



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS *PUBLIC STIGMA* DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN
TB PARU DI KABUPATEN NAGAN RAYA**

**OLEH :
MONICA SUSANTI ANSKAR
NPM : 1807210015**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2021**

LEMBARAN PENGESAHAN TESIS

**ANALISIS *PUBLIC STIGMA* DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN
TB PARU DI KABUPATEN NAGAN RAYA**

Oleh

Monica Susanti Anskar
NPM: 180721015

Banda Aceh, Februari 2021

Diketahui oleh :
Ketua Faculty Research Committee

Farrah Fahdhinie, SKM, MPH
NIDN. 0111128601

Disetujui oleh:

Pembimbing I



dr. Nurjannah, MPH., Ph.D
NIP. 197907112006042002

Pembimbing II



Dr. rer. Med. Marthoenis, M.Sc., MPH
NIP. 198307292016091101

Disahkan Oleh:

Direktur
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Pr
N



(Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MNSM., MSc., HPPF., DLSHTM., Ph.D)
NIP. 19710703 199503 1 001

PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROGRES

Tesis Dengan Judul

HUBUNGAN *PUBLIC STIGMA* DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN DENGAN TB PARU DI KABUPATEN NAGAN RAYA

Oleh :

Monica Susanti Anskar

NPM: 180721015

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite
Seminar Progres

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

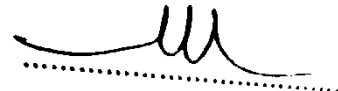
Banda Aceh, Maret 2021

Disetujui oleh Komite Seminar Tesis

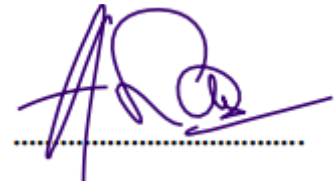
Ketua : dr. Nurjannah, MPH., Ph.D
NIP. 19790711200604 2 002



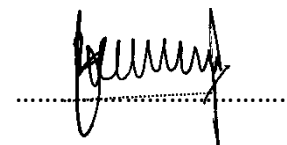
Penguji I : Dr. rer. Med. Marthoenis, M.Sc., MPH
NIP. 19830729 201609 1 101



Penguji II : Asnawi Abdullah, SKM., MHSM, Ph.D
NIP. 1971 07 03 1995 03 1001



Penguji III : Dr. Said Usman, S.Pd, M.Kes
NIP. 19701015 199203 1 004

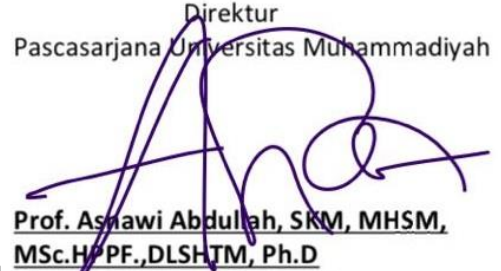


Mengetahui :

Ketua FRC

Direktur
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah

Farrah Fahdhinie, SKM, MPH
MHSM,
NIDN. 0111128601



Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM,
MSc.HPPF., DLSHTM, Ph.D
NIP. 19710703 199503 1 001
NIP. 19710703 199503

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena hanya dengan berkat rahmat, Inayah dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini, tidak lupa pula shalawat serta salam kepada Nabi Besar Muhammad SAW dan seluruh sahabat beliau yang telah merubah dan memperbaiki akhlak umat manusia dipermukaan bumi ini. Ucapan terima kasih kepada **ibu dr. Nurjannah, MPH, Ph.D** dan **bapak Dr. rer. Med. Marthoenis, M.Sc., MPH,** yang telah membimbing penulis selama ini. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak terdapat kekurangan yang disebabkan oleh penulis sendiri. oleh karena itu kritikan dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan untuk perbaikan tesis ini.

Dalam kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

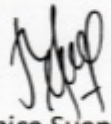
1. Kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta yang telah mendidik, membesarkan dan mendoakanku tanpa henti.
2. Kepada keluarga yang telah memberikan semangat dan motivasi hidup selama ini
3. Bapak Dr. H. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D, selaku Direktur Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.

5. Para dosen penguji yang telah memberikan saran yang bermanfaat bagi penulis untuk perbaikan tesis ini.
6. Seluruh staff dan karyawan akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat.
7. Semua teman-teman Mahasiswa angkatan kelima Prodi MKM-FKM UNMUHA yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak terdapat kekurangan yang disebabkan oleh penulis sendiri. Oleh karena itu kritikan dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan untuk perbaikan tesis ini.

Akhirnya dengan satu harapan semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri dan bagi semua kalangan yang membacanya, *Amin....*

Banda Aceh, Februari 2021



Monica Suanti Anskar

Anskar

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
ABSTRAK.....	iii
LEMBARAN PENGESAHAN TESIS.....	v
PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROGRES.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
1.6 Manfaat Penelitian.....	8
1.6.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.6.2 Manfaat Praktis.....	9
1.7 Originalitas Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Public Stigma.....	12
2.1.1 Pengertian <i>Public Stigma</i>	12
2.1.2 Domain Stigma.....	14
2.1.3 Faktor Yang Berhubungan dengan Stigma.....	15
2.2 Penyakit Tuberculosis Paru.....	21
2.2.1 Pengertian TB Paru.....	21
2.2.2 Etiologi/Penyebab.....	22
2.2.3 Keluhan dan Gejala Penyakit.....	24
2.2.4. Cara Pencegahan.....	26
2.2.5. Cara Pengobatan.....	27
2.2.6 Epidemiologi.....	31
2.3 Kepatuhan Pengobatan.....	33
2.4 Kerangka Teori.....	37
BAB III KERANGKA KONSEP.....	38
3.1 Kerangka Konsep.....	38
3.2 Hipotesis Penelitian.....	38
3.3 Variabel Penelitian.....	39
3.3.1 Variabel Dependen.....	39
3.3.2 Variable Independen.....	40
3.4 Definisi Operasional Variabel.....	40
3.5 Instrumen Pengumpulan Data.....	41

BAB IV METODE PENELITIAN.....	43
4.1 Disain Penelitian.....	43
4.2 Lokasi Penelitian.....	43
4.3 Populasi Dan Sampel Penelitian.....	43
4.3.2 Sampel Penelitian.....	44
4.4 Metode Pengumpulan Data.....	44
4.5 Rancangan Pengolahan Data.....	45
4.6 Rancangan Analisa Data.....	46
4.6.1 Valditas.....	47
4.6.2 Reliabilitas.....	49
4.6.3 Rancangan Analisis Univariat.....	49
4.6.4 Rancangan Analisis Bivariat.....	49
4.6.5 Rancangan Analisis Multivariat.....	49
4.7 Etika Penelitian.....	49
BAB V HASIL PENELITIAN.....	51
5.1 Gambaran Umum.....	51
5.1.1 Geografi.....	51
5.1.2 Demografi.....	52
5.2 Hasil Penelitian.....	52
5.2.1 Analisis Univariat.....	52
5.2.2 Analisa Bivariat.....	54
5.2.3 Analisis Multivariat.....	62
BAB VI PEMBAHASAN.....	64
6.1 Hubungan Umur dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru.....	64
6.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru.....	58
6.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan.....	66
6.4 Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru.....	68
6.5 Hubungan Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru.....	70
6.6 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan	71
6.7 Hubungan Dukungan Petugas dengan Kepatuhan Pengobatan	75
6.8 Hubungan Public Stigma dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru.....	79
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	81
7.1 Kesimpulan.....	83
7.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	

ABSTRAK

NAMA : MONICA SUSANTI ANSKAR
NPM : 1807210015
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PEMINATAN : EPIDEMIOLOGI

ANALISIS *PUBLIC STIGMA* TERHADAP KEPATUHAN PENGobatan PASIEN DENGAN TB PARU DI KABUPATEN NAGAN RAYA

(2 Gambar, 13 Tabel, 5 Lampiran, 71 Halaman)

Tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia maupun diberbagai belahan dunia. TB paru merupakan salah satu penyakit infeksi pernafasan menular yang mencetuskan adanya stigma. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *Public Stigma* Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pasien Dengan Tb Paru Di Kabupaten Nagan Raya.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *observasional* analitik dengan menggunakan desain *case control*. Populasi dalam penelitian adalah semua penderita TB Paru yang *tidak* menjalani pengobatan lengkap di wilayah Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya selama tahun 2019 sebanyak 57 orang. Dengan menggunakan perbandingan 1:1 maka sampel penelitian sebanyak 114 orang terdiri 57 kasus dan 57 kontrol. Pengumpulan data dilakukan dari pada bulan September 2020 yang dilakukan di rumah responden. Analisis data menggunakan uji *logistic regersi*.

Hasil penelitian diketahui faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pengobatan TB paru adalah pendidikan dasar (OR= 4,5; p value= 0,041), pekerjaan non formal (OR= 6,4; p value= 0,005), dukungan keluarga kurang mendukung (OR=2,3; p value= 0,026), persepsi terhadap dukungan petugas kurang mendukung (OR=4; p value= 0,0001) dan public stigma tinggi dengan kepatuhan pengobatan TB paru (coef=0,06;; p value= 0,0001)

Hasil analisis multivariat disimpulkan kecenderungan tidak patuh menjalani pengobatan TB paru pada variabel public stigma 4 lebih dominan dibandingkan variabel lainnya. Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya agar dapat meningkatkan peran petugas kesehatan dalam konseling dan edukasi kepada penderita TB Paru dan keluarga tentang penyakit yang diderita dan dampak pengobatannya. Adanya peran keluarga dalam pengawasan minum obat penderita TB Paru, dan meningkatkan pendekatan komunikasi dan edukasi intrapersonal dengan penderita TB Paru yang berkaitan dengan permasalahan public stigma

Kata Kunci : public stigma, kepatuhan pengobatan, TB
Daftar Kepustakaan : 84 (1996-2020).

ABSTRACT

PUBLIC STIGMA ANALYSIS ON COMPLIANCE WITH PATIENTS TREATMENT WITH LUNG TB IN NAGAN RAYA DISTRICT

Pulmonary tuberculosis is an infectious disease that is still a public health problem in Indonesia and in various parts of the world. Pulmonary tuberculosis is a contagious respiratory infection that triggers stigma. This study aims to analyze the Public Stigma of Adherence to Treatment of Patients with Pulmonary Tuberculosis in Nagan Raya Regency.

This research is an analytic observational study using a case control design. The population in the study were all pulmonary TB patients who did not undergo complete treatment in the Puskesmas area in Nagan Raya Regency during 2019 as many as 57 people. By using a ratio of 1: 1, the study sample was 114 people consisting of 57 cases and 57 controls. Data collection was carried out from September 2020 which was carried out at the respondent's house. Data analysis using logistic regression test.

The results showed that the factors associated with pulmonary TB treatment adherence were basic education (OR = 4.5; p value = 0.041), non-formal employment (OR = 6.4; p value = 0.005), family support is less supportive (OR=2,3; p value= 0,026), staff support is less supportive (OR=4; p value= 0,0001) and high public stigma with adherence to pulmonary TB treatment (coef = 0,06; p value = 0.0001)

The results of the multivariate analysis concluded that the tendency to not adhere to pulmonary TB treatment in the public stigma 4 variable was more dominant than other variables. Nagan Raya District Health Office in order to increase the role of health workers in counseling and education to patients with pulmonary tuberculosis and their families about the diseases they suffer and the impact of their treatment. The role of the family in the supervision of taking medication for pulmonary tuberculosis patients, and improving the approach to communication and intrapersonal education with patients with pulmonary tuberculosis related to public stigma problems.

Keywords: public stigma, treatment adherence, TB

Bibliography: 84 (1996-2020).

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit udara yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang biasanya mempengaruhi paru-paru dan menyebabkan batuk yang parah, demam, serta nyeri dada. Meskipun penelitian dalam empat tahun terakhir ini telah memberikan wawasan yang berharga tentang transmisi TB, diagnosis, dan pengobatan, namun masih banyak yang harus ditemukan untuk secara efektif mengurangi kejadian dan memberantas TB. Penyakit ini masih membebani kesehatan masyarakat, yang kedua setelah HIV/AIDS dalam menyebabkan tingkat kematian yang tinggi (Fogel, 2015).

TB pada tahun 2017 menyebabkan sekitar 1,3 juta kematian (berkisar 1,2 - 1,4 juta) 2 di antara penderita HIV-negatif dan ada 300.000 kematian tambahan dari penderita TB (berkisar 266.000 - 335.000 jiwa) di antara orang HIV-positif. Secara global, perkiraan jumlah kasus TB mencapai 10,0 juta orang (berkisar 9,0-11,1 juta) yang terjadi pada 5,8 juta pria, 3,2 juta wanita dan 1,0 juta anak-anak tetapi secara keseluruhan 90% adalah orang dewasa (berusia ≥ 15 tahun). Kasus TB terjadi pada 9% orang yang hidup dengan HIV (72% di Afrika) dan dua pertiganya berada di delapan Negara yaitu India (27%), Cina (9%), Indonesia (8%), Filipina (6%), Pakistan (5%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) dan Afrika Selatan (3%) (WHO, 2018).

Epidemic TB yang terjadi pada beberapa Negara menjadi perhatian *World Health Organization* (WHO) di Era *The Sustainable Development Goals* (SDG), WHO telah mengembangkan program *End TB Strategy* 2016-2035, dengan tujuan untuk

mengakhiri epidemi *tuberculosis* (TB) global pada tahun 2035. Untuk mencapai target dilakukan strategi penguatan diagnosis TB, termasuk peningkatan deteksi kasus, pembentukan tes kerentanan obat universal dan inisiasi pengobatan cepat (Dean *et al.*, 2017).

Jumlah pasien TB Paru di Indonesia saat ini merupakan peringkat empat terbanyak di dunia setelah China, India, dan Afrika Selatan. Prevalensi TB Paru di Indonesia pada 2015 adalah 330.729 jiwa penduduk dengan kasus baru setiap tahun mencapai 460.000 kasus. Total kasus TB Paru hingga tahun 2017 terus meningkat sekitar 420.994 kasus (data per 17 Mei 2018). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus TB tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan perempuan. Bahkan berdasarkan survey prevalensi tuberculosis prevalensi pada laki-laki 3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan (Kemenkes, 2018)

Pada tahun 2017 ditemukan jumlah kasus tuberculosis di Aceh sebanyak 7.342 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberculosis yang ditemukan pada tahun 2016 yang sebesar 5.072 kasus. Menurut jenis kelamin, jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan yaitu 1,8 kali dibandingkan pada perempuan. Angka notifikasi semua kasus tuberculosis pada tahun 2017 sebesar 141, meningkat dibandingkan dengan tahun 2016 sebesar 100 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan terjadi di Kota Banda Aceh (304), Subulussalam (259), Kabupaten Simeulue (221), Gayo Lues (216), Aceh Utara (213), Aceh Besar (93), Aceh Tenggara (77), Aceh Tengah (67) dan Kabupaten Bener Meriah (41) (Dinkes, 2017).

Berdasarkan data TB Provinsi Aceh tahun 2019 diketahui jumlah kasus TB paru yang diobati dan terdaftar adalah 5, 948 kasus dengan kategori sembuh 1,737 orang, pengobatan lengkap 3,394 orang, gagal 10 orang, meninggal 91 orang, putus berobat 313 orang, pindah 401 orang (Aceh, 2020).

Pada tahun 2019 jumlah penderita TB paru di Kabupaten Nagan Raya adalah 288 orang dengan kriteria hasil akhir pengobatan adalah sembuh 95 orang (33,3%), pengobatan lengkap 121 orang (42%), meninggal 5 (1,7%) orang, putus berobat (drop out) 57 orang (19,8 %) dan gagal 10 orang (3,5%) orang. Sedangkan pada tahun 2020 sampai dengan bulan Juni terdapat 65 pasien TB (Dinkes NaganRaya, 2020).

Penyakit *tuberculosis* paru merupakan salah satu penyakit yang mengakibatkan terjadinya stigma didalam masyarakat. Pengobatan TB dapat disembuhkan dengan jangka waktu pengobatan yang relatif lama yaitu 2 sampai 8 bulan dengan obat. Penderita dengan tuberculosis mengalami stigma diri seperti tekanan batin dan stigma dari masyarakat dimana orang lain beranggapan tuberculosis adalah penyakit yang memalukan sehingga pasien diisolasi, dikucilkan atau menerima sikap negatif dari lingkungannya karena stigma dicap penyakit yang menular ke orang lain. Kondisi stigma TB yang terjadi di masyarakat dapat meningkatkan keterlambatan diagnosis TB, keterlambatan mencari perawatan kesehatan, ketidakpatuhan pengobatan TB serta menghambat program pemerintah eliminasi TB (Touso *et al.*, 2014).

Permasalahan yang dihadapi oleh pemerintah dan petugas kesehatan dalam program eliminasi TB salah satunya adalah stigma negative terhadap penderita TB Paru. Hal ini dikarenakan adanya ketakutan masyarakat terhadap penyakit TB Paru yang merupakan salah satu penyakit infeksi pernafasan yang menular. Stigma yang dialami oleh pasien TB tidak hanya berasal dari keluarga dan masyarakat, tetapi juga dapat dari diri pasien sendiri. Stigma diri akan muncul karena adanya stigma sosial yang didapat oleh pasien TB dari lingkungannya. Stigma terkait tuberkulosis (TB) merupakan determinan sosial yang penting bagi kesehatan. Penelitian umumnya menyoroti bagaimana stigma dapat berdampak besar pada individu dan masyarakat, termasuk keterlambatan dalam mencari perawatan kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan (Craig *et al.*, 2017).

