

BAB I

PENDAHULUAN UMUM

1.1 Latar Belakang

Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan telah menunjukkan komitmen Indonesia untuk melaksanakan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs) secara inklusif, sistematis, dan transparan. Mengakhiri epidemi TB pada tahun 2030 adalah salah satu target kesehatan *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Allué-Guardia et al., 2021; Fukunaga et al., 2021). Target untuk 2030 adalah penurunan sebesar 90% jumlah kematian TBC dan penurunan sebesar 80% angka insidensi TB (kasus baru per 100.000 populasi per tahun) dibandingkan dengan angka di tahun 2015 untuk pencapaian menuju target *End TBC* tahun 2035 (*World Health Organization*, 2015). SDGs merupakan bagian dari agenda komprehensif yang membingkai pembangunan berkelanjutan global hingga tahun 2030 (SDGs, 2024).

Secara global, jumlah orang yang sakit karena kasus insiden TB yang dimulai selama pandemi telah melambat dan cenderung stabil. Totalnya adalah 10,8 juta (*Uncertainty Interval* [UI] 95%: 10,1–11,7 juta) pada tahun 2023, sedikit meningkat dari 10,7 juta pada tahun 2022, di mana perkiraan peningkatan 134 kasus baru (95% UI: 125–145) atau 0,2%, masih jauh lebih tinggi dari 10,4 juta pada tahun 2021 dan 10,1 juta pada tahun 2020. Kasus berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2023, sebanyak 55% adalah laki-laki, 33% perempuan, dan 12% anak-anak dan remaja muda (WHO, 2024).

Asia Tenggara merupakan salah satu regional yang sampai saat ini masih menyumbangkan kasus TB-MDR/RR yang cukup besar di dunia (Arinaminpathy et al., n.d.; Min et al., 2021), dimana pada tahun 2021 terdapat tiga negara yang diperkirakan memiliki jumlah angka kasus yang tinggi di regional Asia Tenggara (V Bhatia, M Sharma, n.d.; WHO, 2022), yaitu India sebanyak 119,000 kasus (69,17%), Indonesia sebanyak 28,000 kasus (16,28%) dan Myanmar sebanyak 9700 kasus (5,64) dari total kasus untuk regional Asia Tenggara sebanyak 172030 kasus (Bhatia et al., 2023) Target antara tahun 2018 sampai 2022 lebih dari setengah juta pasien TB resisten Obat berhasil diobati pada wilayah Asia Tenggara (*World Health Organization*, 2022b).

Beban TB Resisten Obat (RO) di Indonesia merupakan salah satu yang tertinggi di dunia (Kementrian Kesehatan RI, 2019). Pada tahun 2023, terdapat 821.200 kasus, dengan jumlah kasus TB RO terkonfirmasi 12.482 kasus (Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2023).

Tren jumlah pasien TB RO yang ditemukan dan diobati setiap tahun mengalami peningkatan, walaupun pada tahun 2020 dan 2021 mengalami penurunan akibat pandemi (Setyawan & Mertaniasih, 2023). Jumlah pasien TB RO di tahun 2022 yang ditemukan kembali meningkat, lebih tinggi dari tahun 2019 (sebelum pandemi), yaitu sebanyak 12.531 pasien TB RO terdiagnosis dan 8.089 pasien memulai pengobatan TB lini kedua (Indarti et al., 2022). Proporsi pasien TB RO yang memulai pengobatan (*enrolment rate*) di tahun 2022 sebanyak 65%, masih jauh di bawah target nasional (95%) (Survei Kesehatan Nasional, 2023).

Salah satu faktor risiko yang berperan terhadap kegagalan dan ketidakberhasilan pengobatan serta keterlambatan pencarian layanan kesehatan adalah stigma, dan terbukti bahwa stigma TB bervariasi secara geografis dan subpopulasi sehingga menunda perilaku pencarian pengobatan (Nuttall et al. 2022). Stigma dapat memengaruhi 80% penderita terhadap kepatuhan pengobatan, sehingga penting dalam mengukur efektivitas intervensi stigma (Rosu et al. 2023). Stigma yang terkait dengan tuberkulosis telah terbukti 27% hingga 82% di seluruh dunia (Suganthi et al., 2008), selain itu, ditemukan terkait dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan dan kegagalan pengobatan (Duko et al., 2019), hal ini menghambat penyelidikan kontak serumah (Union et al., 1995), menghambat deteksi kasus (Osei et al., 2015), dan juga dikaitkan dengan tingginya angka kematian karena keterlambatan deteksi kasus (Adamu et al., 2017).

TB juga menjadi salah satu penyakit yang tinggi stigmatisasi bahkan sebagai penghalang utama dalam upaya pemberantasan TB diseluruh dunia (Fuady et al. 2023). Stigma yang sering dialami, prasangka dan sikap negatif seperti malu, menyalahkan, dan menghakimi dapat dialami penderita TB dan keluarganya yang berdampak kerugian ekonomi karena hilangnya pekerjaan. Sebuah penelitian studi kualitatif di Ethiopia hasil penelitian menunjukkan bahwa konsekuensi sosio ekonomi TB pada penderita dimana dari 844 penderita TB, 64,9% mengatakan bahwa mereka tidak mengalami apa-apa setelah menderita penyakit itu namun, 8,9% penderita kehilangan pekerjaan, 21% kehilangan pendapatan, 1,5% bercerai, dan 3,4% putus sekolah serta dan pengucilan sosial yang terkait dengan penyakit mental (Datiko et al., 2020). Penelitian lain secara *crosssectional* di Afrika Selatan menunjukkan hasil yang signifikan bahwa dengan adanya perbedaan persepsi tentang TB maka dukungan sosial sangat rendah terhadap orang dengan TB bahkan diidentik dengan penderita yang warna kulit hitam dan putih, perasaan bersalah karena menulari orang lain, perasaan kesepian,

stres dan depresi (Bresenham et al., 2020). Efek negatif lain dari stigma dapat sangat berdampak luas pada individu seperti sosial, ekonomi dan lainnya perempuan di Malawi, India, dan Bangladesh tampaknya paling menderita akibat stigma TB karena hubungan perkawinan mereka yang rentan (Hatherall et al., 2019)

