakan uji statistik logistik regresi

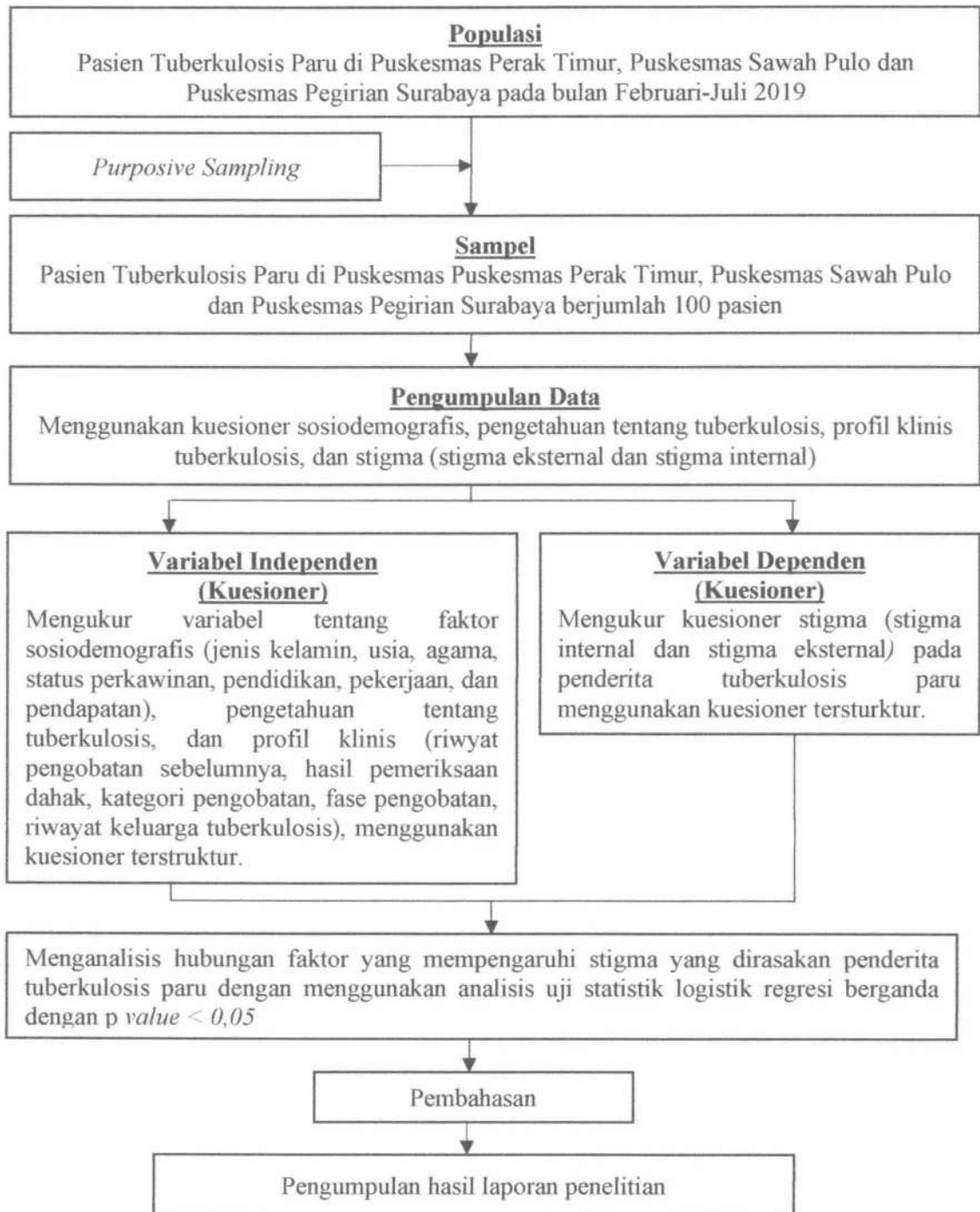
berganda dengan  $p \text{ value} < 0,05$  untuk mengetahui hasil penelitian. Setelah proses analisis data dengan uji statistik logistik berganda akan diketahui variabel-variabel yang memberikan hubungan paling kuat terhadap stigma yang dirasakan penderita tuberkulosis paru.

Langkah-langkah dalam melakukan analisis multivariat regresi logistik berganda adalah sebagai berikut:

1. Langkah pertama melakukan seleksi bivariat variabel independen terhadap variabel dependen menggunakan analisis regresi logistik sederhana, yaitu melakukan regresi sederhana satu persatu variabel dependen terhadap variabel independen. Apabila didapatkan nilai  $p\text{-value} < 0,25$  maka variabel tersebut sebagai kandidat dan diikutsertakan pada tahap analisis selanjutnya.
2. Langkah kedua melakukan pemodelan terhadap variabel yang masuk dalam analisis multivariat. Caranya dengan memasukkan semua kandidat variabel bersama-sama kemudian melihat nilai signifikan dengan  $p\text{-value} < 0,05$ . Apabila nilai tidak signifikan maka variabel dikeluarkan secara berurutan dimulai dari  $p\text{-value}$  yang paling besar. Selain itu, pengeluaran variabel juga mempertimbangkan perubahan nilai OR. Perubahan OR yang lebih dari 10% maka variabel tersebut tetap diikutsertakan dan merupakan variabel *confounding* pada interpretasi.
3. Langkah ketiga melakukan uji interaksi dengan cara melihat kemaknaan uji statistik. Bila variabel pada uji interaksi mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi tersebut diikutsertakan dalam model.

4. Langkah keempat pemodelan akhir, yaitu variabel dengan  $p\text{-value} < 0,05$  diikutsertakan dalam analisis multivariat. Variabel dengan  $p\text{-value} < 0,05$  adalah variabel yang paling dominan mempengaruhi variabel dependen.

#### 4.9 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma yang Dirasakan pada Penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya

#### 4.10 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner penelitian diadakan uji coba sebelum digunakan dilapangan untuk mencegah terjadinya kesalahan sistemik yang berdampak pada validitas dan kualitas penelitian. Kuesioner diuji coba pada responden di luar sampel yang akan diteliti. Peneliti menggunakan uji validitas dan reliabilitas untuk meningkatkan kualitas penelitian.

##### 4.10.1 Uji validitas

Uji validitas adalah uji ketepatan suatu instrumen penelitian. Uji validitas menggunakan SPSS dengan analisis korelasi bivariat *Pearson* dan signifikansi *r* tabel yang dijadikan suatu patokan. Item instrumen dikatakan valid apabila nilai *r* hitung lebih besar dari *r* tabel. Berikut hasil uji validitas instrument masing-masing variabel:

##### 1. Hasil uji validitas kuesioner pengetahuan tentang tuberkulosis

Kuesioner oleh Kurniawan Adiwidia (2012) tentang pengetahuan telah dilakukan uji validitas di Poliklinik Paru RS Paru dr. M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor dengan responden sebanyak 30 pasien kontrol pertama pasca rawat di RS Paru dr. M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Kuesioner terdiri dari 26 pertanyaan mengenai pengertian, penyebab, penularan, tanda dan gejala, pemeriksaan, pengobatan, efek samping, pencegahan, dan PMO (Pengawasan Minum Obat). Nilai *r* tabel untuk uji validitas kuesioner adalah 0,361 dan hasil uji validitas didapatkan 13 pertanyaan valid dan 13 pertanyaan tidak valid. Pertanyaan yang tidak valid (13 item) dilakukan evaluasi. Hasil evaluasi didapatkan 1 pertanyaan dianggap tidak penting dan 12 pertanyaan lainnya dianggap penting dan merupakan unsur-unsur dari pengetahuan tentang penyakit



TB paru sehingga pertanyaan tersebut tetap diikutsertakan dalam kuesioner penelitian.

## 2. Hasil uji validitas kuesioner stigma eksternal

Lokasi uji coba kuesioner stigma eksternal pada 10 pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Kenjeran. Nilai  $r$  tabel dengan taraf signifikan sebesar 0,05 pada 10 responden adalah 0,632. Berikut hasil uji validitas kuesioner stigma eksternal.

Tabel 4.5 Hasil Uji Validitas kuesioner stigma eksternal

Pertanyaan	$r$ Hitung	$r$ Tabel	Keterangan
Soal nomor 1	0,924	0,632	Valid
Soal nomor 2	0,837	0,632	Valid
Soal nomor 3	0,838	0,632	Valid
Soal nomor 4	0,924	0,632	Valid
Soal nomor 5	0,770	0,632	Valid
Soal nomor 6	0,861	0,632	Valid
Soal nomor 7	0,791	0,632	Valid
Soal nomor 8	0,835	0,632	Valid
Soal nomor 9	0,835	0,632	Valid
Soal nomor 10	0,802	0,632	Valid
Soal nomor 11	0,868	0,632	Valid
Soal nomor 12	0,881	0,632	Valid
Soal nomor 13	0,881	0,632	Valid
Soal nomor 14	0,698	0,632	Valid
Soal nomor 15	0,668	0,632	Valid

Berdasarkan tabel hasil uji validitas pada instrument tentang stigma eksternal dikatakan valid terhadap 15 item dan digunakan semua untuk mengukur stigma eksternal terhadap pasien tuberkulosis paru.

## 3. Hasil Uji Validitas kuesioner stigma internal

Lokasi uji coba kuesioner stigma internal pada 10 pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Kenjeran. Nilai  $r$  tabel dengan taraf signifikan sebesar 0,05 pada 10 responden adalah 0,632. Berikut hasil uji validitas kuesioner stigma internal.

Tabel 4.6 Hasil Uji Validitas kuesioner stigma internal

Pertanyaan	$r$ Hitung	$r$ Tabel	Keterangan
Soal nomor 1	0,661	0,632	Valid

Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
Soal nomor 2	0,857	0,632	Valid
Soal nomor 3	0,775	0,632	Valid
Soal nomor 4	0,884	0,632	Valid
Soal nomor 5	0,668	0,632	Valid
Soal nomor 6	0,866	0,632	Valid
Soal nomor 7	0,873	0,632	Valid
Soal nomor 8	0,830	0,632	Valid
Soal nomor 9	0,781	0,632	Valid
Soal nomor 10	0,888	0,632	Valid
Soal nomor 11	0,684	0,632	Valid
Soal nomor 12	0,911	0,632	Valid
Soal nomor 13	0,834	0,632	Valid
Soal nomor 14	0,668	0,632	Valid
Soal nomor 15	0,810	0,632	Valid

Berdasarkan tabel hasil uji validitas pada instrument tentang stigma internal dikatakan valid terhadap 15 item dan digunakan semua untuk mengukur stigma internal terhadap pasien tuberkulosis paru.

#### 4.10.2 Uji reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan apakah kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali. Instrument dianggap reliabel jika digunakan dua kali atau lebih untuk mengukur gejala yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Uji reliabilitas dilakukan setelah melakukan uji validitas.

Pada kuesioner pengetahuan tentang tuberkulosis dilakukan uji reliabilitas dengan cara pengujian menggunakan rumus *Spearman Brown* didapatkan nilai 0,60324466. Langkah selanjutnya dibandingkan dengan nilai r tabel taraf signifikan 5% pada 30 responden, yaitu 0,361. Hasil nilai reliabilitas > nilai r maka dapat disimpulkan bahwa kuesioner reliabel.

Pada kuesioner stigma eksternal dan internal, uji reliabilitas menggunakan metode *alpha Cronbach* diukur berdasarkan skala 0 sampai 1.

Skala dikelompokkan dalam lima kelas dengan rentang yang sama, maka interpretasi ukuran kemantapan alpha adalah sebagai berikut:

1. Nilai *alpha Cronbach* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang reliabel
2. Nilai *alpha Cronbach* 0,21 s.d 0,40 berarti agak reliabel
3. Nilai *alpha Cronbach* 0,41 s.d 0,60 berarti cukup reliabel
4. Nilai *alpha Cronbach* 0,61 s.d 0,80 berarti reliabel
5. Nilai *alpha Cronbach* s.d 0,81 s.d 1,00 berarti sangat reliabel

Berikut adalah hasil uji reliabilitas kuesioner stigma eksternal dan internal:

Tabel 4.7 Hasil uji reliabilitas kuesioner stigma eksternal dan internal

Kuesioner	<i>alpha Cronbach</i>	Keterangan
Stigma eksternal	0,961	Sangat reliabel
Stigma internal	0,956	Sangat reliabel

Data tabel diatas menunjukkan kuesioner stigma eksternal dan stigma internal sangat reliabel sehingga peneliti dapat menggunakan kuesioner sebagai pengambilan data penelitian.

#### 4.11 Masalah Etik

Penelitian ini telah dilakukan uji etik penelitian dan telah mendapatkan izin etik penelitian oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan No: 1506-KEPK. Penelitian dilakukan sesuai dengan prinsip etika penelitian sebagai berikut:

1. Nilai Ilmiah dan Sosial serta Penghormatan terhadap HAM

Pada pedoman No. 1 *Council for International Organizations of Medical Sciences-World Health Organization (CIOMS WHO)* tahun 2016 menjelaskan penelitian harus memiliki kewajiban moral dengan cara menjunjung tinggi hak asasi manusia, menghormati, melindungi, dan adil dalam mempelajari responden

dimana penelitian dilakukann. Penelitian dengan sampel manusia harus memiliki nilai sosial yang memadai untuk membenarkan risiko, biaya, dan beban yang terkait bagi responden dalam penelitian yang tidak memiliki prospek manfaat yang potensial bagi mereka (CIOMS WHO, 2016). Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti dengan tidak mencantumkan nama responden. Identitas menggunakan inisial atau kode tertentu untuk keadilan (Nursalam, 2015) .

## 2. Distribusi Manfaat dan beban yang adil

Pada pedoman No. 3 *Council for International Organizations of Medical Sciences-World Health Organization* (CIOMS WHO) tahun 2016 menjelaskan manfaat dan beban penelitian didistribusikan secara adil. Distribusi manfaat dan beban yang adil dalam pemilihan responden mensyaratkan tidak ada kelompok atau seseorang yang menanggung risiko atau beban yang lebih besar dari penelitian. Responden dipilih berdasarkan ilmiah bukan karena posisi sosial atau ekonomi. Kriteria inklusi dan eksklusi tidak boleh didasarkan pada kriteria yang berpotensi diskriminatif (CIOMS WHO, 2016).

## 3. Individu yang Mampu Memberikan Persetujuan

Pada pedoman No. 9 *Council for International Organizations of Medical Sciences-World Health Organization* (CIOMS WHO) tahun 2016 menjelaskan peneliti memiliki tugas untuk memberikan informasi dan kesempatan kepada responden untuk memberikan persetujuan secara gratis dan terinformasi untuk berpartisipasi dalam penelitian atau menolak. Informasi yang diberikan tidak ada penipuan, pengaruh yang tidak semestinya, dan paksaan. Peneliti memastikan responden memiliki pemahaman yang memadai tentang penelitian dan calon peserta diberi kesempatan dan waktu yang cukup untuk pertimbangan. Responden

memiliki hak untuk menarik diri pada titik manapun dalam penelitian (CIOMS WHO, 2016).

#### 4. Pengumpulan, Penyimpanan, dan Penggunaan Data Penelitian

Pada pedoman No. 12 *Council for International Organizations of Medical Sciences-World Health Organization* (CIOMS WHO) tahun 2016 menjelaskan peneliti memiliki sistem tata kelola untuk mendapatkan otorisasi dalam penggunaan data dengan tidak mempengaruhi hak dan kesejahteraan responden. Persetujuan khusus untuk penggunaan data harus diperoleh dari sumber data tersebut, yaitu responden. Data dikumpulkan dan disimpan untuk tujuan penelitian (CIOMS WHO, 2016). Informasi yang diberikan responden dijamin kerahasiaannya dengan menyajikan dan melaporkan data hanya kepada pihak tertentu yang terkait dalam penelitian dan tidak disalahgunakan (Nursalam, 2015).

#### 5. Penggantian dan Kompensasi untuk Responden Penelitian

Pada pedoman No. 13 *Council for International Organizations of Medical Sciences-World Health Organization* (CIOMS WHO) tahun 2016 menjelaskan responden harus mendapat pengganti biaya atau kompensasi secara wajar yang dikeluarkan selama penelitian, seperti biaya perjalanan, ketidaknyamanan, dan waktu yang dihabiskan. Kompensasi dapat berupa uang atau non-uang. Kompensasi tidak boleh terlalu besar untuk mendorong responden menyetujui berpartisipasi dalam penelitian atau disebut “bujukan” (CIOMS WHO, 2016).

#### 4.12 Keterbatasan Penelitian

Aspek keterbatasan menjelaskan hambatan atau keterbatasan peneliti selama melakukan penelitian, antar lain:

1. Peneliti tidak mencantumkan pertanyaan mengenai pengungkapan pasien tentang penyakit tuberkulosis paru pada orang lain sehingga menghambat dalam mengukur stigma eksternal.
2. Kurang koordinasi dan keterampilan peneliti dalam melakukan pengambilan data sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk pengambilan data.

# **BAB 5**

## **HASIL PENELITIAN DAN**

### **PEMBAHASAN**



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan tentang analisis faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas Pegirian, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Perak Timur yang dilakukan pada tanggal 27 Mei – 19 Juli 2019. Hasil penelitian meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian; 2) Karakteristik sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan responden; 3) Data mengenai stigma eksternal dan stigma internal. Selanjutnya pada bagian pembahasan akan dijelaskan hasil penelitian sesuai dengan tujuan dan hipotesis penelitian, teori, dan penelitian sebelumnya.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di 3 wilayah kerja Puskesmas di Surabaya Utara, yaitu Puskesmas Pegirian, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Perak Timur. Berikut adalah penjelasan gambaran umum lokasi penelitian dari ketiga puskesmas:

##### 1. Puskesmas Pegirian

Puskesmas Pegirian termasuk tipe puskesmas rawat jalan yang berada di Jalan Karang Tembok No. 39 Kelurahan Pegirian, Kecamatan Semampir, Surabaya. Batas wilayah Puskesmas Pegirian adalah Kelurahan Ujung dan Kelurahan Ampel di sebelah Barat, Kelurahan Wonokusumo di sebelah Utara, Kelurahan Sidotopo Wetan di sebelah Timur, dan Kelurahan Pegirian di sebelah Selatan.



Program pengobatan TB di Puskesmas Pegirian seperti pengambilan OAT dan pemeriksaan dahak berjalan dengan baik. Setiap hari Selasa pasien akan berkumpul di Poli TB untuk mengambil OAT dan melakukan pemeriksaan. Selain program tersebut, Puskesmas Pegirian juga melaksanakan program *home visit* dua kali dalam sebulan yang dilakukan oleh penanggung jawab program TB. Program ini bertujuan untuk memastikan keteraturan minum obat pasien, memantau kondisi rumah pasien, dan memberikan edukasi terkait pencegahan penularan TB.

## 2. Puskesmas Sawah Pulo

Puskesmas Sawah Pulo termasuk tipe puskesmas pagi dan sore hari yang terletak di Jalan Sawah Pulo Lapangan No. 2 Kelurahan Ujung Kecamatan Semampir. Batas wilayah Puskemas Sawah Pulo adalah Kelurahan Perak Utara di sebelah Barat, Selat Madura di sebelah Utara, Kelurahan Wonokusumo di sebelah Timur, dan Kelurahan Ampel di sebelah Selatan.

Poli TB di Puskesmas Sawah Pulo dibuka pada hari Selasa. Program pengobatan TB berjalan dengan baik. Pasien TB datang ke poli TB untuk mengambil OAT dan melakukan pemeriksaan dahak apabila waktu bagi pasien untuk cek dahak. Penanggung jawab program TB selama memberikan pelayanan, juga memberikan edukasi terkait kepatuhan pengobatan, pencegahan penularan, dan ciri-ciri rumah yang sehat untuk pasien TB.

## 3. Puskesmas Perak Timur

Puskesmas Perak Timur terletak di Jl. Jakarta No. 9, Surabaya. Wilayah kerja Puskesmas Perak Timur terdiri dari 5 kelurahan, yaitu kelurahan Bongkaran, kelurahan Nyamplungan, kelurahan Krembangan Utara, kelurahan Perak Timur, dan kelurahan Perak Utara. Batas wilayah kerja Puskesmas Perak Timur yakni di

sebelah utara berbatasan dengan selat Madura, sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Genteng, sebelah selatan berbatasan dengan Krembangan Barat, dan sebelah barat berbatasan dengan Perak Barat. Puskesmas Perak Timur termasuk dalam tipe puskesmas rawat jalan.

Program pengobatan TB di Puskesmas Perak Timur berjalan dengan baik. Pengobatan TB di Puskesmas Perak Timur meliputi pengobatan rutin dan uji laboratorium. Selain pengobatan rutin, pemegang program TB juga melakukan *home visit* untuk mengobati pasien dengan kondisi tertentu seperti TB MDR.