Pernyataan diatas sejalan dengan penelitian terkait dengan stigma terhadap pasien TB Paru dilakukan oleh S. Yan *et al.* (2018) yang berjudul *Nonadherence to Antituberculosis Medications: The Impact of Stigma and Depressive Symptoms*, penelitian ini sebuah survei yang dilakukan pada 1.342 pasien TB direkrut dari apotik TB di tiga kabupaten di provinsi Hubei menggunakan metode multistage sampling. Para pasien menyelesaikan kuesioner terstruktur yang membahas kepatuhan pengobatan, stigma terkait TB, dan gejala depresi. Efek independen dari stigma dan gejala depresi pada kepatuhan ditentukan melalui analisis regresi logistik multinomial. Dampak stigma dan gejala depresi pada perilaku pengobatan telah dipelajari pada pasien dengan penyakit kronis atau infeksi, tetapi jarang pada pasien dengan TB sehingga penelitian ini adalah yang pertama melaporkan masalah

pada pasien TB di Cina. Penelitian ini memberikan alasan yang valid untuk meningkatkan strategi intervensi sosial dan psikologis untuk pengendalian TB di Cina. Kesimpulan penelitian menyatakan ketidakpatuhan pengobatan sering terjadi di antara pasien TB di Cina, dan dampak stigma dan gejala depresi pada ketidakpatuhan adalah signifikan. Intervensi sosial dan psikologis yang memerangi stigmatisasi dan gejala depresi pada pasien TB harus diadopsi dan dioptimalkan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan.

Penelitian lainnya terkait dengan stigma terhadap pasien TB paru dilakukan oleh Xu *et al.* (2017), yang berjudul *Survey on Tuberculosis Patients in Rural Areas in China: Tracing the Role of Stigma in Psychological Distress*. Penelitian ini bertujuan untuk menilai tekanan psikologis di antara pasien TB yang tinggal di daerah pedesaan di Cina dan untuk lebih mengeksplorasi hubungan stigma yang berpengalaman dengan distress. Dalam penelitian tersebut mengungkapkan bahwa 65,2% (223/342) dari peserta dikategorikan memiliki tekanan psikologis. Kuesioner stigma dan K10 terbukti dapat diandalkan dan valid dalam pengukuran. Analisis lebih lanjut menemukan bahwa stigma yang dialami dan keparahan penyakit merupakan variabel yang signifikan terhadap tekanan psikologis dalam model regresi logistik. Menurunkan faktor penyebab stigma dari masyarakat menjadi strategi yang paling baik dalam mengurangi ketidakpatuhan pengobatan bagi pasien dan pengendalian TB dalam manajemen kesehatan masyarakat.

Stigma merupakan suatu pandangan negatif yang dimiliki oleh seseorang terhadap orang lain atau pemberian label terhadap individu lain (Sari, 2018). Stigma

dapat berasal dari diri sendiri ataupun dari lingkungan/sosial. Stigma sosial yang sering terjadi adalah dengan mengucilkan penderita dari kelompok, dan mendiskriminasi penderita dalam kegiatan sosial yang dilakukan. Stigma yang menyangkut dengan penyakit menular selalu berdampak negatif terhadap usaha pencegahan, prosedur pelayanan, dan kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan pada penyakit tersebut (Kurspahić-Mujčić *et al.*, 2013).

Penelitian AM Kipp *et al.* (2011) menyebutkan stigma memiliki efek minimal pada populasi ini dengan kepatuhan yang baik. Namun, di antara perempuan dan pasien TB yang koinfeksi dengan HIV, stigma yang dialami dan dirasakan, bukan stigma yang dirasakan, meningkatkan tingkat dosis yang terlewat. Penelitian . sebuah penelitian di Cina menyebutkan bahwa stigma dan gejala depresi berkaitan dengan perilaku pengobatan pada pasien TB (Shijiao Yan *et al.*, 2018)

Merujuk dari uraian di atas, maka peneliti berasumsi bahwa stigma yang terkait dengan *tuberculosis* (TB) telah menjadi objek yang menarik di beberapa wilayah di dunia. Perilaku yang disajikan oleh pasien sebagai akibat dari diskriminasi sosial telah menyebabkan keterlambatan diagnosis dan meninggalkan pengobatan, yang menyebabkan peningkatan kasus TB dan resistansi obat. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk menganalisa *public* stigma terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya.

1.2 Rumusan Masalah

Tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia maupun diberbagai belahan dunia. TB paru

merupakan salah satu penyakit infeksi pernafasan menular yang mencetuskan adanya stigma. Stigma sosial terhadap pasien TB Paru dapat berupa label/cap, prasangka, stereotip, diskriminasi dan pengucilan oleh masyarakat. Kondisi ini akan memberikan dampak terhadap pasien TB Paru, sehingga mereka merasa malu dan tidak mau melakukan kontak sosial. Hal ini akan menghambat program dan kepatuhan pengobatan dimana pasien TB Paru dengan stigmatisasi akan berusaha menyembunyikan penyakitnya dari orang lain. Oleh sebab itu yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimanakah hubungan *public stigma* terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah hubungan *public stigma* terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis hubungan *public stigma* dengan kepatuhan pengobatan pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan sosiodemografi meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya.

2. Mengetahui hubungan dukungan sosial meliputi dukungan keluarga dan persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya
3. Mengetahui hubungan *public stigma* ditinjau dengan kepatuhan pengobatan pasien dengan TB Paru di Kabupaten Nagan Raya.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kesehatan masyarakat yang difokuskan pada kejadian kepatuhan pengobatan pasien dengan *tuberculosis* di Kabupaten Nagan Raya terhadap domain *public stigma*.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberikan hasil berupa pengaruh *public stigma* terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan TB Paru, sehingga dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini difokuskan pada *public stigma* terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan *tuberculosis*. Secara teoritis, penelitian ini ingin membuktikan pengaruh jarak sosial, prasangka tradisional, sentimen eksklusif, sikap negatif, kelanjutan pengobatan, pengungkapan dan persepsi bahaya terhadap kepatuhan pengobatan pasien *tuberculosis* di Kabupaten Nagan Raya, sehingga hasil penelitian ini nantinya dapat dijadikan bahan kajian ilmiah dan referensi bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang ada di Kabupaten Nagan Raya dalam mengembangkan program penanggulangan TB paru.

1.6.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini secara praktis bermanfaat bagi pihak puskesmas dan Dinas Kesehatan di Kabupaten Nagan Raya agar lebih memperhatikan program penanggulangan *tuberculosis* paru melalui mengurangi pengaruh *public stigma* pada pasien *tuberculosis* dan menurunkan kematian akibat penyakit tuberculosis paru.

1.7 Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 Originalitas Penelitian

No	Peneliti/ tahun	Judul	Hasil	Perbedaan
1	Abioye <i>et al.</i> (2011)	Socio-demographic determinants of stigma among patients with pulmonary tuberculosis in Lagos, Nigeria	18% responden mengalami pengalaman stigma sebelumnya. Pengalaman stigma yang dialami berkaitan dengan usia, status sosial ekonomi rendah, tingkat pendidikan di bawah tingkat menengah, pengungkapan status, riwayat penurunan berat badan, riwayat merokok dan alkohol sebelumnya. Juga, pasien yang tidak dapat bekerja pada hari-hari klinik lebih cenderung mengalami stigma	Perbedaannya pada penelitian ini peneliti ingin melihat apakah stigma yang dialami oleh pasien TB paru berhubungan dengan kepatuhan pengobatan.
2	Dhingra & Khan (2010)	A sociological study on stigma among tb patients in delhi	Ada stigma yang sangat besar yang diamati di tingkat masyarakat dengan 60% pasien menyembunyikan penyakit mereka ($p < 0,05$) dari teman dan tetangga. Stigma diamati lebih banyak di antara kelas menengah dan atas jika dibandingkan dengan yang lebih rendah kelas menengah dan kelas bawah ($p < 0,05$). Berdasarkan gender diamati bahwa stigma lebih banyak di antara perempuan ($p < 0,05$) dari pada laki-laki	Pada penelitian ini menganalisis dimensi dari stigma dan menghubungkan stigma dengan kepatuhan berobat

No	Peneliti/ tahun	Judul	Hasil	Perbedaan
3	Aaron M Kipp <i>et al.</i> (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	Tingkat pendidikan yang rendah, keyakinan bahwa TB meningkatkan kemungkinan terkena AIDS, dan stigma AIDS dikaitkan dengan skor stigma TB yang lebih tinggi	Pada penelitian yang akan dilakukan akan meneliti tentang pengaruh stigma terhadap kepatuhan pengobatan. Analisis juga dilakukan terhadap 7 dimensi stigma
4	Jittimanee <i>et al.</i> (2009)	Social Stigma and Knowledge of Tuberculosis and HIV among Patients with Both Diseases in Thailand	Dari 769 pasien yang terdaftar, 500 (65%) melaporkan stigma TB tinggi, 177 (23%) pengetahuan TB rendah, dan 379 (49%) pengetahuan HIV rendah.	Pada penelitian yang akan dilakukan akan meneliti tentang pengaruh stigma terhadap kepatuhan pengobatan. Analisis juga dilakukan terhadap 7 dimensi stigma

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Public Stigma

2.1.1 Pengertian *Public Stigma*

Stigma (pelabelan negatif) adalah suatu proses dinamis yang terbangun dari suatu persepsi yang telah ada sebelumnya yang menimbulkan suatu pelanggaran terhadap sikap, kepercayaan dan nilai. Stigma ini dapat mendorong seseorang untuk mempunyai prasangka pemikiran, perilaku, dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, para teman, dan keluarga-keluarga (Drever dalam Hermawati, 2011). Stigma adalah proses sosial yang ada ketika elemen pelabelan, stereotip, pemisahan, kehilangan status, dan diskriminasi terjadi dalam situasi kekuasaan yang memungkinkan mereka (Link & Phelan, 2006)

Genberg *et al.* (2009) mengartikan diskriminasi sebagai aksi-aksi spesifik yang didasarkan pada berbagai stereotip negatif ini yakni aksi-aksi yang dimaksudkan untuk mendiskredit dan merugikan orang. Pengertian lain tentang diskriminasi dikemukakan oleh Busza (1999) bahwa diskriminasi adalah perbuatan atau perlakuan berdasarkan stigma dan ditujukan kepada pihak yang terstigmatisasi (Busza, 1999 dalam Shaluhiah *et al.*, 2015). Stigma menyebabkan terjadinya isolasi sosial dan marginalisasi yang dapat menyebabkan dampak mendalam pada individu dan keluarganya. Ada minat yang semakin besar terhadap dampak sosial TB (Juniarti & Evans, 2011).

Stigma publik adalah reaksi yang diberikan oleh masyarakat terhadap orang-orang yang menderita penyakit atau gangguan di masyarakat. Stigma publik dan stigma diri dapat dipahami dalam tiga komponen: *stereotip*, prasangka, dan diskriminasi. Stigma mengacu pada sikap dan kepercayaan yang membuat orang menolak, menghindari, atau takut pada orang yang mereka anggap berbeda. Stigma adalah kata Yunani yang dalam asal-usulnya disebut semacam tanda yang dipotong atau dibakar ke dalam kulit. Ini mengidentifikasi orang sebagai penjahat, budak, atau pengkhianat yang harus dijahai. Psikolog sosial memandang stereotip sebagai struktur pengetahuan sosial yang efisien dan dipelajari oleh sebagian besar anggota kelompok sosial. *Stereotip* dianggap "sosial" karena mereka mewakili gagasan kelompok orang yang disetujui bersama. Mereka "efisien" karena orang dapat dengan cepat menghasilkan kesan dan harapan individu yang termasuk dalam kelompok *stereotip* (Craig *et al.*, 2018)

Stigma tuberkulosis (TB) dianggap konsep yang kabur, karena tidak mudah dinilai. Namun para peneliti mencoba untuk meninjau pendekatan metodologis untuk menilai stigma TB. Studi yang dipublikasikan dan menyajikan fitur utama dari penilaian kualitatif dan kuantitatif stigma TB, yang telah dilakukan dalam satu proyek khusus di Nikaragua. Secara keseluruhan, peneliti menggambarkan berbagai stigma TB dalam hal domain, konsekuensi, penentu dan metode yang digunakan. Namun hasil tinjauan menunjukkan relative rendah pengalaman penilaian terhadap stigma TB, terutama dalam melihat konsekuensi pasien TB, penggunaan metode kuantitatif dan skala. Diperlukan studi penilaian tambahan dalam konteks yang

beragam sehingga stigma akan dianggap sebagai prioritas dalam organisasi perawatan untuk orang yang terkena TBC (Macq *et al.*, 2006).

2.1.2 Domain Stigma

Pescosolido dan Martin (2015) mengidentifikasi tujuh domain *public stigmat* yaitu : jarak sosial, prasangka tradisional, sentimen eksklusif, sikap negatif, kelanjutan pengobatan, pengungkapan dan persepsi bahaya. Ketujuh domain ini mungkin terdengar abstrak tetapi ketika dijelaskan dalam hal pasien *Tuberculosis* mereka menjadi dikenali sebagai bagian stigmatisasi yang dipahami secara umum. Berikut penjelasan tujuh domain public stigma (Craig *et al.*, 2018) :

a. Jarak Sosial

Jarak sosial menggambarkan jarak antar kelompok didalam masyarakat. Pada kasus seseorang dengan TB maka kelompok atau masyarakat sekitar akan mencoba menghindari pasien yang mengalami tuberculosis. Kondisi jarak sosial terhadap pasien TB didasarkan pada rasa cemas dan takut yang membuat suatu kelompok atau masyarakat menjaga jarak tertentu dari pasien dan menghasilkan stigma dan prasangka, sehingga memengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan (Rodrigues *et al.*, 2016).

b. Prasangka Tradisional

Prasangka tradisional adalah ketika sekelompok orang atau masyarakat menimbulkan prasangka terhadap orang dengan tuberculosis dan meyakinkan orang lain bahwa semua orang dengan *tuberculosis* tidak berharga (Liliweri, 2005).

- c. Sentimen Eksklusif mengacu pada keinginan seseorang atau kelompok untuk memisahkan diri dengan seseorang yang terkena *tuberculosis* paru serta menyangkal hak-hak mereka.
- d. Sikap negatif mengacu pada reaksi emosional seperti jijik atau kebencian terhadap seseorang dengan *tuberculosis* paru.
- e. Kelanjutan Pengobatan adalah kondisi ketika seseorang takut bila orang lain mengetahui bahwa pada masa lalu pernah punya riwayat dirawat atau menjalani pengobatan *tuberculosis* paru. Hak ini merupakan kebutuhan perasaan yang perlu dijaga kerahasiaannya sampai seseorang yang mengalami *tuberculosis* pulih dari penyakitnya.
- f. Pengungkapan adalah kondisi seseorang yang terkena *tuberculosis* paru takut akan reaksi ungkapan yang akan mereka dapatkan jika orang lain atau kelompok mengetahui seseorang menderita TB.
- g. Persepsi Bahaya adalah ide atau gagasan yang timbul dalam masyarakat bahwa seseorang dengan *tuberculosis* bagaimanapun juga merupakan risiko bagi kehidupan masyarakat.

2.1.3 Faktor Yang Berhubungan dengan Stigma

1. Sosio Demografi

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Andrewin tahun 2007 yang dilakukan kepada dokter dan perawat menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan stigma. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang berjenis kelamin perempuan cenderung mempunyai stigma yang

tinggi dengan menunjukkan sikap menyalahkan atau menghakimi daripada petugas kesehatan yang berjenis kelamin laki-laki.

Hasil penelitian Rahmansyah (2012) dalam Sarwan & Melina (2020) menyatakan mengenai kepatuhan berobat penderita Tuberkulosis paru dikatakan bahwa umur produktif lebih tidak patuh berobat dibandingkan dengan penderita Tuberkulosis paru usia tidak produktif, hal ini disebabkan usia produktif ini mempunyai tingkat mobilitas yang tinggi, karena pada usia ini adalah usia sekolah dan usia pekerja produktif sehingga lebih mementingkan atau mengutamakan aktivitasnya dari pada penyakit yang dideritanya dengan tidak patuhnya berobat pada usia produktif ini merupakan resiko terjadinya DO pada penderita Tuberkulosis paru.

Tingkat pendidikan formal merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan formal yang dimiliki juga memungkinkan perbedaan pengetahuan dan pengambilan keputusan (Muljono *et al.*, 2018).

2. Sosial Ekonomi

Menurut Soekanto (2000), sosial ekonomi adalah posisi seseorang dalam masyarakat berkaitan dengan orang lain dalam arti lingkungan pergaulan, prestasinya dan hak-hak serta kewajibannya dalam hubungannya dengan sumber daya. Menurut Abdulsyani sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok manusia yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendapatan, tingkat pendidikan, jenis rumah tinggal dan jabatan dalam organisasi.

Ada banyak faktor sosial ekonomi yang secara langsung mempengaruhi pengobatan TB ketaatan. Menurut bukti WHO untuk tindakan, faktor, seperti kekurangan jaringan dukungan sosial, budaya, kepercayaan dan pengobatan, etnis, gender dan usia, dan tingginya biaya transportasi secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kepatuhan (Dick, 2003)

Stigma kerap kali melekat pada masalah-masalah kesehatan, termasuk tuberkulosis. Alasan mengapa bisa muncul stigma pada TB diantaranya, penularannya, pengetahuan yang kurang tepat akan penyebabnya, perawatannya atau berhubungan dengan kelompok-kelompok marjinal seperti kemiskinan, ras minoritas, pekerja seks, tahanan penjara, dan orang yang terinfeksi (Aaron M Kipp *et al.*, 2011).

Santrock (2007) status sosial ekonomi sebagai pengelompokkan orang-orang berdasarkan kesamaan karakteristik pekerjaan dan pendidikan ekonomi. Status sosial ekonomi menunjukkan ketidaksetaraan tertentu. Secara umum anggota masyarakat memiliki:

1. Pekerjaan yang bervariasi prestisenya, dan beberapa individu memiliki akses yang lebih besar terhadap pekerjaan berstatus lebih tinggi dibanding orang lain
2. Tingkat pendidikan yang berbeda, ada beberapa individu memiliki akses yang lebih besar terhadap pendidikan yang lebih baik dibanding orang lain
3. Sumber daya ekonomi yang berbeda

4. Tingkat kekuasaan untuk mempengaruhi institusi masyarakat. Perbedaan dalam kemampuan mengontrol sumber daya dan berpartisipasi dalam ganjaran masyarakat menghasilkan kesempatan yang tidak setara.