Stigma menjadi masalah kesehatan, WHO serta Perserikatan Bangsa – Bangsa (PBB) mengakui bahwa stigma TB adalah penghalang utama dalam memerangi TB secara global (Jannatin et al. 2021), bahkan dampak stigma juga mempengaruhi akses mereka terhadap layanan yang berkaitan dengan diagnosis dan pengobatan bagi penderita TB, sehingga menyebabkan diagnosis tertunda atau keterlibatan layanan yang kurang optimal (Fuady et al. 2023). Hasil Penelitian secara signifikan menunjukkan bahwa faktor stigma terhadap TB dapat menyebabkan berkurangnya kepatuhan penderita TB terhadap program pengobatan, mengganggu kualitas hidup penderita dan hasil pengobatan yang lebih buruk diantara penelitian *crosssectional* yang dilakukan Syed Mustafa Ali, dkk di Pakistan menunjukkan bahwa dengan menggunakan kuesioner tervalidasi oleh Van Rie, dkk, menemukan hubungan antara persepsi stigma dan kurangnya pengetahuan TB (Ali et al. 2019). Beberapa penelitian lain juga menunjukkan hasil yang signifikan pada beberapa negara dengan menggunakan kuesioner tervalidasi oleh Van Rie diantaranya penelitian *crosssectional* studi di *South Africa* di oleh Kristina L, Bajema, dkk (Bajema et al. 2020), Alvin Kuo Jing Teo, dkk dengan *design* penelitian *mix method* di Combadia (Jing Teo et al. 2020), serta Ahmad Fuady, dkk di Indonesia (Fuady et al. 2023), hasil yang konsisten juga dengan Soemarko, dkk (Soemarko et al. 2023)

Kota Ambon berdasarkan hasil penelitian oleh Pusat Penyakit Tropis Universitas Gadjah Mada Tahun 2023 di enam (6) Kota di Indonesia diantaranya Aceh Besar, Kota Palangkaraya, Kota Bandung, Kota Semarang, Kota Ambon, Lombok Timur terhadap 1048 penderita TB di temukan stigma pada Penderita TB diantaranya 7,4% peserta merasa bahwa masyarakat memandang rendah keluarga mereka karena TB, 10,4% peserta merasa bahwa orang lain meremehkan mereka karena TB, 17,2% peserta merasa bahwa mereka dapat kehilangan pekerjaan mereka karena TB serta 20,7% peserta setuju bahwa mereka merasa kurang percaya diri karena TB (INA-TIME - Ahmad Fuady.pdf n.d.2023). Selain stigma menyebabkan kegagalan pengobatan juga mengakibatkan berpindahnya penderita ke fasilitas kesehatan lain setelah dinyatakan positif TB, pada tahun 2022, peningkatan penemuan kasus TB terjadi di seluruh jenis fasyankes, baik fasyankes tingkat pertama maupun rujukan tingkat

lanjut, dengan peningkatan notifikasi kasus tertinggi pada fasyankes swasta, mencapai 100% namun jumlah kasus TB yang diobati diantara total notifikasi kasus TB yang ditemukan tahun 2022 hanya mencapai 86% (*enrollment rate*) (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023). Beberapa mungkin telah didiagnosis tetapi tidak memulai pengobatan atau tidak diobati dengan tepat ini mengisyaratkan bahwa ada populasi TB yang signifikan yang tidak diketahui identitasnya (selanjutnya disebut : hilang atau *missing cases*) (Febriyeni et al., 2020). *Missing cases* TB merupakan istilah yang digunakan untuk kasus tuberkulosis yang tidak terdiagnosis atau terdiagnosis tetapi tidak tercatat dalam sistem pengawasan tuberkulosis surveilans nasional dan WHO. Penderita tuberkulosis yang tidak terdiagnosis disebut *underdiagnosis* dan tidak tercatat disebut *underreporting*, sehingga pengobatan yang tidak termonitoring akan memunculkan resistensi terhadap obat TB yang menyebabkan *Loss to Follow Up* (LTFU) (Chin & Hanson, 2017)

Penderita tuberkulosis yang kehilangan riwayat pengobatan (*loss to follow up*) meningkat dari tahun 2021 ke tahun 2022 yaitu (6,9%) ke (7,1%) dan kasus TB yang tidak dilakukan evaluasi hasil pengobatan terjadi penurunan pada tahun 2021 (3,9%) ke tahun 2022 (2,2%), (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023). Jumlah penderita TB angka putus berobat (*lost to follow up*) masih tinggi melebihi 10% khususnya di RS pemerintah, RS swasta dan TPMD/klinik swasta, terdapat empat provinsi diantaranya Jawa Barat, Banten, Gorontalo, dan DKI Jakarta sedangkan provinsi Maluku hanya menyumbang 63,1% dari target tersebut serta Penderita TB yang tidak dievaluasi dengan range 0,1-12,9% Provinsi tertinggi Maluku dan terendah Provinsi Sumatera Utara (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023)

Kota Ambon juga merupakan pusat gugus dan juga salah satu pusat rujukan TB di Provinsi Maluku dengan angka *Case Notification Rate paling tinggi dibandingkan dengan Kabupaten/Kota lainnya*. Data evaluasi program TB tahun 2022–2024: jumlah cakupan penemuan terduga tahun 2024 sebesar 83,4% (7,661 cakupan terduga) dengan target 90%, sehingga cakupan terduga masih di bawah standar nasional. Jumlah kasus TB tahun 2024 sebanyak 1.643 orang, yang terdistribusi di 22 puskesmas, 10 RS, BKPM, klinik, dan TPMD, sedangkan kasus TB RO tahun 2024 sebanyak 29 orang (Data Sekunder Dinas Kesehatan Kota Ambon Tahun 2024).

Penelitian yang dilakukan pada bulan Maret - Oktober 2025 di Kota Ambon menemukan bahwa terdapat kesenjangan antara jumlah penderita ternotifikasi dan penderita yang diobati, kesenjangan terjadi karena beberapa faktor diantaranya pengobatan pada dokter mandiri, pengobatan

yang tidak sesuai dengan lokasi penderita melakukan pemeriksaan TCM serta kasus transfer penderita pindah (*transfer out*) serta adanya stigma internal yang memepengaruhi ketidakpatuhan pengobatan, selain itu juga penguatan jejaring merupakan salah satu faktor penting untuk mengendalikan LTFU bagi penderita TB, beberapa aspek lainnya juga terjadinya LTFU bagi penderita TB adalah rujukan penderita/spesimen ke fasilitas pelayanan kesehatan TCM Fasyankes tersebut merupakan jejaring TCM dan hanya melakukan pemeriksaan mikroskopis untuk *follow up* harus dapat memberikan informasi bagi fasyankes lain untuk lakukan pengobatan kepada penderita yang hasil pemeriksaan BTA⁺ karena masih terdapat fasyankes yang tidak memiliki akses terhadap TCM. Terdapat juga penderita mangkir ataupun putus obat dan penderita pindah ke fasyankes non-DOTS yang dapat menghambat penyelesaian pengobatan. Untuk menjamin penderita TB menyelesaikan pengobatannya sampai tuntas, dibutuhkan jejaring eksternal di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pengobatan penderita TB yang dipindahkan harus dimasukkan dan dilaporkan secara teratur ke sistem surveilans nasional oleh unit yang memindahkan, tidak boleh ada penderita yang hilang saat dipindahkan antar unit perawatan (Melese et al., 2016), namun sebagian besar belum diatur pengaturan dengan baik (Ade et al., 2016), sehingga berdampak pada ketidakpatuhan pengobatan oleh karena itu perlu kerja sama yang terintegrasi antara petugas TB di tingkat kabupaten, unit pengirim dan unit penerima hal ini merupakan pendekatan yang efisien untuk mengidentifikasi penderita sehingga tidak berpotensi terjadi kasus LTFU (Kementerian Kesehatan RI, 2018), selain itu juga penderita TB melakukan pengobatan ke fasyankes terdekat dengan tempat tinggal penderita setelah Penderita memulai pengobatan TB di RS/Balkes Rujukan TB sangat dianjurkan karena keterjangkauan transportasi ke fasilitas kesehatan, biaya yang terkait dengan akses pengobatan, dapat menghambat kepatuhan terhadap pengobatan TB (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023).

