

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis telah ada sepanjang sejarah manusia. Bukti keberadaannya ditemukan pada lesi di tulang belakang mumi di Heidelberg, yang diperkirakan berasal dari tahun 5000 SM (Masriadi, 2017). Tuberkulosis paru adalah infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang bersifat tahan asam dan menyebar melalui udara. Penyakit menular ini tidak hanya memengaruhi kondisi fisik pasien, tetapi juga berpengaruh pada kualitas hidupnya (Suarnianti et al., 2022). Tuberkulosis dapat ditemukan di seluruh dunia, dengan jumlah kasus baru terbesar berasal dari Asia Tenggara (43%), Afrika (25%), dan Pasifik Barat (18%). Pada tahun yang sama, sekitar 86% kasus TB paru terkonsentrasi di 30 negara, di mana delapan negara menyumbang dua pertiga dari total kasus global. Tuberkulosis atau yang dikenal dengan TB adalah salah satu dari 10 penyebab utama kematian dari agen infeksi tunggal di seluruh dunia (WHO, 2021). Pada tahun 2023, TB menyebabkan sekitar 1,25 juta kematian. Secara global, sebanyak 10,8 juta orang menderita penyakit TB di tahun 2023. Kasus TB menyerang semua kelompok usia dan jenis kelamin. Namun sebagian besar (90%) adalah orang dewasa yang berusia ≥ 15 tahun. Sebanyak 55% adalah pria, sedangkan 33% wanita (WHO, 2023).

Pada tahun 2020, berdasarkan data WHO Indonesia menduduki peringkat kedua dengan kontribusi terbesar kasus TB setelah India. Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TB di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 41,7%. Data mengenai *dropout* pengobatan TB di Indonesia menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. Menurut laporan Kementerian Kesehatan, sekitar 20% hingga 30% pasien TB tidak menyelesaikan pengobatan mereka (Kemenkes, 2020). *Drop out* pengobatan TB di Indonesia merupakan masalah serius, karena apabila terjadi *drop out* dalam pengobatan TB maka potensi penularannya juga akan meningkat (Nadia P, 2022).

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan global yang menjadi salah satu dari 10 penyebab kematian dunia setelah HIV/AIDS. Secara global diperkirakan 1,2 miliar orang berisiko terinfeksi TB dan sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi TB bahkan 44% kasus Asia Tenggara. Indonesia menempati ranking ke-2 setelah India. Jumlah penderita terduga TB di Indonesia pada tahun 2019 sebanyak 3.414.150 kasus, angka insidensi sebesar 843.000 kasus pada tahun 2019 meningkat dari tahun sebelumnya sebanyak 566.623 kasus, angka prevalensi TB Indonesia adalah 0.4%, terdapat 400 orang terdiagnosis menderita TB Paru positif dari setiap 100.000 penduduk (Pramono, 2021).

Pasien TB Paru yang tidak menjalani terapi dengan patuh, akan membuat terapi tidak efektif dan mampu memperparah dampak kualitas penyakit tersebut menginfeksi tubuh lebih lama sehingga muncul gejala klinis pada pasien sehingga pasien harus pengobatan ulang (Amalia & Adinda, 2022); (Darise, Marhareni, 2023). Menurut Noranisa dkk. (2023), kualitas hidup seseorang terhadap kepuasan hidupnya, di mana individu yang sehat mental, dan jiwa dapat menjalani aktivitas tanpa hambatan. yang buruk dapat menyebabkan stres, kecemasan, bahkan sangat berat dalam menghadapi masa depan, sementara kualitas



hidup yang baik membuat seseorang lebih percaya diri, bahagia, dan optimis. Kualitas hidup pasien TB dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, termasuk aspek psikologis, sosial, spiritual, dan demografis. Pada penderita TB paru, kualitas hidup yang rendah dapat mengganggu kepatuhan terhadap pengobatan jangka panjang, menyebabkan kelupaan dalam minum obat, serta memperburuk efek samping seperti pusing dan mual. Sebaliknya, pasien dengan kualitas hidup yang baik lebih mampu merasakan manfaat pengobatan, memiliki kesehatan yang lebih baik, serta mendapat dukungan dari keluarga dan lingkungan yang positif. Diagnosis TB juga berpengaruh terhadap efektivitas tindakan pasien dalam menjalani perawatan.

Selain menjadi tantangan medis, TB juga menimbulkan persoalan sosial yang serius, terutama terkait stigma yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Endria & Yona (2019) menunjukkan bahwa depresi dan *social stigma* terhadap TB memiliki dampak signifikan dalam menurunkan kualitas hidup pasien. Depresi yang muncul akibat penyakit dan tekanan sosial dapat memperburuk kondisi fisik serta psikologis pasien, yang pada akhirnya berkontribusi pada rendahnya kesejahteraan mereka. Hasil penelitian Rosnania & Haerani (2024) menyatakan bahwa kualitas hidup pasien TB pada domain kesehatan psikologis sebagian besar responden mengalami kesehatan psikologis buruk, hal ini dapat terjadi akibat dampak dari stigma TB di masyarakat. Hal ini menegaskan bahwa adanya stigma yang dialami oleh pasien TB akan menimbulkan pengaruh negatif bagi kualitas hidup pasien TB, sehingga akan dapat memperburuk dan menurunkan kualitas hidup pasien tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh (Diana dkk., 2024) menyebutkan bahwa pasien TB sering menghadapi stigma dan diskriminasi dari masyarakat akibat persepsi negatif atau kurangnya pemahaman yang benar tentang penyakit ini. *Social stigma* terhadap penderita TB sering muncul akibat kurangnya pemahaman masyarakat, yang menganggap penyakit ini terkait dengan kebersihan pribadi atau status sosial. Akibatnya, pasien TB sering menghadapi diskriminasi dan isolasi, yang berujung pada dampak psikologis negatif seperti rendahnya rasa percaya diri dan peningkatan risiko depresi. Penelitian menunjukkan bahwa stigma ini dapat menghambat pasien dalam mengakses layanan kesehatan, bahkan menyebabkan putus pengobatan, sehingga memperburuk kondisi dan meningkatkan potensi penularan.

Pandangan negatif di masyarakat terkait TB, seperti anggapan bahwa penyakit ini hanya menyerang individu yang miskin, tidak menjaga kebersihan, atau berperilaku buruk, dapat menimbulkan stigma terhadap pasien TB. (Mau Leon dkk., 2024). Stigma tersebut dapat berdampak negatif pada kualitas hidup pasien, meningkatkan risiko penyebaran TB, dan menurunkan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan. Penerimaan diri sebagai penderita TB merupakan tahap yang penting dalam pengelolaan TB. Pasien yang merasa



atau merasa malu karena memiliki TB dapat mengalami terhadap pengobatan, menghadapi stres psikologis, dan kesulitan dalam menghadapi stigma dan diskriminasi (Kumwihar

berperan dalam memperburuk penyakit TB paru, karena dapat keterlambatan dalam pengobatan dan berdampak negatif pada penderita dalam menjalani terapi. Kebiasaan yang kurang tepat meningkatkan risiko penularan kuman TB paru kepada orang lain.

Berbagai faktor, baik dari dalam individu maupun lingkungan, dapat memicu penyebaran TB paru (Aryani dkk., 2021). Stigma sering kali dikaitkan dengan berbagai masalah kesehatan, terutama TB, yang muncul akibat cara penularannya, kurangnya pemahaman tentang penyebab dan pengobatannya, serta hubungannya dengan kelompok tertentu (Hasudungan dkk., 2020).