Ada beberapa faktor yang dapat menentukan tinggi rendahnya sosial ekonomi orang tua di masyarakat, diantaranya tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat pendapatan, kondisi lingkungan tempat tinggal, pemilikan kekayaan, dan partisipasi dalam aktivitas kelompok dari komunitasnya. Dalam hal ini uraiannya dibatasi hanya 4 faktor yang menentukan yaitu tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan besar keluarga (Santrock, 2007).

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik matang pada individu, kelompok atau masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya. Untuk mencapai nilai-nilai hidup merupakan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih tahu dan sebagainya) dalam mencapai tujuan tersebut seseorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar (Retnowati, 2017).

Menurut penelitian Rokhmah (2013), penderita TBC yang memiliki pekerjaan dapat lebih patuh terhadap pengobatan karena mereka mempunyai lebih banyak waktu luang sehingga dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan maksimal. Hal ini juga bisa terjadi bagi mereka responden Ibu Rumah Tangga, responden yang tidak bekerja atau responden yang memiliki pekerjaan

3. Dukungan Sosial

Keluarga sangat berperan dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien, dukungan sosial terkelompok menjadi 4 fungsi yaitu struktural, fungsional, emosional dan campuran. Hal ini memberikan dampak positif terkait dukungan keluarga yang memberikan support untuk keluarganya yang menderita penyakit TB Paru (Herawati *et al.*, 2020).

Beberapa pasien tuberkulosis sering melaporkan adanya diskriminasi dari orang lain. Pengalaman ini disebabkan karena orang-orang merasa takut tertular penyakit tersebut. Orang tua menilai apakah orang lain akan menghindari terhadap anaknya atau mungkin beberapa orang tua akan melarang anaknya bermain dengan anak mereka.

Somma *et al.* (2008) menunjukkan bahwa responden dengan stigma tinggi merefleksikan bahwa penyingkapan status penyakit akan menimbulkan masalah. Penyingkapan status penyakit memang menjadi masalah bagi pasien-pasien tuberkulosis. Diketuinya penyakit oleh orang lain merupakan masalah. Pandangan negatif yang muncul dimasyarakat mengenai penyakit Tuberkulosis dapat menimbulkan diskriminasi terhadap pasien tuberkulosis. Orang akan melarang anaknya bermain dengan anak yang sakit tuberkulosis. Dengan demikian orang tua penderita akan menyembunyikan status penyakit anaknya karena ditakutkan anaknya minder. Dampak yang lebih dikhawatirkan adalah orang tua tidak membawa anaknya pergi berobat karena takut orang lain mengetahui penyakit anaknya.

Dukungan terhadap orang tua dan anaknya tidak boleh disepelekan. Menurut Courtwright & Turner (2010) pendekatan yang paling tepat dalam upaya

untuk mengurangi stigma adalah dari individu itu sendiri agar mampu menahan stigma dari luar dan berusaha memahamkan orang lain tentang penyakit TB itu sendiri. Dukungan yang positif akan membantu orang tua agar mampu memberikan pemahaman yang benar kepada orang lain mengenai penyakit tuberkulosis. Dukungan positif pun akan menumbuhkan konsep diri positif orang tua dan anaknya agar mampu menangkal stigma yang muncul dari masyarakat.

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas terhadap penderita tidak mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru. Hal ini disebabkan karena petugas kesehatan memberikan perhatian khusus serta memberikan informasi yang jelas sehingga dapat menyebabkan baiknya hubungan dengan setiap penderita TB paru yang datang ke Puskesmas (Kementerian Kesehatan, 2009). Gambaran kesalahan pasien mengapa tidak datang berobat dikarenakan aspek kesalahan petugas kesehatan (dokter/perawat) yang gagal meyakinkan pasien untuk berobat secara teratur sampai tuntas. Jika diruntut lebih jauh, aspek kualitas petugas kesehatan baik perawat maupun dokter berkaitan erat dengan kepatuhan penderita untuk datang berobat (Yoga, 2000).

2.2 Penyakit Tuberculosis Paru

2.2.1 Pengertian TB Paru

TB Paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru, disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe (Somantri, 2009). Penyakit TB Paru adalah penyakit radang parenkim paru karena infeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis paru termasuk suatu pneumonia, yaitu

pneumonia yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis paru mencakup 80% dari keseluruhan kejadian penyakit tuberkulosis, sedangkan 20% selebihnya merupakan *tuberculosis ekstrapulmonar* (Djojodibroto, 2009).

Penyakit TB Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang masih merupakan keluarga besar genus *Mycobacterium*. Diantara lebih dari anggota keluarga *Mycobakterium* yang diperkirakan lebih dari 30 buah, hanya 3 yang dikenal bermasalah dengan kesehatan masyarakat yaitu *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium leprae* adalah penyebab penyakit kusta yang sudah ratusan tahun dan *Mycobacterium bovis* dikenal karena sering berada pada susu sapi yang tidak dimasak dengan baik (Achmadi, 2013).

Menurut Widoyono (2011) TB Paru diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

1. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis Paru yaitu tuberkulosis yang menyerang jaringan paru tidak termasuk pleura. Pemeriksaan mikroskopis TB paru dapat dibagi, yaitu:

a) TB Paru BTA Positif yaitu

Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan BTA positif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan kelainan radiologi menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif

b) TB Paru BTA Negatif

Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinis dan kelainan radiologi menunjukkan tuberkulosis aktif. Hasil pemeriksaan dahak 3

kali menunjukkan BTA negatif dan biakan menunjukkan tuberkulosis positif.

2. Tuberkulosis ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru (misalnya selaput otak, kelenjar limfe, pleura, pericardium, persendian, tulang, kulit, usus, saluran kemih, ginjal, alat kelamin dll). Berdasarkan tingkat keparahannya, TB ekstra paru ini dibagi menjadi TB ekstra paru berat (*severe*) dan TB ekstra paru ringan (*not/less severe*). Contohnya adalah tuberkulosis milier dimana patogen ke seluruh paru-paru dan memberikan gambaran bintik-bintik kecil seperti mutiara.

2.2.2 Etiologi/Penyebab

Penyakit Tuberculosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri atau kuman ini berbentuk batang, dengan ukuran panjang 1-4 μm dan tebal 0,3-0,6 μm . Sebagian kuman berupa lemak/lipid, sehingga kuman tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap kimia atau fisik. Sifat lain dari kuman ini adalah *aerob* yang menyukai daerah dengan banyak oksigen, dan daerah yang memiliki kandungan oksigen tinggi yaitu apical/apiks paru. Daerah ini menjadi predileksi pada penyakit tuberculosis (Somantri, 2009)

Penyakit tuberculosis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien TB Paru batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas. Bila penderita batuk, bersin, atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain, basil tuberculosis tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat. Masa inkubasinya selama 3-6 bulan (Widoyono, 2011).

Menurut Achmadi (2011) penularan TB Paru dikenal melalui udara, utamanya pada udara tertutup seperti udara dalam rumah yang pengap dan lembab. Kuman TB Paru sangat sensitif terhadap cahaya ultra violet. Cahaya matahari berperan besar dalam membunuh kuman di lingkungan. Oleh sebab itu, ventilasi rumah sangat penting dalam manajemen TB Paru berbasis keluarga atau wilayah.

Sumber penularan adalah penderita TB Paru BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Setiap kali penderita TB Paru batuk maka akan dikeluarkan 3000 droplet yang efektif (memiliki kemampuan menginfeksi). Droplet yang mengandung kuman TB akan bertahan di udara pada suhu kamar selama 1-2 jam tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi dan kelembapan. Dalam suasana lembab dan gelap bakteri dapat bertahan berhari-hari bahkan berbulan-bulan. Orang dapat terinfeksi apabila droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernapasan dan menempel pada jalan nafas atau paru-paru. Kebanyakan partikel ini akan mati atau dibersihkan oleh *makrofag* keluar dari cabang *trachea-bronkhial* bersama gerakan *silia* dengan sekretnya. Namun bila tidak semuanya keluar, bakteri yang tinggal justru menempel dan berkembang biak pada *makrofag* dan akan menginfeksi paru (Djojodibroto, 2009).

2.2.3 Keluhan dan Gejala Penyakit

Tuberkulosis dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinik, pemeriksaan fisik/jasmani, pemeriksaan bakteriologik, radiologik dan pemeriksaan penunjang

lainnya. Gejala klinik tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala lokal dan gejala sistemik, bila organ yang terkena adalah paru maka disebut gejala respiratorik (gejala lokal sesuai organ yang terlibat). Gejala respiratorik ditandai dengan batuk selama 2-3 minggu, batuk darah, sesak napas, nyeri dada. Sedangkan gejala sistemik ditandai dengan: demam, malaise, keringat dingin, anoreksia, berat badan menurun (Djojodibroto, 2009)

Gambaran klinis Tuberkulosis mungkin belum muncul pada infeksi awal dan mungkin tidak akan pernah timbul bila tidak terjadi infeksi aktif. Bila timbul infeksi aktif klien biasanya memperlihatkan gejala: batuk purulen produktif disertai nyeri dada, demam (biasanya pagi hari), malaise, keringat malam, gejala flu, batuk darah, kelelahan, hilang nafsu makan dan penurunan berat badan (Soemantri, 2009).

Menurut Achmadi (2013). Gejala klinik Tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

1. Gejala respiratorik

- 1) Batuk $\geq$ 3 minggu

Batuk akan timbul ketika penyakit telah mengenai bronkus, dan batuk mula-mula disebabkan karena iritasi bronkus, selanjutnya akibat terjadi peradangan pada bronkus sehingga terjadi batuk yang produktif, batuk ini dapat terjadi 2-3 minggu.

- 2) Batuk darah

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah, berat ringannya batuk darah yang timbul tergantung pada besar kecilnya pembuluh darah

yang pecah. Batuk darah dapat juga terjadi pada tuberkulosis yang sudah sembuh, hal ini disebabkan oleh robekan jaringan paru. Pada keadaan ini dahak sering tidak mengandung basil tahan asam (negatif).

3) Sesak napas

Gejala ini ditemukan pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang cukup luas, pada awal penyakit gejala ini tidak pernah didapat

4) Nyeri dada

Gejala ini biasanya ditemukan pada penderita yang mempunyai keluhan batuk kering (non produktif) dan nyeri ini akan bertambah bila penderita batuk, gejala ini timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.

2. Gejala sistemik

1) Demam

Demam merupakan gejala pertama dari TB Paru, biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat mirip demam influenza yang hilang timbul dan makin lama makin panjang masa serangannya, demam dapat mencapai suhu tinggi yaitu 40°-41°C

2) Rasa kurang enak badan (malaise),

TB Paru bersifat radang menahun sehingga dapat terjadi rasa tidak enak badan, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan semakin kurus, sakit kepala, mudah lelah dan pada wanita kadang-kadang dapat terjadi gangguan siklus haid

3) Keringat malam, nafsu makan menurun (anoreksia),

4) Berat badan menurun

2.2.4. Cara Pencegahan

Menurut Yoga (2013) cara pencegahan terhadap penularan pasien TB Paru adalah:

1. Bagi penderita, tutup mulut bila batuk
2. Jangan buang dahak sembarangan, cara membuang dahak yang benar yaitu:
 - 1) Menimbun dahak dengan pasir
 - 2) Tampung dahak dalam kaleng berisi lysol, air sabun, spiritus, dan buang di lubang wc atau lubang tanah
3. Memeriksa anggota keluarga yang lain
4. Makan-makanan bergizi (cukup karbohidrat, protein, dan vitamin)
5. Istirahat yang cukup.
6. Memisahkan alat makan dan minum bekas pasien
7. Memperhatikan keadaan rumah, ventilasi dan pencahayaan yang baik serta hindari rokok
8. Berikan Imunisasi BCG pada bayi

2.2.5. Cara Pengobatan

Prinsip pengobatan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) adalah mendekatkan pelayanan pengobatan dengan penderita agar secara langsung dapat mengawasi keteraturan menelan obat dan melakukan pelacakan bila penderita tidak datang mengambil obat sesuai dengan yang ditetapkan (Yoga, 2013)

Pengobatan TB memerlukan jumlah obat yang cukup banyak (minimal 4 obat/hari pada fase awal dan 2 obat/hari pada fase lanjutan) dan lama pengobatan

yang panjang (minimal 6 bulan). Bila ada penyakit lain maka jumlah obat menjadi lebih banyak lagi dan pada beberapa jenis TB memerlukan masa pengobatan yang lebih panjang. Masalah lain adalah masyarakat sering menghindari kontak dengan penderita TB, mengisolasi, memisahkan peralatan makan, kebersihan, pakaian dan lain-lain. Keadaan tersebut membuat penderita TB merasa malu, rendah diri dan bahkan bisa depresi, sehingga ada kemungkinan pasien tidak mau konsultasi ke petugas kesehatan, malas minum obat, atau menghentikan pengobatan (Kemenkes RI, 2009)

Penderita TB paru BTA positif harus diobati, dan pengobatannya harus adekuat. Pengobatan TB paru memakan waktu minimal 6 bulan. Dalam pemberantasan penyakit TB paru, Negara mempunyai pedoman dalam pengobatan yang disebut program pemberantasan TB paru (*National Tuberculosis Programme*). Prinsip pengobatan TB paru telah menggunakan *multidrug regimen*, hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya resistensi basil TB paru terhadap obat. Obat anti tuberculosis dibagi dalam dua golongan besar yaitu obat lini pertama dan lini kedua (Djojodibroto, 2009).

Yang termasuk obat anti TB lini pertama adalah isoniazid (H), etambutol (E), Streptomisin (S), Pirazinamid (Z), rifampisin®, Tioasetazon (T). sedangkan yang termasuk obat lini kedua adalah etionamide, sikloserin, PAS, Amikasin, Kanamisin, Kapreomisin, Siprofloksasin, Klofazimin, dan rifabutin. Pengobatan TB Paru diberikan dalam 2 tahap, yaitu (Djojodibroto, 2009).

1. Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan dengan semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 (dua) minggu. Sebagian besar penderita TB paru BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif.

2. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan. Panduan OAT disediakan dalam paket kombipak, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu penderita dalam satu masa pengobatan.

Pengobatan berdasarkan kategori pemberian obat ada 4, yaitu (Kementerian Kesehatan, 2009):

1. Kategori 1 (2HRZE/4H3RE)

Tahap intensif terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin, Pirasinamid (Z), dan Etambutol (E). Obat- obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniazid (H) dan Rifampisin, diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita baru TB paru BTA positif, penderita TB paru BTA negative Rontgen positif yang bersifat berat, dan penderita TB Ekstra Paru Berat. Satu paket kombipak berisi 114 blister harian.

2. Kategori 2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan yang terdiri dari 2 bulan dengan Isoniazid (H), Rifampisin, Pirasinamid (Z), Etambutol (E) dan suntikan Streptomisin setiap hari di UKP. Dilanjutkan dengan 1 bulan Isomiazid (H), Rifampisin , Pirasinamid (Z), dan Etambutol (E) setiap hari. Setelah itu, diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan 3 kali seminggu. Perlu diperhatikan bahwa suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai menelan obat. Obat ini diberikan untuk penderita kambuh (*relaps*), penderita gagal (*failure*) dan penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*). Satu paket kombipak berisi 156 blister harian.

3. Kategori 3 (2HRZ/ 4H3RE)

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2 HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita baru BTA (-) dan Rontgen (+) sakit ringan dan penderita ekstra paru ringan, yaitu kelenjar limfe (*limfadenitis*), *pleuritis eksudativa unilateral*, TB kulit, TB tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

Satu paket kombipak berisi 114 blister harian.

4. OAT Sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

2.2.6 Epidemiologi

Penyakit TB paru tersebar di seluruh dunia. Pada awalnya di negara industri penyakit TB paru menunjukkan kecenderungan yang menurun baik mortalitas maupun morbiditasnya selama beberapa tahun, namun di akhir tahun 1980an jumlah kasus yang dilaporkan mencapai grafik mendatar dan kemudian meningkat di daerah dengan populasi yang prevalensi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) tinggi dan di daerah yang penduduknya merupakan pendatang dari daerah dengan prevalensi TB paru yang tinggi (Widoyono, 2011).

1. Menurut Orang

Penyakit ini menyerang semua golongan umur dan jenis kelamin, serta mulai merambah tidak hanya pada golongan social ekonomi rendah saja. Profil kesehatan Indonesia tahun 2002 menggambarkan persentase penderita TB Paru terbesar adalah usia 25-34 tahun (23,67%), diikuti 35-44 tahun (20,46%), 15-24 tahun (18,08%), 45-54 tahun (17,48%), 55-64 tahun (12,32%), lebih dari 65 tahun (6,68%), dan yang terendah adalah 0-14 tahun (1,31%). Gambaran di seluruh dunia menunjukkan bahwa morbiditas dan mortalitas meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, dan pada pasien berusia lanjut di temukan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dari pada wanita. Laporan dari seluruh provinsi di Indonesia pada tahun 2002 menunjukkan bahwa dari 76.230 penderita TB Paru BTA (+) terdapat 43.292 laki-laki (56,79%) dan 32.936 perempuan (43,21%) (Widoyono, 2011).

Penyakit ini sebenarnya menyerang semua golongan umur dan jenis kelamin serta menginfeksi tidak hanya pada golongan ekonomi rendah saja. Sekitar 75% pasien TB Paru adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Berdasarkan hasil survei prevalensi yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan tahun 2013 menunjukkan persentase kejadian TB paru pada laki-laki adalah 60,3% dan pada perempuan adalah 39,7% (Kemenkes dalam Sulastri, 2015).