### 5.1.2 Karakteristik sosiodemografi, profil klinis, pengetahuan pada penderita TB paru

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 100 responden. Penjelasan karakteristik demografi responden akan diuraikan berupa usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, status pekerjaan, dan pendapatan. Karakteristik profil klinis responden akan diuraikan berupa riwayat pengobatan sebelumnya, kategori pengobatan, fase pengobatan, hasil pemeriksaan dahak, dan riwayat keluarga. Hasil pengumpulan data didapatkan distribusi frekuensi sebagai berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik sosioemografi, profil klinis, pengetahuan responden di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	N	%
1.	Jenis Kelamin	Laki-laki	61	61%
		Perempuan	39	39%
		<b>Total</b>	100	100%
2.	Usia	19-40 tahun	45	45%
		40-65 tahun	50	50%
		>65 tahun	5	5%
		<b>Total</b>	100	100%
3.	Agama	Islam	99	99%
		Kristen	1	1%
		Katolik	0	0
		Hindu	0	0
		Budha	0	0
		Khong Hu Cu	0	0
<b>Total</b>	100	100%		

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	N	%
4.	Status Pekerjaan	Pengangguran	29	29%
		Tidak bekerja karena sakit	10	10%
		Bekerja	61	61%
		<b>Total</b>	100	100%
5.	Pendidikan	Tamat SD	40	40%
		Tamat SMP	19	19%
		Tamat SMA	38	38%
		Tamat PT (Perguruan Tinggi)	3	3%
		<b>Total</b>	100	100%
6.	Status Perkawinan	Belum Kawin	21	21%
		Kawin	74	74%
		Cerai Hidup	2	2%
		Cerai Mati	3	3%
		<b>Total</b>	100	100%
7.	Pendapatan	Kurang dari Rp. 3.871.052,61	82	82%
		Lebih dari Rp. 3.871.052,61	18	18%
		<b>Total</b>	100	100%
8.	Riwayat pengobatan sebelumnya	Belum pernah/<1 bulan	84	84%
		Pernah diobati lebih dari 1 bulan	16	16%
		<b>Total</b>	100	100%
9.	Kategori pengobatan Tuberkulosis	Kategori-I	84	84%
		Kategori-II	16	16%
		<b>Total</b>	100	100%
10.	Fase Pengobatan Tuberkulosis	Fase Intensif	39	39%
		Fase Lanjutan	61	61%
		<b>Total</b>	100	100%
11.	Hasil Pemeriksaan Dahak	Positif	37	37%
		Negatif	63	63%
		<b>Total</b>	100	100%
12.	Riwayat Keluarga Tuberkulosis	Ya	30	30%
		Tidak	70	70%
		<b>Total</b>	100	100%
13.	Pengetahuan tentang TB	Baik	28	28%
		Cukup	66	66%
		Kurang	6	6%
		<b>Total</b>	100	100%

Berdasarkan tabel diatas mengenai karakteristik demografi responden menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 61 responden (61%), usia 40-65 tahun sebanyak 50 responden (50%), tamat SD sebanyak 40 responden (40%), kawin dengan 74 responden (74%), dan beragama Islam 99 responden (99%). Status pekerjaan responden sebagian besar bekerja sebanyak 60 responden (60%) dengan tingkat pendapatan responden kurang dari Rp. 3.871.052,61 sebanyak 82 responden (82%).

Pada karakteristik profil klinis tabel diatas menunjukkan sebanyak 84 responden (84%) pada kelompok riwayat pengoatan sebelumnya pada belum pernah/1< bulan dan kategori pengobatan tuberkulosis pada kategori-I. Sebagian besar fase pengobatan tuberkulosis adalah fase lanjutan sebanyak 61 responden (61%) dengan hasil pemeriksaan terbanyak adalah negatif dengan 63 responden (63%). Riwayat keluarga tuberkulosis sebagian besar responden adalah tidak sebanyak 70 responden (70%).

Pada karakteristik frekuensi tingkat pengetahuan tentang tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Perak Timur tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar distribusi pengetahuan responden pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 66 responden (66%).

### 5.1.3 Frekuensi Stigma yang Dirasakan pada penderita TB paru

Penjelasan stigma akan diuraikan mengenai distribusi frekuensi stigma dan gambaran umum stigma yang dirasakan pada pasien TB Paru. Tabel dibawah menunjukkan distribusi frekuensi mengenai stigma yang dirasakan pada pasien TB Paru di Puskesmas Pegirian, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Perak Timur.

Tabel 5.2 Distribusi stigma pada pasien TB Paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

	Positif		Negatif		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Stigma</b>	57	57%	43	43%	100	100%
<b>Stigma Eksternal</b>	28	28%	72	72%	100	100%
<b>Stigma Internal</b>	50	50%	50	50%	100	100%

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 57 responden (58%) positif merasakan stigma, dimana sebanyak 28 responden (28%) merasakan stigma eksternal dan 50 responden (50%) merasakan stigma internal.

Tabel 5.3 Distribusi stigma pada pasien TB Paru berdasarkan sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Variabel	Kategori	Stigma (N)	Stigma Eksternal (N)	Stigma Internal (N)
Jenis Kelamin	Laki-laki	33	17	28
	Perempuan	24	11	22
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Usia	19-40 tahun	27	15	24
	40-65 tahun	27	13	23
	>65 tahun	3	0	3
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Agama	Islam	56	27	50
	Kristen	1	1	0
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Status Pekerjaan	Pengangguran	16	7	14
	Tidak bekerja karena sakit	8	4	7
	Bekerja	33	17	29
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Pendidikan	Tamat SD	21	7	20
	Tamat SMP	11	5	9
	Tamat SMA	23	14	19
	Tamat PT (Perguruan Tinggi)	2	2	2
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Status Perkawinan	Belum Kawin	14	19	12
	Kawin	41	17	38
	Cerai Hidup	2	2	0
	Cerai Mati	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Pendapatan	Kurang dari Rp. 3.871.052,61	49	25	44
	Lebih dari Rp. 3.871.052,61	8	3	6
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Riwayat pengobatan sebelumnya	Belum pernah/<1 bulan	44	22	39
	Pernah diobati lebih dari 1 bulan	13	6	11
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Kategori pengobatan TB	Kategori-I	45	22	39
	Kategori-II	12	6	11
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Fase Pengobatan TB	Fase Intensif	23	12	21
	Fase Lanjutan	34	16	29
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Hasil Pemeriksaan Dahak	Positif	23	13	21
	Negatif	34	15	29
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Riwayat Keluarga TB	Ya	19	14	15
	Tidak	38	14	35
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
Pengetahuan tentang TB	Baik	14	8	12
	Cukup	38	17	34
	Kurang	5	3	4
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>50</b>

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan 57 responden yang merasakan stigma lebih banyak berjenis kelamin laki-laki (33%), usia 19-65 tahun (54%), agama Islam (56%), bekerja (33%), tamat SMA (23%), kawin (41%), pendapatan kurang dari Rp. 3.871.052,61 (49%), riwayat pengobatan sebelumnya belum pernah/<1 bulan (44%), kategori-I (45%), fase lanjutan (34%), hasil pemeriksaan dahak negatif (34%), tidak memiliki riwayat keluarga tuberkulosis (38%), dan pengetahuan cukup (38%).

Karakteristik responden pada stigma eksternal dan internal menunjukkan perbedaan pada variabel pendidikan dan status perkawinan. Karakteristik responden yang merasakan stigma eksternal lebih banyak pendidikan tamat SMA (14%) dan belum kawin (19%). Sedangkan pada stigma internal lebih banyak pendidikan pendidikan tamat SD (20 %) dan kawin (38%).

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi pertanyaan pada kuesioner stigma eksternal pada pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Soal Stigma Eksternal	Ya (%)	Mungkin (%)	Ragu-ragu (%)	Tidak (%)
Teman/tetangga mengucilkan	18%	6%	3%	73%
Teman/tetangga menolak mengunjungi rumah	9%	7%	5%	79%
Teman/tetangga tidak ingin makan dan minum bersama	10%	10%	6%	74%
Teman/tetangga menjauhi	15%	6%	3%	76%
Teman/tetangga tidak nyaman berada didekat saya	12%	8%	5%	75%
Teman/tetangga tidak ingin berbicara	9%	7%	4%	80%
Teman/tetangga menggosipkan/membicarakan	11%	9%	8%	72%
Teman/tetangga memberikan pelecehan verbal	5%	6%	3%	86%
Ditolak dan tidak dianggap masyarakat	4%	2%	9%	85%
Diabaikan oleh keluarga	3%	0	0	97%
Tidak mendapatkan dukungan dari keluarga	4%	0	1%	95%
Keluarga atau pasangan tidak mencintai dan tidak memperhatikan keadaan saya	3%	1%	0	96%
Saya atau keluarga tidak diundang pada kegiatan dikampung	5%	0	1%	94%

Soal Stigma Eksternal	Ya (%)	Mungkin (%)	Ragu-ragu (%)	Tidak (%)
Diabaikan ditempat kerja	5%	2%	3%	90%
Sulit mendapatkan pekerjaan	3%	3%	4%	90%

Berdasarkan tabel diatas sebagian besar responden yang mengalami stigma eksternal mendapatkan pengalaman oleh teman/tetangga, seperti dikucilkan (18%), dijauhi (15%), digosipkan (11%), tidak ingin makan dan minum bersama (10%), dan menolak mengunjungi rumah responden (9%). Sedikit reponden yang mendapatkan stigma eksternal oleh keluarga, seperti diabaikan (3%), tidak mendapatkan dukungan (4%), dan tidak diperhatikan (3%).

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi pertanyaan pada kuesioner stigma internal pada pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Soal Stigma Internal	SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
Menyalahkan diri sendiri dan merasa bersalah	24%	28%	43%	5%
Merasa dihukum	14%	20%	61%	5%
Terkena tuberkulosis paru membuat hidup menjadi buruk	9%	19%	68%	4%
Orang yang tidak terkena TB tidak akan mengerti apa yang saya rasakan	23%	45%	30%	2%
Merasa malu	10%	16%	69%	5%
Kecewa pada diri sendiri	15%	24%	56%	5%
Merasa minder dengan orang yang tidak terkena TB Paru	10%	19%	68%	3%
Menghindari masyarakat untuk menghindari penolakan	3%	14%	76%	7%
Orang dengan TB Paru tidak hidup dengan layak	3%	8%	82%	7%
TB Paru membuat tidak bisa menikah	1%	6%	85%	8%
Sengaja tidak memberitahukan keadaan saya karena tidak ingin menjadi beban orang lain	5%	23%	66%	6%
Tidak bersosialisasi di masyarakat karena TB paru membuat saya merasa aneh dimata orang lain	4%	9%	82%	5%
Berkumpul dengan orang yang tidak sakit TB membuat saya tidak nyaman atau minder	7%	24%	64%	5%
Merasa tidak percaya diri	5%	25%	65%	5%
Merasa tidak orang yang tertarik mendekat	3%	11%	80%	6%

Berdasarkan tabel diatas, responden setuju dengan pernyataan orang yang tidak terkena tuberkulosis paru tidak akan mengerti apa yang dirasakan (68%). Responden merasa bersalah dan menyalahkan diri sendiri (52%), kecewa pada diri sendiri (39%), merasa dihukum (34%), rasa tidak nyaman/minder saat berkumpul

dengan orang yang tidak sakit tuberkulosis paru (31%), tidak percaya diri (30%), minder dengan orang lain yang tidak sakit tuberkulosis paru (29%), merasa hidup menjadi buruk (28%), dan malu (26%) karena terkena tuberkulosis paru.

#### 5.1.4 Hubungan Faktor Sosiodemografi, Profil Klinis, dan Pengetahuan terhadap Stigma yang Dirasakan pada Penderita TB Paru

Peneliti menggunakan analisis multivariat untuk mengetahui hubungan yang paling dominan antara variabel independen (sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan) dan variabel dependen (stigma, stigma eksternal, dan stigma internal). Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda.

Tabel 5.6 Hasil uji hipotesis variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Jenis kelamin	0,463	Tidak signifikan
Usia	0,678	Tidak signifikan
Agama	0,287	Tidak signifikan
Status pekerjaan	0,779	Tidak signifikan
Pendidikan	0,427	Tidak signifikan
Status perkawinan	0,078	Tidak signifikan
Pendapatan	0,089	Tidak signifikan
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,085	Tidak signifikan
Kategori pengobatan TB	0,463	Tidak signifikan
Fase pengobatan TB	0,750	Tidak signifikan
Hasil pemeriksaan dahak	0,423	Tidak signifikan
Riwayat keluarga TB	0,400	Tidak signifikan
Pengetahuan	0,589	Tidak signifikan
<b>p-value &lt; 0,05</b>		

Berdasarkan hasil uji hipotesis didapatkan bahwa variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan tidak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap stigma.

Tabel 5.7 Hasil uji hipotesis variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Jenis kelamin	0,971	Tidak signifikan



Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Usia	0,549	Tidak signifikan
Agama	1	Tidak signifikan
Status pekerjaan	0,795	Tidak signifikan
Pendidikan	0,077	Tidak signifikan
Status perkawinan	0,467	Tidak signifikan
Pendapatan	0,091	Tidak signifikan
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,367	Tidak signifikan
Kategori pengobatan TB	0,367	Tidak signifikan
Fase pengobatan TB	0,623	Tidak signifikan
Hasil pemeriksaan dahak	0,210	Tidak signifikan
Riwayat keluarga TB	0,023	Signifikan
Pengetahuan	0,632	Tidak signifikan
<b>p-value &lt; 0,05</b>		

Berdasarkan hasil uji hipotesis didapatkan bahwa variabel profil klinis, yaitu riwayat keluarga TB mempunyai hubungan yang signifikan terhadap stigma eksternal.

Tabel 5.8 Hasil uji hipotesis variabel sosiodemografis, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019

Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Jenis kelamin	0,305	Tidak signifikan
Usia	0,732	Tidak signifikan
Agama	1	Tidak signifikan
Status pekerjaan	0,823	Tidak signifikan
Pendidikan	0,833	Tidak signifikan
Status perkawinan	0,035	Signifikan
Pendapatan	0,038	Signifikan
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,333	Tidak signifikan
Kategori pengobatan TB	0,887	Tidak signifikan
Fase pengobatan TB	0,538	Tidak signifikan
Hasil pemeriksaan dahak	0,300	Tidak signifikan
Riwayat keluarga TB	1,000	Tidak signifikan
Pengetahuan	0,265	Tidak signifikan
<b>p-value &lt; 0,05</b>		

Berdasarkan hasil uji hipotesis didapatkan bahwa variabel sosiodemografis, yaitu status perkawinan dan pendapatan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap stigma internal.

## 5.2 Pembahasan

Berdasarkan data yang telah disampaikan diatas, berikut ini akan dibahas tentang hubungan masing-masing variabel yang diteliti sesuai tujuan penelitian yaitu menjelaskan analisis faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Surabaya. Pembahasan akan menyajikan data hasil penelitian meliputi hubungan variabel sosiodemografis, profil klinis, pengetahuan, dan stigma, stigma eksternal, stigma internal.

### 5.2.1 Stigma yang Dirasakan pada Penderita Tuberkulosis Paru

Penelitian ini menemukan stigma yang dirasakan pada pasien tuberkulosis paru lebih dari setengah responden (57%). Beberapa penelitian lain juga menemukan hasil yang serupa. Penelitian oleh Chakrabartty, Basu, Ali, Sarkar, & Ghosh (2018) menemukan 61,5% responden, penelitian oleh Shivapujimath, Rao, Nilima, & Shilpa (2017) menemukan 51,2% responden dan penelitian oleh Cremers *et al.* (2015) menemukan 81,9% responden. Ini menunjukkan pasien tuberkulosis paru merasakan stigma yang tinggi meskipun terdapat perbedaan hasil.

Stigma adalah pandangan atau keyakinan atau pola pikir yang berpotensi mempengaruhi tindakan seseorang. Goffman (1963) mendefinikan stigma sebagai proses pengaturan budaya yang mendevaluasi seseorang, mengarah pada penolakan dan pengecualian berdasarkan atribut (Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016). Konsep stigma pada penyakit tuberkulosis karena ketakutan akan infeksi. Masyarakat memandang tuberkulosis adalah penyakit menakutkan yang berbahaya karena sangat menular (Tadesse, 2016). Penelitian di India menemukan masyarakat yang mengetahui TB menular melalui udara ketika pasien batuk atau

bersin memiliki sikap stigma (Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016). Pesan media yang tidak bertanggung jawab tentang penyakit tuberkulosis memperkuat stigma tuberkulosis. Fokus media hanya pada sifat penularan tuberkulosis. Pesan media yang tidak lengkap menciptakan ketakutan yang berlebihan pada masyarakat (Tadesse, 2016). Namun, penelitian kualitatif di Nepal menemukan kompleksitas stigma tuberkulosis. Penyebab lain selain persepsi ketakutan risiko tertular yang tersebar luas di masyarakat, stigma masyarakat pada pasien tuberkulosis karena dihubungkan pada kelompok kemiskinan, kasta rendah, perilaku yang buruk (seperti minum alkohol, merokok, dan mengunjungi prostitusi), dan sebagai kutukan yang dikirim oleh Tuhan sebagai balasan untuk kesalahan orang dengan tuberkulosis atau keluarganya (Baral, Karki and Newell, 2007). Penelitian di Malawi juga menemukan gagasan sifat penularan TB dan hubungannya dengan HIV/AIDS mempengaruhi persepsi sosial, artinya sebagian masyarakat menstigma pasien TB karena berpandangan orang dengan TB menderita HIV/AIDS (Somma *et al.*, 2008). Individu terinfeksi bakteri dan berisiko menjadi sakit TB jika memiliki sistem imun yang rendah, contohnya pada pasien dengan HIV (Churchyard *et al.*, 2017).

Menurut peneliti, pengetahuan yang tersebar luas di masyarakat hanya sebatas pada tuberkulosis sebagai penyakit menular melalui udara ketika pasien tuberkulosis paru positif batuk, bersin, dan berbicara, serta kontak dekat dengan pasien TB berisiko tertular. Keyakinan tersebut menimbulkan ketakutan saat masyarakat berdekatan dengan pasien tuberkulosis paru dan terjadilah sikap stigma tuberkulosis paru. Faktanya terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penularan TB ke orang lain, yaitu sistem imun yang rendah, jumlah bakteri pada

*droplet* di udara, dan lamanya terpapar. Peneliti juga menemukan masih banyak responden salah persepsi mengenai tiga hal, yaitu penyebab tuberkulosis adalah merokok, penularan dapat melalui darah, dan tuberkulosis sebagai penyakit keturunan. Hal tersebut memicu stigma masyarakat yang sesuai dengan teori yang telah disebutkan sebelumnya. Petugas kesehatan dan media informasi berperan penting dalam mempengaruhi stigma tuberkulosis. Informasi tentang tuberkulosis harus diberitahukan secara komprehensif dan menyeluruh untuk mengurangi beban penyakit.

Stigma yang dirasakan pasien tuberkulosis paru dibagi menjadi dua yaitu stigma eksternal dan stigma internal. Pada penelitian ini stigma eksternal hanya dirasakan oleh seperempat dari responden. Hal ini sesuai dengan penelitian lain stigma tuberkulosis di Indonesia yang menemukan rendahnya stigma eksternal pada pasien tuberkulosis paru. Penemuan penelitian sebagian besar pasien tuberkulosis tidak merasakan stigma karena pasangan, saudara, teman, dan tetangga tidak menunjukkan perilaku yang berbeda. (Rintiswati *et al.*, 2009; Widjanarko *et al.*, 2009; Hidayati, 2015). Penelitian di Urban Zambia juga menemukan sedikit responden yang merasakan stigma eksternal (Cremers *et al.*, 2015).

Peneliti menemukan stigma eksternal pasien tuberkulosis paru lebih banyak dilakukan oleh teman/tetangga daripada keluarga. Hal ini sependapat dengan penemuan penelitian oleh Chowdhury *et al.* (2015) di Bangladesh dan Priyanka & Dahal (2018) di Nepal mengenai sebagian kecil stigma eksternal pasien tuberkulosis paru dilakukan oleh anggota keluarga dan pasangannya. Peneliti menemukan pengalaman stigma eksternal pada pasien tuberkulosis paru

paling banyak merasakan perilaku seperti dikucilkan, dijauhi, tidak ingin makan dan minum bersama, digosipkan, tidak nyaman saat berdekatan, tidak ingin berbicara, dan menolak mengunjungi rumah pasien tuberkulosis paru. Penelitian serupa oleh Chakrabartty *et al.* (2018) di India menemukan paling banyak responden setuju untuk menjaga jarak, tidak nyaman berdekatan, tidak ingin berbicara, dan tidak ingin makan dan minum bersama dengan pasien tuberkulosis. Penelitian oleh Chowdhury *et al.* (2015) di Bangladesh menemukan pasien tuberkulosis paling banyak merasakan perilaku diskriminasi oleh keluarga ketika makan bersama, diabaikan oleh tetangga, dan diabaikan ditempat kerja. Sedikit berbeda dengan penelitian ini dimana pasien tuberkulosis paru sedikit merasakan diabaikan di tempat kerja.