Rencana dan strategi nasional dalam komitmen upaya eliminasi TB pada tahun 2030 salah satunya adalah pengurangan stigma dan diskriminasi pada populasi yang berisiko tinggi terkena TB dan populasi yang rentan melalui kampanye/edukasi kepada masyarakat (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023). Bentuk pemecahan masalah stigma terhadap penderita TB yang melibatkan aspek budaya karena TB merupakan penyakit sosial (*social disease*) membutuhkan pendekatan sosial (*social approach*) sebagai bentuk preventif, salah satu bentuk dengan

memanfaatkan budaya yang ada pada masyarakat dan bersifat lokal (*local window*), sehingga dapat dijadikan sebagai dukungan sosial (*social support*). Dukungan sosial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi stres (Yusnitasari et al., 2016; Lafuse et al., 2022). Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan sosial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok. Dukungan sosial penting untuk penderita penyakit kronik seperti tuberkulosis sebab dukungan sosial dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa, yang pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan. Adanya perasaan khawatir berlebihan terhadap penyakitnya, yang sebenarnya justru akan menghambat proses pengobatan penderita itu sendiri (Lestari, 2011; Fatarona, 2018).

Dukungan sosial mengacu pada jumlah perawatan yang dirasakan dan praktis yang diterima dari keluarga, teman dan/atau komunitas (Husna & Choliq, 2020). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa dukungan sosial memengaruhi kualitas hidup penderita TB. Penderita dengan dukungan sosial yang memadai dari keluarga, teman, dan komunitas cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Septiani, 2019). Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa persepsi dukungan sosial berhubungan dengan tekanan psikologis pada penderita TB selama pengobatan (Chen, Xu, et al., 2021). Salah satu bentuk dukungan sosial dengan memasukkan unsur budaya merupakan akumulasi dari kepercayaan individu, norma keluarga dan masyarakat yang tercermin dalam stigma, mitos pada masyarakat (Putri et al., 2021; Hartini et al., 2018). Kehidupan seorang penderita TB, yang sering kali berhadapan dengan stigma yang bersumber dari kepercayaan dan norma subjektif di masyarakat, nilai maupun kepercayaan masyarakat ini berpotensi menghalangi intervensi petugas kesehatan dalam upaya penyembuhan penderita TB (Anita, 2021). Budaya dapat dijadikan sebagai *sosial support* yang menyediakan intervensi yang berpusat pada masyarakat yang tidak hanya efektif tetapi juga dapat diterima dan didukung oleh masyarakat yang terkena dampak dan sesuai dengan konteks lokal dimana terdapat beberapa kemajuan yang luar biasa dalam pembuatan dan pelaksanaan uji klinis TB dalam beberapa tahun terakhir (Saluzzo et al. 2023), penderita TB perlu mendapatkan dukungan sosial yang kuat dari orang-orang di

sekitarnya agar pengobatannya berhasil, proses interaksi dalam hubungan yang meningkatkan koping, harga diri, rasa memiliki, dan kompetensi melalui pertukaran sumber daya fisik atau psikososial yang nyata atau yang dirasakan" adalah definisi dukungan sosial (Saidi and Manaf 2023).

Kota Ambon Provinsi Maluku memiliki Budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" (kamu rasa saya rasa) merupakan kearifan lokal masyarakat Maluku (Kadir & Kunci, 2012) demikian pula Kota Ambon, memiliki rasa yang muncul sebagai suatu kesadaran senasib, sepenanggungan, solidaritas, kesetiakawanan, dan tolong - menolong untuk mencapai kebahagiaan hidup bersama, "*Ale Rasa Beta Rasa*" juga merupakan suatu upaya membangun karakter masyarakat Maluku yang harmonis, rukun, dan tidak bersifat individualistis, walaupun memiliki perberbeda identitas namun tetap satu latar depan bernama persaudaraan, Budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" diyakini dapat menjadi *social support* bagi upaya pengendalian stigma dan LTFU TB di Kota Ambon. Pemanfaatan terhadap budaya lokal menjadi sangat penting, budaya lokal *Ale Rasa Beta Rasa* yang dimiliki oleh masyarakat Kota Ambon merupakan suatu modal sosial yang dapat dimanfaatkan guna meningkatkan rasa kebersamaan dan gotong royong.

Selain intervensi dukungan sosial dan budaya, aspek teknologi digital sebagai penggunaan aplikasi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap kepercayaan diri seseorang (Chuang et al. 2022). Pengetahuan dan sikap yang positif dapat memicu seseorang untuk menerapkan pencegahan bentuk sosial support untuk mengendalikan stigma yang ada di masyarakat, serta mendukung upaya meningkatkan pengobatan. Penggunaan teknologi informasi semakin meningkat, penggunaannya dapat dimanfaatkan oleh generasi milenial sebagai wujud kontribusi dalam mengedukasi masyarakat untuk meningkatkan Kesehatan. Selain itu, karakteristik kaum muda yang hidup di era komputer dan internet biasanya lebih inovatif, produktif, dan informatif hal ini tentu menjadi peluang untuk upaya penyehatan masyarakat melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat berbasis media digital dan teknologi. Kemajuan dan diversifikasi Teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dalam beberapa tahun terakhir ini benar-benar revolusioner dan membawa banyak peluang. Pada pertengahan tahun 2015, terdapat lebih dari 7,5 miliar sambungan telepon seluler di seluruh dunia, dan sekitar 40% dari populasi dunia memilikinya (*World Health Organization*, 2015).