2. Menurut Tempat

WHO (2009) menyatakan 22 negara dengan beban TB paru tertinggi di dunia 50%-nya berasal dari negara-negara Afrika dan Asia serta Amerika (Brasil). Hampir semua negara ASEAN masuk dalam kategori 22 negara tersebut kecuali Singapura dan Malaysia. Dari seluruh kasus di dunia, India menyumbang 30%, China 15%, dan Indonesia 10% (Widoyono, 2011).

Insiden BTA Positif Sumatera adalah 164 per 100.000 penduduk, Jawa: 107 per 100.000 penduduk, DIY-Bali: 64 per 100.000 penduduk, Kawasan Timur Indonesia (KTI): 210 per 100.000 penduduk. Berdasarkan hasil survei prevalensi TB Paru yang dilaksanakan Departemen Kesehatan RI tahun 2013 terdapat 5 Provinsi dengan TB paru tertinggi yaitu Jawa Barat (0,7%), Papua (0,6%), DKI Jakarta (0,6%), Gorontalo (0,5%) Banten (0,4%) dan Papua Barat (0,4%) (Widoyono, 2011).

3. Menurut Waktu

Banyaknya penderita TB Paru tidak dipengaruhi oleh waktu karena penderita baru akan tetap ada selama penderita lama mempunyai

kemampuan untuk menularkan melalui droplet yang terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis* (Widoyono, 2011).

2.3 Kepatuhan Pengobatan

Kata, "kepatuhan", lebih disukai oleh banyak penyedia layanan kesehatan, seperti "Kepatuhan" menunjukkan bahwa pasien secara pasif mengikuti perintah dokter daripada rencana perawatan didasarkan pada aliansi terapeutik yang ditetapkan di antaranya pasien dan dokter. Istilah, "konkordansi", tidak identik dengan baik "kepatuhan" atau "kepatuhan" (Bell *et al.*, 2007).

Sangat direkomendasikan bahwa perawatan yang berpusat pada pasien menjadi manajemen awal strategi. Strategi ini harus mencakup rencana kepatuhan yang menekankan DOTS, di mana pasien berada di bawah pengamatan langsung selama konsumsi obat anti-TB. Program yang memanfaatkan DOTS sebagai elemen sentral dalam akomprehensif, pendekatan yang berpusat pada pasien memaksimalkan kemungkinan perawatan penyelesaian (Udwadia, 2008).

Seseorang atau anggota masyarakat yang mengalami tuberculosis paru pada umumnya mempunyai perilaku yang berbeda-beda terkait dengan penyakit yang dialaminya. Perilaku tersebut tercermin dalam respon terhadap kepatuhan yang dilakukan apabila mereka diserang penyakit dan merasakan sakit mulai dari tidak bertindak atau hingga tidak melakukan apa-apa. Berikut adalah perilaku masyarakat atau pasien tuberculosis paru dalam mencari pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakit yang dialaminya (Chandrika, 2019) :

- a. Tidak Melakukan Tindakan Apa-Apa (No Action)

Sikap tersebut terjadi dengan alasan antara lain karena penyakit yang dialami oleh seseorang dirasakan tidak mengganggu kegiatan atau aktifitas sehari-hari dimana dengan tidak bertindak atau melakukan pengobatan maka gejala yang dideritanya bisa sembuh sendiri, fasilitas kesehatan yang tersedia berjarak sangat jauh, petugas kesehatan menunjukkan sikap tidak ramah, simpatik dan empati, alasan takut dengan dokter dan ke rumah sakit, alasan biaya pengobatan mahal dan sebagainya.

b. Tindakan Mengobati Sendiri (*Self Treatment*)

Alasan orang atau masyarakat percaya kepada diri sendiri dan karena pengalaman masa lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

c. Mencari Pengobatan ke Fasilitas Pengobatan Tradisional (*Tradisional Remedy*)

Masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas disbanding dengan pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana masalah sehat sakit adalah lebih bersifat budaya dari pada gangguan-gangguan fisik. Indentik dengan pencarian pengobatanpun lebih berorientasi kepada social budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing. Pengobatan tradisional yang dijalankan oleh dukun merupakan pengobatan yang sering dijalani oleh masyarakat, berada di tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat serta pengobatan dihasilkan dari kebudayaan masyarakat. Pengobatan oleh dukun lebih diterima masyarakat

dari pada berobat ke dokter, mantra, bidan dan fasilitas kesehatan lainnya yang dirasakan asing bagi masyarakat.

d. Mencari pengobatan dengan membeli obat di warung

Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung obat (chemist shop) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu. Obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat yang tidak diresepkan oleh dokter sehingga sulit diawasi.

e. Mencari pengobatan ke fasilitas modern yang dilaksanakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta seperti balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit.

f. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

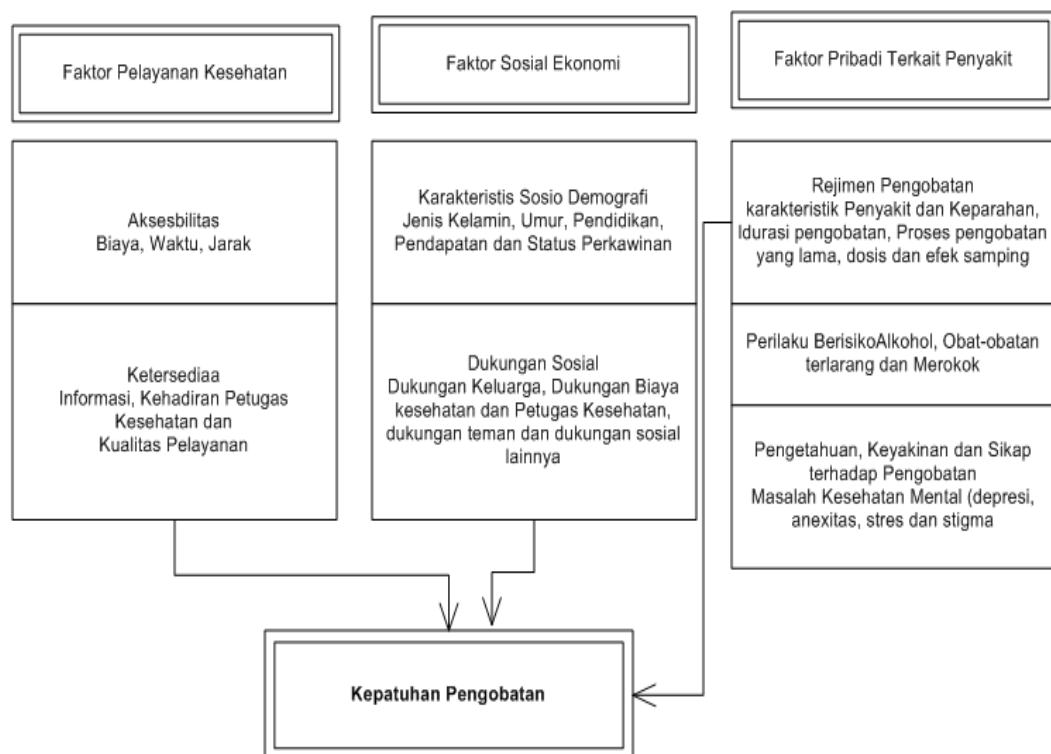
Dari uraian diatas tampak jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat sakit sangat berbeda-beda pada setiap individu, kelompok dan masyarakat. Persepsi masyarakat terhadap sehat dan sakit berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan, berdasarkan perbedaan persepsi mempengaruhi menggunakan atau tidak menggunakan fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat dan sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat dan sakit maka masyarakat belum tentu bersedia menggunakan fasilitas kesehatan yang disediakan.

Tahap penundaan pencarian bantuan (Crossley, 2000) :

1. *Appraisal Delay* : waktu yang dibutuhkan seseorang untuk mengetahui bahwa gejala penyakit yang terjadi serius.

2. *Illness Delay* : jarak waktu yang dibutuhkan untuk mengetahui bahwa gejala yang timbul merupakan gejala penyakit dan memutuskan untuk mencari pengobatan.
3. *Utilization Delay* : waktu antara keputusan untuk mencari pengobatan dan pelaksanaannya. Tahap penundaan mencari pengobatan timbul karena alasan tidak adanya rasa sakit, tidak mengetahui gejala yang muncul serius, biaya pengobatan dan kesibukan kerja.

2.4 Kerangka Teori



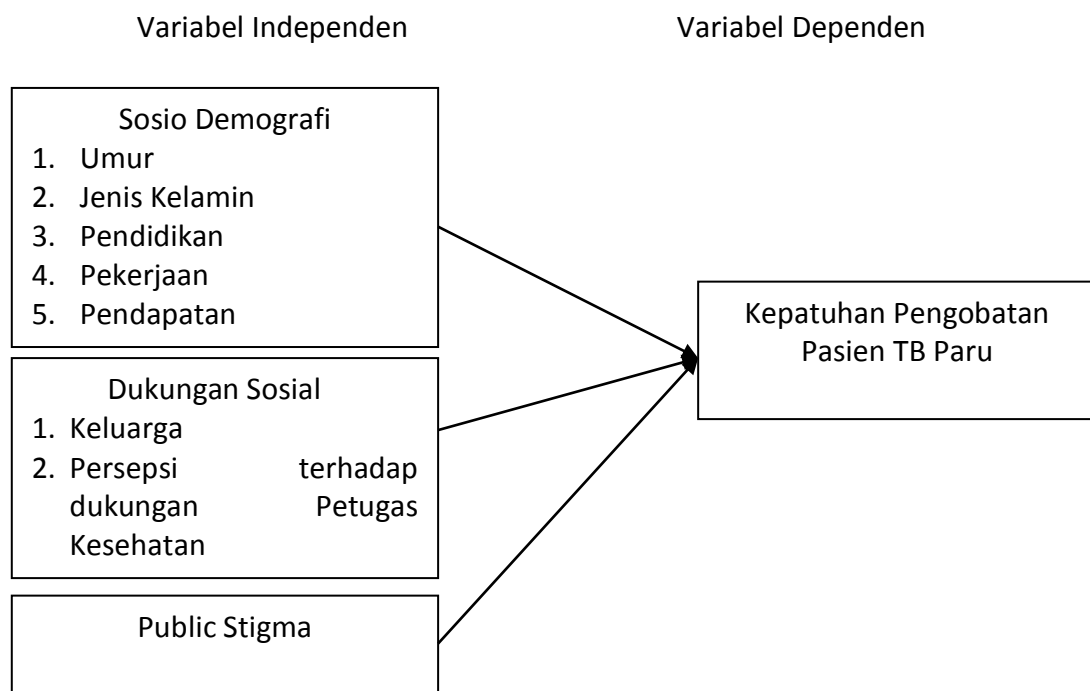
Gambar 2.2 Kerangka Teori Kepatuhan Pengobatan dari Dos Reis (2016)

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *public stigma* , sosio demografi, dan dukungan sosial terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan tuberculosis paru di Kabupaten Nagan Raya. Adapun kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian menurut Prasetyo & Jannah (2005) adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk pertanyaan. Dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori. Hipotesis dirumuskan atas

dasar kerangka pikir yang merupakan jawaban sementara atas masalah yang dirumuskan.

Secara umum hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan *public stigma* terhadap kepatuhan pengobatan pasien dengan tuberculosis paru. Rumusan hipotesis penelitian secara khusus adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan sosio demografi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien TB paru di Kabupaten Nagan Raya.
2. Terdapat hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan pengobatan pada pasien TB paru di Kabupaten Nagan Raya.
3. Terdapat hubungan persepsi terhadap dukungan dari petugas kesehatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien TB paru di Kabupaten Nagan Raya.
4. Terdapat hubungan public stigma dengan kepatuhan pengobatan pada pasien TB paru di Kabupaten Nagan Raya.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengobatan pasien dengan TB paru. Indikator pengukuran variabel kepatuhan pengobatan pasien dengan TB paru adalah dengan melihat laporan pengibatan TB

3.3.2 Variable Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor sosio demografi terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan dukungan sosial yaitu dukungan keluarga dan petugas kesehatan dan public stigma.

3.4 Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependen						
1	Kepatuhan pengobatan pasien TB Paru	Kepatuhan responden dalam menjalani pengobatan TB paru.	Observasi	Laporan TB	Ordinal	0. Kontrol (Patuh) 1. Kasus (Tidak patuh)
Variabel independen						
1	Umur	Umur dari responden dihitung dari sejak lahir sampai saat penelitian	Observasi	Kartu TB (Laporan Puskesmas)	Nominal	0. ≤ 40tahun 1. > 40 tahun
2	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden	Observasi	Kartu TB (Laporan Puskesmas)	Nominal	0. Perempuan 1. Laki-Laki
3	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang ditempuh responden	Wawancara	Kuesoner	Ordinal	0. Tinggi (Sarjana/Diploma) 1. Menengah (SMU/ sederajat) 2. Dasar (SD/SMP)
4	Pekerjaan	Pekerjaan sehari-hari responden untuk memenuhi kebutuhan hidup	Wawancara	Kuesoner	Nominal	0. Formal (PNS/TNI/POLRI) 1. Non formal (Petani/nelayan/ buruh, IRT)
5	Pendapatan	Pendapatan responden dalam 1 bulan	Wawancara	Kuesoner	Ordinal	0. Sesuai UMP 1. Di bawah UMP
6	Dukungan keluarga	Tanggapan responden terhadap dukungan yang diberikan oleh keluarga selama pengobatan TB paru	Wawancara	Kuesoner	Ordinal	0. Mendukung skor ≥ 35 1. Kurang mendukung skor < 35
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
7	Persepsi	Tanggapan	Wawancara	Kuesoner	Ordinal	0. Mendukung skor

	terhadap Dukungan petugas	responden terhadap dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan selama pengobatan TB paru				≥ 12 1. Kurang mendukung skor < 12
8	Public stigma pada pasien dengan TB Paru	Reaksi yang ditampilkan masyarakat umum terhadap orang-orang yang menderita penyakit TB Paru yang dilihat dari 7 dimensi stigma	Wawancara	Kuesoner	Ratio	0. < mean 1. $\geq$ mean

3.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini disusun untuk mengukur variabel independen dan dependen yang terdiri dari:

1. Bagian A

Berisikan data demografi, yaitu informasi mengenai karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan keluarga.

2. Bagian B

Bagian ini merupakan instrumen untuk mengukur variabel kepatuhan pengobatan. Variabel kepatuhan pengobatan diukur berdasarkan laporan pengobatan pasien TB.

3. Bagian C

Bagian ini merupakan instrumen untuk mengukur variabel Stigma. Variabel stigma diukur dengan mengajukan 12 pernyataan dengan dua alternatif jawaban yang diadopsi dari Van Rie *et al.* (2008). Hasil penelitian diperoleh skor tertinggi adalah 24, skor terendah 12 dan skor rata-rata 17,5.

4. Bagian D

Bagian ini merupakan instrumen untuk mengukur variabel dukungan keluarga. Variabel dukungan keluarga diukur dengan mengajukan 12 pernyataan dengan skala likert yang diadopsi dari Prodicano dan Heller (1983) dalam Septia *et al.* (2013), dengan kriteria mendukung jika skor nilai $\geq$ mean dan kurang mendukung jika skor nilai $<$ mean. Dalam penelitian ini diperoleh cut off point dari variabel dukungan keluarga adalah 34,8 dibulatkan menjadi 35, sehingga pengkategorianya adalah dukungan keluarga mendukung jika skor nilai $\geq$ 35 dan kurang mendukung jika skor nilai $<$ 35.

5. Bagian E

Bagian ini merupakan instrumen untuk mengukur variabel persepsi terhadap dukungan petugas. Variabel persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan diukur dengan mengajukan 5 pernyataan dengan skala likert yang diadopsi Dos Reis (2016) dengan kriteria mendukung jika skor nilai $\geq$ mean dan kurang mendukung jika skor nilai $<$ mean (Netty *et al.*, 2018). Dalam penelitian ini diperoleh cut off point dari variabel dukungan keluarga adalah 12,2 dibulatkan menjadi 12, sehingga pengkategorianya adalah dukungan petugas mendukung jika skor nilai $\geq$ 12 dan kurang mendukung jika skor nilai $<$ 12.

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Disain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian survei analitik bertujuan untuk menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Penelitian ini menggunakan metode *case control* yaitu penelitian epidemiologi analitik observasional yang mengkaji hubungan antara efek (dapat berupa penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu. Subjek penelitian dipilih berdasarkan status pengobatan, kemudian dilakukan pengamatan apakah subjek memiliki riwayat terpapar faktor penelitian atau tidak (Sudigdo, 2011).

4.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Pengumpulan dilakukan pada bulan September 2020.

4.3 Populasi Dan Sampel Penelitian

Populasi adalah Populasi adalah keseluruhan objek penelitian. Apabila seseorang ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi (Sudigdo, 2011).

1. Populasi kasus

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua penderita TB Paru yang *tidak* menjalani pengobatan lengkap di wilayah Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya selama tahun 2019 sebanyak 57 orang. Dengan kriteria:

- a. Pasien TB BTA (+)
- b. Tidak menjalani Pengobatan lengkap selama 6 bulan

- c. Tinggal dalam wilayah Kabupaten Nagan Raya
- d. Bersedia menjadi responden

2. Populasi kontrol

Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah semua penderita TB Paru yang menjalani pengobatan lengkap yang tercatat sebagai pasien di Puskesmas dalam Kabupaten Nagan Raya. Dengan kriteria:

- a. Pasien TB BTA (+)
- b. Menjalani Pengobatan lengkap selama 6 bulan
- c. Tinggal dalam wilayah Kabupaten Nagan Raya
- d. Bersedia menjadi responden

4.3.2 Sampel Penelitian

Dengan menggunakan perbandingan 1:1 maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 114 orang yang terdiri dari 57 orang kasus dan 57 orang sebagai kontrol. Pengambilan sampel kontrol dilakukan dengan sistem *random sampling* (mengundi) dengan kriteria kontrol sebagai berikut:

- a. Pasien yang sudah melakukan pengobatan lengkap selama 6 bulan berturut turut (Laporan Dinkes Nagan Raya)
- b. Bersedia menjadi responden

4.4 Metode Pengumpulan Data

Dalam melakukan pengumpulan data pertama-tama peneliti meneruskan surat permohonan izin penelitian dari Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Banda Aceh kepada Dinas Kesehatan yang berada di Kabupaten Nagan Raya. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya peneliti

memperoleh rekomendasi untuk memperoleh data TB paru di Puskesmas dalam wilayah Kabupaten Nagan Raya. Tahapan pengumpulan data berikut:

- a. Melakukan seleksi sampel, yaitu seluruh pasien dengan TB paru yang terdata di Puskesmas Kabupaten Nagan Raya.
- b. Pengumpulan data dilakukan dengan cara menghubungi responden dengan telepon. Bagi calon responden yang tidak bias dihubungi, peneliti melakukan kunjungan rumah dengan menggunakan protokol kesehatan.
- c. Menjelaskan tujuan penelitian kepada responden dan meminta persetujuan responden untuk terlibat dalam penelitian ini.
- d. Melakukan pengumpulan data dengan metode wawancara melalui telepon..