Stigma eksternal juga disebut dengan istilah *experienced stigma* adalah pengalaman tindakan diskriminasi seperti penolakan atau isolasi (Cremers *et al.*, 2015). Diskriminasi tuberkulosis adalah perilaku negatif akibat sikap atau keyakinan (Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016), yaitu ketakutan tertular penyakit (Tadesse, 2016). Pengalaman stigma eksternal secara signifikan ditentukan oleh pengungkapan status TB kepada teman/tetangga. (Abioye, Omotayo and Alakija, 2011). Penelitian di Urban Zambia menyatakan bahwa pasien tuberkulosis paru mendapatkan stigma eksternal setelah memberitahukan status penyakitnya (Cremers *et al.*, 2015). Pasien tuberkulosis cenderung untuk selektif kepada siapa dalam memberitahukan status penyakitnya dan memilih tidak memberitahukan diluar lingkungan keluarga dan teman dekat atau orang yang dipercaya. Sedikit responden yang mengungkapkan status TB kepada masyarakat luas, seperti guru, tetangga, atau kolega. Pasien tuberkulosis merasa

takut untuk pergi ke klinik mengambil obat dan memilih mencari klinik yang jauh dari rumah untuk menghindari terlihat oleh orang-orang yang dikenalnya. Mereka ketakutan akan diisolasi, digosipkan, dan dihindari ketika terdiagnosa tuberkulosis sehingga menyebabkan pasien menyembunyikan status tuberkulosisnya ( Baral *et al.*, 2007; Paz-soldán, Alban, Jones, & Oberhelman, 2013).

Pasien tuberkulosis paru tidak semua mendapatkan stigma eksternal setelah pengungkapan status penyakitnya, beberapa responden mendapatkan dukungan positif dari teman dekat. (Baral, Karki and Newell, 2007). Beberapa penelitian lain menemukan perilaku yang memberikan dukungan positif dan menawarkan bantuan dalam perawatan pada pasien tuberkulosis paru oleh keluarga, teman, dan tetangga (Rintiswati *et al.*, 2009; Widjanarko *et al.*, 2009; Paz-Soldán *et al.*, 2013; Hidayati, 2015). Pengungkapan status TB tidak signifikan untuk menentukan apakah pasien tuberkulosis mendapatkan dukungan atau tidak dari keluarga atau teman (Abioye, Omotayo and Alakija, 2011). Penelitian oleh Yin *et al.* (2018) di China menemukan hubungan yang signifikan antara dukungan terhadap stigma, dimana dukungan keluarga yang baik dapat meringankan stigma pada tuberkulosis. Namun hal tersebut bertentangan pada penelitian oleh Priyanka & Dahal (2018) di Nepal, dimana menemukan sebagian besar pasien tuberkulosis tetap mendapatkan stigma yang tinggi meskipun keluarga dan pasangan memberikan dukungan penuh dan membantu dalam perawatan.

Menurut peneliti, ketakutan tertular mempengaruhi perilaku masyarakat dalam menghadapi pasien TB Paru. Perilaku mengucilkan, menjauhi, tidak ingin makan dan minum bersama, menggossip, tidak nyaman saat berdekatan, tidak ingin berbicara, dan menolak mengunjungi rumah pasien tuberkulosis paru adalah

mekanisme perilaku dalam menghadapi ketakutan masyarakat tertular penyakit. Masyarakat menstigma pasien tuberkulosis paru sebagai sumber penularan penyakit yang perlu didiskriminasi. Ketidakketahuan masyarakat pada individu yang sakit tuberkulosis membuat sebagian besar pasien tidak mendapatkan perilaku stigma eksternal. Ketakutan pasien tuberkulosis pada respon negatif masyarakat membuat mereka memilih untuk merahasiakan penyakitnya atau dikenal dengan *anticipated stigma*. Peneliti banyak menemukan pasien tuberkulosis paru tidak menggunakan masker selain pengambilan obat di puskesmas dan selalu berada dirumah untuk menghindari pertanyaan masyarakat. Kemungkinan pasien tidak ingin masyarakat mengetahui mereka sakit tuberkulosis. Namun peneliti tidak meneliti *anticipated stigma* pada pasien TB Paru, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hal tersebut.

Stigma internal yang dirasakan pada pasien tuberkulosis paru sebanyak setengah dari responden. Penelitian lain di beberapa negara juga menemukan lebih dari setengah responden mereka merasakan stigma internal (Cremers *et al.*, 2015; Yilmaz and Dedeli, 2016; Sari, 2018). Peneliti menemukan banyak pasien tuberkulosis paru merasa bersalah menyalahkan diri sendiri, rasa kecewa pada diri sendiri, tidak percaya diri, malu, merasa dihukum dan hidup mejadi buruk karena terkena tuberkulosis paru. Pasien tuberkulosis paru juga merasa minder dan tidak nyaman ketika berkumpul dengan orang lain yang tidak sakit tuberkulosis paru. Mereka juga merasa orang yang tidak sakit tuberkulosis paru tidak akan mengerti apa yang dirasakan. Penelitian Mukerji & Turan (2018) di Kolkata India juga menemukan responden menyalahkan diri sendiri karena terkena penyakit tuberkulosis setelah mendapatkan pelecehan verbal. Penelitian Cremers *et al.*

(2015) juga menemukan pasien tuberkulosis merasa kurang layak daripada yang lain. Sari (2018) dalam penelitiannya juga menemukan sebagian besar responden merasa malu, minder, merasa dijauhi, dan merasa orang lain tidak bisa memahami mereka.

Stigma internal adalah mempercayai stereotip negatif publik dan menerjemahkannya ke diri sendiri (Craig *et al.*, 2017), yaitu tuberkulosis sebagai penyakit menakutkan yang berbahaya karena sangat menular (Tadesse, 2016). Bentuk stigma internal adalah rasa takut, malu, putus asa, bersalah, dan kehilangan harga diri (Cremers *et al.*, 2015). Menginternalisasi gagasan stigma berdampak pada kepercayaan bahwa mereka kurang layak daripada yang lain. Pasien tuberkulosis merasakan malu karena memiliki penyakit yang sangat menular dan semakin menarik diri dari kehidupan sosial sejak terdiagnosa. Mereka takut untuk menularkan penyakitnya kepada keluarga/teman terutama anak-anak dan takut akan diskriminasi. Pasien kehilangan pekerjaan karena dipecat atau meninggalkannya selama perawatan, merasa mual dan lelah karena efek samping obat yang membuat pasien kehilangan pendapatan, meningkatkan beban stres, dan menghancurkan pasien dan keluarganya (Baral, Karki and Newell, 2007; Paz-Soldán *et al.*, 2013).

Menurut peneliti, stigma internal pada pasien tuberkulosis paru adalah dampak dari stigma eksternal masyarakat dan keyakinan pada tuberkulosis. Stereotip masyarakat pada pasien TB Paru sebagai sumber penularan penyakit yang perlu ditakuti dan dijauhi mempengaruhi pasien tuberkulosis paru menilai dirinya sendiri. Menginternalisasi stereotip masyarakat tersebut membuat pasien tuberkulosis paru merasa bersalah, menyalahkan diri sendiri, merasa minder dan



tidak nyaman ketika berkumpul dengan orang lain yang tidak sakit tuberkulosis paru. Pasien tuberkulosis paru takut menularkan penyakitnya dan mengisolasi diri sendiri. Akibat stigma internal yang dirasakan pasien TB Paru terus berlanjut menjadi rasa kecewa pada diri sendiri, tidak percaya diri, malu, rasa dihukum dan hidup mejadi buruk karena terkena tuberkulosis paru.

### **5.2.2 Hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor sosiodemografi (jenis kelamin, usia, agama, status pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan pendapatan) terhadap stigma pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor sosiodemografi terhadap stigma. Penelitian serupa lainnya juga tidak menemukan hubungan yang signifikan antara faktor sosiodemografi (Lee *et al.*, 2017; Yin *et al.*, 2018; Nkambule *et al.*, 2019). Tetapi, beberapa penelitian menemukan hubungan signifikan antara faktor sosiodemografi terhadap stigma tuberkulosis, antara lain jenis kelamin perempuan, buta huruf, kemiskinan, dan kasta rendah (Chakrabarty *et al.*, 2018; Cremers *et al.*, 2015; Shivapujimath *et al.*, 2017). Hasil tidak konsisten dalam penelitian mengenai hubungan stigma tuberkulosis dan faktor sosiodemografis kemungkinan karena perbedaan alat ukur stigma, karakteristik variable, dan sosial-budaya di berbagai Negara (Yin *et al.*, 2018).

Hubungan signifikan jenis kelamin perempuan terhadap stigma karena berakar pada pola budaya ketidaksetaraan gender (Cremers *et al.*, 2015; Somma *et*

*al.*, 2008), kepercayaan pada wanita dengan riwayat TB dapat kambuh saat kehamilan hingga berdampak pada pernikahannya (Mukerji & Turan, 2018), dan kepercayaan pada wanita TB tidak bisa memiliki anak sehingga takut untuk menikah dengan wanita TB (Baral *et al.*, 2007). Tetapi peneliti tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan terhadap stigma tuberkulosis paru. Menurut peneliti, hubungan tidak signifikan jenis kelamin terhadap stigma tuberkulosis karena sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian status perkawinan, sebagian besar laki-laki telah menikah dan hanya satu cerai hidup. Meskipun begitu, sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari keluarga/pasangannya. Dukungan yang baik dapat meringankan stigma yang dirasakan dan menunjukkan tidak ada pola budaya ketidaksetaraan gender. Hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab tidak signifikan antara hubungan jenis kelamin dan stigma tuberkulosis.

Hubungan signifikan buta huruf, kemiskinan, dan kasta rendah terhadap stigma karena anggapan berasal dari lingkungan desa yang kurang mendapatkan akses pendidikan kesehatan yang benar mengenai TB (Chowdhury *et al.*, 2015). Mereka dianggap sebagai kelompok terpinggirkan dan rentan terkena penyakit TB karena faktor kemiskinan, kekurangan gizi, dan merokok (Sagili *et al.*, 2016). Tetapi peneliti juga tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan dan pendapatan terhadap stigma tuberkulosis. Menurut peneliti, hubungan tidak signifikan antara pendidikan dan pendapatan dan stigma tuberkulosis karena sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tingkat SMA. Pendidikan memberikan pengaruh positif terhadap mekanisme seseorang dalam menghadapi stigma tuberkulosis. Meskipun sebagian besar berpendapatan

rendah, responden masih bekerja sehingga dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari dan risiko kekurangan gizi rendah. Hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab tidak signifikan antara hubungan pendapatan dan pendidikan terhadap stigma.

### **5.2.3 Hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor pengetahuan terhadap stigma pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor pengetahuan terhadap stigma. Penelitian lain juga menunjukkan hal yang serupa (Kipp *et al.*, 2011; Cremers *et al.*, 2015). Namun ada penelitian lain yang menunjukkan hubungan signifikan antara pengetahuan dan stigma tuberkulosis (Chakrabarty *et al.*, 2018; Yin *et al.*, 2018). Pengetahuan tentang tuberkulosis dapat mempengaruhi nilai stigma dengan menunjukkan hubungan yang negatif, artinya pengetahuan yang baik tentang TB dapat meringankan stigma TB (Sengupta *et al.*, 2006; Hidayati, 2015; Yin *et al.*, 2018).

Beberapa penelitian menyebutkan pengetahuan yang kurang dan kesalahpahaman mengenai TB/mitos yang kurang benar, khususnya penyebab dan cara penularan menjadi penyebab pasien TB mendapatkan stigma (Courtwright and Turner, 2010; Aryal *et al.*, 2012; Cremers *et al.*, 2015; Hidayati, 2015; Sari, 2018). Pengetahuan masyarakat secara umum masih beranggapan penyebab TB adalah merokok, kecanduan alkohol, stres, keturunan, sihir, orang dengan HIV/AIDS dan kutukan Tuhan (Rintiswati *et al.*, 2009; Paul *et al.*, 2015). Variasi budaya mengenai pengetahuan tentang penyebab infeksi TB dan cara penularannya terjadi diberbagai negara (Chang and Cataldo, 2014).

Menurut peneliti ketidaksignifikan hubungan antara pengetahuan tuberkulosis dan stigma kemungkinan karena tingkat pengetahuan responden cukup dan sebagian besar responden yang merasakan stigma memiliki tingkat pendidikan tamat SMA, tetapi masih ada kesalahpahaman tentang rute dan penyebab TB. Peneliti menemukan pengetahuan pasien tentang TB cukup benar pada penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, masa pengobatan, pemeriksaan diagnosa, dan pencegahan. Meskipun sebagian besar pasien menjawab dengan benar penyebab dan cara penularan, tetapi peneliti menemukan responden masih menganggap penyebab TB adalah merokok dan kurang istirahat, penularan TB melalui darah, serta anggota keluarga terkena TB karena keturunan. Penemuan kesalahpahaman atau mitos tentang TB pada responden dengan tingkat pengetahuan cukup menjadi penyebab tidak signifikan antara pengetahuan tuberkulosis dan stigma.

#### **5.2.4 Hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor profil klinis terhadap stigma. Berbeda dengan penelitian lain yang menemukan hubungan signifikan antara stigma tuberkulosis terhadap faktor profil klinis, yaitu fase

pengobatan, klasifikasi pasien berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya (Aryal *et al.*, 2012), dan hasil pemeriksaan dahak (Shivapujimath *et al.*, 2017). Stigma tuberkulosis paru lebih dirasakan pada pasien dengan fase pengobatan intensif dan klasifikasi pasien kambuh, diobati setelah gagal, dan diobati setelah *lost to follow up* (Aryal *et al.*, 2012). Penelitian lain melaporkan pasien dengan gejala TB, seperti sering batuk berdahak dan meludah untuk mengeluarkan dahak lebih merasakan stigma (Sengupta *et al.*, 2006).

Fase intensif adalah salah satu fase pengobatan TB pada tahap awal pengobatan TB untuk menurunkan jumlah kuman. Fase intensif dimulai ketika pasien menunjukkan gejala klinis TB (batuk berdahak lebih dari 2 minggu, dahak bercampur darah, penurunan berat badan, badan lemas, berat badan menurun, dan lain-lain) dan/ hasil pemeriksaan menegakkan diagnosis TB (Kemenkes RI, 2013). Pada fase intensif pasien masih menunjukkan gejala klinis TB. Stigma lebih dirasakan pada pasien dengan gejala klinis TB mengalami kesulitan menyembunyikan fakta terkena TB dari masyarakat. Penelitian melaporkan bahwa masyarakat mudah mengidentifikasi pasien TB karena tanda-tanda kelemahan fisik, kurus, dan batuk (Baral, Karki and Newell, 2007).

Menurut peneliti, faktor profil klinis dan stigma tidak menunjukkan hubungan yang signifikan karena sebagian besar responden pada fase lanjutan pengobatan TB dan hasil pemeriksaan dahak negatif. Pasien pada fase lanjutan dan hasil pemeriksaan dahak negatif tidak menunjukkan gejala TB. Hal tersebut bertentangan dengan fakta dan teori yang dijelaskan sebelumnya. Pasien TB Paru dengan gejala batuk kronik membuat masyarakat lebih merasa ketakutan tertular penyakit ketika berdekatan daripada pasien dengan TB Paru yang tidak batuk.

Ketakutan disebabkan karena masyarakat mengetahui batuk dapat menyebarkan kuman TB ke udara dan menularkan penyakit ketika berdekatan dengan pasien. Ketidaksesuaian teori dengan penemuan peneliti menjadi penyebab tidak signifikan antara pengetahuan tuberkulosis dan stigma.

#### **5.2.5 Hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor sosiodemografi (jenis kelamin, usia, agama, status pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan pendapatan) terhadap stigma eksternal pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor sosiodemografi terhadap stigma eksternal. Hal tersebut bertentangan dengan penelitian di Bangladesh yang menemukan hubungan signifikan jenis kelamin perempuan dan pendidikan rendah terhadap stigma eksternal (Chowdhury *et al.*, 2015).

Pada hubungan antara jenis kelamin perempuan dan stigma eksternal, beberapa penelitian telah melaporkan pengalaman perempuan merasakan stigma eksternal (Baral, Karki and Newell, 2007; Somma *et al.*, 2008; Mukerji and Turan, 2018). Stigma tuberkulosis pada perempuan banyak dilaporkan pada prospek hubungan asmara/pernikahan (Baral, Karki and Newell, 2007; Somma *et al.*, 2008; Cremers *et al.*, 2015; Mukerji and Turan, 2018). Stigma eksternal dialami perempuan yang belum atau sudah menikah. Masih ada pola pikir perempuan tuberkulosis tidak bisa menikah daripada laki-laki membuat mereka kehilangan prospek menikah atau menjalin hubungan (Mukerji and Turan, 2018).

Stigma tuberkulosis membuat perempuan yang telah menikah menghadapi perceraian karena mempunyai efek buruk pada kelangsungan hidup anak dan kesejahteraan keluarga (Connolly and Nunn, 1996). Kehilangan kekuatan fisik karena sakit dan kesulitan menjalai peran memenuhi tanggung jawab pekerjaan rumah tangga berkontribusi dalam stigma eksternal pada perempuan (Mukerji and Turan, 2018). Hal tersebut mengakibatkan stres dan pengabaian keluarga karena dianggap rendah (Somma *et al.*, 2008). Perempuan yang telah menikah memiliki beban ganda dalam menyangkut dirinya dan keluarga, seperti melayani suami dan mengasuh anak-anak (Rokhmah, 2013). Tetapi peneliti tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan terhadap stigma eksternal tuberkulosis paru.

Menurut peneliti, tidak ada hubungan signifikan antara jenis kelamin perempuan dan stigma eksternal tuberkulosis karena hasil penelitian menunjukkan stigma eksternal banyak dilakukan oleh masyarakat/tetangga dan responden masih mendapatkan dukungan dari pasangan. Dukungan pasangan dapat meringankan stigma eksternal yang dirasakan pasien karena mempengaruhi mekanisme koping yang lebih positif. Hal tersebut menjadi kemungkinan penyebab tidak signifikan antara jenis kelamin dan stigma eksternal.

Pada hubungan antara pendidikan rendah dan stigma eksternal berakar pada stigma tuberkulosis dan buta huruf, kemiskinan, dan kasta rendah. Mereka dianggap sebagai kelompok terpinggirkan yang kurang mendapatkan akses pendidikan kesehatan yang benar mengenai TB dan rentan terkena penyakit TB karena faktor kemiskinan, kekurangan gizi, dan merokok (Chowdhury *et al.*, 2015; Sagili *et al.*, 2016). Orang dengan pendidikan rendah lebih rentan

mengalami hidup miskin dan kemiskinan tidak mampu mengakses pendidikan (Beder, 1991). Selain itu, tuberkulosis dianggap sebagai penyakit keturunan dan/ tidak bisa disembukan terkait kebiasaan perilaku jahat dan tidak bersih yang sering mengarah pada kalangan kemiskinan. Persepsi ini dapat mempengaruhi stigma tuberkulosis menyebabkan isolasi sosial (World Health Organization, 2005). Tetapi peneliti tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan terhadap stigma eksternal tuberkulosis paru.

Menurut peneliti, hubungan tidak signifikan antara pendidikan dan stigma eksternal karena sebagian besar responden yang merasakan stigma eksternal memiliki tingkat pendidikan tamat SMA. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi memberikan pengaruh yang lebih positif dalam menghadapi stigma eksternal tuberkulosis. Selain itu, sebagian besar responden bekerja meskipun berpendapatan rendah. Bekerja membuat responden masih dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. Beberapa hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab tidak signifikan hubungan pendidikan terhadap stigma eksternal.

#### **5.2.6 Hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma eksternal pada penderitatuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor pengetahuan terhadap stigma eksternal pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor pengetahuan terhadap stigma eksternal. Berbeda dengan penelitian lain yang menunjukkan komunitas dengan kurang pengetahuan tentang tuberkulosis atau tidak mengetahui cara penularan TB memiliki perilaku stigma eksternal (Sagili, Satyanarayana and Chadha, 2016). Stigma eksternal tinggi pada



pasien TB di wilayah pedesaan karena kurangnya pengetahuan tentang tuberkulosis. Mitos rute penularan yang beredar di masyarakat menimbulkan stigma eksternal pada pasien (Chowdhury *et al.*, 2015). Salah satu penelitian menunjukkan pengetahuan masyarakat tentang mitos rute penularan, yaitu melalui makan dan minum bersama pasien TB menunjukkan hubungan signifikan terhadap stigma (Kipp *et al.*, 2011).