Teknologi digital *Digital Adherence Technologies* (DATs) untuk kemajuan teknologi informasi saat ini, banyak sistem informasi dibuat untuk memantau dan merawat kondisi kesehatan masyarakat tertentu dimana salah satu tujuan utama penggunaan *mobile health* berbasis teknologi

informasi dalam bidang kesehatan adalah untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan (Murhum et al., 2022). Intervensi teknologi digital membantu memonitoring kepatuhan pengobatan, untuk membantu memonitoring kepatuhan pengobatan, beberapa negara seperti Tiongkok negara dengan populasi TB yang lebih besar (Du et al. 2023), memiliki resistensi obat yang tinggi (Bada et al. 2019) maka dikembangkan *Electronic Medication Monitor* (EMM) monitor pengobatan elektronik membantu kepatuhan pengobatan dengan keberhasilan pengobatan akan meningkat 0,2% akan tetapi keterbatasan EMM ini tidak menghasilkan data base peningkatan hasil pengobatan TB (N. Wang et al. 2021), dan juga *Continuing Medical Education* (CME) dari Program Pengendalian TB *China-Gates Foundation* menggunakan pengetahuan dasar dan teori tentang pengendalian TB, yang juga di lengkapi dengan video tutorial akan tetapi perangkat keras dan perangkat lunak yang terdapat pada aplikasi tidak mencukupi karena memerlukan pembiayaan yang besar (Z. Y. Wang et al. 2021). Indonesia melalui Kemenkes bersama yayasan bakti seperti Sobat TB, sebuah aplikasi Android yang berisi informasi terkait TB; Emphati (e-Mobile TB), sistem informasi Android yang dirancang untuk membantu pendampingan terhadap TB Resistensi Obat (TB-RO) untuk menyelesaikan pengobatan; serta Sitrust (Sistem Informasi Treking untuk Transportasi Spesimen), aplikasi mobile berbasis Android, ini juga dapat digunakan untuk mengirim contoh uji sampel secara elektronik (Kemenkes 2021).

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif wawancara mendalam bersama Kepala Seksi P2P TB Dinas Kesehatan Kota Ambon menyatakan bahwa SITB merupakan salah satu aplikasi yang digunakan untuk memonitoring sistem pencatatan pelaporan TB yang dilengkapi dengan fitur – fitur yang hanya di akses oleh petugas kesehatan TB di Dinas Kesehatan Kota Ambon dan juga Wasor TB di setiap puskesmas, namun SITB ini belum terintegrasi baik dengan dokter praktek mandiri namun begitu banyak penderita TB yang juga melakukan pengobatan di dokter praktek mandiri, sedangkan beberapa aplikasi lain seperti Sobat TB, Emphati TB serta Sitrus TB belum pernah diketahui dan sampai sekarang belum digunakan di Kota Ambon, dengan harapan bahwa adanya aplikasi yang lebih disiapkan oleh penderita sebagai penghubung dalam meningkatkan layanan kesehatan serta informasi bagi penderita TB. Selain itu juga bagi kasus transfer dari layanan kesehatan awal diagnosa kefasilitas kesehatan lain, alasan pemindahan karena berbagai aspek seperti lanjut pendidikan, ikut keluarga, pemindahan penderita dibekali dengan Formulir 09 dan 03 yang terintegrasi dengan SITB, namun terkadang penderita tidak melapor diri sesuai dengan alamat

rujukan faskes, petugas dalam pelacakan kasus mengalami keterbatasan karena alamat penderita pindah tidak sesuai sehingga berdampak pada angka kasus di Kota Ambon karena kasus TB bukan hanya merupakan penduduk asli Ambon namun juga masyarakat diluar Kota Ambon.

Hasil penelitian di Puskesmas Passo dan Air Besar menunjukkan bahwa sebagian responden memilih fasilitas kesehatan yang tidak sesuai dengan wilayah tempat tinggal mereka. Keputusan tersebut didorong oleh rasa malu dan kekhawatiran akan stigma sosial apabila diketahui menderita tuberkulosis (TB). Beberapa responden menyampaikan bahwa kader posyandu merupakan anggota keluarga mereka, petugas kesehatan adalah kerabat suami, atau tenaga kesehatan tinggal berdekatan dengan tempat tinggal mereka, sehingga menimbulkan kekhawatiran bahwa informasi mengenai penyakitnya akan diketahui oleh lingkungan sekitar. Bahkan, sebagian responden lebih memilih mengeluarkan biaya tambahan untuk transportasi guna berobat ke fasilitas kesehatan lain daripada menghadapi risiko diketahui oleh orang lain. Meskipun edukasi telah diberikan oleh petugas kesehatan, persepsi budaya terkait konsep sakit dan penyakit masih berpengaruh kuat terhadap perilaku pencarian pengobatan dan upaya penyembuhan yang mereka pilih.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, peneliti mengembangkan model intervensi berbasis budaya *Ale Rasa Beta Rasa* terhadap pengendalian stigma dan LTFU bagi penderita TB dengan penguatan digital sebagai salah satu inovasi intervensi berbasis lokal di Kota Ambon. Aplikasi digital ini dirancang agar mudah diakses melalui smartphone dan dilengkapi dengan fitur jadwal pengobatan, edukasi, pengingat minum obat, forum diskusi, serta ruang konsultasi, dengan memanfaatkan teknologi. Intervensi ini diharapkan dapat menjangkau penderita TB secara lebih luas dan memberikan dukungan yang berkelanjutan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu dilakukan kajian dan analisis bagaimana model intervensi berbasis budaya *Ale Rasa Beta Rasa* dengan penguatan digital terhadap pengendalian stigma dan LTFU tuberkulosis di Kota Ambon.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengembangkan model intervensi berbasis budaya *Ale Rasa Beta Rasa* dengan penguatan digital terhadap pengendalian stigma dan LTFU TB di Kota Ambon.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Mengeksplorasi budaya *Ale Rasa Beta Rasa* dalam pengendalian stigma dan LTFU TB
- 1.3.2.2 Mengembangkan model intervensi berbasis budaya ARBR dengan penguatan digital terhadap pengendalian stigma dan LTFU TB di Kota Ambon
- 1.3.2.3 Menilai pengaruh intervensi berbasis budaya ARBR dengan penguatan digital terhadap pengendalian stigma dan LTFU TB di Kota Ambon

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis Untuk Pelayanan Kesehatan

Penelitian diharapkan menjadi integrasi antara teknologi, budaya, dan pendekatan komunitas. Sistem pelayanan kesehatan menjadi lebih berkelanjutan karena didukung oleh rasa kepemilikan dan solidaritas sosial masyarakat Ambon melalui aplikasi digital TBCare ARBR, sehingga tenaga kesehatan dan pemuda relawan ARBR TB dapat memantau perkembangan pengobatan penderita secara *timeline*, mengingatkan jadwal minum obat, mengendalikan LTFU, sehingga proses penyembuhan lebih tinggi.