Penyakit TB Paru dapat menyebabkan stigma kepada pasien. Stigma terbagi menjadi menjadi tiga sumber yaitu stigma diri (*self stigma*), stigma sosial (*social stigma*), dan stigma institusi (*institutional stigma*) (Herawati dkk., 2020). Pasien TB sering mengalami *self stigma*, yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri seperti malu, takut, dan putus asa, yang muncul akibat pandangan masyarakat terhadap penyakit ini. *Self stigma* ini dapat menurunkan harga diri dan efikasi diri pasien, serta berdampak negatif pada proses diagnosis dan pengobatan, yang pada akhirnya meningkatkan risiko penularan TB (Sari, 2019). Stigma yang dialami pasien TB dari petugas kesehatan juga dapat mempengaruhi kepatuhan mereka dalam menjalani pengobatan. Penelitian oleh Herawati dkk. (2020) menunjukkan bahwa dukungan dari petugas kesehatan berperan signifikan dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada penderita TB paru. Kurangnya dukungan atau adanya stigma dari petugas kesehatan dapat memperburuk persepsi diri pasien dan menghambat proses penyembuhan.

Pasien TB yang mengalami interaksi sosial positif, seperti dukungan dari keluarga, teman, komunitas, dan tenaga kesehatan cenderung memiliki tingkat stres yang lebih rendah, kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan, serta motivasi yang lebih tinggi untuk sembuh. *Social stigma* dapat menyebabkan isolasi, kecemasan, serta depresi, yang pada akhirnya memperburuk kualitas hidup pasien. Ketakutan akan dijauhi atau dikucilkan sering kali membuat pasien enggan untuk terbuka mengenai kondisi mereka atau bahkan menghindari pengobatan, yang dapat memperpanjang masa penyakit dan meningkatkan risiko penularan. Selain itu, lingkungan kerja dan hubungan sosial dalam komunitas juga berperan dalam membentuk pengalaman hidup pasien TB jika mereka merasa diterima dan didukung, maka mereka lebih mungkin untuk tetap menjalani kehidupan sehari-hari dengan lebih baik dan memiliki harapan positif terhadap masa depan mereka (Priambada dkk, 2019).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (2023), tercatat 21.667 jumlah kasus TB dengan Kota Makassar yang menduduki kasus tertinggi dengan jumlah kasus 6.138. Berdasarkan pengambilan data primer yang dilakukan oleh peneliti di Dinas Kesehatan Kota Makassar, data terbaru di tahun 2024 ditemukan lima urutan tertinggi Puskesmas yang terdata dengan kasus tuberculosis yaitu Puskesmas Kaluku Bodoa dan Puskesmas Tamalatea merupakan puskesmas yang memiliki



1 untuk penderita TB di Kota Makassar yaitu sebanyak 147 mudian Puskesmas Bara-Baraya sebanyak 132 penderita, udiang sebanyak 117 penderita, Puskesmas Jongaya 113 Puskesmas Kassi-Kassi 109 penderita. Tingginya jumlah kasus ranya menjadi tantangan dalam aspek medis, tetapi juga lampak sosial bagi para penderita. Stigma yang melekat pada ring kali menyebabkan pasien mengalami diskriminasi, isolasi

sosial, serta hambatan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini pada akhirnya memengaruhi kualitas hidup mereka.

Berdasarkan besarnya masalah maka perlu dilakukan analisis lebih lanjut hubungan stigma dengan kualitas hidup pasien TB di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “Bagaimana hubungan stigma dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan stigma dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan *self stigma* yang dialami pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
2. Mendeskripsikan *social stigma* yang dialami pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
3. Mendeskripsikan *intitutional stigma* yang dialami pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
4. Mendeskripsikan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
5. Menganalisis hubungan *self stigma* dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
6. Menganalisis hubungan *social stigma* dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
7. Menganalisis hubungan *intitutional stigma* dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini digunakan sebagai informasi ilmiah dalam pengembangan ilmu kesehatan dan dapat menjadi bahan referensi bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan mengenai hubungan stigma dengan kualitas hidup penderita tuberkulosis.

1.4.2 Manfaat Institusi

Manfaat bagi perguruan tinggi yaitu menjadi titik acuan yang digunakan untuk tujuan perbandingan data stigma dan kualitas hidup pasien tuberkulosis. Serta data maupun hasil dari penelitian ini dapat dijadikan tambahan kepustakaan bagi instansi terkait.

1.4.3 Manfaat Praktis

Penelitian ini memberikan pengalaman yang berharga bagi peneliti menambah dan memperluas wawasan pengetahuan tentang dan kualitas hidup pasien tuberkulosis.



1 Umum Tuberkulosis

Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), tuberkulosis merupakan

penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Fuady et al., (2024) menyatakan bahwa mayoritas infeksi *Mycobacterium tuberculosis* terjadi di paru-paru, namun bakteri ini juga dapat menyerang berbagai organ tubuh lainnya, seperti otak, tulang dan sendi, kelenjar getah bening, perikardium, pleura, ginjal, laring, telinga tengah, usus, peritoneum, mata, serta kulit. TB dapat menyebar melalui droplet dahak yang dikeluarkan oleh penderita dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif. Meskipun peluang penularannya lebih kecil, tuberkulosis dengan BTA negatif tetap berisiko menularkan penyakit ini (Kemenkes RI, 2018).

Sejati & Sofiana (2015) menyatakan bahwa tuberkulosis adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri TB, ditandai dengan terbentuknya jaringan granulasi nekrotik sebagai respons tubuh terhadap infeksi. Penyakit ini dapat menyebar dengan cepat, terutama pada individu yang rentan dan memiliki sistem kekebalan tubuh lemah. Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang berhubungan dengan gangguan sistem kekebalan tubuh, karena sistem imun sebenarnya dapat mencegah terjadinya infeksi bakteri tuberkulosis. Pada manusia, penyakit ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu tuberkulosis primer, yang terjadi saat pertama kali terinfeksi, serta tuberkulosis pascaprimer, yang muncul setelah seseorang mengalami infeksi sebelumnya dan sembuh dalam kurun waktu tertentu. Perkembangan tuberkulosis pada manusia terjadi dalam dua tahap. Pada tahap pertama, individu yang rentan mengalami infeksi awal, sementara pada tahap kedua, penyakit ini dapat berkembang setelah beberapa tahun atau bahkan puluhan tahun, bergantung pada berbagai faktor yang memengaruhinya (Pai, 2020).

B. Faktor Penyebab

1) Jenis Kelamin

Sebagian besar penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa laki-laki berisiko terinfeksi daripada perempuan, hal ini dimungkinkan laki-laki lebih berat beban kerjanya, kurang istirahat, gaya hidup yang tidak sehat di luar rumah, seperti merokok dan minum alkohol lebih banyak berinteraksi sosial, paparan polusi udara, paparan polusi industri dan bermasyarakat (Pramono, 2021).