Pengetahuan yang baik memberikan pemahaman terhadap keluarga dan mendorong mereka membantu dan mendampingi pasien untuk berobat (Putri and Harmayetty, 2016). Pengetahuan yang baik membantu memberikan pandangan yang lebih positif pada masyarakat sehingga menurunkan stigma eksternal. Sebaliknya pengetahuan yang kurang membuat masyarakat ketakutan berada disekitar pasien TB sehingga berperilaku isolasi. Meskipun masyarakat mengetahui cara penularan dengan benar, risiko penularan yang dirasakan menyebabkan stigma dan isolasi pada pasien. Pengetahuan yang baik dan benar secara menyeluruh dapat menciptakan keseimbangan antara stigma TB dengan perlindungan diri, artinya masyarakat dapat melindungi diri dari tertular dengan tidak menstigma pasien TB (Sengupta *et al.*, 2006; Courtwright and Turner, 2010).

Menurut peneliti, tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan stigma eksternal tuberkulosis paru karena sebagian besar responden yang merasakan stigma eksternal memiliki tingkat pendidikan tamat SMA dan pasien TB Paru memiliki tingkat pengetahuan tentang TB yang cukup. Mereka dapat menjawab dengan benar mengenai pengertian, penyebab, penularan, tanda dan gejala, pemeriksaan diagnostik, pencegahan, pengobatan, dan efek

samping obat tuberkulosis paru. Tetapi peneliti menemukan responden masih menganggap penyebab TB adalah merokok dan kurang istirahat, penularan TB melalui darah, serta anggota keluarga terkena TB karena keturunan. Kemungkinan hal tersebut menjadi penyebab tidak signifikan antara pengetahuan tuberkulosis dan stigma eksternal.

#### **5.2.7 Hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma eksternal pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah signifikan pada riwayat keluarga TB. Nilai signifikan tersebut menunjukkan adanya hubungan antara faktor profil klinis, yaitu riwayat keluarga TB terhadap stigma eksternal. Beberapa penelitian lain menemukan hubungan signifikan antara riwayat keluarga dengan gangguan jiwa dan kecanduan alkohol pada wanita terhadap stigma eksternal (Gomberg, 1988; Ng, 1997).

Hubungan signifikan antara stigma eksternal dan riwayat keluarga tuberkulosis berakar pada kepercayaan masyarakat tuberkulosis sebagai keturunan (Liefoghe *et al.*, 1997; Buregyeya *et al.*, 2011). Masyarakat/tetangga yang mengetahui pasien tuberkulosis menolak mengunjungi rumah pasien TB dan menghindari keluarga karena mempunyai pasien TB dirumah mereka pada saat

bersamaan. Mereka menganggap pasien terkena TB karena tertular keluarga mereka sendiri dirumah (Aryal *et al.*, 2012).

Menurut peneliti, hubungan signifikan antara stigma eksternal dan riwayat keluarga TB karena setengah dari responden yang merasakan stigma eksternal memiliki riwayat keluarga TB. Peneliti menganggap pasien tuberkulosis paru dengan riwayat keluarga TB memperburuk stigma masyarakat karena keluarga terkena tuberkulosis paru. Masyarakat memandang keluarga sebagai sumber penularan penyakit membuat perilaku menolak mengunjungi rumah pasien tuberkulosis paru yang peneliti temukan karena ketakutan tertular. Peneliti juga menemukan beberapa pasien mempersepsikan penyakit tuberkulosis paru adalah keturunan. Hal tersebut kemungkinan menunjukkan hubungan yang signifikan antara stigma eksternal dan riwayat keluarga TB.

#### **5.2.8 Hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor sosiodemografi (jenis kelamin, usia, agama, status pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan pendapatan) terhadap stigma internal pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah signifikan pada status perkawinan dan pendapatan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan adanya hubungan antara faktor sosiodemografi, yaitu status perkawinan dan pendapatan terhadap stigma internal.

Pada stigma internal dan status pernikahan, beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan, dimana pasien tuberkulosis yang tidak pernah menikah/belum menikah memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap

stigma tuberkulosis (Somma *et al.*, 2008; Cremers *et al.*, 2015; Mukerji and Turan, 2018). Penelitian di Kolkata, India melaporkan pengaruh stigma dalam masalah status perkawinan lebih berpengaruh pada perempuan daripada laki-laki (Mukerji and Turan, 2018). Perempuan lebih mengalami gangguan harga diri dan merasa malu (Somma *et al.*, 2008). Penelitian melaporkan perempuan dengan TB yang bercerai merasa kehilangan harapan untuk menikah kembali. Anggapan tidak akan ada yang tertarik memiliki pasangan dengan tuberkulosis membuat mereka sulit percaya untuk mendapatkan pasangan kembali. Internalisasi gagasan stigma tuberkulosis ke dalam diri menghilangkan harapan hidup pasien (Cremers *et al.*, 2015).

Menurut peneliti, hubungan signifikan stigma internal tuberkulosis paru terhadap status perkawinan karena sebagian besar responden yang merasakan stigma internal sudah menikah dan memiliki tingkat pendidikan SD. Tingkat pendidikan rendah mempengaruhi mekanisme koping yang negatif. Selain itu, sebagian besar responden perempuan yang merasakan stigma internal sudah menikah dan pengangguran. Sehingga pasien memiliki ketakutan mempengaruhi hubungan pernikahan, karena mempengaruhi prospek pasien melihat diri sendiri seperti merasa tidak layak, harga diri rendah, dan malu. Pada stigma eksternal juga ditemukan sebagian besar responden belum menikah. Pasien menginternalisasi gagasan stigma eksternal masyarakat hingga merasa kurang layak dan tidak percaya diri untuk mendapatkan pasangan. Beberapa hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab hubungan signifikan antara status perkawinan dan stigma internal.

Pada stigma internal dan pendapatan, hubungan signifikan tersebut telah dilaporkan oleh beberapa penelitian (Oakley *et al.*, 2012; Leaffer, Hesdorffer and Begley, 2014). Kemungkinan pengaruh status sosial-ekonomi terhadap stigma internal dimediasi oleh kualitas hidup yang buruk dan gejala depresi, sehingga mempengaruhi stigma internal yang dirasakan (Leaffer, Hesdorffer and Begley, 2014). Hasil penelitian di Eastern Ethiopia menemukan hubungan signifikan antara depresi dan pendapatan, dimana pasien tuberkulosis paru dengan pendapatan rendah empat kali lebih tinggi mengalami depresi. Kualitas hidup yang buruk tingkatnya semakin rendah pada pasien tuberkulosis paru yang mengalami depresi dan kecemasan (Paula *et al.*, 2017). Pasien TB mengalami kehilangan pekerjaan karena sakit dan lemah. Pendapatan rendah tidak dapat mencukupi kebutuhan pasien yang memerlukan nutrisi tambahan dan transportasi untuk berobat. Ketidakseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran membuat pasien tidak mampu memenuhi kebutuhannya dan meningkatkan tekanan psikologis (Dasa *et al.*, 2019). Semakin tinggi tingkat kecemasan dan depresi, semakin tinggi pula stigma internal yang dirasakan pada pasien tuberkulosis (Yilmaz and Dedeli, 2016).

Menurut peneliti, hubungan signifikan antara stigma internal dan pendapatan karena sebagian besar responden merasakan stigma internal tinggi dengan tingkat pendapatan rendah, meskipun sebagian besar responden bekerja. Penemuan penelitian sesuai dengan teori menyebutkan pendapatan yang rendah pada pasien tuberkulosis paru mempengaruhi tingkat depresi dan kualitas hidup pasien sehingga berpengaruh pada stigma internal. Selain pengaruh pendapatan yang rendah, stigma internal tinggi pada sebagian besar responden dengan tingkat

pendidikan tamat SD. Pengaruh tingkat pendidikan berdampak pada mekanisme coping pasien menghadapi sakit tuberkulosis dan pendapatan rendah, sehingga cenderung mengalami depresi. Beberapa hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab hubungan signifikan antara pendapatan dan stigma internal.

#### **5.2.9 Hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor pengetahuan terhadap stigma internal pada penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor pengetahuan terhadap stigma internal. Hasil penelitian menunjukkan responden merasakan stigma internal memiliki pengetahuan yang cukup berbeda dengan hasil penelitian pada kusta yang menunjukkan stigma internal yang tinggi memiliki tingkat pengetahuan yang kurang karena persepsi pasien tentang luka yang menjijikkan dan merasa malu. Pemahaman yang baik tentang kusta membuat pasien termotivasi dan berusaha untuk sembuh dan mencegah terjadi kecacatan (Putri and Harmayetty, 2016). Hasil penelitian lain pada siswa dengan pengetahuan yang baik tentang skizofrenia atau depresi tidak menunjukkan stigma internal yang parah daripada mereka yang tidak punya pengetahuan mengenai hal tersebut (Takeuchi and Sakagami, 2018). Mahendraa *et al.* (2006) dalam Putri *et al.* (2016) menyebutkan faktor yang mempengaruhi stigma internal adalah pengetahuan, tingkat pendidikan, dukungan keluarga, keyakinan dan kepercayaan seseorang. Namun memiliki pengetahuan yang baik pasien TB Paru masih merasakan stigma (GC and P, 2018).

Menurut peneliti, hubungan yang tidak signifikan antara pengetahuan tuberkulosis dan stigma internal karena responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup dengan tingkat pendidikan tamat SD. Responden dapat menjawab dengan benar mengenai pengertian, penyebab, penularan, tanda dan gejala, pemeriksaan diagnostik, pencegahan, masa pengobatan, dan efek samping obat tuberkulosis paru. Ini juga dibuktikan penelitian bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang dan kemampuan mekanisme koping dalam menghadapi stereotip negatif suatu penyakit yang diderita (Adhikari *et al.*, 2014). Tetapi peneliti menemukan stigma internal yang tinggi pada pasien dengan tingkat pendidikan tamat SD, tetapi memiliki tingkat pengetahuan yang cukup. Responden juga tidak menggunakan masker ketika peneliti melakukan pengambilan data secara *door to door* dan pasien mengisolasi diri dirumah meskipun responden cukup mengetahui tentang TB dengan benar. Perilaku tersebut kemungkinan karena pasien tidak ingin menunjukkan penyakitnya kepada masyarakat, tidak percaya diri, dan tidak nyaman atau minder. Beberapa hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab hubungan tidak signifikan antara stigma internal dan pengetahuan tuberkulosis.

#### **5.2.10 Hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis paru.**

Berdasarkan analisa data tentang hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma internal pada

penderita TB Paru diketahui bahwa hasil yang didapatkan adalah tidak signifikan. Nilai signifikan tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara faktor profil klinis terhadap stigma internal. Berbeda dengan penelitian kualitatif yang menemukan pasien merasakan malu karena batuk dengan keras yang mengganggu orang disekitarnya (Somma *et al.*, 2008). Hasil penelitian melaporkan pasien baru terdiagnosis tuberkulosis paru, kambuh, dan diobati setelah putus obat lebih merasa depresi (Kehbila, Ekabe, Aminde, Noubiap, & Fon, 2016; Dasa *et al.*, 2019).

Hubungan stigma internal pada pasien tuberkulosis dengan profil klinis terdiagnosa baru, kambuh, dan pengobatan setelah putus obat berakar pada stigma eksternal yang dirasakan pasien. Hasil penelitian menunjukkan stigma tuberkulosis paru lebih dirasakan pada pasien dengan fase pengobatan intensif dan klasifikasi pasien kambuh, diobati setelah gagal, dan diobati setelah *lost to follow up* (Aryal *et al.*, 2012). Internalisasi gagasan stigma eksternal masyarakat mempengaruhi perasaan dan pikiran negatif pasien TB Paru yang terus mengganggu (Oakley *et al.*, 2012). Selain itu, hubungan tersebut berakar dari depresi. Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara depresi dan pasien kambuh dan batuk persisten (Issa, Yussuf and Kuranga, 2010; Kehbila *et al.*, 2016). Beberapa penelitian juga menemukan korelasi signifikan yang positif antara depresi dan stigma internal (Werner, Stein-Shvachman and Heinik, 2009; Oakley *et al.*, 2012; Yilmaz and Dedeli, 2016).

Menurut peneliti, hubungan tidak signifikan antara stigma internal dan profil klinis karena sebagian besar responden merasakan stigma internal tinggi pada fase lanjutan dan hasil pemeriksaan dahak negatif. Tetapi pasien TB pada



fase lanjutan dan hasil pemeriksaan dahak negatif tidak menunjukkan gejala TB seperti batuk. Bertentangan dengan pasien baru terdiagnosis TB Paru merasakan stigma internal yang tinggi karena menghadapi stigma eksternal dari masyarakat karena mengenali status TB mereka berdasarkan tanda dan gejala. Hal tersebut kemungkinan menjadi penyebab hubungan tidak signifikan antara stigma internal dan profil klinis.

# **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

**BAB 6****KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menjelaskan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sawah Pulo, dan Puskesmas Pegirian, Surabaya, Mei-Juli 2019.

**6.1 Kesimpulan**

1. Stigma tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) karena sebagian besar responden status perkawinan menikah, tingkat pendidikan tamat SMA, status pekerjaan bekerja, dan mendapatkan dukungan dari keluarga/pasangan yang memberikan pengaruh positif dalam menghadapi stigma.
2. Stigma tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis karena responden memiliki tingkat pengetahuan cukup dengan tingkat pendidikan tamat SMA, tetapi masih ada salah persepsi mengenai penyebab dan rute penularan, yaitu penyebab tuberkulosis adalah merokok; tuberkulosis dapat menular melalui darah; dan keluarga terkena tuberkulosis karena keturunan, yang dapat mempengaruhi stigma tuberkulosis.
3. Stigma tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat tuberkulosis paru) karena

pengobatan TB responden sebagian besar pada fase lanjutan dan hasil pemeriksaan dahak negatif.

4. Stigma eksternal tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) karena sebagian besar responden status perkawinan menikah, tingkat pendidikan tamat SMA, status pekerjaan bekerja, dan mendapatkan dukungan dari keluarga/pasangan yang memberikan pengaruh positif dalam menghadapi stigma.
5. Stigma eksternal tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis karena responden memiliki tingkat pengetahuan cukup dengan tingkat pendidikan tamat SMA, tetapi masih ada salah persepsi mengenai penyebab dan rute penularan, yaitu penyebab tuberkulosis adalah merokok; tuberkulosis dapat menular melalui darah; dan keluarga terkena tuberkulosis karena keturunan, yang dapat mempengaruhi stigma tuberkulosis.
6. Stigma tuberkulosis paru berhubungan dengan faktor profil klinis, yaitu riwayat tuberkulosis paru karena setengah dari responden yang merasakan stigma eksternal memiliki riwayat keluarga tuberkulosis dan anggapan sebagai penyakit keturunan.
7. Stigma internal tuberkulosis paru berhubungan dengan faktor sosiodemografi, yaitu status perkawinan dan pendapatan karena sebagian besar responden sudah menikah, berpendapatan rendah, dan tingkat pendidikan tamat SD yang dapat mempengaruhi responden menghadapi stigma tuberkulosis.

8. Stigma internal tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis karena sebagian besar responden merasakan stigma internal memiliki tingkat pengetahuan cukup dengan tingkat pendidikan tamat SD.
9. Stigma internal tuberkulosis paru tidak berhubungan dengan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat tuberkulosis paru) karena sebagian besar responden merasakan stigma internal pada fase pengobatan lanjutan dan hasil pemeriksaan dahak negatif.

## 6.2 Saran

Penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas.

Saran yang dapat peneliti berikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Perawat
  - 1) Memberikan pendidikan kesehatan secara menyeluruh kepada pasien tuberkulosis dan masyarakat, khususnya kesalahpahaman pada penyebab dan rute penularan yang dapat mempengaruhi stigma tuberkulosis paru.
  - 2) Memberikan penatalaksanaan terapi psikologi untuk meningkatkan mekanisme coping pada pasien tuberkulosis paru dalam menghadapi stigma yang dirasakan.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Melakukan penelitian tentang stigma tuberkulosis pada sudut pandangan masyarakat dan intervensi yang efektif untuk mengurangi stigma yang dirasakan pada pasien tuberkulosis paru.

# DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR PUSTAKA

Abioye, I. A., Omotayo, M. O. and Alakija, W. (2011) 'Socio-demographic determinants of stigma among patients with pulmonary tuberculosis in Lagos, Nigeria.', *African health sciences*, 11 Suppl 1(1), pp. S100-4. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22135633>.

Adhikari, B. *et al.* (2014) 'Factors Affecting Perceived Stigma in Leprosy Affected Persons in Western Nepal', *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(6), pp. 1–8. doi: 10.1371/journal.pntd.0002940.

Adiwidia, K. (2012) 'Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tb . Paru Rencana Pulang tentang Penyakit Tb. Paru di Ruang Rawat Inap RS. Paru DR. M. Goenawan Partowidigdo', *Universitas Indonesia*.

AEIRC, T. (2019) 'Abstract Book', *International Journal of Women Empowerment*, 4(1), p. 23. doi: 10.29052/2413-4252.v4.i1.2018.23-55.

Ahmedani, B. K. (2011) 'Ahmedani MH Stigma 2011', *Journal of Social Work Values Ethics*, 8(2), pp. 1–14.

Aryal, S. *et al.* (2012) 'Stigma Related to Tuberculosis Among Patients Attending DOTS Clinics of Dharan Municipality', *Kathmandu University Medical Journal*, 1(37), pp. 48–52. doi: 10.3126/kumj.v10i1.6914.

Attaminy, H. B. and Qomaruddin, M. B. (2018) 'Aplikasi Health Belief Model Pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue', *Jurnal PROMKES*, 5(2), p. 245. doi: 10.20473/jpk.v5.i2.2017.245-255.

Baral, S. C., Karki, D. K. and Newell, J. N. (2007) 'Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study', *BMC Public Health*, 7(211), pp. 1–10. doi: 10.1186/1471-2458-7-211.

Beder, H. (1991) 'The Stigma of Illiteracy', *Adulth Basic Education*, 1(2), pp. 67–78.

Bousfield, A. B. S., Meirelles, B. H. S. and Chirinos, N. E. C. (2017) 'Relationship Between the Social Representations of Health Professionals and People With Tuberculosis and Treatment Abandonment', *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(1), pp. 1–8. doi: 10.1590/0104-07072017005650015.

Brown, J. *et al.* (2015) 'Health status and quality of life in tuberculosis', *International Journal of Infectious Diseases*. International Society for Infectious Diseases, pp. 68–75. doi: 10.1016/j.ijid.2014.12.045.

Buregyeya, E. *et al.* (2011) 'Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behaviour in rural Uganda', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 15(7), pp. 938–942. doi: 10.5588/ijtld.10.0211.

CDC (2016) *Tuberculosis (TB)*. Available at: <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/tbinfectiondisease.htm>.

Chakrabartty, A. *et al.* (2018) 'Tuberculosis related stigma and its effect on the delay for sputum examination under the Revised National Tuberculosis Control Program in India', *Indian Journal of Tuberculosis*. Tuberculosis Association of India, 65(2), pp. 145–151. doi: 10.1016/j.ijtb.2017.08.032.

Chang, S. and Cataldo, J. K. (2014) 'A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses', *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 18(2), pp. 168–173. doi: 10.5588/ijtld.13.0181.

Chowdhury, R. K. *et al.* (2015) 'Social Impact on Stigma Regarding Tuberculosis Hindering Adherence to Treatment: A Cross Sectional Study Carried out in Tuberculosis Patients at Rajshahi City, Bangladesh.', *Japanese journal of infectious diseases*, (20), pp. 461–466. doi: 10.7883/yoken.JJID.2014.522.

Churchyard, G. *et al.* (2017) 'What We Know about Tuberculosis Transmission: An Overview', *Journal of Infectious Diseases*, 216(Suppl 6), pp. S629–S635. doi: 10.1093/infdis/jix362.

Connolly and Nunn, P. (1996) 'Women and Tuberculosis', *World Health Statistics Quarterly*, 49(2), pp. 115–119.

Courtwright, A. and Turner, A. N. (2010) 'Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions', *Public Health Reports*, 125(4), pp. 34–42. doi: 10.1177/00333549101250S407.

Craig, G. M. *et al.* (2017) 'Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries', *International Journal of Infectious Diseases*. International Society for Infectious Diseases, pp. 90–100. doi: 10.1016/j.ijid.2016.10.011.