1.4.2 Manfaat Institusional bagi Perguruan Tinggi

Penelitian dapat dimanfaatkan dalam kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Model dan aplikasi yang dikembangkan dapat digunakan sebagai media pembelajaran, studi kasus, dan alat intervensi dalam kegiatan pengabdian di masyarakat.

1.4.3 Manfaat bagi Akademik dan Pengembangan Ilmu Pengetahuan

- a) Kontribusi konseptual terhadap ilmu kesehatan masyarakat dan antropologi kesehatan, di mana hasil penelitian ini memperkaya kajian ilmiah tentang integrasi antara pendekatan budaya lokal *Ale Rasa Beta Rasa* dengan strategi intervensi kesehatan berbasis digital. Hal ini memberikan kerangka baru dalam memahami hubungan antara nilai budaya, perilaku kesehatan, dan keberhasilan pengobatan penyakit menular seperti TB.
- b) Pengembangan model intervensi berbasis kearifan lokal yang dihasilkan menjadi kontribusi orisinal dalam pengembangan intervensi berbasis masyarakat yang tidak hanya bersandar pada aspek medis, tetapi juga pada nilai-nilai sosial dan budaya yang hidup di komunitas.
- c) Inovasi digital dalam pendekatan sosial kesehatan dalam penelitian ini memperkenalkan digital TBCare sebagai inovasi teknologi yang berfungsi sebagai media penguatan komunikasi, pendampingan penderita TB dengan pendekatan humanis berbasis nilai *Ale Rasa Beta Rasa*.
- d) Penelitian ini menjadi bahan ajar atau referensi untuk bidang ilmu kesehatan masyarakat, sosiologi kesehatan, dan teknologi informasi kesehatan bagi akademis dan peneliti lokal. Hasil penelitian ini mendorong penguatan kapasitas riset di wilayah Timur Indonesia, khususnya dalam mengembangkan model intervensi berbasis konteks lokal yang dapat direplikasi di daerah lain dengan karakter sosial-budaya serupa.

1.4.4 Manfaat Kebijakan Kesehatan

Penelitian menjadi dasar bagi pemerintah daerah untuk mengintegrasikan pendekatan budaya dalam strategi nasional pengendalian TB, terutama pada wilayah dengan keberagaman budaya seperti Maluku.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1.5.1 Lokasi Penelitian

Penetapan lokasi penelitian ditetapkan berdasarkan permasalahan stigma dan LTFU TB serta jumlah kasus TB tertinggi, antara lain, di dua

wilayah puskesmas, yaitu Puskesmas Passo dan Puskesmas Air Besar, di Kota Ambon, Provinsi Maluku.

1.5.2 Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini antara lain variabel independen intervensi Buku TB, Buku Saku Pengendalian Stigma dan LTFU TB dan Panduan Penggunaan Aplikasi TBCare, Aplikasi TBCare ARBR, Leaflet tuberkulosis, variabel dependen Stigma dan LTFU TB.

1.6 Kebaharuan Penelitian

- 1.6.1 Penelitian pertama di Maluku yang mengintegrasikan nilai budaya lokal *Ale Rasa Beta Rasa* (ARBR) dengan masalah kesehatan masyarakat
- 1.6.2 Inovasi pengembangan aplikasi digital TBCare ARBR pertama di Kota Ambon
- 1.6.3 Terbentuknya kelompok pemuda/kader ARBR TB pada 2 wilayah puskesmas di Kota Ambon

1.7 Output Penelitian

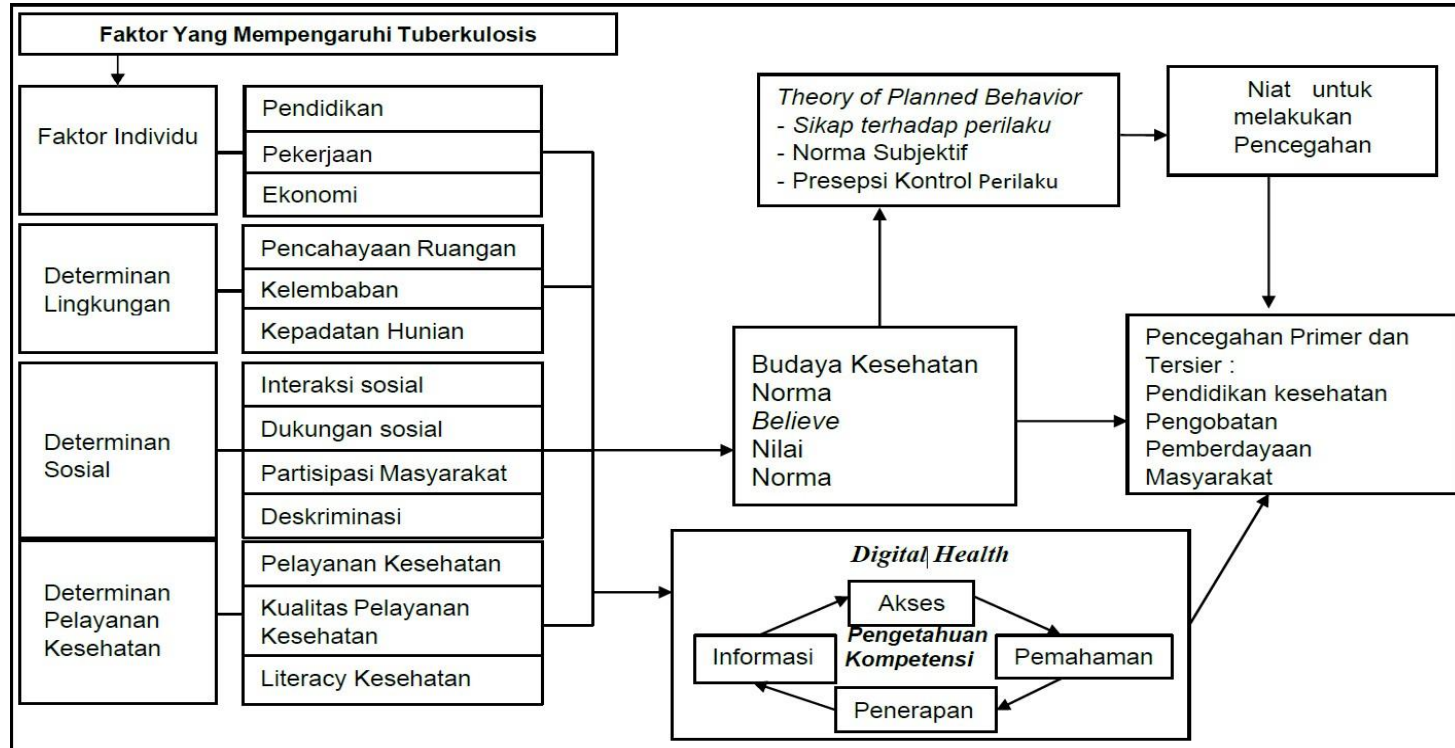
- 1.7.1 Model intervensi pengendalian stigma dan LTFU berbasis ARBR dengan penguatan digital
- 1.7.2 Aplikasi digital TBCare ARBR
- 1.7.3 Artikel stigma TB dan Budaya ARBR
- 1.7.4 Buku Edukasi TB berbasis budaya *Ale Rasa Beta Rasa*
- 1.7.5 Kelompok pemuda/kader ARBR TB

1.8 Pertimbangan Etika

Penelitian ini disetujui oleh Komite Etik Universitas Hasanuddin Makassar Nomor :1900/UN4.14.1/TP.01.02/2024.