2) Gaya Hidup

Perilaku penderita tuberkulosis yang sering membuang dahak sembarangan bisa mengakibatkan orang yang disekitarnya tertular karena bakteri TB terdapat di dalam dahak penderita. Penderita TB yang tidak menerapkan etika batuk dan PHBS di tempat tinggalnya dapat memberikan kesempatan bakteri TB dengan mudah menulari orang lain. Faktor lainnya yang dapat mengakibatkan orang terpapar penyakit TB adalah perilaku merokok. Jika orang memiliki kebiasaan merokok maka orang tersebut lebih rentan tertular oleh bakteri TB (Pralambang & Setiawan, 2021).

Perilaku hidup sehat masyarakat merupakan salah satu faktor yang menyebabkan seseorang terkena tuberkulosis status sosial ekonomi; gizi buruk, lingkungan, dan perilaku hidup sehat masyarakat. Perilaku pasien terhadap penyakitnya dapat dilihat dari pengetahuan, sikap, dan tindakan pasien terhadap



penyakitnya, jika pengetahuan masyarakat terhadap suatu penyakit tidak atau belum diketahui, maka kemungkinan sikap dan tindakan terhadap resiko penularan penyakit tersebut kadang terabaikan. terdapat korelasi antara pengetahuan dengan upaya pencegahan TB penyebab kurangnya pengetahuan masyarakat dalam upaya pencegahan penularan TB yakni kurangnya informasi dan edukasi dari petugas kesehatan atau kader terkait dengan Tuberkulosis sehingga menyebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang Tuberkulosis (Lina Yunita dkk, 2023).

3) Pengetahuan Masyarakat

Faktor lain yang dapat mempengaruhi sikap seseorang seperti keluarga, pengaruh teman, pengalaman pribadi, dan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber. Bahwa tingkat pengetahuan dan upaya pencegahan penularan Tuberkulosis pada anggota keluarga. Hal ini menjadi masukan pentingnya tingkat pengetahuan keluarga dan pencegahan tuberkulosis paru pada keluarga. Pengendalian tuberkulosis lebih mungkin tercapai jika tingkat pengetahuan mengenai tuberkulosis meningkat di kalangan tenaga kesehatan yang mengelola kelompok berisiko tinggi (Lina Yunita et dkk, 2023).

C. Penularan

Tuberkulosis menyebar melalui udara (*droplet nuclei*) ketika penderita batuk, sehingga bakteri yang terkandung dalam percikan ludah dapat terhirup oleh orang lain saat bernapas. Masa inkubasi penyakit ini berkisar antara 3 hingga 6 bulan. Risiko infeksi bergantung pada durasi dan intensitas paparan terhadap sumber infeksi, tanpa keterkaitan dengan faktor genetik atau karakteristik individu lainnya. Risiko tertinggi terjadi pada anak di bawah usia 3 tahun, menurun selama masa kanak-kanak, kemudian meningkat kembali pada remaja, dewasa muda, dan lansia (Widoyono, 2011).

Setiap satu penderita tuberkulosis dengan BTA positif dapat menularkan penyakit ini kepada 10–15 orang lainnya, dengan kemungkinan penularan bagi setiap individu yang terpapar sekitar 17%. Studi lain menunjukkan bahwa kontak erat, seperti anggota keluarga yang tinggal serumah, memiliki risiko dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan kontak biasa yang tidak tinggal serumah. Penderita dengan BTA (+) dalam tingkat tinggi memiliki potensi besar untuk menularkan tuberkulosis, sedangkan individu dengan BTA (-) umumnya dianggap tidak menularkan penyakit ini (Widoyono, 2011).

Berdasarkan Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Kementerian Kesehatan RI (2014), penularan tuberkulosis terjadi melalui cara berikut:



Orang dengan TB dengan BTA positif menjadi sumber penularan melalui dahak yang dihasilkan, baik pada dewasa maupun anak. Iapun pasien TB dengan hasil BTA negatif dianggap tidak mengeluarkan kuman, sebenarnya dahaknya mungkin masih mengandung bakteri tuberkulosis. Hal ini terjadi jika jumlah bakteri dalam sampel dahak kurang dari atau sama dengan 5.000 bakteri per sampel, sehingga sulit terdeteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.

- 2) Pasien tuberkulosis dengan BTA negatif tetap berpotensi menularkan penyakit ini. Tingkat penularan pada pasien dengan BTA positif mencapai 65%, sementara pasien dengan BTA negatif tetapi hasil kultur positif memiliki risiko penularan sebesar 26%. Adapun pasien dengan hasil kultur negatif namun menunjukkan hasil positif pada foto toraks memiliki tingkat penularan sekitar 17%.
- 3) Infeksi dapat terjadi ketika seseorang menghirup udara yang mengandung droplet dahak yang bersifat infeksius.
- 4) Saat batuk atau bersin, penderita tuberkulosis melepaskan bakteri ke udara dalam bentuk droplet atau percikan dahak. Setiap kali batuk, sekitar 3.000 droplet dapat dihasilkan.

Secara umum, seorang penderita tuberkulosis tetap menular selama bakteri TB masih terdeteksi dalam dahaknya. Jika tidak menjalani pengobatan atau pengobatannya tidak dilakukan secara tuntas, bakteri TB dapat bertahan dalam dahak selama bertahun-tahun. Menurut Chin (2009), tingkat penularan penyakit ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- 1) Jumlah bakteri TB yang dikeluarkan oleh penderita.
- 2) Tingkat virulensi bakteri TB.
- 3) Paparan bakteri TB terhadap sinar ultraviolet.
- 4) Proses aerosolisasi yang terjadi saat batuk, bersin, berbicara, atau bernyanyi.
- 5) Prosedur medis berisiko tinggi, seperti otopsi, intubasi, atau bronkoskopi.

Menurut Buku Saku Panduan Kader TB Kemenkes (2025), beberapa kelompok berisiko tinggi terinfeksi tuberkulosis, antara lain:

- 1) Individu yang memiliki kontak erat dengan penderita TB yang belum menjalani pengobatan.
- 2) Orang dengan status gizi yang buruk.
- 3) Individu dengan sistem kekebalan tubuh lemah.
- 4) Bayi dan anak-anak yang berinteraksi dekat dengan penderita TB BTA positif.

D. Upaya Pengendalian

Strategi nasional untuk pengendalian tuberkulosis didasarkan pada pendekatan DOTS yang direkomendasikan oleh WHO dan telah terbukti efektif. Pendekatan ini terdiri dari lima komponen utama (Widoyono, 2011):

- 1) Dukungan politik dari para pengambil kebijakan, termasuk alokasi pendanaan.
- 2) Diagnosis dilakukan melalui pemeriksaan mikroskopis BTA dalam dahak.
- 3) Ketersediaan obat antituberkulosis (OAT) yang terjamin.
- 4) Obat-obatan jangka pendek dengan OAT, diawasi langsung oleh petugas kesehatan melalui sistem pencatatan dan pelaporan standar untuk memantau serta mengevaluasi program pengendalian tuberkulosis.
- 5) Menurut Pedoman Nasional Pengendalian TB Kemenkes (2011), dengan meningkatnya kasus tuberkulosis, WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengendalian TB pada awal tahun 1990-an dikenal sebagai DOTS (Directly Observed Treatment Short



Course). Dengan berbagai tantangan yang terus berkembang di banyak negara, strategi DOTS kemudian diperluas oleh Global Stop TB Partnership menjadi pendekatan yang lebih komprehensif (Kemenkes, 2011).