Cremers, A. L. *et al.* (2015) 'Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia', *PLoS ONE*, 10(3), pp. 1–16. doi: 10.1371/journal.pone.0119861.

Dasa, T. T. *et al.* (2019) 'Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia', *BMC Psychiatry*. BMC Psychiatry, 19(82), pp. 1–7.

Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya (2017) *Profil Kesehatan Kota Surabaya 2017*. Surabaya.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2017) *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya.

Erikson, E. and Boeree, C. G. (2006) 'ERIK ERIKSON [ 1902 – 1994 ] Dr. C. George Boeree', pp. 1–17.

Fitryasari, R. *et al.* (2018) 'Predictors of Family Stress in Taking Care of Patients with Schizophrenia', *Jurnal Ners*, 13(1), p. 72. doi: 10.20473/jn.v13i1.7762.

GC, P. and P, D. (2018) 'Stigma Related to Tuberculosis in Patients Taking DOTS Treatment from DOTS Center of Palpa District Hospital, Tansen, Palpa, Nepal', *Journal of Microbiology and Modern Techniques*, 1(1), pp. 1–6. doi: 10.15744/2575-5498.1.104.

Glanz, K., Barbara, K. and Viswanath, R. K. (2015) 'Health behaviour: theory, research, and practice fifth edition', *Jossey-Bass Wiley Brand*.

Gomberg, E. S. L. (1988) 'Alcoholic Women In Treatment: The Question



of Stigma and Age', *Alcohol & Alcoholism*, 23(6), pp. 507–514.

Hidayati, E. (2015) 'Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap TBC Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan dan Penularan', 10(2), pp. 76–82.

IILEP (2011) 'Guidelines to reduce stigma', in Brakel, W. van et al. (eds). London: The International Federation of Anti-Leprosy Associations (IILEP) and The Netherlands Leprosy Relief (NLR), p. 22. Available at: <http://dcidj.org/article/view/15%0Ahttp://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138337%0Ahttp://www.la-press.com/update-on-neglected-tropical-diseases-of-the-western-hemisphere-article-a2867%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15922243%0Ahttp://lepr.allen>.

Issa, B. A., Yussuf, A. D. and Kuranga, S. I. (2010) 'Depression comorbidity among patients with tuberculosis in a university teaching hospital outpatient clinic in Nigeria', *Mental Health in Family Medicine*, 6(3), pp. 133–138.

Kehbila, J. et al. (2016) 'Prevalence and correlates of depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon', *Infectious Diseases of Poverty*. *Infectious Diseases of Poverty*, 5(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s40249-016-0145-6.

Kemkes RI (2011) 'Pedoman nasional pengendalian tuberkulosis', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, p. 2011. doi: 614.542 Ind p.

Kemkes RI (2013) 'Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis'.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis*.

Kipp, A. M. et al. (2011) 'Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members', *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd, 11(675). doi: 10.1186/1471-2458-11-675.

Knechel, N. A. (2009) 'Tuberculosis: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis', *Critical Care Nurse*, 29(2), pp. 34–43. doi: 10.4037/ccn2009968.

Kusnanto, K. et al. (2018) 'The Effectiveness of Spiritual Emotional Breathing Towards Respiratory Function and Immune Response of Tuberculosis Patients', *Jurnal Ners*, 13(1), p. 93. doi: 10.20473/jn.v13i1.8373.

Leaffer, E. B., Hesdorffer, D. C. and Begley, C. (2014) 'Epilepsy & Behavior Psychosocial and sociodemographic associates of felt stigma in epilepsy', *Epilepsy & Behavior*. Elsevier B.V., 37, pp. 104–109. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.06.006.

Lee, L.-Y. et al. (2017) 'Perceived Stigma and Depression in Initially Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients', *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), pp. 4813–4821. doi: 10.1111/jocn.13837.

Liefoghe, R. *et al.* (1997) 'From their own perspective. A Kenyan community's perception of tuberculosis', *Tropical Medicine and International Health*, 2(8), pp. 809–821. doi: 10.1046/j.1365-3156.1997.d01-380.x.

Moya, E. M. and Lusk, M. W. (2013) 'Tuberculosis stigma and perceptions in the us-mexico border', *Salud Publica de Mexico*, 55(1 SUPPL.4).

Mukerji, R. and Turan, J. M. (2018) 'Exploring Manifestations of TB-Related Stigma Experienced by Women in Kolkata, India', *Annals of Global Health*, 84(4), p. 727. doi: 10.29024/aogh.2383.

N.N., F., M., A. and Z., B. (2016) 'HIV stigma and associated factors among antiretroviral treatment clients in Jimma Town, Southwest Ethiopia', *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 8((Fido N.N., nenoniqu@gmail.com; Aman M.; Brihnu Z.) Department of Health Education and Behavioral Sciences, Jimma University, Jimma, Ethiopia PG-183-193), pp. 183–193. doi: 10.2147/HIV.S114177.

Ng, C. H. (1997) 'The Stigma of Mental Illness in Asian Cultures', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, pp. 382–390. doi: 10.3109/00048679709073848.

Nkambule, B. S. *et al.* (2019) 'The relationship between patients' perception of nurse caring behaviors and tuberculosis stigma among patients with drug-resistant tuberculosis in Swaziland', *International Journal of Africa Nursing Sciences*. Elsevier, 10(April 2018), pp. 14–18. doi: 10.1016/j.ijans.2018.11.004.

Nursalam (2015) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Media.

Oakley, L. D. *et al.* (2012) 'The self-stigma of depression for women', *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), pp. 512–520. doi: 10.1177/0020764011409820.

Paul, S. *et al.* (2015) 'Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: Mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh', *BMC Public Health*, 15(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s12889-015-1390-5.

Paula, A. *et al.* (2017) 'Health-Related Quality of Life , Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis', *Tuberculosis and Respiratory Disease*, 80, pp. 69–76.

Paz-Soldán, V. A. *et al.* (2013) 'The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study', *BMC Health Services Research*, 13(1), p. 290. doi: 10.1186/1472-6963-13-290.

Promosi, D. *et al.* (no date) 'Aplikasi Health Belief Model Dalam Health Belief Model Applications for Analyzing Behavior To Use Safety Glasses', pp. 105–116.

Putri, M. A. and Harmayetty, H. (2016) 'PENGARUH PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY TERHADAP PENGETAHUAN, DUKUNGAN KELUARGA DAN STIGMA KUSTA DENGAN MODEL

PENDEKATAN CALGARY DI PUSKESMAS BALEREJO KABUPATEN MADIUN', *Jurnal NERS*, 11(1), p. 88. doi: 10.20473/jn.V11I12016.88-98.

Rintiswati, N. *et al.* (2009) 'Journeys to tuberculosis treatment : a qualitative study of patients , families and communities in Jogjakarta , Indonesia', 9(158), pp. 1–10. doi: 10.1186/1471-2458-9-158.

Roba, A. A. *et al.* (2018) 'Tuberculosis patients are physically challenged and socially isolated: A mixed methods case-control study of Health Related Quality of Life in Eastern Ethiopia', *PLoS ONE*, 13(10), pp. 1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0204697.

Rokhmah, D. (2013) 'Gender dan Penyakit Tuberkulosis : Implikasinya Terhadap Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Rendah', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(10), pp. 447–452.

Sacco, R. G. (2013) 'Re-Envisaging the Eight Developmental Stages of Erik Erikson: The Fibonacci Life-Chart Method ( FLCM )', 3(1). doi: 10.5539/jedp.v3n1p140.

Sagili, K. D., Satyanarayana, S. and Chadha, S. S. (2016) 'Is Knowledge Regarding Tuberculosis Associated with Stigmatising and Discriminating Attitudes of General Population towards Tuberculosis Patients? Findings from a Community Based Survey in 30 Districts of India', *PLoS ONE*, 11(2), pp. 1–11. doi: 10.1371/journal.pone.0147274.

Sakinah, Z. V. (2017) 'Aplikasi Health Belief Model Dalam Health Belief Model Applications for Analyzing Behavior To Use Safety Glasses', *Jurnal Promkes*, 5(1), pp. 105–116.

Sari, Y. (2018) 'GAMBARAN STIGMA DIRI KLIEN TUBERKULOSIS PARU (TB PARU) YANG MENJALANI PENGobatan DI PUSKESMAS MALINGPING', *Media Ilmu Kesehatan*, 7(1), pp. 43–50. doi: 10.30989/mik.v7i1.266.

Sengupta, S. *et al.* (2006) 'Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients , care providers and the community', *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10(9), pp. 1008–1012.

Setiyaningsih, R., Tamtomo, D. and Suryani, N. (2017) 'Health Belief Model: Determinantsof Hypertension Prevention BehaviorinAdults at Community Health Center, Sukoharjo, Central Java', *Journal of Health Promotion and Behavior*, 01(03), pp. 160–170. doi: 10.26911/thejhp.2016.01.03.03.

Shivapujimath, R. *et al.* (2017) 'A cross-sectional study to assess the stigma associated with tuberculosis among tuberculosis patients in Udupi district, Karnataka', *Indian Journal of Tuberculosis. Tuberculosis Association of India*, 64(4), pp. 323–326. doi: 10.1016/j.ijtb.2016.10.002.

Sima, B. T., Belachew, T. and Abebe, F. (2019) 'Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: A cross-sectional study 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services', *BMC Health Services Research. BMC Health Services Research*, 19(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12913-018-3815-1.

Somma, D. *et al.* (2008) 'Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia', *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(7), pp. 856–866. Available at: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2008/00000012/00000007/art00029%3Bjsessionid=1mjs7sfrkl8xn.x-ic-live-02#trendmd-suggestions>.

Susanti (2016) 'Penerapan Health Belief Model terhadap keputusan Keluarga Uuntuk Melakukan Kunjungan Ke Puskesmas Dalam Penanganan Dini Danguue Hhaemorhagic Fever (DHF)', *Jurnal Ners*, 4(2), pp. 124–141. doi: 10.1037/10519-035.

Tadesse, S. (2016) 'Stigma against tuberculosis patients in Addis Ababa, Ethiopia', *PLoS ONE*, 11(4), pp. 1–11. doi: 10.1371/journal.pone.0152900.

Takeuchi, J. and Sakagami, Y. (2018) 'Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness', *Nagayo Journal of Medical Science*, 80(3), pp. 367–378. doi: 10.18999/nagjms.80.3.367.

Werdhani, R. A. (1995) 'Patofologi, Diagnosis, dan Klasifikasi Tuber', pp. 1–18. doi: 10.1016/j.chemphyslip.2013.12.004.

Werner, P., Stein-Shvachman, I. and Heinik, J. (2009) 'Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: A preliminary study', *International Psychogeriatrics*, 21(6), pp. 1180–1189. doi: 10.1017/S1041610209990470.

Widjanarko, B. *et al.* (2009) 'Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia', 3, pp. 231–238.

World Health Organization (2018) *Global Tuberculosis Report 2018*, WHO report. doi: 10.1016/j.pharep.2017.02.021.

World Health Organization (2005) *ADDRESSING POVERTY IN TB CONTROL*. Switzerland: Stop TB Departement.

Yilmaz, A. and Dedeli, O. (2016) 'Assessment of anxiety, depression, loneliness and stigmatization in patients with tuberculosis', *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), pp. 549–557. doi: 10.1590/1982-0194201600076.

Yin, X. *et al.* (2018) 'Status of tuberculosis-related stigma and associated factors: a cross-sectional study in central China', *Tropical Medicine and International Health*, 23(2), pp. 199–205. doi: 10.1111/tmi.13017.

# LAMPIRAN



**Lampiran-lampiran**Lampiran 1 *Informed Consent***INFORMED CONSENT  
(PERNYATAAN PERSETUJUAN PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : (nama inisial)

Umur :

Jenis Kelamin : L / P

Telah mendapat keterangan terinci dan jelas mengenai

1. Penelitian yang berjudul "Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Stigma yang Dirasakan Pada Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Surabaya"
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
3. Manfaat ikut sebagai subjek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan prosedur penelitian mendapatkan kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya **BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA\***) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, 2019

Peneliti,

Responden,

(Nurfa Dwiki Fitriana)

(.....)

Saksi,

(.....)

## Lampiran 2 Penjelasan Penelitian Responden

**PENJELASAN PENELITIAN**

Assalam' mualaikum Wr. Wb. Salam sejahtera bagi kita semua

Sehubungan dengan akan dilaksanakan penelitian sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Keperawatan

**Judul Penelitian** : Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Stigma yang Dirasakan Pada Penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya

**Tujuan Penelitian**

**Tujuan Umum** : Menganalisis faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Surabaya

**Tujuan Khusus** :

1. Menganalisis hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis.
2. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis.
3. Menganalisis hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma eksternal pada penderita tuberkulosis paru.
4. Menganalisis hubungan faktor sosiodemografis (usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis.
5. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan tentang tuberkulosis terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis.
6. Menganalisis hubungan faktor profil klinis (riwayat pengobatan sebelumnya, hasil pemeriksaan dahak, kategori pengobatan, fase pengobatan, dan riwayat keluarga tuberkulosis) terhadap stigma internal pada penderita tuberkulosis.

**Perlakuan yang Diterapkan pada Subjek Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik, dengan menganalisis faktor yang mempengaruhi stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Surabaya, tidak ada perlakuan terhadap responden, hanya responden dimohon untuk melakukan pengisian kuesioner selama 10 menit dan dibantu oleh satu fasilitator.

**Manfaat Penelitian bagi Responden**

Masyarakat yang mengikuti penelitian ini dapat memiliki pengetahuan yang baik akan penyakit tuberkulosis dan dapat beradaptasi terhadap stigma yang diterima oleh penderita tuberkulosis.

**Bahaya Potensial**

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden dalam penelitian ini melainkan menyita waktu responden yang cukup banyak.

**Hak untuk Undur Diri**

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

**Jaminan Kerahasiaan Data**

Semua data dan informasi identitas responden penelitian akan dijaga kerahasiannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden secara jelas dan pada laporan penelitian nama responden akan diubah dalam bentuk kode.

**Adanya Insentif untuk Responden**

Responden akan mendapatkan *souvenir* dari peneliti.

**Informasi Tambahan**

Nama : Nurfa Dwiki Fitriana  
 Telp : 085954939369  
 Email : nurfa14dwiki@gmail.com  
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
 Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya

Surabaya, 2019

Dosen Pembimbing I

Yang memberi penjelasan  
Peneliti

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.

Nurfa Dwiki Fitriana

Yang mendapatkan penjelasan  
Subjek/Yang Mewakili Subjek

Saksi

(.....)

(.....)



## Lampiran 3 Kuesioner Penelitian

**Lembar Kuesioner**

## A. Pengantar

Bacalah setiap pernyataan dengan cermat sebelum menjawab, kemudian pilihlah jawaban yang anda rasa paling sesuai dengan keadaan diri anda pada lembar jawaban yang tersedia. Saya sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda. Terimakasih.

No Kuesioner : (diisi oleh peneliti)

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal : (diisi oleh peneliti)

## B. Petunjuk

1. Silahkan bapak/ibu jawab pertanyaan dengan jujur.
2. Jawaban tidak mempengaruhi profesi bapak/ibu.
3. Jawaban akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk penelitian.

## C. Identitas Pribadi

Petunjuk pengisian: isilah identitas berikut dengan mengisi tanda lingkaran (O) pada angka yang sesuai!

<p><b>1. Jenis Kelamin</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laki-laki</li> <li>2. Perempuan</li> </ol> <p><b>2. Usia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 19-40 tahun</li> <li>2. 40-65 tahun</li> <li>3. &gt;65 tahun.</li> </ol> <p><b>3. Agama</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Islam</li> <li>2. Kristen</li> <li>3. Katolik</li> <li>4. Hindu</li> <li>5. Budha</li> <li>6. Khong Hu Cu</li> </ol> <p><b>4. Status Pekerjaan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengangguran</li> <li>2. Tidak Bekerja karena sakit</li> <li>3. Bekerja</li> </ol>	<p><b>5. Pendidikan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tamat SD</li> <li>2. Tamat SMP</li> <li>3. Tamat SMA</li> <li>4. Tamat PT (Perguruan Tinggi)</li> </ol> <p><b>6. Status Perkawinan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum Kawin</li> <li>2. Kawin</li> <li>3. Cerai Hidup</li> <li>4. Cerai Mati</li> </ol> <p><b>7. Pendapatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang dari Rp. 3.871.052,61</li> <li>2. Lebih dari Rp. 3.871.052,61</li> </ol>
---	--

## D. Identitas Profil Klinis

Petunjuk pengisian: isilah identitas berikut dengan mengisi tanda lingkaran (O) pada angka yang sesuai!

8. Bagaimana riwayat pengobatan TB anda sebelumnya?*	1. Belum pernah/ < 1 bulan
	2. Pernah diobati lebih dari 1 bulan
9. Apa kategori pengobatan tuberkulosis anda saat ini?*	1. Kategori-I (Obat saja)
	2. Kategori-II (Obat dan suntik)
10. Apa fase pengobatan tuberkulosis anda saat ini?*	1. Fase Intensif (obat warna merah)
	2. Fase Lanjutan (obat warna kuning)
11. Bagaimana hasil pemeriksaan dahak anda saat ini?*	1. Positif
	2. Negatif
12. Apakah ada keluarga anda yang sakit tuberkulosis?	1. Ya
	2. Tidak

\*sesuai dengan Kartu Pengobatan Tuberkulosis anda saat ini.

## E. Kuesioner Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Paru

Isilah tabel di bawah ini dengan tanda centang (√)

Benar : Bila pernyataan tersebut sesuai dengan diri anda

Salah : Bila pernyataan tersebut tidak sesuai dengan diri anda

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular akibat kuman/bakteri		
2.	Penyebab penyakit TB Paru adalah merokok dan kurang istirahat.		
3.	Batuk dan bersin penderita TB dapat menyebarkan kuman TB ke udara.		
4.	Penularan TB Paru juga bisa melalui darah penderita.		
5.	Orang yang dekat dengan penderita TB Paru positif atau tinggal bersama anggota keluarga TB Paru positif beresiko terkena TB Paru.		
6.	Anggota keluarga beresiko terkena TB Paru karena penyakit TB paru adalah penyakit keturunan.		

No	Pertanyaan	Benar	Salah
7.	Kebersihan rumah, pencahayaan dan ventilasi yang baik dapat mencegah penyebaran penyakit TB Paru.		
8.	Tanda dan gejala dari orang yang terkena penyakit TB Paru adalah batuk berdahak lebih dari 3 minggu, ada batuk darah, sesak napas, kurang nafsu makan, demam, dan keringat malam.		
9.	Pemeriksaan dahak adalah pemeriksaan yang akurat untuk menegakan penyakit TB Paru.		
10.	Selain untuk mendiagnosa penyakit TB Paru, pemeriksaan dahak juga dilakukan untuk mengevaluasi pengobatan.		
11.	Rontgen dada (foto toraks) dilakukan untuk melihat seberapa luas penyebaran penyakit pada paru-paru penderita.		
12.	Obat TB paru ada yang berupa paket atau satuan yang terdiri dari Rifampisin, Isoniazid, Pyrazinamide, dan Etambutol.		
13.	Pengobatan TB Paru minimal 6 bulan atau lebih		
14.	Penderita TB Paru boleh berhenti sendiri pengobatan sebelum mencapai 6 bulan apabila sudah tidak ada keluhan yang dirasakan.		
15.	Apabila penderita TB Paru tidak minum obat dalam batas waktu yang ditentukan maka pengobatan harus diulangi dari awal.		
16.	Warna kemerahan pada air seni/air kencing adalah efek samping obat anti TB yang tidak berbahaya dan tidak perlu dikhawatirkan.		
17.	Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, gatal dan kesemutan sampai dengan rasa terbakar adalah efek samping ringan obat anti TB Paru.		
18.	Apabila terjadi efek samping ringan pengobatan maka penderita dapat menghentikan pengobatan sendiri dan tidak meminumnya lagi.		
19.	Muntah-muntah, mata dan badan menjadi kuning adalah efek samping obat berat sehingga perlu penanganan segera dari pelayanan kesehatan terdekat.		
20.	Saat lupa minum obat maka obat segera diminum jika ingat kurang dari 12 jam dari jadwal minum obat, bila lebih maka besok hari minum obat seperti biasa.		
21.	Untuk mencegah penularan, penderita harus menutup		

No	Pertanyaan	Benar	Salah
	mulut jika batuk dan bersin dan tidak meludah sembarangan.		
22.	Wadah tertutup dan berisi desinfektan adalah tempat membuang dahak atau ludah yang dianjurkan pada penderita TB Paru.		
23.	Jika dalam perjalanan maka penderita memakai penutup mulut dan membuang dahak di closet dan segera disiram.		
24.	Pengawas Menelan Obat (PMO) penting dalam menjamin keteraturan minum obat penderita.		
25.	Pengawas Menelan Obat (PMO) bisa dari petugas kesehatan, kader, atau anggota keluarga.		