1.9 Kerangka Teori Penelitian

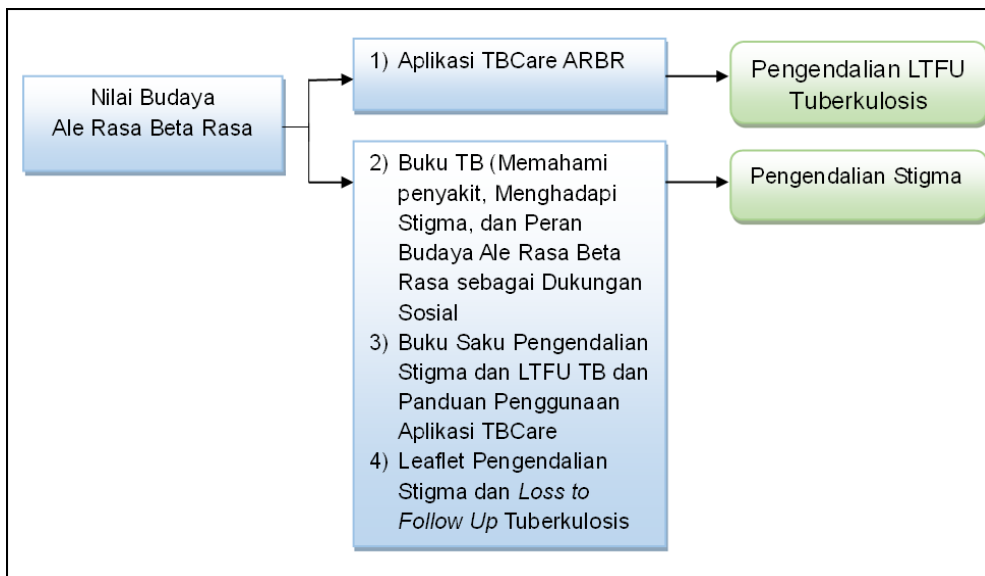
Adapun kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 1.1 Kerangka Teori Penelitian yang dimodifikasi dari determinan TB (Determinan Sosial Kesehatan Healthy People, 2030; Budaya dan Kesehatan, Kreuter & MCclure, 2004; Konsep One Health Digital, Benis et al., 2021; Theory of Reasoned Action, Fishbein dan Ajzen, 1975 (yang dimodifikasi)).

1.10 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini menggambarkan hubungan antara pengendalian stigma LTFU TB. Stigma dipahami sebagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Melalui kerangka ini ditunjukkan alur pengaruh variabel yang menjadi dasar analisis dalam penelitian.



Gambar 1.2 Kerangka Konsep Penelitian Pengendalian Stigma dan *Loss to Follow Up* Tuberkulosis

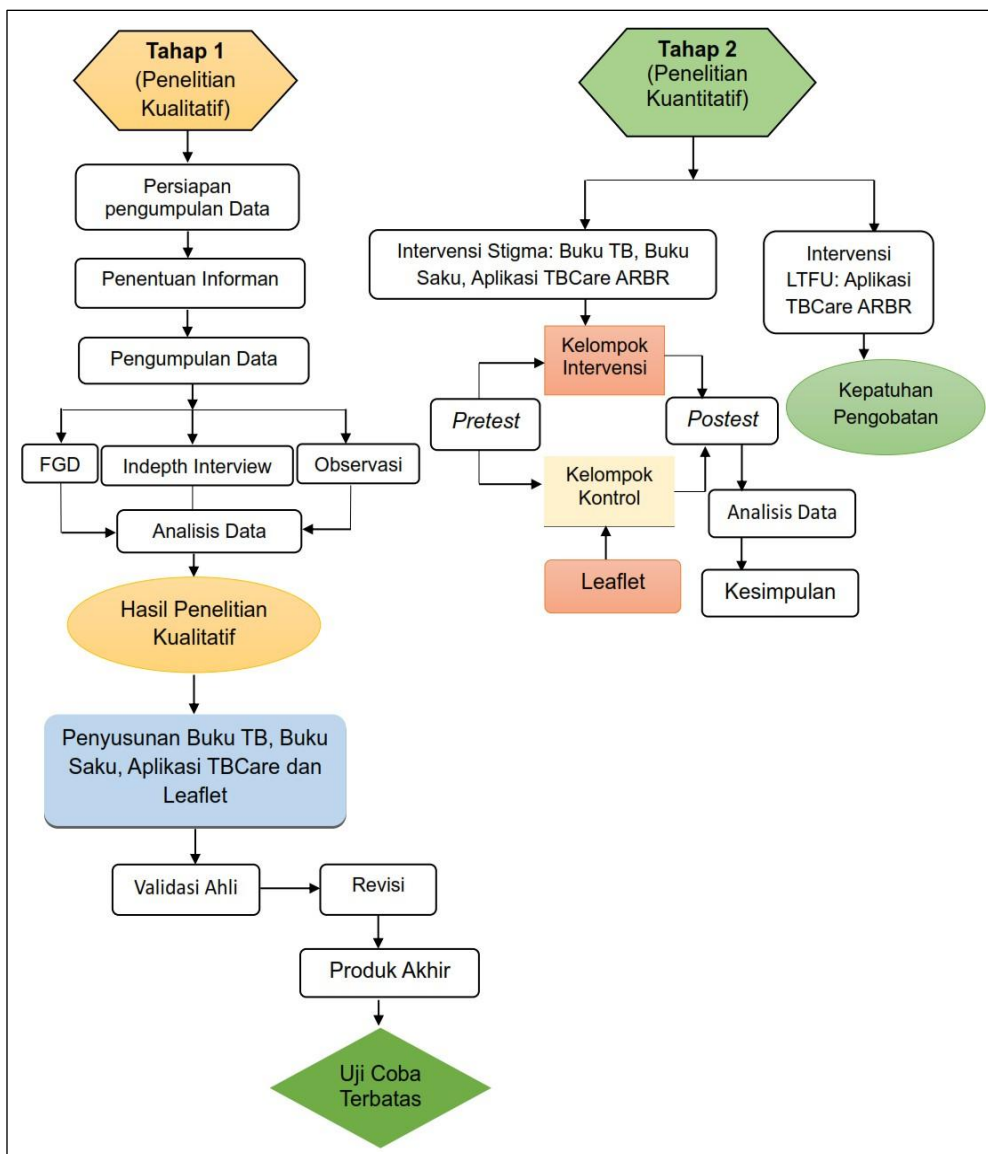
Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