- 1) Meningkatkan, mengoptimalkan, dan menjaga kualitas strategi DOTS.
- 2) Menanggapi permasalahan terkait TB-HIV, MDR-TB, serta tantangan lainnya.
- 3) Berperan dalam penguatan sistem kesehatan.
- 4) Melibatkan seluruh penyedia layanan kesehatan, baik dari sektor pemerintah maupun swasta.
- 5) Memberdayakan pasien serta komunitas.
- 6) Melakukan serta mengembangkan penelitian lebih lanjut.

Strategi global dalam pengendalian tuberkulosis setelah tahun 2015 dirancang dalam tiga pilar utama beserta komponen-komponennya (Kemenkes, 2014), yaitu:

- 1) Integrasi layanan TB yang berfokus pada pasien serta upaya pencegahan TB
 - a) Deteksi TB sejak dini, termasuk uji kepekaan terhadap OAT bagi semua pasien, serta penapisan sistematis bagi kontak erat dan kelompok berisiko tinggi.
 - b) Pemberian pengobatan kepada seluruh penderita TB, termasuk pasien dengan resistansi obat, dengan dukungan yang berorientasi pada kebutuhan pasien (*patient-centered support*).
 - c) Kolaborasi dalam penanganan TB/HIV serta pengelolaan penyakit penyerta lainnya yang berkaitan dengan TB.
 - d) Pemberian pengobatan pencegahan bagi kelompok rentan dan berisiko tinggi, serta pelaksanaan vaksinasi untuk mencegah TB.
- 2) Kebijakan dan Sistem Pendukung yang Tegas dan Jelas
 - a) Dukungan politik yang diwujudkan melalui pemenuhan kebutuhan layanan serta upaya pencegahan tuberkulosis.
 - b) Partisipasi aktif masyarakat, organisasi sosial, serta penyedia layanan kesehatan, baik dari sektor pemerintah maupun swasta.
 - c) Implementasi layanan kesehatan semesta (*universal health coverage*) serta kebijakan lain yang mendukung pengendalian TB, seperti kewajiban pelaporan, registrasi vital, tata kelola yang baik, penggunaan obat secara rasional, dan pengendalian infeksi.
 - d) Jaminan sosial, pengentasan kemiskinan, serta berbagai inisiatif lain untuk mengurangi dampak faktor sosial terhadap TB.
- 3) Intensifikasi riset dan inovasi
 - a) Identifikasi, pengembangan, dan penerapan secara cepat terhadap alat, metode intervensi, serta strategi baru dalam pengendalian TB.
 - b) Pengembangan penelitian guna mengoptimalkan implementasi program serta mendorong inovasi baru untuk mempercepat upaya pengendalian TB.



E. Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis (TB) mencakup penggunaan regimen antibiotik tertentu selama jangka waktu yang cukup lama. Standar pengobatan TB mengikuti pedoman yang ditetapkan oleh organisasi kesehatan global seperti *World Health Organization* (WHO) dan bisa berbeda-beda tergantung pada jenis TB serta tingkat keparahannya. Berikut adalah praktik umum yang diterapkan dalam pengobatan TB (Kemenkes RI, 2019):

1) Regimen Standar Tuberkulosis

Regimen pengobatan standar untuk TB biasanya melibatkan kombinasi beberapa antibiotik untuk mencegah terjadinya resistensi. Sebagai contoh, untuk TB paru, regimen standar mencakup penggunaan isoniazid, rifampisin, pyrazinamide, dan ethambutol pada fase awal pengobatan, diikuti dengan isoniazid dan rifampisin pada fase lanjutan.

2) Durasi Pengobatan

Lama pengobatan TB biasanya berkisar antara 6 hingga 9 bulan, tergantung pada jenis TB, tingkat keparahan, dan respons pasien terhadap terapi.

3) Pengawasan Pengobata

Penting untuk melakukan pemantauan yang ketat terhadap pasien selama pengobatan TB untuk memastikan kepatuhan terhadap regimen, mendeteksi efek samping, dan mengevaluasi respons terhadap terapi.

4) Pengobatan Tuberkulosis Resisten Obat

Untuk tuberkulosis yang bersifat resisten terhadap obat, regimen pengobatan khusus mungkin diperlukan, yang dapat melibatkan penggunaan antibiotik yang lebih kuat atau durasi pengobatan yang lebih lama. Pengobatan TB resisten obat memerlukan pendekatan yang lebih kompleks dan bisa melibatkan kombinasi obat-obatan baru.

1.5.2 Tinjauan Umum Stigma

A. Definisi

Stigma kerap kali melekat pada masalah-masalah kesehatan, khususnya tuberkulosis. Yang menjadi alasan mengapa bisa muncul stigma pada TB adalah karena penularannya, pengetahuan yang kurang tepat akan penyebabnya, perawatannya atau berhubungan dengan kelompok-kelompok tertentu seperti tingkat ekonomi, ras minoritas, pekerja seks, tahanan penjara, dan orang yang terinfeksi HIV/AIDS. Stigma sangat berpengaruh pada program pengobatan tuberkulosis paru. Masalah utama dalam pengobatan tuberkulosis paru adalah keterlambatan dalam pengobatan dan putusnya pengobatan.

Salah satu penyebab dari masalah ini adalah munculnya stigma yang dialami pasien tuberkulosis paru untuk menghindari untuk berobat (Ningsih & Wulandari, 2020).

Stigma yang berkaitan dengan masalah kesehatan/penyakit merupakan proses sosial atau pengalaman pribadi yang ditandai dengan sikap negatif, penolakan, celaan, atau devaluasi karena adanya informasi sosial yang merugikan tentang individu tersebut maupun penyakitnya berkaitan dengan masalah kesehatan tertentu. Stigma



pada penyakit tuberkulosis dapat menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan berobat pada klien TB (Silalahi dkk., 2022).

Menurut (WHO, 2020) *Social stigma* dalam konteks kesehatan adalah hubungan negatif antara seseorang atau sekelompok orang yang berbagi karakteristik tertentu dan penyakit tertentu. Terjadinya stigma terutama pada penderita penyakit kronik dan menular seperti TB paru akan menyebabkan penderita merasa takut, malu, putus asa dengan penyakit yang dimilikinya, dikucilkan oleh lingkungan sekitar atau orang terdekat, saat bersosialisasi dengan masyarakat cenderung membatasi diri karena penyakit yang dimiliki, tidak bisa memecahkan masalah dan sulit mengambil keputusan serta merasa rendah diri. Stigma muncul karena adanya persepsi bahwa penyakit TB adalah penyakit yang sangat menular, berbahaya, kotor dan terkait dengan kemiskinan (Timory & Modjo, 2023).

B. Jenis-Jenis

Konsep tiga jenis stigma yaitu *self-stigma*, *social stigma*, dan *institutional stigma* berasal dari teori stigma yang diperkenalkan oleh Erving Goffman (1963).

1) *Self stigma*

Self stigma adalah kondisi ketika seseorang yang mengalami stigma dari masyarakat mulai mempercayai dan menginternalisasi pandangan negatif tersebut terhadap dirinya sendiri. Individu merasa malu, tidak berharga, atau bahkan menghindari mencari bantuan karena merasa dirinya tidak layak atau memang sesuai dengan stereotip negatif yang diberikan oleh masyarakat.