#### F. Kuesioner Stigma Eksternal Pasien Tuberkulosis Paru

Isilah tabel di bawah ini dengan memberi tanda silang (X) dalam salah satu opsi jawaban disampingnya.

No	Pernyataan	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
1.	Teman/tetangga mengucilkan saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
2.	Teman/tetangga menolak mengunjungi rumah saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
3.	Teman/tetangga tidak ingin makan dan minum bersama dengan saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
4.	Teman/tetangga menjauhi saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
5.	Teman/tetangga tidak nyaman berada didekat saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
6.	Teman/tetangga tidak ingin berbicara dengan saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
7.	Tetangga/teman menggosipkan/membicarakan saya karena saya terkena tuberkulosis paru	Ya	Mungkin	Ragu-ragu	Tidak
8.	Tetangga/teman memberikan	Ya	Mungkin	Ragu-	Tidak

	pelecehan verbal (seperti mencela, mencibir, mengejek, mengolok-olok, dan menghina) secara langsung kepada saya karena saya terkena tuberkulosis paru.			<b>ragu</b>	
9.	Saya ditolak dan tidak dianggap dimasyarakat karena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>
10.	Saya diabaikan oleh keluarga saya karena saya terkena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>
11.	Saya tidak mendapatkan dukungan dari keluarga saya karena saya terkena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>
12.	Keluarga atau pasangan saya sudah tidak mencintai dan tidak memperhatikan keadaan saya yang terkena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>
13.	Saya atau keluarga tidak diundang bila ada kegiatan bersama di kampung saat mereka mengetahui saya terkena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>
14.	Saya diabaikan ditempat kerja karena saya terkena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>
15.	Saya sulit mendapatkan pekerjaan saat mereka mengetahui saya terkena tuberkulosis paru	<b>Ya</b>	<b>Mungkin</b>	<b>Ragu-ragu</b>	<b>Tidak</b>

#### G. Kuesioner Stigma Internal Pasien Tuberkulosis Paru

Isilah tabel di bawah ini dengan memberi tanda tanda lingkaran (O) dalam salah satu opsi jawaban disampingnya. Keterangan:

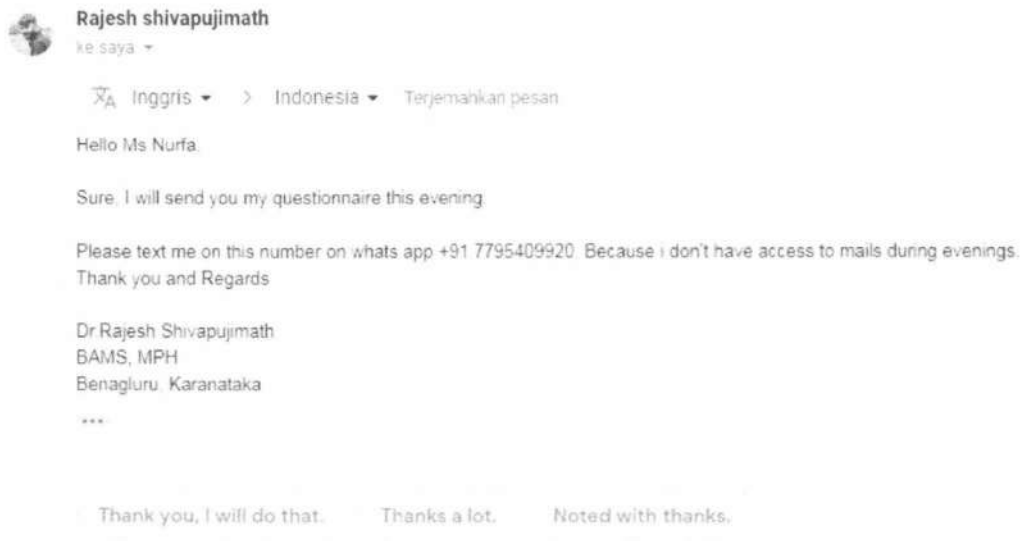
1. SS : Sangat Setuju
2. S : Setuju
3. TS : Tidak Setuju
4. STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya menyalahkan diri saya sendiri dan merasa bersalah karena terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
2.	Saya merasa dihukum karena terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
3.	Terkena tuberkulosis paru membuat hidup saya menjadi buruk	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak</b>

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
					<b>Setuju</b>
4.	Orang yang tidak terkena tuberkulosis paru tidak akan mengerti apa yang saya rasakan	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
5.	Saya malu karena terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
6.	Saya kecewa pada diri saya karena terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
7.	Saya merasa minder dengan orang lain yang tidak terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
8.	Saya menghindari dari masyarakat untuk menghindari penolakan	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
9.	Orang dengan tuberkulosis paru tidak dapat hidup dengan layak	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
10.	Tuberkulosis paru membuat orang tidak bisa menikah	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
11.	Saya sengaja tidak memberitahukan keadaan saya yang mengidap tuberkulosis paru karena saya tidak ingin menjadi beban orang lain	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
12.	Saya tidak bersosialisasi dimasyarakat karena tuberkulosis paru akan membuat saya aneh dimata orang lain	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
13.	Berkumpul dengan orang yang tidak sakit tuberkulosis paru membuat saya tidak nyaman atau minder	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
14.	Saya merasa tidak percaya diri karena saya terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>
15.	Tidak ada orang yang tertarik mendekati diri kepada saya karena saya terkena tuberkulosis paru	<b>Sangat Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>

## Lampiran 4 Permohonan Ijin Kuesioner

1. Perizinan kuesioner stigma Shivapujimath *et al* (2017) yang menggunakan kuesioner dari WHO/TDR (2002) tentang *Gender and Illness-Related: Experience, Meaning, and Behaviour* pada penderita tuberkulosis



2. Perizinan kuesioner Chowdhury, Rahman, Mondal, Billah, & Sayem, (2015) tentang stigma eksternal



3. Perizinan kuesioner Chakrabartty *et al* (2018) yang menggunakan kuesioner Moya (2010) tentang perspektif komunitas pada tuberkulosis.



**Dr Arup Chakrabartty** <arup.publication@gmail.com>

ke saya ▾

🌐 Inggris ▾ > Indonesia ▾ Terjemahkan pesan

**Nurfa Dwiki Fitriana**

I am glad that you are planning to use our tool for your study. I hereby give my consent that you can use the tool for your study.

All the best and please share your findings. I am sure it will be a good study

Regards,

\*\*\*

4. Perizinan kuesioner Putri, Harmayetty, & Utomo (2016) yang menggunakan kuesioner dari ILEP (2011) tentang *self-stigma (Internalized Stiga of Mental Illnes)* pada penderita kusta

## Permohonan Izin Kotak Masuk x



**nurfa dwiki**

Selamat Pagi Ny/Nn Mega Arianti Putri Perkenalkan, saya Nurfa D



**mega arianti**

ke saya ▾

iy mb silahkan.. smg bs membantu

\*\*\*



5. Perizinan kuesioner Fitriyasari, Yusuf, Chan, Nursalam, & Hargono (2018) tentang stigma keluarga pada penderita skizofrenia yang dikembangkan dari dimensi stigma oleh Goffman (1963) dan definisi stigma oleh Link & Phelan (2001) terdiri dari pertanyaan mengenai *labelling, stereotype, separation, dan discrimination*

**riski fitryasari**  
ke saya ▾

Jum, 29 Mar 17:17 (9 hari yang lalu) ☆ ✎ ⋮

Dear Nurfa Dwiki  
Monggo saya persilahkan: untuk kuesionernya akan sy kirimkan hari senin ya. kmn sy masih on the way. Secara mendetail bisa juga dilihat diruang baca FKP Unair, sampaikan ke Pak Hendy ingin membaca disertai saya

Selamat meneliti  
Rizki F

Sent from Yahoo Mail on Android

On Fri, 29 Mar 2019 at 2:51 am, nurfa dwiki <nurfa.dwiki@fkn.unair.ac.id> wrote:  
\*\*\*

6. Perizinan kuesioner Kurniawan Adiwidia (2012) mengenai pengetahuan tentang tuberkulosis

**One sarkone**  
ke saya ▾

-----  
On Thu, 4/4/19, nurfa dwiki <nurfa.dwiki@fkn.unair.ac.id> wrote:

Subject: Permohonan Izin  
To: one.sarkone@yahoo.com  
Date: Thursday, April 4, 2019, 2:04 PM

Assalamu'alaikum.wr.wb.Selamat Siang Tn  
Kurniawan AdiwidiaPerkenalkan saya Nurfa Dwiki Fitriana Mahasiswa Angkatan 2015 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya tertarik dengan skripsi anda mengenai Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB Paru Rencana Pulang tentang penyakit TB Paru di Ruang Rawat Inap RS. Prd Dr. M. Goenawan Partowidigdo dan saya ingin melakukan penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan stigma yang dirasakan pada penderita tuberkulosis paru di Puskesmas wilayah Surabaya menggunakan instrumen kuesioner pengetahuan tentang tuberkulosis anda yang ada pada skripsi tersebut.

Tn. Kurniawan Adiwidia: saya memohon izin untuk menggunakan kuesioner anda. Kuesioner ini akan saya adaptasikan dengan tujuan hanya untuk penelitian sebagai syarat kelulusan saya. Saya harap anda tidak keberatan memberikan izin kepada saya untuk menggunakan kuesioner tersebut. Terima kasih dan mohon maaf apabila terdapat kata-kata yang kurang berkenan. Salam hormat Nurfa Dwiki FitrianaStudent of Nursing 2015Faculty Of Nursing, Airlangga UniversitySurabaya, Indonesia

silahkan semoga bermanfaat

## Lampiran 5 Ijin Penelitian Bankes Bang, Pol



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK  
 DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Jaks Agung Suprpto Nomor 2 Surabaya 60272

Telepon (031) 5343000, (031) 5312144 Pesawat 112

Surabaya, 6 Mei 2019

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di -

SURABAYA

Nomor : 070.1369 /436.8.5/2019  
 Lampiran : -  
 Hal : Penelitian.

**REKOMENDASI PENELITIAN**

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman. Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
  2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.

Memperhatikan : Surat Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 30 April 2019 Nomor : 1735/UN3.1.13/PPd/2019 Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

Pit. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :

- a. Nama : Nurfa Dwiki Fitriana.
- b. Alamat : Jl Gringsing NO 02 RT 01 RW 02 Kel Cokromenggalan Kec Ponorogo.
- c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa.
- d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya.
- e. Kewarganegaraan : Indonesia.

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

- a. Judul / Thema : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Yang Dirasakan Pada Penderita Tuberkulosis Paru Di Surabaya.
- b. Tujuan : Penelitian.
- c. Bidang Penelitian : Kesehatan.
- d. Penanggung Jawab : Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
- e. Anggota Peserta : -
- f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan.
- g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

- Dengan persyaratan :
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
  2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
  3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI;
  4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.

a.n. PIT. KEPALA BADAN  
 Pit. Sekretaris,

Ir. Yusuk Waruh, M.M  
 Haridina  
 NIP 19671224 199412 1 001

Tembusan :  
 Yth. 1. Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan  
 Universitas Airlangga Surabaya  
 2. Saudara yang bersangkutan.

## Lampiran 6 Ijin Penelitian Dinkes



## PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243  
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

### SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 16615 / 436.7.2 / 2019

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Nomor : 070/5369/436.8.5/2019  
Tanggal : 6 Mei 2019  
Hal : Penelitian  
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :  
Nama : **Nurfa Dwiki Fitriana**  
NIM : 131511133079  
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR  
Alamat : Jl. Gringsing Kel. Cokromenggalan Kec. Ponorogo  
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi  
Tema Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma yang  
Dirasakan pada Penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya  
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2019  
Daerah / tempat : Puskesmas (Sesuai daftar terlampir)  
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.  
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 15 Mei 2019

a.n. Kepala Dinas  
Sekretaris,



Nanik SUKESUMA S.KM. M.Kes  
Pembina Tk. I  
1171994032008

<http://dinkes.surabaya.go.id>, Email: [dkk\\_surabaya@yahoo.com](mailto:dkk_surabaya@yahoo.com)

## Lampiran 7 Etik



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

**“ETHICAL APPROVAL”**  
 No : 1506-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, carefully reviewed the research protocol entitled :*

**“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA YANG DIRASAKAN PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI SURABAYA”**

<u>Peneliti utama</u>	: Nurfa Dwiki Fitriana
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Pegirian, Dan Puskesmas Sawah Pulo
<i>Setting of research</i>	

**Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.**  
*And approved the above-mentioned protocol with Expedited*

Surabaya, 27 Juni 2019  
 Ketua, (*HARRMAN*)



**Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.**  
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

*\*Masa berlaku 1 tahun*  
*1 year validity period*

## Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS PERAK TIMUR**

JL. Jakarta No. 9 Surabaya (60184)  
Telp/Fax. 031 3524247

Nomor : 065/4289/436.7.2.19/2019  
Lampiran : -  
Hal : Ijin Penelitian

Surabaya, 14 Agustus 2019  
Kepada :  
Yth. Sekretaris Kepala Badan Kesatuan  
Bangsa, Politik dan Perlindungan  
Masyarakat  
Di  
SURABAYA

Dengan hormat,

Berdasarkan Surat dari Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat No. 070/5369/436.8.5/2019 tentang Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian untuk

Menyusun Skripsi

Atas nama :

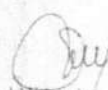
Nama : Nurfa Dwiki Fitriana  
N I M : 131511133079  
Keperluan : Menyusun Skripsi  
Judul : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma yang Dirasakan pada penderita Tuberkulosis Paru di Surabaya

Maka Mahasiswa tersebut telah benar-benar mengadakan penelitian di wilayah Puskesmas Perak Timur Surabaya yang dilakukan pada Bulan Juni s/d Juli 2019

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dijadikan perhatian dan digunakan sebagaimana mestinya. Terima kasih.

Mengetahui

Kepala Puskesmas Perak Timur

  
dr. Nurul Hidayah  
NIP: 196312101900032006

email : peraktimurpuskesmas@gmail.com

## Lampiran 9 Uji Validitas Reliabilitas

## Uji Validitas Kuesioner Stigma Eksternal

## Correlations

		SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11	SE12	SE13	SE14	SE15	eksternal
SE1	Pearson Correlation	1	.745*	.815**	1.000**	.899**	.815**	.582	.667*	.667*	.667*	.692*	.745*	.745*	.582	.667*	.924**
	Sig. (2-tailed)		.013	.004	.000	.000	.004	.078	.035	.035	.035	.027	.013	.013	.078	.035	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE2	Pearson Correlation	.745*	1	.885**	.745*	.553	.625	.625	.745*	.745*	.745*	.867**	.667*	.667*	.364	.373	.837**
	Sig. (2-tailed)	.013		.001	.013	.097	.053	.053	.013	.013	.013	.001	.035	.035	.301	.289	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE3	Pearson Correlation	.815**	.885**	1	.815**	.659*	.756*	.512	.698*	.698*	.698*	.783**	.677*	.677*	.268	.349	.838**
	Sig. (2-tailed)	.004	.001		.004	.038	.011	.130	.025	.025	.025	.007	.032	.032	.454	.323	.002
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE4	Pearson Correlation	1.000**	.745*	.815**	1	.899**	.815**	.582	.667*	.667*	.667*	.692*	.745*	.745*	.582	.667*	.924**
	Sig. (2-tailed)	.000	.013	.004		.000	.004	.078	.035	.035	.035	.027	.013	.013	.078	.035	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE5	Pearson Correlation	.899**	.553	.659*	.899**	1	.659*	.424	.337	.337	.674*	.448	.704*	.704*	.424	.674*	.770**
	Sig. (2-tailed)	.000	.097	.038	.000		.038	.222	.341	.341	.033	.194	.023	.023	.222	.033	.009
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE6	Pearson Correlation	.815**	.625	.756*	.815**	.659*	1	.756*	.698*	.698*	.698*	.783**	.677*	.677*	.512	.349	.861**
	Sig. (2-tailed)	.004	.053	.011	.004	.038		.011	.025	.025	.025	.007	.032	.032	.130	.323	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE7	Pearson Correlation	.582	.625	.512	.582	.424	.756*	1	.698*	.698*	.698*	.783**	.677*	.677*	.756*	.349	.791**
	Sig. (2-tailed)	.078	.053	.130	.078	.222	.011		.025	.025	.025	.007	.032	.032	.011	.323	.006
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



SE8	Pearson Correlation	.667*	.745*	.698*	.667*	.337	.698*	.698*	1	1.000**	.500	.830**	.745*	.745*	.698*	.500	.835**
	Sig. (2-tailed)	.035	.013	.025	.035	.341	.025	.025		.000	.141	.003	.013	.013	.025	.141	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE9	Pearson Correlation	.667*	.745*	.698*	.667*	.337	.698*	.698*	1.000**	1	.500	.830**	.745*	.745*	.698*	.500	.835**
	Sig. (2-tailed)	.035	.013	.025	.035	.341	.025	.025	.000		.141	.003	.013	.013	.025	.141	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE10	Pearson Correlation	.667*	.745*	.698*	.667*	.674*	.698*	.698*	.500	.500	1	.830**	.745*	.745*	.349	.500	.802**
	Sig. (2-tailed)	.035	.013	.025	.035	.033	.025	.025	.141	.141		.003	.013	.013	.323	.141	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE11	Pearson Correlation	.692*	.867**	.783**	.692*	.448	.783**	.783**	.830**	.830**	.830**	1	.681*	.681*	.493	.415	.868**
	Sig. (2-tailed)	.027	.001	.007	.027	.194	.007	.007	.003	.003	.003		.030	.030	.148	.233	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE12	Pearson Correlation	.745*	.667*	.677*	.745*	.704*	.677*	.677*	.745*	.745*	.745*	.681*	1	1.000**	.677*	.745*	.881**
	Sig. (2-tailed)	.013	.035	.032	.013	.023	.032	.032	.013	.013	.013	.030		.000	.032	.013	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE13	Pearson Correlation	.745*	.667*	.677*	.745*	.704*	.677*	.677*	.745*	.745*	.745*	.681*	1.000**	1	.677*	.745*	.881**
	Sig. (2-tailed)	.013	.035	.032	.013	.023	.032	.032	.013	.013	.013	.030	.000		.032	.013	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE14	Pearson Correlation	.582	.364	.268	.582	.424	.512	.756*	.698*	.698*	.349	.493	.677*	.677*	1	.698*	.698*
	Sig. (2-tailed)	.078	.301	.454	.078	.222	.130	.011	.025	.025	.323	.148	.032	.032		.025	.025
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SE15	Pearson Correlation	.667*	.373	.349	.667*	.674*	.349	.349	.500	.500	.500	.415	.745*	.745*	.698*	1	.668*
	Sig. (2-tailed)	.035	.289	.323	.035	.033	.323	.323	.141	.141	.141	.233	.013	.013	.025		.035
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
eksternal	Pearson Correlation	.924**	.837**	.838**	.924**	.770**	.861**	.791**	.835**	.835**	.802**	.868**	.881**	.881**	.698*	.668*	1

Sig. (2-tailed)	.000	.003	.002	.000	.009	.001	.006	.003	.003	.005	.001	.001	.001	.025	.035	
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Uji Validitas Kuesioner Stigma Internal

Correlations

	SI1	SI2	SI3	SI4	SI5	SI6	SI7	SI8	SI9	SI10	SI11	SI12	SI13	SI14	SI15	internal
SI1 Pearson Correlation	1	.493	.512	.463	.493	.756*	.424	.783**	.698*	.677*	.268	.512	.364	.203	.364	.661*
SI1 Sig. (2-tailed)		.148	.130	.177	.148	.011	.222	.007	.025	.032	.454	.130	.301	.574	.301	.037
SI1 N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI2 Pearson Correlation	.493	1	.493	.667*	.655*	.783**	.728*	.655*	.415	.681*	.783**	.783**	.867**	.655*	.557	.857**
SI2 Sig. (2-tailed)	.148		.148	.035	.040	.007	.017	.040	.233	.030	.007	.007	.001	.040	.094	.002
SI2 N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI3 Pearson Correlation	.512	.493	1	.707*	.203	.756*	.659*	.493	.698*	.677*	.268	.756*	.625	.493	.885**	.775**
SI3 Sig. (2-tailed)	.130	.148		.022	.574	.011	.038	.148	.025	.032	.454	.011	.053	.148	.001	.008
SI3 N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI4 Pearson Correlation	.463	.667*	.707*	1	.667*	.707*	.753*	.667*	.698*	.885**	.707*	.707*	.677*	.667*	.677*	.884**
SI4 Sig. (2-tailed)	.177	.035	.022		.035	.022	.012	.035	.025	.001	.022	.022	.032	.035	.032	.001
SI4 N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI5 Pearson Correlation	.493	.655*	.203	.667*	1	.493	.448	.655*	.415	.681*	.493	.493	.557	.655*	.248	.668*
SI5 Sig. (2-tailed)	.148	.040	.574	.035		.148	.194	.040	.233	.030	.148	.148	.094	.040	.490	.035
SI5 N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI6 Pearson Correlation	.756*	.783**	.756*	.707*	.493	1	.659*	.783**	.698*	.677*	.512	.756*	.625	.493	.625	.866**