1.11 Tahapan penelitian

Gambar berikut menunjukkan tahapan penelitian yang dilaksanakan secara berurutan, mulai dari perencanaan, pengumpulan data, pengolahan dan analisis, hingga interpretasi hasil. Setiap tahap dirancang untuk memastikan proses penelitian berjalan sistematis, valid, dan sesuai dengan tujuan studi. Diagram ini memberikan gambaran alur kerja penelitian secara ringkas dan terstruktur.



Gambar 1.3 Alur Tahapan Penelitian

1.12 Defenisi Operasional dan Cara Pengukuran

Definisi operasional dan cara pengukuran yang dibuat bertujuan untuk menggambarkan setiap variabel yang akan diteliti. Adapun definisi operasional dan cara pengukuran varibel dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1

Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Penelitian

| No | Variabel Independen | Definisi Operasional | Cara pengukuran | Skala |
|--------------------------|--|---|--|---------|
| 1 | Intervensi berbasis budaya ARBR dengan penguatan digital | Pemberian intervensi edukatif dan pendampingan TB berbasis nilai budaya ARBR yang diperkuat melalui Aplikasi digital TBCare, Buku TB, Buku Saku Pengendalian Stigam dan LTFU serta Panduan Penggunaan Aplikasi, serta Leaflet | Penerapan intervensi melalui sesi edukasi dan penggunaan aplikasi TBCare ARBR selama periode intervensi | Nominal |
| Variabel Dependen | | | | |
| 2. | Pengendalian Stigma | Proses penurunan tingkat stigma TB yang dialami penderita melalui intervensi berbasis budaya dan digital, mencakup pengurangan diskriminasi, stereotip negatif dan stigma internal. | Skor stigma diukur menggunakan kuesioner EMIC STIGMA SCALE sebelum dan sesudah intervensi. Pengendalian stigma di tunjukan oleh penurunan skor : 1) 0 – 20 stigma rendah 2) 21 – 40 stigma sedang 3) 41 – 60 stigma berat | Ordinal |

| No | Variabel Independen | Definisi Operasional | Cara pengukuran | Skala |
|----|----------------------|--|--|---------|
| 3. | Pengendalian LTFU TB | Upaya mempertahankan keberlanjutan pengobatan TB melalui pemantauan kepatuhan minum obat berbasis aplikasi digital untuk mencegah putus pengobatan | Diukur menggunakan <i>Dose Taken Ratio (DTR)</i> sesuai indikator WHO dengan melihat progres pengobatan bagi penderita TB selama 2 bulan melalui aplikasi dengan kategori: 1) $\geq 80\%$ patuh (jumlah hari yang tidak dicentang 1-20 hari) 2) $< 80\%$ tidak patuh (jumlah hari yang tidak dicentang >20 hari) | Nominal |

Daftar Pustaka

- Anita, R. (2021). *Integrasi Nilai Budaya Lokal dalam Upaya Pencegahan Penyakit Menular di Indonesia*. *Jurnal Kesehatan dan Budaya*, 3(2), 75–86. <https://doi.org/10.20884/healthculture.v3i2.4589>
- Ade, S., Adjibodé, O., Wachinou, P., Toundoh, N., Awanou, B., Agodokpessi, G., Affolabi, D., Adè, G., Harries, A. D., & Anagonou, S. (2016). Characteristics and Treatment Outcomes of Retreatment Tuberculosis Patients in Benin. *Tuberculosis Research and Treatment*, 2016, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/1468631>
- Arinaminpathy, N., Mandal, S., Bhatia, V., Mcleod, R., & Sharma, M. (n.d.). Strategies for ending tuberculosis in the South-East Asian Region : A modelling approach. *Indian Journal of Medical Research*, 149(4), 517–527. <https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR>
- Bhatia, V., Rijal, S., Sharma, M., Islam, A., Vassall, A., Bhargava, A., Thida, A., Basri, C., & Onozaki, I. (2023). Health Policy Ending TB in South-East Asia : fl agship priority and response transformation. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 18, 100301. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100301>
- Bresenham, D., Kipp, A. M., & Medina-Marino, A. (2020). Quantification and correlates of tuberculosis stigma along the tuberculosis testing and treatment cascades in South Africa: a cross-sectional study. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00762-8>
- Chen, X., Xu, J., Chen, Y., Wu, R., Ji, H., Pan, Y., Duan, Y., Sun, M., Du, L., Gao, M., Wang, J., & Zhou, L. (2021). The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China. *Scientific Reports*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03811-w>
- Chin, D. P., & Hanson, C. L. (2017). Finding the missing tuberculosis patients. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(suppl_7), S675–S678.
- Direktorat Jenderal Pencegahan. (2023). Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022. *Kemenkes RI*, 1–156.
- Data Sekunder Dinas Kesehatan Kota Ambon Tahun 2024 – 2025
- Datiko, D. G., Habte, D., Jerene, D., & Suarez, P. (2020). *Socioeconomic Impact of Tuberculosis in Ethiopia: A Cross-sectional Community-based Study*. *BMC Public Health*, 20(1), 1126. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09227-0>
- Duet, M., & Pestana, I. A. (2023). *Outcomes of nipple-sparing mastectomy in the ptotic and non-ptotic breast with staged-immediate reconstruction timing and pre-pectoral, direct-to-implant technique*. *Cureus*, 15(7): e42363. <https://doi.org/10.7759/cureus.42363>