2) *Social stigma*

Social stigma adalah pandangan negatif, prasangka, atau diskriminasi yang diberikan oleh masyarakat terhadap individu atau kelompok tertentu yang dianggap berbeda atau menyimpang dari norma sosial. Stigma ini dapat menyebabkan individu atau kelompok tersebut mengalami perlakuan tidak adil, diasingkan, atau mengalami diskriminasi dalam kehidupan sosial.

3) *Institutional stigma*

Institutional stigma adalah bentuk stigma yang terjadi ketika lembaga atau organisasi, baik dalam sektor pemerintahan, pendidikan, kesehatan, maupun tempat kerja, memiliki kebijakan atau praktik yang secara sistematis mendiskriminasi kelompok tertentu. Stigma ini sering kali menghambat akses individu terhadap layanan, hak, atau peluang yang seharusnya mereka miliki.

C. Tipe Stigma

Menurut Goffman dalam Scheid dan Brown (2010) stigma dibagi

beberapa tipe, yaitu terdiri dari tiga tipe antara lain:

Stigma fisik yang mencakup cacat fisik atau penampilan yang dianggap tidak biasa, seperti kelainan tubuh atau kondisi kesehatan itu. Individu dengan stigma ini seringkali dipandang berbeda, dapat memengaruhi bagaimana mereka diperlakukan dalam interaksi sosial.

Stigma karakter yang berhubungan dengan sifat-sifat pribadi individu, seperti kecanduan, perilaku kriminal, atau tindakan sosial



yang dianggap menyimpang. Mereka yang memiliki stigma karakter mungkin mengalami penghakiman yang lebih besar dari orang lain karena tindakan atau perilaku mereka.

- c. **Stigma Asosiasi** yang muncul karena keterkaitan dengan kelompok tertentu, misalnya berdasarkan ras, agama, atau orientasi seksual. Seseorang yang tergabung dalam kelompok yang distigmatisasi sering kali mengalami konsekuensi dari stigma tersebut, meskipun mereka sendiri tidak memiliki atribut yang dianggap negatif.

D. Penyebab Stigma

Salah satu penyebab jika seseorang distigma oleh seseorang karena orang tersebut memiliki penyakit kronik dan menular contohnya tuberkulosis paru. Penderita tuberkulosis paru yang dilabeli dengan stigma tersebut takut, malu, putus asa dengan penyakit yang dimilikinya, di jauhi oleh lingkungan sekitar atau orang terdekat, saat bersosialisasi dengan masyarakat cenderung membatasi diri karena penyakit yang dimiliki, tidak bisa memecahkan masalah dan sulit mengambil keputusan, serta merasa rendah diri dengan kondisinya yang sekarang. Selain itu dampak atau penyebab dari stigma ini adalah keterlambatan dalam melakukan diagnosis dan pengobatan sehingga risiko penularan semakin meningkat (Sari, 2019).

Menurut Moya & Lusk (2013) stigma bisa membuat penderita tuberkulosis paru menjadi stres psikologis, depresi, ketakutan, masalah dalam pernikahan dan pekerjaan serta membuat kondisi penyakit menjadi parah. Dampak tersebut membuat pasien tuberkulosis paru merasa minder dan tidak punya teman (Hidayati, 2015). Seseorang yang menderita tuberkulosis paru biasanya ditandai dengan berat badan yang turun serta kondisi lemah yang membuat penderita memiliki rasa takut jika penyakit yang dideritanya diketahui oleh orang lain. Hal tersebut berdampak pada pembatasan interaksi klien TB dengan lingkungan sosialnya (Sari, 2019).

E. Dimensi Stigma

Menurut Link & Phelan dalam Green (2005) definisi stigma yang mana menitikberatkan pada perspektif ilmu sosial yaitu muncul ketika komponen-komponen tersebut dapat menjadi alat ukur dalam proses pemberian stigma hingga pada akhirnya stigma menjadi identitas sosial, antara lain:

- 1) *Labeling*: masyarakat member label dan perbedaan yang dimiliki oleh anggota masyarakat.
- 2) *Stereotyping*: budaya yang dominan menghubungkan orang yang dilabel pada karakteristik tertentu yang tidak diharapkan (*stereotip* negatif).
- 3) *Separation*: adanya sebuah pemisahan antara "kita (sebagai pihak tidak memiliki stigma/pemberi stigma)" dengan "mereka (golongan/orang yang terstigma)". Hubungan label dengan atribut negatif menjadi pembenaran untuk mempercayai bahwa seseorang dilabel negatif maka secara mendasar berbeda dengan mereka yang tidak memiliki label. Jika pada waktu yang sama orang yang sama percaya bahwa memang berbeda, maka proses pemberian stigmat berhasil.



- 4) *Status loss dan discrimination*: seseorang yang mendapat stigma mengalami keadaan yaitu dirugikan dalam kehidupan sosial akibat stigmanya, yaitu antara lain: Kehilangan status atau mengalami penurunan status. Diskriminasi, baik secara individu (mendapat perlakuan yang tidak adil akibat stigma) maupun diskriminasi struktural (bukan karena semata-mata akibat stigma) yang dimilikinya maka kesempatan dalam kehidupan sosial yang dimilikinya menjadi terbatas, karena masyarakat memang dengan sengaja memberikan batasan akses kepada mereka yang memiliki stigma.

F. Dampak Stigma

Semakin sulit untuk mencegah penularan lebih lanjut karena penderita atau yang diduga menderita distigmatisasi dan di diskriminasi di masyarakat. Stigma hanya akan menyebabkan ketidakharmonisan di masyarakat dan menimbulkan masalah baru. Dalam bidang kesehatan, *social stigma* adalah hubungan negatif antara seseorang atau sekelompok orang yang menderita penyakit tertentu (Muncan et al., 2020).

Secara umum, stigma menyebabkan kelompok terdampak mengalami keterbatasan dalam beberapa aspek hidup, termasuk status sosial, kesejahteraan, dan kesehatan fisik. Stigma juga dapat mempengaruhi persepsi diri, kesehatan mental, hubungan sosial, dan bagaimana masyarakat bersatu dan berinteraksi satu sama lain. Mereka merasa malu, tidak memiliki harapan, stres, kecemasan, depresi, dan tidak berdaya. Mereka juga merasa cemas, khawatir, dan ragu untuk meminta bantuan orang terdekat (Kemenkes, 2016).

1.5.3 Tinjauan Umum Kualitas Hidup

A. Definisi

Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang mencakup berbagai aspek fisik, psikologis, dan sosial dari kehidupan individu. Menurut definisi dari World Health Organization (WHO), kualitas hidup mengacu pada persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup, serta dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran mereka. Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup meliputi kesehatan fisik, keadaan emosional, hubungan sosial, dan kondisi lingkungan (Gayatri et al., 2022).

Kualitas hidup pada pasien tuberkulosis (TB) mengacu pada persepsi individu tentang kesejahteraannya secara fisik, mental, sosial, dan ekonomi yang dipengaruhi oleh penyakit tersebut. Tuberkulosis, terutama dalam bentuk aktif atau multidrug-resistant (MDR-TB), dapat menimbulkan dampak signifikan terhadap kualitas hidup seseorang

gejala yang berkepanjangan, pengobatan jangka panjang, dan stigma. Kesehatan fisik biasanya terdampak akibat kelelahan, lapas, dan efek samping obat, yang secara langsung akan kapasitas kerja dan aktivitas harian pasien (Janan I, 2019).