	Sig. (2-tailed)	.011	.007	.011	.022	.148		.038	.007	.025	.032	.130	.011	.053	.148	.053	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI7	Pearson Correlation	.424	.728*	.659*	.753*	.448	.659*	1	.728*	.674*	.704*	.659*	.895**	.804**	.448	.804**	.873**
	Sig. (2-tailed)	.222	.017	.038	.012	.194	.038		.017	.033	.023	.038	.000	.005	.194	.005	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI8	Pearson Correlation	.783**	.655*	.493	.667*	.655*	.783**	.728*	1	.830**	.681*	.493	.783**	.557	.310	.557	.830**
	Sig. (2-tailed)	.007	.040	.148	.035	.040	.007	.017		.003	.030	.148	.007	.094	.383	.094	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI9	Pearson Correlation	.698*	.415	.698*	.698*	.415	.698*	.674*	.830**	1	.745*	.349	.698*	.373	.415	.745*	.781**
	Sig. (2-tailed)	.025	.233	.025	.025	.233	.025	.033	.003		.013	.323	.025	.289	.233	.013	.008
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI10	Pearson Correlation	.677*	.681*	.677*	.885**	.681*	.677*	.704*	.681*	.745*	1	.677*	.677*	.667*	.681*	.667*	.888**
	Sig. (2-tailed)	.032	.030	.032	.001	.030	.032	.023	.030	.013		.032	.032	.035	.030	.035	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI11	Pearson Correlation	.268	.783**	.268	.707*	.493	.512	.659*	.493	.349	.677*	1	.512	.625	.493	.364	.684*
	Sig. (2-tailed)	.454	.007	.454	.022	.148	.130	.038	.148	.323	.032		.130	.053	.148	.301	.029
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI12	Pearson Correlation	.512	.783**	.756*	.707*	.493	.756*	.895**	.783**	.698*	.677*	.512	1	.885**	.493	.885**	.911**
	Sig. (2-tailed)	.130	.007	.011	.022	.148	.011	.000	.007	.025	.032	.130		.001	.148	.001	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI13	Pearson Correlation	.364	.867**	.625	.677*	.557	.625	.804**	.557	.373	.667*	.625	.885**	1	.557	.722*	.834**
	Sig. (2-tailed)	.301	.001	.053	.032	.094	.053	.005	.094	.289	.035	.053	.001		.094	.018	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI14	Pearson Correlation	.203	.655*	.493	.667*	.655*	.493	.448	.310	.415	.681*	.493	.493	.557	1	.557	.668*
	Sig. (2-tailed)	.574	.040	.148	.035	.040	.148	.194	.383	.233	.030	.148	.148	.094		.094	.035

	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SI15	Pearson Correlation	.364	.557	.885**	.677*	.248	.625	.804**	.557	.745*	.667*	.364	.885**	.722*	.557	1	.810**
	Sig. (2-tailed)	.301	.094	.001	.032	.490	.053	.005	.094	.013	.035	.301	.001	.018	.094		.004
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
internal	Pearson Correlation	.661*	.857**	.775**	.884**	.668*	.866**	.873**	.830**	.781**	.888**	.684*	.911**	.834**	.668*	.810**	1
	Sig. (2-tailed)	.037	.002	.008	.001	.035	.001	.001	.003	.008	.001	.029	.000	.003	.035	.004	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Uji Reliabilitas Kuesioner Stigma Eksternal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.961	15

Statistics

Mean stigma eksternal

SE

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		20.47

Uji Reliabilitas Kuesioner Stigma Internal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.956	15

Statistics

Mean stigma internal

SI

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		34.85

## Lampiran 10 Tabulasi Data

## Keterangan:

XI	: Jenis kelamin	1: Laki-laki 2: Perempuan	X9	: Kategori pengobatan TB	1: Kategori-I 2: Kategori-II
X2	: Usia	1: 19-40 tahun 2: 40-65 tahun 3: >65 tahun	X10	: Fase pengobatan TB	1: Fase Intensif 2: Fase lanjutan
X3	: Agama	1: Islam 2: Kristen 3: Katolik 4: Hindu 5: Budha 6: Khong Hu Cu	X11	: Hasil pemeriksaan dahak	1: Positif 2: Negatif
X4	: Status Pekerjaan	1: Pengangguran 2: Tidak bekerja karena sakit 3: Bekerja	X12	: Riwayat keluarga TB	1: Ya 2: Tidak
X5	: Pendidikan	1: Tamat SD 2: Tamat SMP 3: Tamat SMA 4: Tamat PT	P	: Pengetahuan tentang TB	1: Baik 2: Cukup 3: Kurang
X6	: Status Perkawinan	1: Belum kawin 2: Kawin 3: Cerai hidup 4: Cerai mati	Y1	: Stigma Eksternal	1: Positif 2: Negatif
X7	Pendapatan	1: Kurang dari Rp. 3.871.052,61 2: Lebih dari Rp. 3.871.052,61	Y2	: Stigma Internal	1: Positif 2: Negatif
X8	: Riwayat pengobatan sebelumnya	1: Belum pernah/<1 bulan 2: pernah diobati lebih dari 1 bulan	Y	: Stigma	1: Positif 2: Negatif

Kode Responden	Variabel Sosiodemografis							Variabel Profil Klinis					P	Y1	Y2	Y
	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12				
PT1	1	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1
PT2	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
PT3	1	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1
PT4	1	3	1	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
PT5	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT6	1	2	1	3	4	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
PT7	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
PT8	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
PT9	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2
PT10	1	2	1	3	3	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1
PT11	1	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1
PT12	1	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
PT13	2	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1
PT14	1	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
PT15	2	1	1	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
PT16	2	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT17	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
PT18	2	1	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
PT19	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT20	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	3	2	1	1
PT21	1	3	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT22	1	3	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
PT23	1	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
PT24	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
PT25	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1
PT26	1	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1

PT27	2	1	1	3	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT28	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
PT29	1	3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2
PT30	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
PT31	1	1	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
PT32	1	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
PT33	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
PT34	1	2	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
PT35	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
PT36	1	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
PT37	1	2	1	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
PT38	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PT39	1	2	1	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
PT40	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
PT41	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT42	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
PT43	2	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1
PT44	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
PT45	1	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
PT46	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1
PT47	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
PT48	1	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
PT49	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
PT50	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PT51	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1
PT52	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2
PT53	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2
PT54	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1

PT55	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	1	2	3	1	1	1
PT56	1	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
PT57	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
PT58	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
PT59	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1
SP1	2	2	1	1	3	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
SP2	2	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
SP3	2	1	1	3	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
SP4	1	2	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2
SP5	2	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
SP6	1	2	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1
SP7	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
SP8	1	2	1	1	4	4	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2
SP9	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
SP10	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1
SP11	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1
SP12	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
SP13	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
SP14	2	1	1	3	2	3	1	2	1	2	1	1	3	1	2	1
SP15	2	1	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
SP16	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1
SP17	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
SP18	1	2	1	3	4	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
SP19	2	1	1	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
SP20	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
SP21	1	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1
SP22	1	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
SP23	1	2	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2

SP24	2	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
P1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
P2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
P3	2	1	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
P4	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
P5	1	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
P6	2	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
P7	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1
P8	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
P9	2	2	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
P10	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
P11	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1
P12	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
P13	1	2	1	3	3	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1
P14	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	1
P15	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
P16	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
P17	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2

## Lampiran 11 Frekuensi Data

jenis kelamin responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	61	61.0	61.0	61.0
Perempuan	39	39.0	39.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

usia responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19-40 tahun	45	45.0	45.0	45.0
40-65 tahun	50	50.0	50.0	95.0
>65 tahun	5	5.0	5.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

agama responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	99	99.0	99.0	99.0
Kristen	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

pendidikan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tamat SD	40	40.0	40.0	40.0
Tamat SMP	19	19.0	19.0	59.0
Tamat SMA	38	38.0	38.0	97.0
Tamat PT	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

status pekerjaan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pengangguran	29	29.0	29.0	29.0
Tidak bekerja karena sakit	10	10.0	10.0	39.0
Bekerja	61	61.0	61.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

status perkawinan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum kawin	21	21.0	21.0	21.0
Kawin	74	74.0	74.0	95.0
Cerai hidup	2	2.0	2.0	97.0
Cerai mati	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



## pendapatan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang dari Rp. 3.871.052,61	82	82.0	82.0	82.0
Lebih dari Rp. 3.871.052,61	18	18.0	18.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

## riwayat pengobatan TB responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum pernah/<1 bulan	84	84.0	84.0	84.0
Pernah diobati lebih dari 1 bulan	16	16.0	16.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

## hasil pemeriksaan dahak responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Positif	37	37.0	37.0	37.0
Negatif	63	63.0	63.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

## kategori pengobatan TB responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kategori 1	84	84.0	84.0	84.0
Kategori 2	16	16.0	16.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

## riwayat keluarga responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	30	30.0	30.0	30.0
Tidak	70	70.0	70.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

fase pengobatan TB responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Fase intensif	39	39.0	39.0	39.0
Fase lanjutan	61	61.0	61.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

pengetahuan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BAIK	28	28.0	28.0	28.0
CUKUP	66	66.0	66.0	94.0
KURANG	6	6.0	6.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Skor stigma eksternal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid positif	28	28.0	28.0	28.0
negatif	72	72.0	72.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Skor stigma internal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid positif	50	50.0	50.0	50.0
negatif	50	50.0	50.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Skor stigma mix

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid positif	57	57.0	57.0	57.0
negatif	43	43.0	43.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Lampiran 12 Tabulasi Silang

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
jenis kelamin responden	Laki-laki	33	28	61
	Perempuan	24	15	39
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
usia responden	19-40 tahun	27	18	45
	40-65 tahun	27	23	50
	>65 tahun	3	2	5
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
agama responden	Islam	56	43	99
	Kristen	1	0	1
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
status pekerjaan responden	Pengangguran	16	13	29
	Tidak bekerja karena sakit	8	2	10
	Bekerja	33	28	61
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
pendidikan responden	Tamat SD	21	19	40
	Tamat SMP	11	8	19
	Tamat SMA	23	15	38
	Tamat PT	2	1	3
	Total	57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
status perkawinan responden	Belum kawin	14	7	21
	Kawin	41	33	74
	Cerai hidup	2	0	2
	Cerai mati	0	3	3
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
pendapatan responden	Kurang dari Rp. 3.871.052,61	49	33	82
	Lebih dari Rp. 3.871.052,61	8	10	18
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
riwayat pengobatan TB responden	Belum pernah/<1 bulan	44	40	84
	Pernah diobati lebih dari 1 bulan	13	3	16
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
kategori pengobatan TB responden	Kategori 1	45	39	84
	Kategori 2	12	4	16
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
fase pengobatan TB responden	Fase intensif	23	16	39
	Fase lanjutan	34	27	61
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
hasil pemeriksaan dahak responden	Positif	23	14	37
	Negatif	34	29	63
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
riwayat keluarga responden	Ya	19	11	30
	Tidak	38	32	70
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma mix		
		positif	negatif	Total
pengetahuan responden	BAIK	14	14	28
	CUKUP	38	28	66
	KURANG	5	1	6
Total		57	43	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
jenis kelamin responden	Laki-laki	17	44	61
	Perempuan	11	28	39
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
usia responden	19-40 tahun	15	30	45
	40-65 tahun	13	37	50
	>65 tahun	0	5	5
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
status pekerjaan responden	Pengangguran	7	22	29
	Tidak bekerja karena sakit	4	6	10
	Bekerja	17	44	61
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
agama responden	Islam	27	72	99
	Kristen	1	0	1
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
pendidikan responden	Tamat SD	7	33	40
	Tamat SMP	5	14	19
	Tamat SMA	14	24	38
	Tamat PT	2	1	3
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
status perkawinan responden	Belum kawin	9	12	21
	Kawin	17	57	74
	Cerai hidup	2	0	2
	Cerai mati	0	3	3
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
pendapatan responden	Kurang dari Rp. 3.871.052,61	25	57	82
	Lebih dari Rp. 3.871.052,61	3	15	18
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
riwayat pengobatan TB responden	Belum pernah/<1 bulan	22	62	84
	Pemah diobati lebih dari 1 bulan	6	10	16
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
kategori pengobatan TB responden	Kategori 1	22	62	84
	Kategori 2	6	10	16
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
fase pengobatan TB responden	Fase intensif	12	27	39
	Fase lanjutan	16	45	61
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
hasil pemeriksaan dahak responden	Positif	13	24	37
	Negatif	15	48	63
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
riwayat keluarga responden	Ya	14	16	30
	Tidak	14	56	70
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma eksternal		
		positif	negatif	Total
pengetahuan responden	BAIK	8	20	28
	CUKUP	17	49	66
	KURANG	3	3	6
Total		28	72	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		
		positif	negatif	Total
jenis kelamin responden	Laki-laki	28	33	61
	Perempuan	22	17	39
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		
		positif	negatif	Total
agama responden	Islam	50	49	99
	Kristen	0	1	1
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		
		positif	negatif	Total
usia responden	19-40 tahun	24	21	45
	40-65 tahun	23	27	50
	>65 tahun	3	2	5
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		
		positif	negatif	Total
status pekerjaan responden	Pengangguran	14	15	29
	Tidak bekerja karena sakit	7	3	10
	Bekerja	29	32	61
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		
		positif	negatif	Total
status perkawinan responden	Belum kawin	12	9	21
	Kawin	38	36	74
	Cerai hidup	0	2	2
	Cerai mati	0	3	3
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		
		positif	negatif	Total
pendidikan responden	Tamat SD	20	20	40
	Tamat SMP	9	10	19
	Tamat SMA	19	19	38
	Tamat PT	2	1	3
	Total	50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
riwayat pengobatan TB responden	Belum pernah/<1 bulan	39	45	84
	Pemah diobati lebih dari 1 bulan	11	5	16
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
pendapatan responden	Kurang dari Rp. 3.871.052,61	44	38	82
	Lebih dari Rp. 3.871.052,61	6	12	18
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
kategori pengobatan TB responden	Kategori 1	39	45	84
	Kategori 2	11	5	16
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
fase pengobatan TB responden	Fase intensif	21	18	39
	Fase lanjutan	29	32	61
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
hasil pemeriksaan dahak responden	Positif	21	16	37
	Negatif	29	34	63
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
riwayat keluarga responden	Ya	15	15	30
	Tidak	35	35	70
Total		50	50	100

**Crosstab**

Count		Skor stigma internal		Total
		positif	negatif	
pengetahuan responden	BAIK	12	16	28
	CUKUP	34	32	66
	KURANG	4	2	6
Total		50	50	100

Lampiran 13 Hasil Analisis Data  
Analisis Regresi Logistik Sederhana

**Jenis Kelamin-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.540	1	.463
	Block	.540	1	.463
	Model	.540	1	.463

**Agama-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.132	1	.287
	Block	1.132	1	.287
	Model	1.132	1	.287

**Pendidikan-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.630	1	.427
	Block	.630	1	.427
	Model	.630	1	.427

**Pendapatan-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.398	1	.237
	Block	1.398	1	.237
	Model	1.398	1	.237

**Kategori Pengobatan-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.648	1	.104
	Block	2.648	1	.104
	Model	2.648	1	.104

**Riwayat Keluarga TB-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.708	1	.400
	Block	.708	1	.400
	Model	.708	1	.400

**Usia-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.173	1	.678
	Block	.173	1	.678
	Model	.173	1	.678

**Status Pekerjaan-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.079	1	.779
	Block	.079	1	.779
	Model	.079	1	.779

**Status Perkawinan-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.624	1	.105
	Block	2.624	1	.105
	Model	2.624	1	.105

**Riwayat Pengobatan Sebelumnya-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.962	1	.026
	Block	4.962	1	.026
	Model	4.962	1	.026

**Fase Pengobatan-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.102	1	.750
	Block	.102	1	.750
	Model	.102	1	.750

**Hasil Pemeriksaan Dahak-Stigma**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.642	1	.423
	Block	.642	1	.423
	Model	.642	1	.423



**Pengetahuan-Stigma  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.765	1	.184
	Block	1.765	1	.184
	Model	1.765	1	.184

**Jenis Kelamin-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.001	1	.971
	Block	.001	1	.971
	Model	.001	1	.971

**Usia-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.164	1	.141
	Block	2.164	1	.141
	Model	2.164	1	.141

**Pendidikan-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	5.449	1	.020
	Block	5.449	1	.020
	Model	5.449	1	.020

**Status Perkawinan-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.777	1	.183
	Block	1.777	1	.183
	Model	1.777	1	.183

**Agama-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.572	1	.109
	Block	2.572	1	.109
	Model	2.572	1	.109

**Pendapatan-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.520	1	.218
	Block	1.520	1	.218
	Model	1.520	1	.218

**Status Pekerjaan  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.068	1	.795
	Block	.068	1	.795
	Model	.068	1	.795

**Riwayat pengobatan sebelumnya-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.814	1	.367
	Block	.814	1	.367
	Model	.814	1	.367

**Kategori pengobatan TB-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.814	1	.367
	Block	.814	1	.367
	Model	.814	1	.367

**Fase pengobatan TB-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.242	1	.623
	Block	.242	1	.623
	Model	.242	1	.623

**Hasil pemeriksaan dahak-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.460	1	.227
	Block	1.460	1	.227
	Model	1.460	1	.227

**Pengetahuan-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.230	1	.632
	Block	.230	1	.632
	Model	.230	1	.632

**Jenis kelamin-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.053	1	.305
	Block	1.053	1	.305
	Model	1.053	1	.305

**Agama-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.396	1	.237
	Block	1.396	1	.237
	Model	1.396	1	.237

**Pendidikan-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.045	1	.833
	Block	.045	1	.833
	Model	.045	1	.833

**Pendapatan-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.478	1	.115
	Block	2.478	1	.115
	Model	2.478	1	.115

**Kategori pengobatan TB-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.735	1	.098
	Block	2.735	1	.098
	Model	2.735	1	.098

**Riwayat keluarga TB-Stigma Eksternal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	7.079	1	.008
	Block	7.079	1	.008
	Model	7.079	1	.008

**Usia-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.118	1	.732
	Block	.118	1	.732
	Model	.118	1	.732

**Status pekerjaan-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.050	1	.823
	Block	.050	1	.823
	Model	.050	1	.823

**Status perkawinan-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	3.795	1	.051
	Block	3.795	1	.051
	Model	3.795	1	.051

**Riwayat pengobatan sebelumnya-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2.735	1	.098
	Block	2.735	1	.098
	Model	2.735	1	.098

**Hasil pemeriksaan dahak-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.075	1	.300
	Block	1.075	1	.300
	Model	1.075	1	.300

**Fase pengobatan TB-Stigma internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	.379	1	.538
Block	.379	1	.538
Model	.379	1	.538

**Riwayat keluarga TB-Stigma Internal  
Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 <sup>a</sup> Step	.000	1	1.000
Block	.000	1	1.000
Model	.000	1	1.000

**Pengetahuan-Stigma Internal**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	1.242	1	.265
Block	1.242	1	.265
Model	1.242	1	.265

**Analisis Regresi Logistik Ganda**

**Stigma Mix-Multivariat 1  
Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> P	-.226	.419	.292	1	.589	.798	.351	1.813
X9	.957	1.304	.538	1	.463	2.603	.202	33.527
X7	.984	.579	2.889	1	.089	2.674	.860	8.314
X8	-2.431	1.405	2.996	1	.083	.088	.006	1.380
X6	.737	.418	3.107	1	.078	2.089	.921	4.741
Constant	-.767	1.425	.290	1	.590	.464		

a. Variable(s) entered on step 1: P, X9, X7, X8, X6.

**Stigma Mix-Multivariat 2 (mengeluarkan P)  
Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X9	.955	1.293	.546	1	.460	2.599	.206	32.739
X7	1.004	.578	3.014	1	.083	2.729	.879	8.479
X8	-2.492	1.380	3.261	1	.071	.083	.006	1.237
X6	.752	.415	3.286	1	.070	2.120	.941	4.779
Constant	-1.143	1.247	.840	1	.359	.319		

a. Variable(s) entered on step 1: X9, X7, X8, X6.