Pengumpulan data dalam penelitian ini dibantu oleh 5 orang enumerator. Setelah selesai kegiatan pengumpulan data, maka selanjutnya memperoleh keterangan selesai melaksanakan pengumpulan data dari Dinas Kesehatan yang berada di Kabupaten Nagan Raya.

4.5 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah kegiatan dilakukan terhadap satu perangkat data untuk mengekstrak informasi yang diperlukan dalam bentuk yang tepat seperti diagram, laporan, atau tabel (Prasetyo & Jannah, 2005). Arikunto (2006) mengatakan bahwa dengan langkah-langkah dalam pengolahan data adalah sebagai berikut:

1. *Editing* yaitu pada tahapan ini penelitian mengoreksi kembali hasil pengumpulan data antarlain pengecekan nama dan identitas responden, mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpul data.

Apabila ada kekurangan isi atau halaman maka kuesioner dikembalikan untuk diisi ulang atau diberikan kepada responden baru.

2. *Coding* pada tahapan ini peneliti memberikan coding pada hasil dari variabel dalam aplikasi stata. Coding yang diberikan antara lain adalah angka 0 untuk kontrol, umur < 40 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan formal, pendidikan tinggi, pendapatan sesuai UMP, dukungan keluarga mendukung, dukungan petugas mendukung dan public stigma rendah. Angka 1 untuk variabel kasus, umur < 40 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan non formal, pendidikan menengah, pendapatan tidak sesuai UMP, dukungan keluarga kurang mendukung, dukungan petugas kurang mendukung dan public stigma tinggi . Angka 2 untuk variabel pendidikan dasar..
3. *Transferring*, pada tahapan ini peneliti melakukan proses transfer data hasil penelitian dari master tabel dalam bentuk excell kedalam program stata..
4. *Tabulating* yaitu penyajian data dalam bentuk tabel hasil penelitian dengan penjelasan secara narasi, terdiri dari tabel distribusi frekuensi, tabel bivariat dan tabel univariat.

4.6 Rancangan Analisa Data

Analisa data adalah proses memeriksa, membersihkan, mengubah, dan pemodelan data dengan tujuan menemukan informasi yang berguna, menunjukkan kesimpulan, dan mendukung pengambilan keputusan penelitian secara statistik. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan program STATA versi 14.

4.6.1 Validitas

Nilai r-hitung dalam penelitian ini untuk sampel pengujian 10 responden dan dinyatakan valid apabila r hitung > r tabel. Nilai r tabel didasarkan pada dua nilai yaitu nilai $\alpha = 5\%$ dan nilai $df=n-2 = (10-2 =8)$. 10 berasal dari banyaknya data (responden). Dengan demikian dengan $df = 8$ dan $\alpha 5$ maka diperoleh r tabel= 0,632. Maka ketentuan dikatakan valid Jika nilai r-Hitung variabel $\geq 0,632$ Nilai.

Uji validitas dan reabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan stata 12.0 dan Nilai r hitung dapat dilihat pada kolom *Item Rest Correlation*. Uji validitas dilakukan pada 10 orang pasien TB paru di Puskesmas Suak Ribe Kabupaten Aceh Barat yang dilakukan pada tanggal 03 Agustus tahun 2020. Hasil uji validitas dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Uji Validitas Kuesioner

Variabel	No pertanyaan	Item Rest Corelation (r-hitung)	r-tabel	Keterangan
Public Stigma	Pertanyaan1	0.882	0.632	Valid
	Pertanyaan2	0.675		Valid
	Pertanyaan3	0.703		Valid
	Pertanyaan4	0.857		Valid
	Pertanyaan5	0.815		Valid
	Pertanyaan6	0.879		Valid
	Pertanyaan7	0.864		Valid
	Pertanyaan8	0.900		Valid
	Pertanyaan9	0.889		Valid
	Pertanyaan 10	0.756		Valid
	Pertanyaan11	0.746		Valid
	Pertanyaan 12	0.643		Valid

Lanjutan Tabel 4.1 Uji Validitas Kuesioner

Variabel	No pertanyaan	Item Rest Corelation (r-hitung)	r-tabel	Keterangan
Dukungan keluarga	Pertanyaan1	0.849	0.632	Valid
	Pertanyaan2	0.646		Valid
	Pertanyaan3	0.699		Valid
	Pertanyaan4	0.875		Valid
	Pertanyaan5	0.762		Valid
	Pertanyaan6	0.883		Valid
	Pertanyaan7	0.865		Valid
	Pertanyaan8	0.917		Valid
	Pertanyaan9	0.888		Valid
	Pertanyaan 10	0.777		Valid
	Pertanyaan 11	0.716		Valid
	Pertanyaan 12	0.729		Valid
Dukungan Petugas	Pertanyaan1	0.666	0.632	Valid
	Pertanyaan2	0.840		Valid
	Pertanyaan3	0.929		Valid
	Pertanyaan4	0.775		Valid
	Pertanyaan5	0.929		Valid

4.5.2 Reliabilitas

Tehnik yang dipakai untuk menguji kuesioner penelitian adalah tehnik *Cronbach Alpha*. Reliabilitas suatu variabel dikatakan baik jika nilai *Cronbach Alpha* > 0,60. Setelah dilakukan uji coba kuesioner pada 10 responden. Berdasarkan nilai tersebut maka instrumen penelitian dinyatakan reliabel, hasil uji reliabilitas dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2. Hasil uji reliabilitas

No	Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
2	Stigma	0,959	Reliabel
3	Dukungan keluarga	0.960	Reliabel
4	Dukungan petugas	0.934	Reliabel

4.6.3 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran (deskriptif) setiap variabel, distribusi frekuensi berbagai variabel yang diteliti baik variabel dependen maupun variabel independen. Analisa univariat menggunakan statistik deskriptif untuk mengetahui nilai mean, median, standar deviasi, *95% of confidence interval* dan distribusi frekwensi untuk masing-masing variabel penelitian.

4.6.4 Analisis Bivariat

Uji bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan secara parsial antara variabel independen dengan variabel dependen, Uji yang digunakan adalah *logistic regresi* dan regresi linear serta uji independent sample t-test.

4.6.5 Analisis Multivariat

Analisa multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh secara parsial dan simultan antara independen (jarak sosial, prasangka tradisional, sentimen eksklusif, pengaruh negatif, akumulasi perawatan, akumulasi pengungkapan dan persepsi bahaya) dengan variabel dependen (kepatuhan pengobatan pasien dengan TB paru) menggunakan uji *logistic regression*.

4.7 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya untuk mendapatkan persetujuan. Peneliti menjelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian. Menjelaskan bahwa data yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya. Peneliti tidak akan memberitahu kepada siapapun termasuk suami dan keluarga peneliti. Dalam penelitian ini tidak akan ditulis nama dari responden.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum

5.1.1 Geografi

Kata *Nagan* memiliki kemiripan dengan nama 5 kecamatan yang ada di kabupaten tersebut, namun secara arti bahasa sampai sejauh ini sama sekali tidak ada dalam kosakata Aceh. Pun, belum terketemukan landasan historis, maupun hasil penelitian yang jelas terkait dari mana penyebutan nama tersebut muncul. Sedangkan *Raya* berarti besar, menunjuk semua kecamatan yang ada di Nagan, kendati di dalam nama kecamatan tersebut tidak tercantum kata "Nagan", misalnya: Beutoeng, salah satu kecamatan

Kabupaten Nagan Raya merupakan salah satu kabupaten yang ada di Provinsi Aceh. Kabupaten Nagan Raya berdiri berdasarkan UU Nomor 4 Tahun 2002 Tanggal 2 Juli 2002 sebagai hasil dari pemekaran Kabupaten Aceh Barat. Memiliki luas wilayah 3.362.72 KM² secara geografi terletak pada posisi 03o ,401 - 04o ,381 Lintang Utara dan 96o ,111 – 96o ,481 Bujur Timur dengan batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Aceh Barat
2. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupeten Gayo Lues dan Kabupaten Aceh Barat daya
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Aceh Barat dan Kabupaten Aceh Tengah
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudra Hindia

5.1.2 Demografi

Jumlah Penduduk Kabupaten Nagan Raya berdasarkan hasil estimasi pada tahun 2019 adalah sebesar 154.795 Jiwa, terdiri dari jumlah penduduk laki-laki 75.418 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 79.377 jiwa. Berdasarkan hasil estimasi. Jumlah penduduk tertinggi di Kabupaten Nagan terdapat di Kecamatan Darul Makmur dengan jumlah penduduk 35.052 jiwa atau 24% dari total penduduk Kabupaten Nagan Raya, sedangkan jumlah penduduk terendah terdapat di Kecamatan Suka Makmue dengan jumlah penduduk 8.426 jiwa atau 6% dari total penduduk Kabupaten Nagan Raya

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Analisis Univariat Karakteristik Responden Penderita TB Paru

No	Variabel	Kasus n 57 (%)	Kontrol n 57 (%)	Total
1	Umur			
	≤ 40tahun	14 (24,6)	23 (40,4)	37(32,5)
	> 40 tahun	43(75,4)	34 (59,6)	77 (67,5)
2	Jenis Kelamin			
	Perempuan	14(24,6)	19(33,3)	33 (28,9)
	Laki-laki	43 (75,4)	38 (66,7)	81 (71,1)
3	Pendidikan			
	Tinggi	3 (5,3)	8 (14,0)	11 (9,7)
	Menengah	25 (43,9)	32 (56,1)	57 (50,0)
	Dasar	29 (50,9)	17 (29,8)	46 (40,3)
4	Pekerjaan			
	Formal	3 (5,3)	15 (26,3)	18 (15,8)
	Non formal	54 (94,7)	42 (73,7)	96 (84,2)
3	Pendapatan			
	Sesuai UMP	7 (12,3)	12 (21,1)	19 (16,7)
	Tidak sesuai UMP	50 (87,7)	45 (78,9)	95 (83,3)

Sumber data primer dan skunder diolah tahun 2020

Tabel 5.1 di atas menunjukkan kategori persentase responden umur < 40 tahun pada kasus (24,6%) dan umur < 40 tahun (75,4%). Jenis kelamin laki-laki pada

kasus (75,4%) dan perempuan (24,6%). Pendidikan dasar pada kasus (50,9%), menengah (43,9%) dan tinggi (5,3%). Pekerjaan non formal pada kasus (94,7%), pekerjaan formal (5,3%). Pendapatan tidak sesuai UMP pada kasus (87,7%) dan pendapatan sesuai pada kasus (12,3%).

2. Dukungan Keluarga, Peran Petugas Kesehatan dan Public Stigma

Tabel 5.2 Analisis Univariat Dukungan Keluarga, Dukungan Petugas Kesehatan dan Publik Stigma Menurut Penderita TB Paru

No	Variabel	Kasus n 57 (%)	Kontrol n 57 (%)	Total
1	Dukungan keluarga			
	Mendukung	21(36,8)	33(57,9)	54 (47,4)
	Kurang mendukung	36 (63,2)	24(42,1)	60 (52,6)
2	Persepsi terhadap dukungan petugas			
	Mendukung	18 (31,6)	37 (64,9)	55 (48,3)
	Kurang mendukung	39 (51,8)	20 (35,1)	59 (51,7)
3	Public Stigma			
	Rendah	20 (35,1)	43 (75,4)	63 (55,3)
	Tinggi	37 (64,9)	14 (24,6)	51(44,7)

Sumber data primer dan skunder diolah tahun 2020

Hasil Tabel 5.2 diketahui persentase responden yang menyatakan dukungan keluarga mendukung pada kasus (31,6%) dan kurang mendukung (68,4%). Responden yang menyatakan dukungan petugas mendukung (43,9%) dan (45,6%) menyatakan kurang mendukung. Sebanyak (64,9%) responden pada kasus menyatakan stigma yang mereka rasakan tinggi dan (35,1%) lainnya menyatakan rendah.

5.2.2 Analisa Bivariat

1. Hubungan Umur dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.3
Hubungan Umur dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

No	Umum	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total n (%)	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%			
1	≤ 40 tahun	14 (24,6)	23 (40,4)	37 (32,5)		
2	> 40 tahun	43 (75,4)	34 (59,6)	77 (67,5)	2,0 (0.93-4.63)	0,07
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.3 diperoleh proporsi responden umur > 40 tahun (75,4%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (59,6%). Sebaliknya responden umur ≤ 40 tahun (40,4%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio umur terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=2; 95% CI: 0,93-4,63; p value= 0,070), yang mengindikasikan bahwa ketidakpatuhan pengobatan TB paru pada umur > 40 cenderung 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden umur ≤ 40 tahun dan secara statistik tidak ada hubungan umur dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.4

Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB paru

No	Jenis Kelamin	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total n (%)	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%			
1	Perempuan	14 (24,6)	19 (33,3)	33 (28,9)		
2	Laki-laki	43 (75,4)	38 (66,7)	81 (71,1)	1,5 (0,67-3,4)	0,30
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.4 diperoleh proporsi responden laki-laki (75,4%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (66,7%). Sebaliknya

responden perempuan (28,9%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio jenis kelamin terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=1,5; 95% CI: 0,67-3,4; p value= 0,30), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada jenis kelamin laki-laki cenderung hampir 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan perempuan dan secara statistik tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.5
Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

No	Pendidikan	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total n (%)	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%			
1	Tinggi	3 (5,3)	8 (14,0)	11 (9,7)		
2	Menengah	25 (43,9)	32 (56,1)	57 (50,0)	2,0 (0,50-8,67)	0,31
3	Dasar	29 (50,9)	17 (29,8)	46 (40,3)	4,5 (1,06-19,5)	0,041
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.5 diperoleh proporsi responden berpendidikan dasar (50,9%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (29,8%). Proporsi responden berpendidikan menengah (43,9%) pada kasus lebih rendah dibandingkan dengan control. Sebaliknya responden berpendidikan tinggi (14,0%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendidikan dasar terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=4,5; 95% CI: 1,06-19,5; p value= 0,041), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden berpendidikan dasar cenderung

hampir 5 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden berpendidikan tinggi dan secara statistik ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

4. Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.6
Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

No	Pekerjaan	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%	n (%)		
1	Formal	3 (5,3)	15 (26,3)	18 (15,8)		
2	Non formal	54 (94,7)	42 (73,7)	96 (84,2)	6,4 (1,74-23,6)	0,005
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.6 diperoleh proporsi responden pekerjaan non formal (94,7%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (73,7%). Sebaliknya responden pekerjaan formal (26,3%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pekerjaan terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=6,4; 95% CI: 1,74-23,6; p value= 0,005), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden pekerjaan non formal cenderung 6 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden pekerjaan formal dan secara statistik ada hubungan pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

5. Hubungan Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.7
Hubungan pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB paru

No	Pendapatan	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total n (%)	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%			
1	Sesuai UMP	7 (12,3)	12 (21,1)	19 (16,7)		
2	Tidak sesuai UMP	50 (87,7)	45 (78,9)	95 (83,3)	1,9 (0,68-5,25)	0,21
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.7 diperoleh proporsi responden dengan pendapatan tidak sesuai UMP (87,7%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (78,9). Sebaliknya responden pendapatan sesuai UMP (21,1%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendapatan terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=1,9; 95% CI: 0,68-5,25; p value= 0,21), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden pendapatan tidak sesuai UMP cenderung hampir 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden pendapatan sesuai UMP dan secara statistik tidak ada hubungan pendapatan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

6. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.8
Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB paru

No	Dukungan Keluarga	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total n (%)	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%			
1	Mendukung	21(36,8)	33 (57,9)	54 (47,4)		
2	Kurang mendukung	36 (63,2)	24 (42,1)	60 (52,6)	2,3 (1,11-5,00)	0,026
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.8 diperoleh proporsi responden kurang mendapat dukungan keluarga selama pengobatan TB paru (63,2%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (42,1%). Sebaliknya responden yang mendapat dukungan keluarga selama menjalani pengobatan TB paru (57,9%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=2,3; 95% CI: 1,11-5,00; p value= 0,026), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden kurang mendapat dukungan keluarga cenderung 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden yang mendapat dukungan keluarga dan secara statistik ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

7. Hubungan Persepsi Terhadap Dukungan Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Pengobatan TB Paru

Tabel 5.9
Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

No	Persepsi terhadap Dukungan Petugas Kesehatan	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total	OR (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%	n (%)		
1	Mendukung	18 (31,6)	37 (64,9)	55 (48,3)		
2	Kurang mendukung	39 (51,8)	20 (35,1)	59 (51,7)	4 (1,83-8,74)	0,0001
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2020

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.9 diperoleh persepsi responden terhadap dukungan petugas kesehatan kurang mendukung selama pengobatan TB paru

(51,8%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (35,1%). Sebaliknya persepsi responden terhadap dukungan petugas mendukung selama menjalani pengobatan TB paru (64,9%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=4; 95% CI: 1,83-8,74; p value= 0,0001), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden persepsi terhadap dukungan petugas kurang cenderung 4 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden dengan persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan mendukung dan secara statistik ada hubungan persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