Kualitas Hidup

hidup mencakup semua aspek kehidupan dan kesehatan keseluruhan. Menurut WHO (1996), kualitas hidup terbagi ke



dalam empat domain utama, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

1) Domain Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik memengaruhi berbagai aktivitas individu. Domain ini meliputi aktivitas harian, kondisi penyakit, gangguan tidur dan istirahat, tingkat energi dan kelelahan, ketergantungan pada obat-obatan dan layanan medis, serta kemampuan kerja.

2) Domain Psikologis

Domain psikologis berkaitan dengan kondisi mental seseorang dan cara mereka menghadapi situasi yang dialami. Aspek ini mencakup citra tubuh, perasaan negatif dan positif, harga diri, spiritualitas, kemampuan berpikir, belajar, daya ingat, serta konsentrasi.

3) Domain Hubungan Sosial

Hubungan sosial melibatkan interaksi antara dua orang atau lebih. Aspek ini meliputi hubungan interpersonal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.

4) Domain Lingkungan

Lingkungan mencakup tempat tinggal dan interaksi seseorang dengan lingkungannya. Domain ini meliputi sumber daya finansial, kebebasan, keselamatan, keamanan fisik, akses terhadap layanan kesehatan dan sosial, kualitas lingkungan rumah, kesempatan untuk belajar dan memperoleh keterampilan baru, kegiatan rekreasi, kondisi lingkungan fisik (seperti polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim), serta transportasi.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut (Yusniawati dkk., 2021), faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah:

1) Usia

Usia sangat mempengaruhi kualitas hidup individu, karena individu yang semakin tua akan semakin turun kualitas hidupnya. Semakin bertambahnya usia, munculnya rasa putus asa akan terjadinya hal-hal yang lebih baik dimasa yang akan datang.

2) Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Hal tersebut terjadi karena individu yang memiliki pendidikan yang rendah akan merasa tidak percaya diri dan merasa bahwa dirinya tidak berguna.

3) Status Pernikahan

Individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah. Karena pasangan yang menikah akan merasa lebih bahagia dengan adanya pasangan yang menyenangkannya.

Usia

Usia juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan lebih meningkatkan kualitas hidupnya. Dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup.



Tabel 1. 1 Tabel Sintesa Variabel Penelitian

Tabel berikut menyajikan sintesis dari penelitian terkait hambatan pengobatan pasien TB RO.

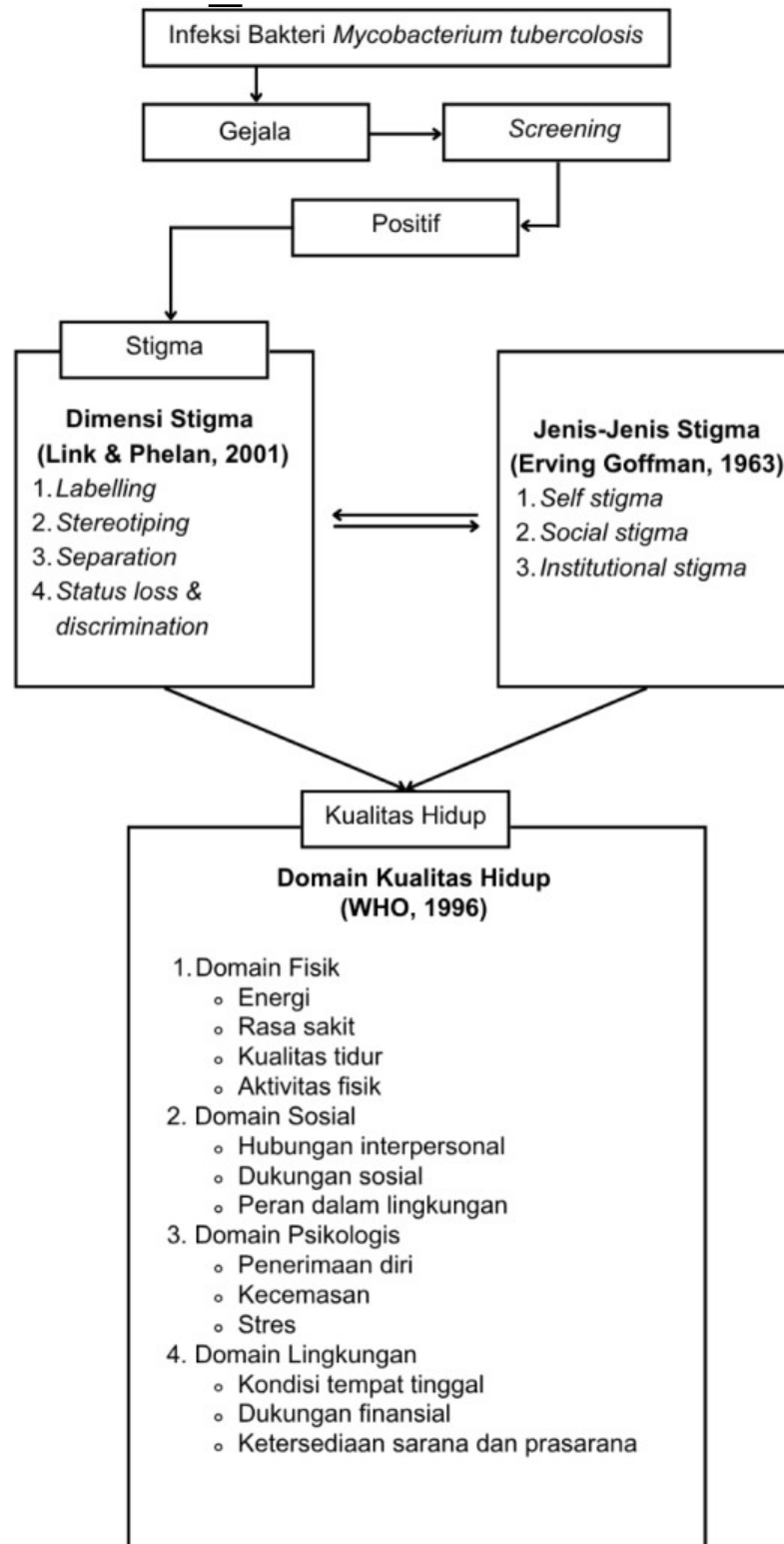
No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1	Riris Nur Rizqiya (2020) https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/104556	Hubungan Stigma Masyarakat dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien TB Paru di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Puhjarak Kecamatan Plemahan Kabupaten Kediri	<i>Cross sectional study</i>	45	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata stigma masyarakat yang dirasakan oleh responden tuberkulosis paru sebesar 66.00 dan mayoritas memiliki kepatuhan minum obat tuberkulosis paru tinggi sejumlah 26 responden (57.8%). Hasil uji analisis menggunakan spearman menunjukkan tidak terdapat hubungan stigma masyarakat dengan kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis paru (p value = 0.404).
2	Vika Endria dan Sri Yona (2019) https://ejournal.itekes-bali.ac.id/jrkn/article/view/151	Depresi Dan Stigma TB dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru	<i>Cross sectional</i>	96	Pada hubungan antara depresi dan kualitas hidup paling banyak responden mengalami depresi ringan yaitu 34 responden (35.4%). 21 responden dari jumlah tersebut memiliki kualitas hidup yang baik. Responden dengan tingkat depresi berat pada penelitian ini sebanyak 21 responden (21.9%).
	ulungan nimal.a@i22	Hubungan Stigma dengan Kepatuhan Pengobatan Tuberkulosis Paru di Kota Lhokseumawe	<i>Cross sectional</i>	83	Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara stigma dengan kepatuhan pengobatan. Semakin tinggi tingkat <i>self-stigma</i> pasien maka semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pasien di Kota Lhokseumawe