**Stigma Mix-Multivariat 3 (mengeluarkan X9)  
Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X7	1.008	.580	3.025	1	.082	2.740	.880	8.532
X8	-1.655	.723	5.236	1	.022	.191	.046	.789
X6	.701	.403	3.029	1	.082	2.017	.915	4.443
Constant	-.913	1.205	.575	1	.448	.401		

a. Variable(s) entered on step 1: X7, X8, X6.

**Stigma Eksternal-Multivariat 1  
Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X2	.244	.489	.248	1	.618	1.276	.490	3.324
X3	-22.016	4.019E4	.000	1	1.000	.000	.000	.
X5	-.447	.279	2.566	1	.109	.639	.370	1.105
X6	.254	.471	.289	1	.591	1.289	.511	3.246
X7	1.182	.738	2.563	1	.109	3.261	.767	13.860
X11	.709	.505	1.972	1	.160	2.031	.756	5.460
X12	1.273	.526	5.856	1	.016	3.572	1.274	10.016
Constant	18.530	4.019E4	.000	1	1.000	1.115E8		

a. Variable(s) entered on step 1: X2, X3, X5, X6, X7, X11, X12.

**Stigma Eksternal-Multivariat 2 (mengeluarkan X3)  
Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X2	.291	.485	.360	1	.549	1.338	.517	3.462
X5	-.489	.276	3.135	1	.077	.613	.357	1.054
X6	.341	.469	.530	1	.467	1.406	.561	3.523
X7	1.244	.736	2.859	1	.091	3.470	.820	14.676
X11	.624	.497	1.571	1	.210	1.866	.704	4.947
X12	1.177	.518	5.155	1	.023	3.245	1.175	8.966
Constant	-3.450	1.939	3.166	1	.075	.032		

a. Variable(s) entered on step 1: X2, X5, X6, X7, X11, X12.

**Stigma Eksternal-Multivariat 3 (mengeluarkan X2)**  
Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X5	-.496	.276	3.224	1	.073	.609	.354	1.046
X6	.444	.445	.998	1	.318	1.560	.652	3.729
X7	1.210	.727	2.769	1	.096	3.352	.806	13.936
X11	.625	.497	1.582	1	.208	1.868	.705	4.949
X12	1.220	.514	5.632	1	.018	3.386	1.237	9.271
Constant	-3.207	1.890	2.879	1	.090	.040		

a. Variable(s) entered on step 1: X5, X6, X7, X11, X12.

**Stigma Internal-Multivariat 1**  
Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X3	22.077	4.019E4	.000	1	1.000	3.872E9	.000	.
X6	.945	.448	4.449	1	.035	2.572	1.069	6.188
X7	1.239	.596	4.317	1	.038	3.451	1.073	11.105
X8	-1.106	1.142	.938	1	.333	.331	.035	3.101
X9	-.161	1.132	.020	1	.887	.851	.093	7.821
Constant	-23.868	4.019E4	.000	1	1.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: X3, X6, X7, X8, X9.

**Stigma Internal-Multivariat 2 (mengeluarkan X3)**  
Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> X6	.829	.425	3.802	1	.051	2.291	.996	5.273
X7	1.188	.593	4.016	1	.045	3.282	1.026	10.492
X8	-1.057	1.131	.873	1	.350	.348	.038	3.190
X9	-.228	1.122	.041	1	.839	.796	.088	7.186
Constant	-1.465	1.219	1.446	1	.229	.231		

a. Variable(s) entered on step 1: X6, X7, X8, X9.

## Lampiran 14 Proses Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda

## 1. Analisis Seleksi Bivariat

Tahap ini mencari variabel independen yang akan masuk ke dalam uji regresi logistik ganda. Seleksi dilakukan dengan cara uji regresi logistik sederhana dan melihat perolehan *p-value* pada hasil analisis masing-masing variabel independen. Hasil perolehan didapatkan *p-value* < 0,250 maka variabel tersebut masuk kedalam uji regresi logistik ganda.

Tabel hasil analisis uji regresi logistik sederhana variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma

Variabel Sosiodemografi	<i>p-value</i>	Keterangan
Jenis kelamin	0,463	Tidak kandidat
Usia	0,678	Tidak Kandidat
Agama	0,287	Tidak Kandidat
Status pekerjaan	0,779	Tidak kandidat
Pendidikan	0,427	Tidak Kandidat
Status perkawinan	0,105	Kandidat
Pendapatan	0,237	Kandidat
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,026	Kandidat
Kategori pengobatan TB	0,104	Kandidat
Fase pemeriksaan dahak	0,750	Tidak kandidat
Hasil pemeriksaan dahak	0,423	Tidak Kandidat
Riwayat keluarga TB	0,400	Tidak Kandidat
Pengetahuan	0,184	Kandidat
<b><i>p-value</i> &lt; 0,250</b>		

Tabel diatas adalah hasil analisis uji regresi logistik sederhana pada variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma. Pada variabel sosiodemografi menunjukkan status perkawinan ( $p= 0,105$ ), dan pendapatan ( $p= 0,237$ ) masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda. Pada variabel profil klinis menunjukkan riwayat pengobatan sebelumnya ( $p= 0,026$ ) dan kategori pengobatan TB ( $p= 0,104$ ) masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda. Pada variabel pengetahuan ( $p= 0,184$ ) menunjukkan masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda.

Selanjutnya mengeluarkan variabel Kategori Pengobatan TB ( $p\text{-value} = 0,460$ ), tetapi terjadi perubahan OR lebih dari 10%, sehingga variabel kategori pengobatan TB dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tabel pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma eksternal

<b>Pemodelan 1 : mengeluarkan Agama</b>			
Variabel	<i>p-value</i>	OR	Perubahan OR
Usia	0,549	1,338	5%
Pendidikan	0,077	0,613	4%
Status Perkawinan	0,467	1,406	9%
Pendapatan	0,091	3,470	6%
Hasil Pemeriksaan Dahak	0,210	1,866	8%
Riwayat Keluarga TB	0,023	3,245	9%
<b>Pemodelan 2 : mengeluarkan Usia</b>			
Variabel Sosiodemografi	<i>p-value</i>	OR	Perubahan OR
Pendidikan	0,073	0,609	1%
Status Perkawinan	0,318	1,560	11%
Pendapatan	0,096	3,352	3%
Hasil Pemeriksaan Dahak	0,208	1,868	0,15%
Riwayat Keluarga TB	0,018	3,386	4%

Berdasarkan tabel hasil pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma eksternal, variabel dengan nilai  $p\text{-value} > 0,05$  dikeluarkan secara bertahap dimulai dari nilai yang paling besar, yaitu Agama ( $p\text{-value} = 1$ ). Setelah variabel Agama dikeluarkan, perubahan OR yang terjadi memiliki nilai kurang dari 10%, maka variabel Agama tidak diikutsertakan dalam pemodelan. Selanjutnya mengeluarkan variabel Usia ( $p\text{-value} = 0,618$ ), tetapi terjadi perubahan OR lebih dari 10%, sehingga variabel Usia dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tabel pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma internal

<b>Pemodelan 1 : mengeluarkan Agama</b>			
Variabel	<i>p-value</i>	OR	Perubahan OR
Status Perkawinan	0,051	2,291	11%
Pendapatan	0,045	3,282	5%
Riwayat Pengobatan TB	0,350	0,348	5%
Kategori Pengobatan TB	0,839	0,796	6%

Berdasarkan tabel hasil pemodelan multivariate variabel kandidat terhadap stigma internal, variabel dengan nilai  $p\text{-value} > 0,05$  dikeluarkan secara bertahap dimulai dari nilai yang paling besar, yaitu Agama ( $p\text{-value} = 1,000$ ). Setelah

Variabel	OR	95%-CI	P-value
<b>Pendapatan</b>	3,451	1,073-11,105	<b>0,038*</b>
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,331	0,035-3,101	0,333
Kategori pengobatan TB	0,851	0,093-7,821	0,887

**p-value < 0,05**

Tabel diatas menunjukkan bahwa hubungan yang paling dominan terhadap stigma internal adalah variabel status perkawinan dan pendapatan.



## Lampiran 14 Proses Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda

## 1. Analisis Seleksi Bivariat

Tahap ini mencari variabel independen yang akan masuk ke dalam uji regresi logistik ganda. Seleksi dilakukan dengan cara uji regresi logistik sederhana dan melihat perolehan *p-value* pada hasil analisis masing-masing variabel independen. Hasil perolehan didapatkan *p-value*  $< 0,250$  maka variabel tersebut masuk kedalam uji regresi logistik ganda.

Tabel hasil analisis uji regresi logistik sederhana variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma

Variabel Sosiodemografi	<i>p-value</i>	Keterangan
Jenis kelamin	0,463	Tidak kandidat
Usia	0,678	Tidak Kandidat
Agama	0,287	Tidak Kandidat
Status pekerjaan	0,779	Tidak kandidat
Pendidikan	0,427	Tidak Kandidat
Status perkawinan	0,105	Kandidat
Pendapatan	0,237	Kandidat
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,026	Kandidat
Kategori pengobatan TB	0,104	Kandidat
Fase pengobatan TB	0,750	Tidak kandidat
Hasil pemeriksaan dahak	0,423	Tidak Kandidat
Riwayat keluarga TB	0,400	Tidak Kandidat
Pengetahuan	0,184	Kandidat
<b><i>p-value</i> <math>&lt; 0,250</math></b>		

Tabel diatas adalah hasil analisis uji regresi logistik sederhana pada variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma. Pada variabel sosiodemografi menunjukkan status perkawinan ( $p= 0,105$ ), dan pendapatan ( $p= 0,237$ ) masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda. Pada variabel profil klinis menunjukkan riwayat pengobatan sebelumnya ( $p= 0,026$ ) dan kategori pengobatan TB ( $p= 0,104$ ) masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda. Pada variabel pengetahuan ( $p= 0,184$ ) menunjukkan masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda.

Tabel hasil analisis uji regresi logistik sederhana variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma eksternal

Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Jenis kelamin	0,971	Tidak kandidat
Usia	0,141	Kandidat
Agama	0,109	Kandidat
Status pekerjaan	0,795	Tidak kandidat
Pendidikan	0,020	Kandidat
Status perkawinan	0,183	Kandidat
Pendapatan	0,218	Kandidat
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,367	Tidak kandidat
Kategori pengobatan TB	0,367	Tidak kandidat
Fase pengobatan TB	0,623	Tidak kandidat
Hasil pemeriksaan dahak	0,227	Kandidat
Riwayat keluarga TB	0,008	Kandidat
Pengetahuan	0,632	Tidak kandidat

**p-value < 0,250**

Tabel diatas adalah hasil analisis uji regresi logistik sederhana pada variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma eksternal. Pada variabel sosiodemografis menunjukkan usia ( $p= 0,141$ ), agama ( $p= 0,109$ ), pendidikan ( $p= 0,020$ ), status perkawinan ( $p= 0,183$ ), dan pendapatan ( $p= 0,218$ ) masuk kedalam kandidat uji uji regresi logistik ganda. Pada variabel profil klinis menunjukkan hasil pemeriksaan dahak ( $p= 0,227$ ) dan riwayat keluarga TB ( $p= 0,008$ ) masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda. Pada variabel pengetahuan ( $p= 0,632$ ) menunjukkan tidak masuk kandidat dalam uji regresi logistik ganda.

Tabel hasil analisis uji regresi logistik sederhana variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma internal

Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Jenis kelamin	0,305	Tidak kandidat
Usia	0,732	Tidak kandidat
Agama	0,237	Kandidat
Status pekerjaan	0,823	Tidak kandidat
Pendidikan	0,833	Tidak kandidat
Status perkawinan	0,051	Kandidat
Pendapatan	0,115	Kandidat
Riwayat pengobatan sebelumnya	0,098	Kandidat
Kategori pengobatan TB	0,098	Kandidat
Fase pengobatan TB	0,538	Tidak kandidat
Hasil pemeriksaan dahak	0,300	Tidak kandidat
Riwayat keluarga TB	1,000	Tidak kandidat

Variabel Sosiodemografi	p-value	Keterangan
Pengetahuan	0,265	Tidak kandidat
<b>p-value &lt; 0,250</b>		

Tabel diatas adalah hasil analisis uji regresi logistik sederhana pada variabel sosiodemografi, profil klinis, dan pengetahuan terhadap stigma internal. Pada variabel sosiodemografi menunjukkan agama ( $p= 0,237$ ), status perkawinan ( $p= 0,051$ ), dan pendapatan ( $p= 0,115$ ) masuk kedalam kandidat uji uji regresi logistik ganda. Pada variabel profil klinis menunjukkan riwayat pengobatan sebelumnya ( $p= 0,098$ ) dan kategori pengobatan TB ( $p= 0,098$ ) masuk kedalam kandidat uji regresi logistik ganda. Pada variabel pengetahuan ( $p= 0,265$ ) menunjukkan tidak masuk kandidat dalam uji regresi logistik ganda.

## 2. Analisis Pemodelan Multivariat

Langkah awal pemodelan multivariat dilakukan analisis uji regresi logistik ganda pada variabel yang masuk dalam kandidat dari hasil seleksi bivariat. Berikut adalah hasil uji regresi logistik ganda pada variabel kandidat terhadap stigma, stigma eksternal, dan stigma internal.

Tabel hasil uji analisis regresi logistik ganda pada variabel kandidat terhadap stigma

Variabel	p-value	OR
Pengetahuan	0,589	0,798
Kategori Pengobatan TB	0,463	2,603
Pendapatan	0,089	2,674
Riwayat Pengobatan TB	0,083	0,088
Status Perkawinan	0,078	2,089

Tabel hasil uji analisis regresi logistik ganda pada variabel kandidat terhadap stigma eksternal

Variabel	p-value	OR
Usia	0,618	1.276
Agama	1	0
Pendidikan	0,109	0.639
Status Perkawinan	0,591	1.289
Pendapatan	0,109	3.261
Hasil Pemeriksaan Dahak	0,16	2.031
Riwayat Keluarga TB	0,016	3.571

Tabel hasil uji analisis regresi logistik ganda pada variabel kandidat terhadap stigma internal

Variabel	p-value	OR
Agama	1	3,872
Status Perkawinan	0,035	2,572
Pendapatan	0,038	3,451
Riwayat Pengobatan TB	0,333	0,331
Kategori Pengobatan TB	0,887	0,851

Tabel diatas menunjukkan hasil uji regresi logistik ganda pada variabel kandidat terhadap stigma, stigma eksteral, dan stigma internal. Langkah selanjutnya, masing-masing variabel dilakukan pemodelan multivariat untuk menentukan variabel yang paling dominan mempengaruhi stigma eksternal. Pemodelan dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel secara bertahap yang memiliki nilai *p-value* > 0,05 dengan mempertimbangkan nilai *Odds Ratio* (OR). Apabila terjadi perubahan OR > 10% setelah pengeluaran variabel, variabel tersebut harus dimasukkan kembali ke dalam model. Pemodelan multivariat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma

**Pemodelan 1 : mengeluarkan Pengetahuan**

Variabel	p-value	OR	Perubahan OR
Kategori Pengobatan TB	0,460	2,599	0,15%
Pendapatan	0,083	2,729	2,06%
Riwayat Pengobatan TB	0,071	0,083	5,68%
Status Perkawinan	0,070	2,120	1,48%

**Pemodelan 2 : mengeluarkan Kategori Pengobatan TB**

Variabel Sosiodemografi	p-value	OR	Perubahan OR
Riwayat Pengobatan TB	0,022	0,191	130,12%
Status Perkawinan	0,082	2,017	4,86%
Pendapatan	0,082	2,740	0,40%

Berdasarkan tabel hasil pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma, variabel dengan nilai *p-value* > 0,05 dikeluarkan secara bertahap dimulai dari nilai yang paling besar, yaitu Pengetahuan (*p-value* = 0,589). Setelah variabel pengetahuan dikeluarkan, perubahan OR yang terjadi memiliki nilai kurang dari 10%, maka variabel Pengetahuan tidak diikutsertakan dalam pemodelan.

Selanjutnya mengeluarkan variabel Kategori Pengobatan TB ( $p\text{-value} = 0,460$ ), tetapi terjadi perubahan OR lebih dari 10%, sehingga variabel kategori pengobatan TB dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tabel pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma eksternal

<b>Pemodelan 1 : mengeluarkan Agama</b>			
Variabel	<i>p-value</i>	OR	Perubahan OR
Usia	0,549	1,338	5%
Pendidikan	0,077	0,613	4%
Status Perkawinan	0,467	1,406	9%
Pendapatan	0,091	3,470	6%
Hasil Pemeriksaan Dahak	0,210	1,866	8%
Riwayat Keluarga TB	0,023	3,245	9%
<b>Pemodelan 2 : mengeluarkan Usia</b>			
Variabel Sosiodemografi	<i>p-value</i>	OR	Perubahan OR
Pendidikan	0,073	0,609	1%
Status Perkawinan	0,318	1,560	11%
Pendapatan	0,096	3,352	3%
Hasil Pemeriksaan Dahak	0,208	1,868	0,15%
Riwayat Keluarga TB	0,018	3,386	4%

Berdasarkan tabel hasil pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma eksternal, variabel dengan nilai  $p\text{-value} > 0,05$  dikeluarkan secara bertahap dimulai dari nilai yang paling besar, yaitu Agama ( $p\text{-value} = 1$ ). Setelah variabel Agama dikeluarkan, perubahan OR yang terjadi memiliki nilai kurang dari 10%, maka variabel Agama tidak diikutsertakan dalam pemodelan. Selanjutnya mengeluarkan variabel Usia ( $p\text{-value} = 0,618$ ), tetapi terjadi perubahan OR lebih dari 10%, sehingga variabel Usia dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tabel pemodelan multivariat variabel kandidat terhadap stigma internal

<b>Pemodelan 1 : mengeluarkan Agama</b>			
Variabel	<i>p-value</i>	OR	Perubahan OR
Status Perkawinan	0,051	2,291	11%
Pendapatan	0,045	3,282	5%
Riwayat Pengobatan TB	0,350	0,348	5%
Kategori Pengobatan TB	0,839	0,796	6%

Berdasarkan tabel hasil pemodelan multivariate variabel kandidat terhadap stigma internal, variabel dengan nilai  $p\text{-value} > 0,05$  dikeluarkan secara bertahap dimulai dari nilai yang paling besar, yaitu Agama ( $p\text{-value} = 1,000$ ). Setelah

variabel Agama dikeluarkan, perubahan OR yang terjadi memiliki nilai lebih dari 10%, maka variabel Agama dimasukkan kembali dalam pemodelan.

### 3. Analisis Uji Interaksi

Penelitian ini tidak mendukung untuk dilakukan uji interaksi antara variabel independenden, sehingga tahap selanjutnya dilakukan pemodelan akhir.

### 4. Analisis Model Akhir

Pemodelan akhir didapatkan setelah melakukan pemodelan terhadap variabel yang masuk dalam kandidat analisis multivariat. Variabel dengan *p-value* <0,05 adalah variabel yang paling dominan mempengaruhi variabel dependen.

Hasil pemodelan akhir adalah sebagai berikut.

Tabel model akhir multivariat variabel terhadap stigma

Variabel	OR	CI 95%	p-value
Kategori Pengobatan TB	2,599	0,206-32,739	0,460
Pendapatan	2,729	0,879-8,479	0,083
Riwayat Pengobatan TB	0,083	0,006-1,237	0,071
Status Perkawinan	2,120	0,941-4,779	0,070
<b>p-value &lt; 0,05</b>			

Tabel diatas menunjukkan bahwa tidak ada variabel yang mempunyai hubungan terhadap stigma.

Tabel model akhir multivariat variabel terhadap stigma eksternal

Variabel	OR	CI 95%	p-value
Usia	1,338	0,517-3,462	0,549
Pendidikan	0,613	0,357-1,054	0,077
Status Perkawinan	1,406	0,561-3,523	0,467
Pendapatan	3,470	0,820-14,676	0,091
Hasil Pemeriksaan Dahak	1,866	0,704-4,947	0,210
<b>Riwayat Keluarga TB</b>	3,245	1,175-8,966	<b>0,023*</b>
<b>p-value &lt; 0,05</b>			

Tabel diatas menunjukkan bahwa hubungan yang paling dominan terhadap stigma eksternal adalah variabel riwayat keluarga TB.

Tabel model akhir multivariat variabel terhadap stigma internal

Variabel	OR	95%-CI	P-value
Agama	3,872	0	1,000
<b>Status Perkawinan</b>	2,572	1,069-6,188	<b>0,035*</b>