8. Perbedaan Public Stigma antara Kelompok Kasus dengan Kelompok Kontrol

Tabel 5.10
Perbedaan Public Stigma Antara Kelompok Kasus dengan Kelompok Kontrol

Variabel	Kepatuhan Pengobatan TB		
	Kasus	Kontrol	P value
	mean $\pm$ SD	mean $\pm$ SD	
Stigma TB	18,6 $\pm$ 3,03	16,3 $\pm$ 2,23	0,0001

Sumber data primer 2020

Hasil penelitian Tabel 5.10 di atas menunjukkan rata-rata nilai stigma pada kelompok kasus 18,6 lebih tinggi dibandingkan kelompok control 16,3. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dari nilai rata-rata stigma pada kelompok kasus dengan kelompok (p value= 0,0001). Untuk melihat besarnya pengaruh stigma terhadap kepatuhan pengobatan TB dilakukan analisis logistic regresi. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.11
Hubungan Public Stigma dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

No	Public Stigma	Kepatuhan Pengobatan TB paru		Total n (%)	Coef (95%CI)	P value
		Kasus	Kontrol			
		n (%)	n%			
1	Rendah	20 (35,1)	43 (75,4)	63 (55,3)		
2	Tinggi	37 (64,9)	14 (24,6)	51(44,7)	0,06 (0,03-0,09)	0,0001
	Jumlah	57 (100)	57 (100)	114 (100)		

Sumber data primer 2019

Hasil analisis bivariat pada Tabel 5.11 diperoleh proporsi responden yang mengalami public stigma selama menjalani pengobatan TB dengan kategori tinggi (64,9%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (24,6%). Sebaliknya responden yang mengalami stigma rendah selama menjalani pengobatan TB paru (75,4%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh nilai coefisien public stigma terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (coef=0,06; 95% CI: 0,03-0,09; p value= 0,0001), yang mengindikasikan jika setiap meningkatnya stigma negatif terhadap penderita TB sebesar 1% akan menyebabkan kenaikan terhadap persentase ketidak patuhan pengobatan TB paru sebesar 6%. dan secara statistik ada hubungan public stigma dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

5.2.3 Analisis Multivariat

Pada analisis multivariat semua variabel yang telah dilakukan analisis bivariat. Analisis multivariat dilakukan dengan memasukkan semua variabel yang diteliti. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.12
Analisis Multivariat Faktor yang Berhubungan dengan Keptuhan

Pengobatan TB Paru

No	Variabel	OR	95%CI	P value
1	Umur > 40 tahun	1,1	0,40-2,97	0,85
2	Jenis Kelamin laki-laki	2,6	0,75-6,19	0,149
3	Pendidikan Dasar	2,3	0,88-6,48	0,85
4	Pekerjaan non formal	3,2	0,37-28,0	0,28
5	Pendapatan tidak sesuai UMP	0,4	0,08-2,81	0,42
6	Dukungan keluarga kurang mendukung	3,3	1,29-8,66	0,013
7	Dukungan petugas kesehatan	3,4	1,31-8,90	0,012
8	Public stigma tinggi	4,3	1,70-11,1	0,0001
	P< 0,05			
1	Dukungan keluarga kurang mendukung	2,6	1,11-6,24	0,027
2	Persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan	3,1	1,34-7,58	0,009
3	Public stigma tinggi	4,4	1,88-10,6	0,001

Hasil analisis pada tabel di 5.12 atas menunjukkan masih terdapat variabel dengan nilai p value > 0,05 dan hanya 3 variabel dengan nilai p < 0,05 yaitu dukungan keluarga, persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan dan public stigma. Pada uji multivariat selanjutnya variabel yang memiliki nilai p value > 0,05 tidak dimasukkan lagi dan diperoleh variabel yang paling dominan terhadap terhadap kepatuhan pengobatan TB paru adalah public stigma tinggi (OR= 4,4; 95% CI: 1,88-10,6), (*P value* 0,001) artinya responden yang mendapat stigma tinggi cenderung 4 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dalam menjalani pengobatan TB paru dibandingkan dengan variabel lainnya.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Umur dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien

TB Paru

Hasil penelitian diketahui lebih dari separuh (67,5%) berumur lebih dari 40 tahun. Hasil analisis bivariat diketahui proporsi responden umur > 40 tahun (75,4%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (59,6%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio umur terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=2; 95% CI: 0,93-4,63; p value= 0,070), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada umur > 40 tahun 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden umur $\leq$ 40 tahun dan secara statistik tidak ada hubungan umur dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Sejalan dengan penelitian Dewanty *et al.* (2016) yang menemukan tidak ada hubungan antara umur dengan kepatuhan berobat penderita TB. Penelitian lainnya juga menunjukkan tidak ada hubungan umur dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru yang rawat jalan di Jakarta (Sari *et al.*, 2016). Hasil penelitian lain tidak sesuai dengan teori yang sudah ada bahwa umur berhubungan dengan kepatuhan seorang pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hayati (2011), di Depok menyatakan bahwa usia tidak mempengaruhi kepatuhan penderita TB paru dalam menjalani program pengobatannya, salah satunya adalah pemeriksaan dahak ulang (Kondoy *et al.*, 2014)

Buku Pedoman nasional penanggulangan TB Paru (2010), menyebutkan bahwa sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis antara usia 15–50 tahun. Hal ini dikarenakan pada usia produktif manusia cenderung mempunyai mobilitas yang tinggi sehingga kemungkinan untuk terpapar kuman TB lebih besar (Yuni & Arda, 2016). Di Amerika Serikat orang yang berusia lanjut cenderung mengikuti anjuran dokter, lebih memiliki tanggung jawab, lebih tertib, lebih teliti, lebih bermoral dan lebih berbakti dari pada usia muda (Kondoy *et al.*, 2014).

6.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan

Pasien TB Paru

Hasil penelitian diketahui lebih dari separuh responden adalah laki-laki (71,1%). Dari analisis bivariat diperoleh proporsi responden laki-laki (75,4%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (66,7%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio jenis kelamin terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=1,5; 95% CI: 0,67-3,4; p value= 0,30), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada jenis kelamin laki-laki cenderung hampir 2 lebih bersiiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan perempuan dan secara statistik tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Sejalan dengan penelitian Dewanty *et al.* (2016) variabel jenis kelamin tidak berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita TB. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Ruditya (2015) juga diperoleh tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan dalam pengobatan TB. Penelitian Dewanty *et al.* (2016)

tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan berobat penderita TB paru di Puskesmas nguntoronadi I Kabupaten Wonogiri

Erawatyningsih (2009) mengemukakan bahwa perempuan lebih banyak melaporkan gejala penyakitnya dan berkonsultasi dengan dokter karena perempuan cenderung memiliki perilaku yang lebih tekun daripada laki-laki. Hasil penelitian bahwa jumlah laki-laki dan perempuan yang tidak patuh tidak ada perbedaan yang signifikan, karena baik laki-laki maupun perempuan mempunyai beban kerja yang sama.

Pablos-Méndez *et al.* (2002) menyatakan bahwa angka kejadian TB pada pria selalu lebih tinggi pada semua usia tetapi angka pada jenis kelamin wanita mengalami kecenderungan penurunan, selain itu setelah pubertas tubuh lebih mampu mencegah penyebaran penyakit melalui darah, namun pencegahan penyakit di dalam paru berkurang jauh.

6.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

Hasil penelitian diketahui separuh dari responden (50%) berpendidikan menengah. Hasil analisis bivariat diperoleh proporsi responden berpendidikan dasar (50,9%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (29,8%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendidikan dasar terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=4,5; 95% CI: 1,06-19,5; p value= 0,041), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden berpendidikan dasar cenderung hampir 5 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan

responden berpendidikan tinggi dan secara statistik ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Penelitian yang dilakukan oleh Kondoy *et al.* (2014) menemukan adanya hubungan antara pendidikan dengan dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru di Lima Puskesmas Kota Manado. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Erawatyningsih (2012) menunjukkan ada pengaruh yang signifikan pendidikan terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Dompus Barat Kecamatan Woja Kabupaten Dompus Provinsi NTB. Hal ini berarti semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin tidak patuh penderita untuk berobat karena rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga dapat mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB paru, cara pengobatan, dan bahaya akibat minum obat tidak teratur.

Pada orang dengan tingkat pendidikan tinggi biasanya bertindak lebih preventif pada suatu penyakit. Semakin tinggi tingkat pendidikan pasien, maka semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan yang diterimanya sehingga pasien akan patuh dalam pengobatan penyakitnya (Pasek, 2013). Berdasarkan penelitian kebanyakan pasien yang tidak patuh berobat adalah pasien dengan pendidikan rendah hal ini membuktikan bahwa memang benar tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang, seperti mengenali rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat (Zaini, 2009 dalam Kondoy *et al.*, 2014)

Cara berperilaku seseorang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang akan suatu hal sedangkan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang diterima dan kemampuan untuk menerima informasi menjadi lebih baik. Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi pula jenis pekerjaan dan berakhir pada tingkat ekonomi dalam suatu keluarga. Tingkat pendidikan formal merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan formal juga memungkinkan perbedaan pengetahuan dan pengambilan keputusan (Ruditya, 2015).

Menurut Atmarita (2004), menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang atau masyarakat maka semakin mudah seseorang akan menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam kehidupan sehari-hari khususnya dalam kesehatannya. Pendidikan yang tinggi akan membawa seseorang lebih mengoptimalkan dan lebih memperhatikan kesehatan dan gizinya termasuk dalam pencegahan dan pengobatan TB (Yuni, 2016).

6.4 Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

Hasil penelitian diketahui sebahagian besar responden (84,2%) pekerjaan non formal. Hasil analisis bivariat diperoleh proporsi responden pekerjaan non formal (94,7%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (73,7%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pekerjaan terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=6,4; 95% CI: 1,74-23,6; p value= 0,005), yang mengindikasikan bahwa ketidak

patuhan pengobatan TB paru pada responden pekerjaan non formal cenderung 6 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden pekerjaan formal dan secara statistik ada hubungan pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Sejalan dengan penelitian Heriyono (2004) dalam Istiawan *et al.* (2006), bahwa terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan penderita TB paru dalam melakukan pemeriksaan dahak ulang pada akhir pengobatan tahap intensif. Menurut Zuliana (2009), banyaknya responden yang patuh dengan status bekerja dikarenakan responden sebagian besar berusia produktif. Berbeda dengan Kondoy *et al.* (2014) menunjukkan bahwa pekerjaan tidak ada hubungan dengan kepatuhan berobat pasien.

Salah satu faktor struktur sosial yaitu pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, pekerjaan seseorang dapat mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang diterima, informasi tersebut akan membantu seseorang dalam mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (Pameswari *et al.*, 2016). Kepatuhan pengobatan lebih banyak terdapat pada responden yang memiliki pekerjaan, hal ini disebabkan karena dengan adanya pekerjaan menuntut mereka untuk segera sembuh dan mematuhi program pengobatan yang harus dipenuhinya karena mereka takut kehilangan masa produktif mereka. Mereka berkeinginan untuk tetap sehat agar mampu bekerja untuk menghasilkan pendapatan. Penjelasan lain didapatkan dari hasil tabulasi silang antara tingkat pendapatan dengan status pekerjaan di mana mayoritas responden yang tingkat pendapatan rendah bekerja. Hal tersebut dapat menjadi

alasan responden tetap patuh memeriksakan dahak agar segera sembuh karena tuntutan ekonomi mereka yang mayoritas berpendapatan rendah (Ruditya, 2015)

6.5 Hubungan Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

Hasil penelitian diketahui sebagian besar responden (83,3%) memiliki pendapat dibawah UMP. Hasil analisis bivariat diperoleh proporsi responden dengan pendapatan tidak sesuai UMP (87,7%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (78,9). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendapatan terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=1,9; 95% CI: 0,68-5,25; p value= 0,21), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden pendapatan tidak sesuai UMP cenderung hampir 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden pendapatan sesuai UMP dan secara statistik tidak ada hubungan pendapatan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Erawatyningsih (2009), terdapat pengaruh yang signifikan antara pendapatan keluarga terhadap ketidakpatuhan berobat pada pasien TB paru. Kegagalan dalam pengobatan TB paru disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah tingkat pendapatan (Safri *et al.*, 2014)

Menurut Widiyanto (2017) menyebutkan tingkat penghasilan seseorang sangat mempengaruhi pasien untuk melakukan pengobatan tuberkulosis. Sebagian besar pekerjaan responden adalah buruh, petani dan swasta. Dengan terbatasnya keadaan ekonomi mengakibatkan pasien tidak melanjutkan pengobatan rutin ke balai pengobatan sehingga hal ini mendorong tingkat kesembuhan penyakit pasien.

Dalam penelitian ini diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara pendapatan dengan kepatuhan pengobatan TB paru karena dasarnya pengobatan tuberkulosis merupakan program penanggulangan penyakit secara nasional sehingga biaya yang dikeluarkan tidak besar, dan akses menuju pelayanan kesehatan juga tidak menjadi masalah karena pengobatan TB paru dapat dilakukan di Puskesmas, sehingga baik pasien dengan tingkat penghasilan yang rendah maupun pasien dengan tingkat penghasilan yang tinggi sama-sama memiliki kesempatan untuk dapat mengakses pengobatan dengan baik.

6.6 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh responden (52,6%) menyatakan dukungan keluarga kurang mendukung. Hasil analisis bivariat pada diketahui proporsi responden kurang mendapat dukungan keluarga selama pengobatan TB paru (63,2%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (42,1%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan TB paru (OR=2,3; 95% CI: 1,11-5,00; p value= 0,026), yang mengindikasikan bahwa ketidak patuhan pengobatan TB paru pada responden kurang mendapat dukungan keluarga cenderung 2 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden yang mendapat dukungan keluarga dan secara statistik ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Sejalan dengan penelitian Mando *et al.* (2018) ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan TB paru. Penelitian Muna &

Soleha (2014) menyimpulkan dukungan sosial keluarga yang tinggi akan menyebabkan kepatuhan juga semakin tinggi. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Erawatyningsih (2012) menyatakan ada pengaruh yang signifikan peran PMO terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru.

Dukungan penilaian menekankan pada keluarga sebagai umpan balik, membimbing, dan menangani masalah, serta sebagai sumber dan validator identitas anggota . Keluarga berperan dalam mendukung penderita TB Paru agar tidak merasa bosan karena penyembuhan TB Paru sangat sulit, memakan waktu lama sekitar 3-6 bulan. Pasien TB Paru dilarang keras merasa bosan karena dapat menyebabkan resistensi kuman penyakit terhadap pengobatan konvensional dan kombinasi (Widowati, 2005).

Dukungan keluarga adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga (suami, istri, anak, saudara kandung dan orang tua dari pasien) sehingga individu yang diberikan dukungan merasakan bahwa dirinya diperhatikan, dihargai, mendapatkan bantuan dari orang-orang yang berarti serta memiliki ikatan keluarga yang kuat dengan anggota keluarga yang lain. Dukungan penilaian dapat dilakukan di antaranya dengan memberikan support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian pada anggota keluarga. Selanjutnya adalah dukungan instrumental yaitu dukungan yang memfokuskan keluarga sebagai sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret berupa bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga, dan sarana (Muhardiani *et al.*, 2017).

Dukungan emosional yang mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap narasumber karena dia menderita penyakit TB. Dukungan

penghargaan ini melibatkan pemberian ungkapan pujian yang positif pada pasien karena minum obat TB, sebaliknya jika pasien tidak minum obat keluarga akan menegur, hal tersebut dapat. Dukungan instrumental adalah bantuan langsung yang diberikan oleh keluarga untuk narasumber yang berupa bantuan pembiayaan pengobatan TB, keluarga yang ikut mengantar berobat, dan menyediakan makanan yang bergizi. Dukungan informatif mencakup memberi nasihat, petunjuk, informasi, saran dan umpan balik (Nugroho, 2011).

Dukungan terhadap orang tua dan anaknya tidak boleh disepelekan. Menurut Courtwright & Turner (2010) pendekatan yang paling tepat dalam upaya untuk mengurangi stigma adalah dari individu itu sendiri agar mampu menahan stigma dari luar dan berusaha memahami orang lain tentang penyakit TB itu sendiri. Dukungan yang positif akan membantu orang tua agar mampu memberikan pemahaman yang benar kepada orang lain mengenai penyakit tuberkulosis. Dukungan positif pun akan menumbuhkan konsep diri positif orang tua dan anaknya agar mampu menangkal stigma yang muncul dari masyarakat.

Dukungan dan kepedulian yang baik dari keluarga seperti perhatian dan pertolongan yang diperlukan dalam rutinitas sehari-hari, bantuan keuangan, dukungan emosional dan moral serta motivasi untuk pemulihan dini. Keluarga memberikan dukungan dengan mendampingi ke puskesmas, mengingatkan tentang obat-obatan, memberi makan (Kaulagekar-Nagarkar *et al.*, 2012). Hasil penelitian di atas menunjukkan responden yang kurang mendapat dukungan keluarga akan menyebabkan ketidakpatuhan pengobatan, hal ini didukung oleh hasil wawancara diketahui sebanyak (21%) responden kasus menyatakan tidak setuju keluarganya

selalu memberikan dukungan moral sesuai dengan yang dia butuhkan, (28%) responden kasus menyatakan tidak setuju jika keluarganya dekat dengan dia, (29,9%) menyatakan tidak setuju dengan pernyataan keluarga senang mendengar apa yang dia sampaikan mengenai kondisinya. (50%) responden menyatakan sangat tidak setuju jika sangat tergantung kepada keluarga untuk mendapatkan dukungan emosional. (42,2%) responden kasus menyatakan sangat tidak setuju dengan pernyataan keluarga sangat peka terhadap kebutuhan pribadinya dan (40,4%) responden kasus menyatakan sangat tidak setuju anggota keluarganya selalu membantu saya memecahkan masalah dengan baik.