4	Afrida, Rosnania, dan Herty Haerani (2024) https://ojs.stikes.gunungsari.id/index.php/JBK/article/view/168/142	Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru	<i>Cross sectional</i>	46	Hasil penelitian sebagiann besar responden dengan kualitas hidup dengan domain kesehatan fisik baik 37 (80%), sebagian besar responden pada domain kesehatan psikologis buruk 26 (43%), sebagian besar responden pada domain hubungan sosial baik 38 (18%) dan sebagian besar responden pada domain lingkungan buruk 25 (54%).
5.	Dizky Ramadani Putri Papeo, Maria Immaculata, lis Rukmawati (2021) https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/ijpe/article/view/11143	Hubungan Antara Kepatuhan Minum Obat (MMAS-8) Dan Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF) Penderita Tuberkulosis Di Puskesmas Di Kota Bandung	<i>Cross sectional</i>	75	Diperoleh 96% pasien menunjukkan perubahan nilai dari positif menjadi negatif. Dari hasil ini terlihat adanya korelasi antara kuesioner MMAS-8 dan WHOQOL-BREF terkait kepatuhan minum dan kualitas hidup hidup pasien TB.
6.	Cut Rahmi Azalla, Maidar Maidar, Nizam Ismail (2020) http://jurnal.abulyatax.php/article/view	Analisis Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis Paru terhadap Kepatuhan Pengobatan Tuberkulosis di Wilayah Kabupaten Pidie Jaya Tahun 2020	<i>Cross sectional</i>	55	Proporsi kualitas hidup secara keseluruhan pada penderita tuberkulosis paru lebih tinggi kualitas hidup yang baik yaitu 61,8%. Sedangkan proporsi kepatuhan pengobatan yaitu sebesar 56,4% yang patuh.



1.6 Kerangka Teori



Gambar 1. 1 Kerangka Teori

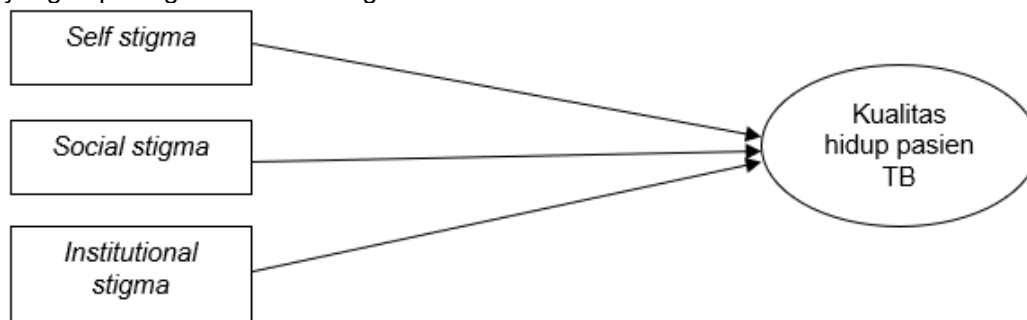
Modifikasi dari Teori Link dan Phelan (2001) ; Erving Goffman (1963) ; WHO (1996)



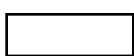
1.7 Kerangka Konsep

Stigma terhadap pasien tuberkulosis terdiri dari *self-stigma*, *social stigma*, dan *institutional stigma*, yang semuanya berkontribusi pada penurunan kualitas hidup pasien. *Self-stigma* muncul ketika pasien merasa malu atau bersalah atas kondisi mereka, yang dapat mengurangi harga diri dan menghambat proses penyembuhan. *Social stigma* yang berasal dari pandangan negatif masyarakat, menyebabkan diskriminasi dan pengucilan, sehingga pasien enggan mencari perawatan medis karena takut akan penilaian negatif. Selain itu, stigma institusional, yang mencakup kebijakan dan praktik dalam sistem kesehatan yang memperkuat stigma, dapat mengurangi kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan dan menghambat kepatuhan terhadap pengobatan. Penelitian menunjukkan bahwa semua bentuk stigma ini berdampak signifikan pada kesehatan mental dan fisik pasien, serta menurunkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Kumar et al., 2021).

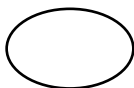
Kualitas hidup pasien TB dipengaruhi oleh faktor-faktor fisik, psikologis, dan sosial yang saling berkaitan. Pasien yang menghadapi stigma berisiko mengalami penurunan kualitas hidup, seperti gangguan psikologis, kesulitan dalam beraktivitas sehari-hari, dan penurunan semangat hidup. Penelitian menunjukkan bahwa stigma terhadap pasien TB berdampak pada kesehatan mental dan fisik mereka, serta menurunkan kualitas hidup secara keseluruhan (Pamukhti et al., 2023). Oleh karena itu, penting untuk mengurangi stigma melalui program edukasi masyarakat dan meningkatkan interaksi sosial yang mendukung, agar pasien dapat menjalani pengobatan dengan lebih baik dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Berdasarkan dasar pemikiran variabel penelitian yang dikemukakan sebelumnya, maka disusunlah kerangka konsep penelitian yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:



= Variabel Independen



= Variabel Dependen



= Arah hubungan

Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan stigma dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa. Variabel pada penelitian ini meliputi variabel independen (variabel bebas) yaitu *self stigma*, *social stigma* dan *institutional stigma* serta variabel dependen (variabel terikat) yaitu kualitas hidup penderita tuberkulosis. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan pengumpulan data melalui kuesioner yang mencakup indikator-indikator *self stigma*, *social stigma*, *institutional stigma*, dan kualitas hidup.



1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1. 2 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

NO	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
1.	<i>Self Stigma</i>	<i>Self stigma</i> (stigma diri) merupakan pandangan negatif yang diinternalisasi oleh seseorang terhadap dirinya sendiri akibat perlakuan masyarakat, sehingga menimbulkan perasaan malu, rendah diri, atau minder.	Kuesioner <i>self stigma</i> pada penderita tuberkulosis menggunakan kuesioner <i>TB Patient Stigma Scale</i> . Kuesioner ini terdiri dari 12 pernyataan yang 4 pilihan jawaban yaitu sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1)	• Rendah apabila skor: 12-24 • Sedang apabila skor: 25-36 • Tinggi apabila skor: 37-48	Ordinal
2.	<i>Social Stigma</i>	<i>Social stigma</i> (stigma sosial) adalah pandangan negatif yang diberikan oleh masyarakat terhadap individu atau kelompok tertentu karena kondisi atau karakteristik yang dianggap berbeda atau tidak diinginkan.	Kuesioner <i>social stigma</i> pada penderita tuberkulosis menggunakan <i>TB Patient Stigma Scale</i> . Kuesioner ini terdiri dari 11 pernyataan yang 4 pilihan jawaban yaitu sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1).	• Rendah apabila skor: 11-22 • Sedang apabila skor: 23-33 • Tinggi apabila skor: 34-44	Ordinal
		<i>Institutional stigma</i> (stigma institusional) adalah tindakan tidak adil dari sebuah lembaga yang membuat seseorang atau	Kuesioner <i>institutional stigma</i> pada penderita tuberkulosis menggunakan kuesioner <i>TB Stigma Assessment</i>	• Rendah apabila skor: 9-17 • Sedang apabila skor: 18-26	Ordinal



		kelompok sulit mendapatkan haknya, seperti dalam layanan kesehatan.	<i>Tool.</i> Kuesioner ini terdiri dari 9 pernyataan yang 4 pilihan jawaban yaitu sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1)	• Tinggi apabila skor: 27-36	
4.	Kualitas Hidup	Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang keadaan dan kondisi yang dialami selama dua minggu terakhir yang mencakup aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan	Kuesioner WHOQOL – BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan. Skor rentang 0-100. Skor semakin tinggi menunjukkan kualitas hidup yang tinggi.	• Kualitas hidup baik: Apabila Responden memperoleh total skor domain > 50 • Kualitas hidup buruk: Apabila responden memperoleh total skor domain ≤ 50	Nominal



BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain potong lintang (*cross sectional*), di mana variabel independen terdiri dari *self stigma*, *social stigma*, dan *institutional stigma* sedangkan variabel dependen adalah kualitas hidup yang diukur dalam waktu yang bersamaan. Desain yang diterapkan adalah deskriptif korelasional, yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (Notoatmodjo, 2012).

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

A. Lokasi Penelitian

Penelitian ini berlokasi di Puskesmas Kaluku Bodoa Kecamatan Tallo Kota Makassar dikarenakan lokasi ini merupakan kasus tertinggi penderita tuberkulosis di Kota Makassar.

B. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan selama satu bulan lebih yaitu pada bulan Maret sampai dengan April 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

A. Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini diambil dari seluruh pasien yang terdiagnosis pasien TB paru di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar yaitu sebanyak 147 orang.

B. Sampel Penelitian

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang dianggap dapat mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *non probability sampling* yaitu *exhaustive sampling*, yaitu teknik penentuan sampel dimana semua anggota populasi dijadikan sampel. Sehingga jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 147 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merujuk pada karakteristik atau persyaratan yang harus dipenuhi oleh setiap individu dalam populasi agar dapat dipilih sebagai sampel dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Pasien yang sedang menjalani pengobatan tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar
- b) Pasien TB paru usia ≥ 15 tahun (perempuan dan laki-laki)
- c) Pasien bersedia menjadi responden penelitian

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi mengacu pada karakteristik individu dalam populasi tidak memenuhi syarat untuk dijadikan sampel dalam penelitian (Notoatmodjo, 2014). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini :

- a) Pasien yang *dropout* pengobatan
- b) Pasien dengan kondisi fisik yang kurang atau tidak kondusif dalam komunikasi
- c) Pasien yang meninggal saat penelitian



2.4 Instrumen Penelitian

Peneliti membutuhkan beberapa instrumen untuk menjalankan penelitian pada saat di lapangan. Adapun alat dan bahan yang peneliti gunakan adalah sebagai berikut:

- 1) Kuesioner. Adapun kuesioner yang digunakan dalam penelitian untuk mengukur *self stigma* dan *social stigma* yaitu kuesioner *TB Patient Stigma Scale*, *institutional stigma* yaitu kuesioner modifikasi *TB Stigma Assessment Tool*, serta kualitas hidup pasien TB menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF.
- 2) Alat tulis untuk keperluan pengisian kuesioner
- 3) Alat dokumentasi atau kamera yang digunakan untuk mendokumentasikan proses yang dilakukan selama penelitian.

2.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui pengumpulan data primer dan data sekunder.

1) Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan oleh peneliti secara langsung dari subjek penelitian melalui lembar kuesioner atau angket. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara terstruktur dengan pasien TB di wilayah kerja Puskesmas Kaluku Bodoa.

2) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat peneliti berdasarkan sumber lain Notoatmodjo, (2012). Data sekunder yang diperoleh dari penelitian ini melalui data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar mengenai data Puskesmas yang memiliki kasus TB tertinggi di Kota Makassar dan Puskesmas Kaluku Bodoa mengenai data jumlah pasti populasi pasien TB.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

1) Pengolahan Data

Pengolahan serta analisis data pada penelitian terkait hubungan stigma dan interaksi sosial terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar tahun 2025 menggunakan SPSS (*Statistic Package for Social Science*). Data yang diolah kemudian disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi disertai dengan narasi. Adapun tahap pengolahan adalah sebagai berikut:

a) Pengolahan Data (*editing*)

Editing merupakan proses pengecekan dan perbaikan isi formulir dari hasil wawancara, angket, atau observasi langsung di lapangan (Notoatmodjo, 2012). Proses ini dapat dilakukan saat pengumpulan data maupun setelah data terkumpul.

b) Pembersihan Data (*Cleaning*)

Cleaning adalah proses pengecekan dan penghapusan data yang tidak sesuai dengan variabel penelitian. Data yang telah dimasukkan akan diperiksa kembali untuk memastikan tidak ada yang terlewat dalam proses *entry*. Dalam penelitian ini, *cleaning* dilakukan dengan meninjau ulang data pasien yang telah diinput ke dalam komputer, cakup variabel seperti jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, stigma, interaksi sosial dan kualitas hidup (Notoatmodjo, 2012).



c) **Pengkodean Data (Coding)**

Coding adalah proses pemberian kode atau simbol pada data yang telah dikumpulkan, baik dalam bentuk angka atau kode lainnya yang biasanya ditempatkan di pojok kanan atas.

d) **Pemasukan Data (Entry)**

Data yang telah dikodekan sesuai kategori kemudian dimasukkan ke dalam tabel dengan menghitung frekuensi data (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini, pengolahan data dilakukan menggunakan program SPSS di komputer.

e) **Tabulasi Data (Tabulating)**

Tabulasi dilakukan dengan menyusun data yang telah dikodekan ke dalam tabel yang tersedia menggunakan tabel distribusi.

2) **Analisis Data**

a) **Analisis univariat**

Analisis Univariat adalah analisis yang dilakukan untuk mengetahui frekuensi dari masing-masing variabel untuk mendapatkan gambaran umum variabel yang akan diteliti.

b) **Analisis bivariat**

Analisis Bivariat dilakukan dengan tujuan untuk melihat kemaknaan besarnya hubungan atau pengaruh antara variabel independen dengan variabel dependen dengan tabulasi silang atau *crosstab*. Pada penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk mengetahui adanya hubungan stigma dengan kualitas hidup pasien Tuberkulosis di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar tahun 2025. Metode statistik yang digunakan untuk menguji adanya hubungan atau pengaruh antara variabel tersebut menggunakan uji Statistic Chi-square. Chi-square dapat digunakan untuk menguji hubungan atau pengaruh dua variabel yang menggunakan taraf signifikansi $\alpha = 0,05$. Untuk mengetahui ketetapan adanya hubungan antar variabel dilakukan uji dengan interpretasi sebagai berikut:

- Jika $p\text{-value} < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, terdapat hubungan variabel independen dengan variabel dependen.
- Jika $p\text{-value} > 0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak, tidak terdapat hubungan variabel independen dengan variabel dependen.

3) **Penyajian Data**

Penyajian data merupakan proses menampilkan hasil analisis data dalam format yang mudah dipahami. Dalam penelitian ini, data disajikan dalam bentuk tabel serta dijelaskan secara naratif.