Menurut asumsi peneliti dukungan keluarga dalam meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan TB paru akan sangat di butuhkan dan akan sangat membantu dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan, ini terbukti dari hasil penelitian menggunakan analisis multivariate dimana variabel keluarga merupakan salah satu faktor dominan terhadap kepatuhan pengobatan. Keluarga merupakan orang terdekat dengan penderita TB paru, keluarga dapat diandalkan dalam pengobatan TB paru sebagai pengawas minum obat (PMO). Keluarga juga berperan dalam memberikan dukungan kepada penderita TB paru apabila seorang penderita TB paru mendapat stigma negative dari masyarakat, sehingga dengan adanya dukungan keluarga akan memotivasi penderita TB untuk melakukan pengobatan secara tuntas.

6.7 Hubungan Persepsi Terhadap Dukungan Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB Paru.

Hasil penelitian diperoleh persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan kurang mendukung selama pengobatan TB paru (51,8%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (35,1%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan terhadap kepatuhan pengobatan TB paru ($OR=4$; 95% CI: 1,83-8,74; $p\text{ value}= 0,0001$), yang mengindikasikan bahwa ketidakpatuhan pengobatan TB paru pada responden dengan persepsi kurang mendukung cenderung 4 kali lebih berisiko untuk tidak patuh dibandingkan dengan responden yang mendapat dukungan petugas kesehatan dan secara statistik ada hubungan persepsi terhadap dukungan petugas kesehatan dengan kepatuhan pengobatan TB paru.

Sejalan dengan Rumimpunu *et al.* (2018) yang menyatakan ada hubungan antara dukungan petugas dengan kepatuhan pengobatan TB paru. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Sormin *et al.* (2015) yang menyatakan bahwa petugas kesehatan mempunyai peran terhadap kepatuhan berobat penderita tuberkulosis paru di Kelurahan Gambir.

Petugas kesehatan memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada pasien TB, sehingga akan sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan pada penderita TB Paru khususnya kepatuhan dalam meminum obat TB Paru. Beberapa hasil studi menemukan bahwa pasien yang tidak teratur berobat diantaranya dipengaruhi oleh kurangnya

penyuluhan dari petugas kesehatan, tidak adanya kunjungan rumah oleh petugas TB (Heriyanto, 2004 dalam Herawati *et al.*, 2020).

Dorongan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang mempengaruhi perilaku kepatuhan berobat penderita. Dorongan petugas kesehatan berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien dan secara terus menerus, memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (Rumimpunu *et al.*, 2018).

Petugas kesehatan dapat memantau terjadinya efek samping dengan cara mengajarkan kepada pasien untuk mengenal keluhan dan gejala umum efek samping serta menganjurkan mereka segera melaporkan kondisinya kepada petugas kesehatan. Selain daripada hal tersebut, petugas kesehatan harus selalu melakukan pemeriksaan dan aktif menanyakan keluhan pasien pada saat mereka datang ke fasyankes untuk mengambil obat. Seorang petugas kesehatan harus memberikan dorongan motivasi kepada penderita tuberkulosis paru untuk teratur berobat (Kemenkes, 2011)

Agar pengobatan TB dapat menghasilkan kesembuhan, maka setiap pasien perlu mendapatkan penyuluhan dan edukasi secara aktif tentang pentingnya pola hidup sehat dan asupan makanan yang tidak memperberat organ tubuh yang berhubungan dengan proses penyerapan obat TB, terutama pada kelompok usia tua, mengingat jangka waktu pengobatan TB yang lama yaitu minimal 6 bulan. Pentingnya edukasi tentang pengobatan TB sampai tuntas juga perlu dilakukan agar

mereka kemudian tidak berperan menjadi sumber penularan penyakit ini bagi orang lain. Edukasi mengenai pencegahan resistensi kuman TB perlu ditekankan pada pasien TB baik dengan tingkat pendidikan dasar maupun lanjutan (Kuntari *et al.*, 2012).

Petugas kesehatan selain sebagai pemberi pelayanan pengobatan juga memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan tuberkulosis. Perawat harus mengantisipasi bahwa pasien TB menghadapi risiko coping yang tidak efektif yang timbul dari stigma negatif. Peran perawat sebagai pendukung upaya kreatif klien untuk menggunakan mekanisme coping yang tepat (Romeoville *et al.*, 2012). Selain meningkatkan pengetahuan tentang tuberkulosis, hal penting lainnya yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan dalam mengurangi stigma adalah memberikan dukungan kepada orang-orang yang mengalami stigma. Dukungan yang diberikan kepada pasien adalah salah satu hal yang paling penting, mengingat stigma yang terkait dengan nilai-nilai dan sikap dari individu yang bersangkutan. Dukungan ini dapat menjadi kegiatan utama dalam mengurangi stigma dan meningkatkan proses perawatan (Courtwright & Turner, 2010).

Dukungan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien TB haruslah sesuai dengan standar pelayanan minimal, namun beberapa responden terutama pada kasus menyatakan persepsi mereka terhadap peran petugas kurang. Sebagaimana hasil penelitian menunjukkan sebanyak (56,9%) responden kasus menyatakan tidak setuju petugas kesehatan memberi tahu apa efek samping yang mungkin terjadi dari setiap obat TB, (29,8%) menyatakan sangat tidak setuju dengan

pernyataan petugas kesehatan memberi tahu apa saja tindakan yang akan dilakukan, (31,6%) menyatakan sangat tidak setuju dengan pernyataan petugas kesehatan memberi tahu saya bagaimana pengobatan TB nantinya, (35,1%) responden kasus sangat tidak setuju dengan pernyataan petugas kesehatan memberi tahu mengenai perubahan yang diharapkan dalam kesehatan saat memakai obat TB dan (47,4%) menyatakan tidak setuju prosedur perawatan dijelaskan dengan jelas oleh Petugas kesehatan.

Menurut asumsi peneliti faktor pelayanan kesehatan mempengaruhi terhadap kepatuhan berobat penderita TB paru. Salah satu bagian dari pelayanan kesehatan adalah petugas kesehatan. Peran petugas kesehatan sangat membantu dalam memberikan informasi tentang pentingnya pentingnya meminum obat secara teratur dan tuntas, menjelaskan mengenai aturan minum obat yang benar dan gejala efek samping yang mungkin dialami pasien, kesediaan petugas mendengarkan keluhan pasien dan memberikan solusinya.

6.8 Hubungan Public Stigma dengan Kepatuhan Pengobatan

Pasien TB Paru

Hasil penelitian terhadap *public* stigma diketahui kurang dari separuh responden (44,7%) menyatakan *public* stigma tinggi. Hasil analisis bivariat diperoleh proporsi responden yang menyatakan Stigma tinggi rendah selama menjalani pengobatan TB paru (64,9%) pada kasus lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol (24,6%). Hasil uji statistik diperoleh ada hubungan public stigma dengan kepatuhan pengobatan TB paru. Pada kenyataan sehari-hari, stigma adalah tindakan memberikan label sosial yang bertujuan untuk memisahkan atau mendiskreditkan

seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Secara spesifik, stigma terbagi menjadi stigma eksternal dan stigma internal atau biasa dikenal dengan istilah stigma diri. Dalam penelitian ini peneliti mengkaji stigma eksternal yaitu bagaimana responden mempersepsikan stigma yang datang dari luar seperti perasaan bahwa orang lain tidak mau berdekatan, duduk bersama, tidak mau makan bersama dalam satu meja makan.

Sejalan dengan penelitian Muhandiani *et al.* (2017) yang menyebutkan ada hubungan stigma lingkungan dengan proses kepatuhan berobat terhadap penderita Tb paru di wilayah kerja puskesmas gang sehat. Sebuah penelitian di Cina menyebutkan bahwa stigma dan gejala depresi berkaitan dengan perilaku pengobatan pada pasien TB (Shijiao Yan *et al.*, 2018). Datiko *et al.* (2020) dalam penelitiannya menyebutkan Lebih dari sepertiga orang Etiopia memiliki skor tinggi untuk stigma terkait TB, yang dikaitkan dengan status pendidikan, kemiskinan, dan kurangnya kesadaran tentang TB.

Adanya stigma TB akan memperparah kondisi kesehatan penderitanya, sebagaimana hasil penelitian Jittimanee *et al.* (2009) menyebutkan stigma TB yang tinggi secara independen dikaitkan dengan pasien yang memakai antibiotik sebelum mereka mencari pengobatan TB dan pertama kali mencari perawatan dari dokter swasta. Setelah didiagnosis dengan TB, pasien dengan stigma TB yang tinggi juga lebih mungkin dirawat di rumah sakit karena TB, yang menandakan tingkat keparahan penyakit.

Stigma terhadap penderita TB Paru dipengaruhi oleh lama menderita penyakit TB Paru hal ini dikarenakan proses penyembuhan TB Paru membutuhkan

waktu yang cukup lama yakni sekitar 6 bulan dengan cara mengkonsumsi obat secara teratur, jika penderita tidak teratur dalam mengkonsumsi obat penderita mengalami lagi ketahap awal (Sutrisna, 2017). Label negatif yang diberikan oleh seseorang atau kelompok kepada orang-orang tertentu atau kelompok tertentu disebut stigma. Stigma ini biasanya dipengaruhi oleh penyakit kronis yang menular (Suprayitno *et al.*, 2017). Sumber stigma pada penelitian ini berasal dari saudara, teman dan masyarakat sehingga responden mengalami persepsi negatif yang menyebabkan penurunan harga diri sehingga gagal atau tidak patuh dalam menjalani pengobatan.

Stigma publik adalah reaksi yang diberikan oleh masyarakat terhadap orang-orang yang menderita penyakit atau gangguan di masyarakat. Stigma publik dan stigma diri dapat dipahami dalam tiga komponen: *stereotip*, prasangka, dan diskriminasi. Stigma mengacu pada sikap dan kepercayaan yang membuat orang menolak, menghindari, atau takut pada orang yang mereka anggap berbeda. Stigma adalah kata Yunani yang dalam asal-usulnya disebut semacam tanda yang dipotong atau dibakar ke dalam kulit. Ini mengidentifikasi orang sebagai penjahat, budak, atau pengkhianat yang harus dihindari. Psikolog sosial memandang stereotip sebagai struktur pengetahuan sosial yang efisien dan dipelajari oleh sebagian besar anggota kelompok sosial. *Stereotip* dianggap "sosial" karena mereka mewakili gagasan kelompok orang yang disetujui bersama. Mereka "efisien" karena orang dapat dengan cepat menghasilkan kesan dan harapan individu yang termasuk dalam kelompok *stereotip* (Craig *et al.*, 2018)

Stigma tuberkulosis (TB) dianggap konsep yang kabur, karena tidak mudah dinilai. Namun para peneliti mencoba untuk meninjau pendekatan metodologis

untuk menilai stigma TB. Studi yang dipublikasikan dan menyajikan fitur utama dari penilaian kualitatif dan kuantitatif stigma TB, yang telah dilakukan dalam satu proyek khusus di Nikaragua. Secara keseluruhan, peneliti menggambarkan berbagai stigma TB dalam hal domain, konsekuensi, penentu dan metode yang digunakan. Namun hasil tinjauan menunjukkan relatif rendah pengalaman penilaian terhadap stigma TB, terutama dalam melihat konsekuensi pasien TB, penggunaan metode kuantitatif dan skala. Diperlukan studi penilaian tambahan dalam konteks yang beragam sehingga stigma akan dianggap sebagai prioritas dalam organisasi perawatan untuk orang yang terkena TBC (Macq *et al.*, 2006).

Adanya pandangan negative atau stigma terhadap penderita penyakit TB paru akan menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan berobatnya (Herawati *et al.*, 2020). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden yang tidak patuh berobat (64,9%) mengalami stigma tinggi. Hasil wawancara diperoleh stigma yang dialami oleh responden yang tidak patuh dalam melakukan pengobatan TB antara lain (57,9%) responden menyatakan beberapa orang mungkin tidak mau makan atau minum bersama teman yang menderita TB, (61,9%) menyatakan mereka berpikir orang merasa tidak nyaman berada di dekat orang yang menderita TB, (70,2%) menyatakan orang akan menjaga jarak dengan penderita TB, (40,4%) menyatakan mereka merasa orang tidak mau berbicara dengan orang lain dengan TB, (47,8%) merasa orang takut dengan penderita TB, (54,4%) berpikir orang tidak akan mencoba menyentuh orang lain dengan TB, (56,1%) berpikir orang mungkin tidak mau makan atau minum dengan saudara yang memiliki TB, (56,1%) menyatakan

orang yang menderita TB merasa sedih dengan reaksi orang lain terhadap mengetahui bahwa mereka menderita TB, (56,1%) responden berpikir orang yang memiliki TB takut untuk memberi tahu mereka di luar anggota keluarga mereka dan sebanyak (70,2%) responden berpikir orang yang memiliki TB takut untuk memberi tahu keluarga mereka bahwa mereka memiliki TB.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan TB paru dapat disimpulkan faktor karakteristik yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pengobatan TB paru adalah, pendidikan dasar, pekerjaan non formal. Faktor dukungan sosial yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pengobatan TB paru adalah dukungan keluarga kurang mendukung, persepsi terhadap dukungan petugas kurang mendukung dan ada hubungan public stigma yang dirasakan tinggi dengan ketidakpatuhan pengobatan TB paru.

Berdasarkan nilai p value menunjukkan variabel public stigma tinggi (p value= 0.001) sehingga menjadi faktor paling berhubungan dengan kepatuhan pengobatan pasien TB paru dengan nilai Odds Ratio 4,4 kali (95%; CI; 1,88-10,6) sehingga kecenderungan tidak patuh menjalani pengobatan TB paru pada variabel public stigma 4 lebih dominan dibandingkan variabel lainnya.

7.2 Saran

1. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya diharapkan untuk melakukan monitoring dan evaluasi secara langsung di Puskesmas dan promosi kesehatan serta perencanaan untuk lebih mengoptimalkan pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis paru

2. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya agar dapat meningkatkan edukasi bagi keluarga penderita tuberkulosis paru untuk memberikan dukungan positif bagi penderita tuberkulosis sangat dianjurkan, karena keluarga penderita berpengaruh terhadap kepatuhan berobat penderita tuberkulosis paru.
3. Kepada petugas TB Kabupaten Nagan Raya agar dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien TB paru seperti memberikan konseling kepada pasien TB mengenai jenis obat, lama pengobatan, efek samping pengobatan serta bersikap empati terhadap pasien.
4. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya untuk lebih meningkatkan kerjasama lintas sektor terutama dengan dinas syariat islam dengan melibatkan ulama-ulama dalam hal penyampaian masalah TB paru kepada masyarakat sehingga dapat mengurangi stigma negatif masyarakat terhadap penderita TB paru.
5. Diharapkan kepada Petugas Puskesmas dalam wilayah Kabupaten Nagan Raya agar dapat bekerjasama dengan tokoh masyarakat desa untuk tidak membedakan masyarakat yang tidak menderita TB Paru dengan Penderita TB Paru itu sendiri dengan cara tetap mengikutsertakan penderita TB Paru dalam semua kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat sehingga penderita TB Paru dapat bersosialisasi dengan seluruh masyarakat.
6. Kepada penderita TB paru agar dapat melakukan pengobatan secara teratur sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan oleh petugas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abioye I., Omotayo M. & Alakija W., **Socio-demographic determinants of stigma among patients with pulmonary tuberculosis in Lagos, Nigeria**, *African health sciences*, 2011;11(3):100-104.
- Aceh D., **Data Tubekulsis tahun 2019**, Banda Aceh: Dinkes Aceh; 2020.
- Achmadi U.F., **Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah**, Jakarta: UI-Press; 2013.
- Arikunto S., **Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek**, Jakarta: Rineka Cipta, 2006.
- Bell D.J., Kapita Y., Sikwese R., van Oosterhout J.J. & Lalloo D.G., **Adherence to antiretroviral therapy in patients receiving free treatment from a government hospital in Blantyre, Malawi**, *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007;45(5):560-563.
- Chandrika K., **Health care seeking behaviour-A theoretical perspective**, *PARIPEX-INDIAN JOURNAL OF RESEARCH*, 2019;6(1).
- Courtwright A. & Turner A.N., **Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions**, *Public health reports*, 2010;125(4_suppl):34-42.
- Craig G., Meershoek A., Zwerling A., Daftary A., Citro B., Smyth C., *et al.*, **TB STIGMA–MEASUREMENT GUIDANCE**, 2018.
- Craig G.M., Daftary A., Engel N., O'Driscoll S. & Ioannaki A., **Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries**, *Int J Infect Dis*, 2017;56:90-100.
- Crossley M., **Rethinking health psychology**: McGraw-Hill Education (UK); 2000.
- Datiko D.G., Jerene D. & Suarez P., **Stigma matters in ending tuberculosis: Nationwide survey of stigma in Ethiopia**, *BMC Public Health*, 2020;20(1):190.
- Dean A.S., Cox H. & Zignol M., **Epidemiology of Drug-Resistant Tuberculosis**, *Adv Exp Med Biol*, 2017;1019:209-220.
- Dewanty L.I., Haryanti T. & Kurniawan T.P., **Kepatuhan Berobat Penderita TB Paru di Puskesmas Nguntoronadi I Kabupaten Wonogiri**, *Jurnal Kesehatan*, 2016;9(1):39-43.

- Dhingra V. & Khan S., **A sociological study on stigma among TB patients in Delhi**, *Indian J Tuberc*, 2010;57(1):12-18.
- Dick J., Jaramillo, E., Maher, D., Volmink, J. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**: World Health Organization; 2003.
- Dinkes, **Profil Kesehatan Aceh Tahun 2017**, Dinas Kesehatan Aceh, 2017.
- Djojodibroto D.R.D., **Respirologi**, Jakarta: EGC; 2009.
- Dos Reis J., **Factors associated with medication adherence among tuberculosis patients in Timor-Leste**: Queensland University of Technology; 2016.
- Erawatyningsih E.P., Heru Subekti, **Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita tuberkulosis paru**, *Berita Kedokteran Masyarakat*, 2009;25(3):117.
- Erawatyningsih P., Heru Subekti, Erni, **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Berobat pada Penderita Tuberkulosis Paru**, *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat (BKM)*, 2012;25(3):117.
- Fogel N., **Tuberculosis: a disease without boundaries**, *Tuberculosis (Edinb)*, 2015;95(5):527-31.
- Genberg B.L., Hlavka Z., Konda K.A., Maman S., Chariyalertsak S., Chingono A., *et al.*, **A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: Negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS**, *Social science & medicine*, 2009;68(12):2279-2287.
- Herawati C., Abdurakhman R.N. & Rundamintasih N., **Peran Dukungan Keluarga, Petugas Kesehatan dan Perceived Stigma dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberculosis Paru**, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 2020;15(1):19-23.
- Hermawati P., **Hubungan persepsi odha terhadap stigma haiv/aids masyarakat dengan interaksi sosial pada odha**, 2011.
- Istiawan R., Sahar J. & Bachtiar A., **Hubungan Peran Pengawas Minum Obat oleh Keluarga dengan Petugas Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Perilaku Pencegahan, dan Kepatuhan Klien TBC dalam Konteks Keperawatan Komunitas di Kabupaten Wonosobo**, *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 2006;1(2):96-104.
- Jittimanee S.X., Nateniyom S., Kittikraisak W., Burapat C., Akksilp S., Chumpathat N., *et al.*, **Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand**, *PLoS One*, 2009;4(7):e6360.

- Juniarti N. & Evans D., **A qualitative review: the stigma of tuberculosis**, *Journal of Clinical Nursing*, 2011;20(13-14):1961-1970.
- Kaulagekar-Nagarkar A., Dhake D. & Jha P., **Perspective of tuberculosis patients on family support and care in rural Maharashtra**, *The Indian journal of tuberculosis*, 2012;59(4):224-230.
- Kemenkes, **Infodatin Tuberculosis**, Jakarta, 2018.
- Kemenkes R., **Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis**, Kemenkes RI. Jakarta, 2011.
- Kementerian Kesehatan R., **Pedoman Pembemberantasan TB paru**, Jakarta: Subdin P2PI Kemenkes RI; 2009.
- Kipp A., Pungrassami P., Stewart P., Chongsuvivatwong V., Strauss R. & Van Rie A., **Study of tuberculosis and AIDS stigma as barriers to tuberculosis treatment adherence using validated stigma scales**, *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011;15(11):1540-1546.
- Kipp A.M., Pungrassami P., Nilmanat K., Sengupta S., Poole C., Strauss R.P., *et al.*, **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*, 2011;11(1):675.
- Kondoy P.P., Rombot D.V., Palandeng H.M. & Pakasi T.A., **Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien Tuberkulosis Paru di Lima Puskesmas di Kota Manado**, *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, 2014;2(1).
- Kuntari S., Husein A. & Sudaryanto S., **Hubungan Karakteristik Individu, Kepatuhan Minum Obat dan Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian Tidak Konversi Pasien Tuberkulosis di Kabupaten Klaten**, *Sanitasi: Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 2012;3(4):151-159.
- Kurspahić-Mujčić A., Hasanović A. & Sivić S., **Tuberculosis related stigma and delay in seeking care after the onset of symptoms associated with tuberculosis**, *Medicinski Glasnik*, 2013;10(2).
- Liliweri A., **Prasangka dan Konflik; Komunikasi Lintas Budaya Masyarakat Multikultur**: LKIS PELANGI AKSARA; 2005.
- Link B.G. & Phelan J.C., **Stigma and its public health implications**, *The Lancet*, 2006;367(9509):528-529.

- Macq J., Solis A. & Martinez G., **Assessing the stigma of tuberculosis**, *Psychol Health Med*, 2006;11(3):346-52.
- Mando N.J., Widodo D. & Sutriningsih A., **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB di Puskesmas Janti Kota Malang**, *Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 2018;3(3).
- Muhardiani M., Mardjan M. & Abrori A., **Hubungan Antara Dukungan Keluarga, Motivasi Dan Stigma Lingkungan Dengan Proses Kepatuhan Berobat Terhadap Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Gang Sehat**, *JUMANTIK: Jurnal Mahasiswa dan Peneliti Kesehatan*, 2017;2(4).
- Muljono P., Sugihen B.G. & Susanto D., **Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb Pada Program "Community Tb Care" Aisyiah Kota Makassar**, *Jurnal Penelitian Komunikasi dan Pembangunan*, 2018;19(2):129-142.
- Muna L. & Soleha U., **Motivasi Dan Dukungan Sosial Keluarga Mempengaruhi Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Paru Di Poli Paru Bp4 Pamekasan**, *Journal of Health Sciences*, 2014;7(2).
- Netty N., Kasman K. & Ayu S.D., **Hubungan Peran Petugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis (TB) Paru BTA Positif di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Martapura 1**, *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2018;5(1).
- Nugroho R.A., **Studi Kualitatif Faktor Yang Melatarbelakangi Drop Out Pengobatan Tuberkulosis Paru**, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2011;7(1):83-90.
- Pablos-Méndez A., Gowda D.K. & Frieden T.R., **Controlling multidrug-resistant tuberculosis and access to expensive drugs: a rational framework**, *Bulletin of the World Health Organization*, 2002;80:489-495.
- Pameswari P., Halim A. & Yustika L., **Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Tuberkulosis di Rumah Sakit Mayjen H. A Thalib Kabupaten Kerinci**, *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 2016;2(2):116-121.
- Pasek M.S., **Hubungan persepsi dan tingkat pengetahuan penderita TB dengan kepatuhan pengobatan di kecamatan buleleng**, *JPI (Jurnal Pendidikan Indonesia)*, 2013;2(1).
- Prasetyo B. & Jannah L.M., **Metode Penelitian Kuantitatif: teori dan aplikasi**: RajaGrafindo Persada; 2005.

- Prasetyo B. & Jannah L.M., **Metode Penelitian Kuantitatif: Teori Dan Aplikasi**, PT Raja Grafindi Persada, Jakarta, 2005.
- Raya D.N., **Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu**, Nagan Raya: Dinkes Nagan Raya; 2020.
- Retnowati M., **Hubungan Pendidikan Dan Kepercayaan Dengan Stigma Tokoh Agama Terhadap Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Di Kabupaten Banyumas**, *Jurnal Bidan Prada*, 2017.
- Rodrigues I.L., Motta M.C. & Ferreira Mde A., **Social representations of nurses on tuberculosis**, *Rev Bras Enferm*, 2016;69(3):532-7.
- Romeoville I., Morrow M.R., Officer C.N. & Gottlieb L., **Nursing Theorists and Their Work by MR Alligood and AM Tomey (Eds.)**(Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier, 2010), *Nursing Science Quarterly*, 2012;25(2):201-202.
- Ruditya D.N., **Hubungan antara karakteristik penderita TB dengan kepatuhan memeriksakan dahak selama pengobatan**, *Jurnal berkala epidemiologi*, 2015;3(2):122-133.
- Rumimpunu R., Maramis F.R. & Kolibu F.K., **Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Dorongan Petugas Kesehatan Dengan Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Likupang Kabupaten Minahasa Utara**, *KESMAS*, 2018;7(4).
- Safri F.M., Sukartini T. & Ulfiana E., **Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Tb Paru Berdasarkan Health Belief Model di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulsari, Kabupaten Jember**, *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 2014;2(2).
- Santrock J.W., **Psikologi Pendidikan** Jakarta: Kencana Prenada Media Group; 2007.
- Sari I.D., Mubasyiroh R. & Supardi S., **Hubungan pengetahuan dan sikap dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru yang rawat jalan di Jakarta tahun 2014**, *Media Litbangkes*, 2016;26(4):243-248.
- Sarwan S. & Melina F., **Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Tingkat Kepatuhan Pengambilan Obat Anti Tuberkulosis Di UPTD Puskesmas Pengasinan Bekasi**, *JURNAL AKADEMI FARMASI BHUMI HUSADA JAKARTA: Mengembangkan Kreativitas & Meningkatkan Kualitas*, 2020;7(1):19-27.
- Septia A., Rahmalia S. & Sabrian F., **Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita tb paru**, *Jom Psik*, 2013;1(2):1-10.

- Shaluhayah Z., Musthofa S.B. & Widjanarko B., **Stigma Masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS**, *Kesmas: National Public Health Journal*, 2015;9(4):333-339.
- Soekanto S., **Sosial Budaya Dasar**, Jakarta: Gravindo Persada, 2000.
- Somantri I., **Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan**, Jakarta: Salemba Medika, 2009.
- Somma D., Thomas B., Karim F., Kemp J., Arias N., Auer C., *et al.*, **Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia [Special section on gender and TB]**, *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2008;12(7):856-866.
- Sormin P., Rochadi K. & Keloko A.B., **Gambaran Peran Serta Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Berobat Penderita TB Paru di Kelurahan Gambir Baru Kecamatan Kisaran Timur Tahun 2014**, *Kebijakan, Promosi Kesehatan dan Biostatistika*, 2015;1(1):14377.
- Sudigdo S., Sofyan, Ismael. **Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis**, Jakarta: Sagung Seto; 2011.
- Sulastri D., **Faktor Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia Sekolah Di Kecamatan Lubuk Kilangan Kota Padang**, *Majalah Kedokteran Andalas*, 2015;36(1).
- Suprayitno E., Khoiriyati A. & Hidayati T., **Gambaran Efikasi Diri dan Peak Expiratory Flow Rate Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)**, *Media Ilmu Kesehatan*, 2017;6(1):38-45.
- Sutrisna A.A., **Hubungan Efikasi Diri Dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis Paru di Rumah Sakit Paru Respira Yogyakarta: STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta**; 2017.
- Touso M.M., Popolin M.P., Crispim Jde A., Freitas I.M., Rodrigues L.B., Yamamura M., *et al.*, **[Social stigma and the families of patients with tuberculosis: a study based on cluster and multiple correspondence analysis]**, *Cien Saude Colet*, 2014;19(11):4577-86.
- Udwadia Z., **XDR-TB in India: when will we heed the alarm**, *JOURNAL-ASSOCIATION OF PHYSICIANS OF INDIA*, 2008;56(N):409.
- Van Rie A., Sengupta S., Pungrassami P., Balhithip Q., Choonuan S., Kasetjaroen Y., *et al.*, **Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales**, *Tropical medicine & international health*, 2008;13(1):21-30.

WHO, **Global Tuberculosis Report**, *World Health Organization*, 2018.

Widiyanto A., **Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kesembuhan Pasien Tuberkulosis Paru BTA Positif di Puskesmas Delanggu Kabupaten Klaten**, *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2017;6(1):7-12.

Pemberantasan Penyakit Paru dan Strategi DOTS [Internet. <http://www.usudigitalibrary.com>, 2005 [cited 12 Oktober 2016].

Widoyono. **Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya**, Jakarta: Erlangga; 2011.

Xu M., Markstrom U., Lyu J. & Xu L., **Survey on Tuberculosis Patients in Rural Areas in China: Tracing the Role of Stigma in Psychological Distress**, *Int J Environ Res Public Health*, 2017;14(10).

Yan S., Zhang S., Tong Y., Yin X., Lu Z. & Gong Y., **Nonadherence to antituberculosis medications: the impact of stigma and depressive symptoms**, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2018;98(1):262-265.

Yan S., Zhang S., Tong Y., Yin X., Lu Z. & Gong Y., **Nonadherence to Antituberculosis Medications: The Impact of Stigma and Depressive Symptoms**, *Am J Trop Med Hyg*, 2018;98(1):262-265.

Yoga A.T., **Tuberkulosis**, Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia; 2013.

Yuni I. & Arda D.A.M., **Hubungan Fase Pengobatan TB dan Pengetahuan tentang MDR TB dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB**, *Jurnal berkala epidemiologi*, 2016;4(3):301-312.

Yuni I.A., Dewa Ayu Made, **Hubungan Fase Pengobatan TB dan Pengetahuan tentang MDR TB dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB**, *Jurnal berkala epidemiologi*, 2016;4(3):301-312.

KUESIONER PENELITIAN

ANALISIS *PUBLIC STIGMA* DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIE*N* TB PARU DI KABUPATEN NAGAN RAYA

A. Identitas Responden

- 1) No Responden :
- 2) Umur :
- 3) Alamat :
- 4) Pendidikan :
- 5) Pekerjaan :
- 6) Pendapatan :
- 7) No HP :

B. Kepatuhan Berobat (berdasarkan kartu TB)

1. Kasus (pengobatan tidak lengkap)
2. Kontrol (pengobatan lengkap)

C. STIGMA

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Apakah anda berpikir beberapa orang mungkin tidak mau makan atau minum bersama teman yang menderita TBC		
2	Apakah anda berpikir orang merasa tidak nyaman berada di dekat orang yang menderita TB		
3	Apakah orang akan menjaga jarak dengan penderita TB		
4	Apakah Anda pikir orang tidak mau berbicara dengan orang lain dengan TB		
5	Apakah orang takut dengan TB		
6	Apakah Anda pikir orang tidak akan mencoba menyentuh orang lain dengan TB		
7	Apakah Anda pikir orang mungkin tidak mau makan atau minum dengan saudara yang memiliki TB		
8	Menurut Anda apakah orang yang menderita TB merasa sedih dengan reaksi orang lain terhadap mengetahui bahwa mereka menderita TB		

9	Apakah orang yang menderita TBC merasa sendirian		
10	Apakah Anda pikir orang yang memiliki TB takut untuk memberi tahu mereka di luar anggota keluarga mereka		
11	Apakah Anda pikir orang yang menderita TB merasa bersalah karena keluarga mereka memiliki beban untuk merawat Mereka		
12	Apakah Anda pikir orang yang memiliki TB takut untuk memberi tahu keluarga mereka bahwa mereka memiliki TB		

D. Dukungan Keluarga

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

KS : Kurang setuju

TS : Tidak setuju

STS : Sangat setuju

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	STS
1	Keluarga saya selalu memberikan dukungan moral sesuai dengan yang saya butuhkan					
2	Kebanyakan orang lain sangat dekat dengan keluarga sedangkan saya tidak					
3	Keluarga saya senang mendengar apa yang saya sampaikan mengenai kondisi saya					
4	Beberapa keluarga berbagi cerita dengan saya disaat mereka ada masalah					
5	Saya sangat tergantung kepada keluarga saya untuk mendapatkan dukungan emosional					
6	Setiap saya sedih ada anggota keluarga saya yang saya tuju untuk mengungkapkan perasaan					
7	Setiap apa yang sedang saya dan keluarga pikirkan, saya dan keluarga saling terbuka					
8	Keluarga sangat peka terhadap kebutuhan pribadi saya					
9	Anggota keluarga saya selalu membantu saya memecahkan masalah dengan baik					
10	Saya selalu berbagi dengan anggota keluarga saya					
11	Saya merasa tidak nyaman ketika bercerita tentang masalah yang saya hadapi dengan anggota keluarga saya					
12	Harapan saya anggota keluarga saya sangatlah berbeda					

E. Dukungan Petugas Kesehatan

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

KS : Kurang setuju

TS : Tidak setuju

STS : Sangat setuju

Petugas kesehatan seperti dokter, perawat, petugas laboratorium & sukarelawan

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	STS
1	Petugas kesehatan memberi tahu saya apa efek samping yang mungkin terjadi dari setiap obat TB?					
2	Petugas kesehatan memberi tahu saya apa yang akan dilakukan perawatan					
3	Petugas kesehatan memberi tahu saya bagaimana pengobatan TB nantinya					
4	Petugas kesehatan memberi tahu saya perubahan yang diharapkan dalam kesehatan saya saat memakai obat TB					
5	Prosedur perawatan dijelaskan dengan jelas oleh Petugas kesehatan					

TABEL SKOR

No	Variabel	No Urut	Bobot Skor					Rentang
			A	B	C	D	E	
1	Public stigma	1	2	1				(12-24) - Tinggi skor ≥ 18 - Rendah skor < 18
		2	2	1				
		3	2	1				
		4	2	1				
		5	2	1				
		6	2	1				
		7	2	1				
		8	2	1				
		9	2	1				
		10	2	1				
		11	2	1				
		12	2	1				
2	Dukungan Keluarga	1	5	4	3	2	1	(12-60) - Mendukung skor ≥ 35 - Kurang mendukung skor < 35
		2	5	4	3	2	1	
		3	5	4	3	2	1	
		4	5	4	3	2	1	
		5	5	4	3	2	1	
		6	5	4	3	2	1	
		7	5	4	3	2	1	
		8	5	4	3	2	1	
		9	5	4	3	2	1	
		10	5	4	3	2	1	
		11	1	2	3	4	5	
		12	1	2	3	4	5	
3	Dukungan Petugas	1	5	4	3	2	1	(5-25) - Mendukung skor ≥ 12 - Kurang mendukung skor < 12
		2	5	4	3	2	1	
		3	5	4	3	2	1	
		4	5	4	3	2	1	
		5	5	4	3	2	1	

BIODATA

Nama : Monica SusantiAnskar
Tempat dan Tanggal Lahir : Meulaboh, 17 Juni 1993
Alamat : DesaBlangSeumotKecBeutongKabNagan Raya
Pendidikan yang ditempuh : Magister Kesehatan Masyarakat
Pekerjaan : CPNS

Nama suami : Teuku Arivanullah
Pekerjaan : PNS
Nama Anak : 1. Teuku Zein Ahmad Alfatih
2. Teuku M Ziyad

Nama Orang Tua

Ayah : Drs H. M Andah A.K
Pekerjaan : PNS
Ibu : Hj Nurlimpah Amd. Keb
Pekerjaan : PNS
Alamat Orang Tua : DesaBlangSeumotKecBeutongKabNagan Raya

Pendidikan Yang Ditempuh

1. SDN 1 Seumot : Tamattahun2005
2. SMPN 1 Beutong : Tamattahun2007
3. SMAN 1 Seunagan : Tamat tahun 2010
4. D-3 Kebidanan : Tamat tahun 2013
4. D-4 Kebidanan : Tamattahun 2016