- Duko, B., Bedaso, A., Ayano, G., & Yohannis, Z. (2019). *Perceived stigma and associated factors among patients with tuberculosis, Wolaita Sodo, Ethiopia: cross-sectional study*. Tuberculosis Research and Treatment, 2019, Article ID 5917537. <https://doi.org/10.1155/2019/5917537>
- Rosu, L., Morgan, L., & Tomeny, E. M. (2023). *Cost of Treatment Support for Multidrug-resistant Tuberculosis using Patient-centred Approaches in Ethiopia*. Infectious Diseases of Poverty, 12(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s40249-023-01116-w>
- Fatarona, S. (2018). *Dukungan Sosial terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita TB*. Jurnal Keperawatan Indonesia, 21(1), 63–72. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i1.482>
- Chuang, S. C., Lee, C. L., & Su, W. T. (2022). *Digital Empowerment and Health Literacy: Strengthening Community Participation through Mobile Applications*. Journal of Community Health, 47(6), 1152–1163. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-01054-2>
- Ali, S. M., Baig, M., & Khan, A. (2019). *Perception of Tuberculosis Stigma and Knowledge among Patients in Pakistan: A Cross-sectional Study*. BMC Public Health, 19(1), 152–160. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7684-2>
- Bada, F. O., Nwokorie, E., & Adebayo, A. (2019). *Emerging Patterns of Drug-Resistant Tuberculosis in High-Burden Countries*. International Journal of Infectious Diseases, 87, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.08.013>
- Bajema, K. L., et al. (2020). *Stigma, Social Support, and Treatment Outcomes among Patients with Tuberculosis in South Africa*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 24(5), 529–537. <https://doi.org/10.5588/ijtld.19.0493>
- Fukunaga, K., et al. (2021). *Functional characterization / substrate-specific diversity of NAT2* — Frontiers in Genetics, 2021, Article 652704. <https://doi.org/10.3389/fgene.2021.652704>
- Febriyeni, M., Machmud, R., & Yani, F. F. (2020). *Gambaran Missing Cases Tuberkulosis pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang*. Jurnal Kesehatan Andalas, 8(4), 145–150. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1132>
- Fuady, A., Arifin, B., Yunita, F., Rauf, S., Fitriangga, A., Sugiharto, A., Yani, F. F., Nasution, H. S., Putra, Iw. G. A. E., Mansyur, M., & Wingfield, T. (2023). *Stigma towards people with tuberculosis: a cross-cultural adaptation and validation of a scale in Indonesia*. BMC Psychology, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01161-y>

- Jing Teo, A. K., et al. (2020). *Stigma, Knowledge, and Treatment Adherence among TB Patients in Cambodia: A Mixed-methods Study*. BMC Public Health, 20(1), 1352. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09463-5>
- Husna, A., & Choliq, M. (2020). *Peran Dukungan Sosial dalam Kualitas Hidup Penderita Penyakit Kronik*. Jurnal Psikologi Sosial, 18(2), 87–98. <https://doi.org/10.7454/jps.v18i2.354>
- Hartini, N., Lestari, S., & Syafrudin, R. (2018). *Cultural Beliefs, Stigma, and Health-Seeking Behavior in Tuberculosis Patients in Indonesia*. Indian Journal of Public Health Research & Development, 9(12), 456–462. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.02041.5>
- Hatherall, B., Newell, J. N., Emmel, N., Baral, S. C., & Khan, M. A. (2019). “Who will marry a diseased girl?” Marriage, gender, and tuberculosis stigma in Asia. *Qualitative Health Research*, 29(8), 1109–1119. <https://doi.org/10.1177/1049732318812427>
- Jannatin, M., Fuady, A., & Putri, F. (2021). *Tuberculosis Stigma and its Determinants: An Indonesian Perspective*. Public Health Practice, 2(2), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100073>
- Kadir, A., & Kunci, F. (2012). *Nilai-nilai Budaya Ale Rasa Beta Rasa dalam Kehidupan Sosial Masyarakat Maluku*. Jurnal Antropologi Indonesia, 33(1), 23–32. <https://doi.org/10.7454/ai.v33i1.5229>
- Lestari, D. (2011). *Dukungan Sosial dan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita TB Paru*. Jurnal Keperawatan Indonesia, 14(1), 25–32. <https://doi.org/10.7454/jki.v14i1.250>
- Laporan Penelitian INA-TIME - Ahmad Fuady.pdf*. 2023
- Nuttall, C., Shanks, S., & Morgan, L. (2022). *The Geographical Variability of TB Stigma and its Impact on Health-seeking Behaviour*. Global Health Action, 15(1), 2022068. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2022068>
- Melese, A., Zeleke, B., & Ewnete, B. (2016). Treatment Outcome and Associated Factors among Tuberculosis Patients in Debre Tabor, Northwestern Ethiopia: A Retrospective Study. *Tuberculosis Research and Treatment*, 2016, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2016/1354356>
- Putri, D., Rahman, M., & Yuliani, R. (2021). *Cultural Determinants of Tuberculosis Stigma and Treatment Compliance in Indonesia*. Asian Journal of Social Health, 9(4), 315–327. <https://doi.org/10.1016/j.ajsh.2021.04.007>
- Saidi, S. S., & Manaf, R. A. (2023). *Effectiveness of family support health education intervention to improve health-related quality of life among pulmonary tuberculosis patients in Melaka, Malaysia*. 1–9.

- Suganthi, P., Chadha, V. K., Ahmed, J., Umadevi, G., Kumar, P., Srivastava, R., Magesh, V., Gupta, J., & Sharda, M. A. (2008). Health seeking and knowledge about tuberculosis among persons with pulmonary symptoms and tuberculosis cases in Bangalore slums. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(11), 1268–1273
- Soemarko, D., et al. (2023). *TB Stigma, Knowledge, and Treatment Adherence in Indonesia: Cross-sectional Findings*. BMC Public Health, 23(2), 1525. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15734-8>
- SDGs. (2024). *World health statistics Monitoring Health for the SDGs 2024*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/>
- Setyawan, M. F., & Mertaniasih, N. M. (2023). The Profile of Multidrug Tuberculosis Regimen and Treatment Outcomes in Pulmonary MDR-TB Patients at the Tertiary Referral Hospital Dr . Soetomo , East Java , Indonesia : A Seven-Year Retrospective Study on Bedaquiline. *Acta Medica Indonesiana*, 55(4), 430–439
- Survei Kesehatan Nasional. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia 2023 Dalam Angka*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, BKPK.
- V Bhatia, M Sharma, S. R. (n.d.). Urgent need for increased investments to end tuberculosis in the South-East Asia region. *Indian Journal of Medical Research*, 157, 127–130. <https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr>
- Allué-Guardia, A., García, J. I., & Torrelles, J. B. (2021). Evolution of drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* strains and their adaptation to the human lung environment. *Frontiers in Microbiology*, 12:612675. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.612675>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020–2024*. Jakarta: Direktorat Jenderal P2P
- Lafuse, M., Chen, X., & Thomas, R. (2022). *Social Support and Psychological Well-being among Patients with Chronic Illnesses*. Health Psychology Open, 9(3), 205510292211007. <https://doi.org/10.1177/205510292211007>
- Murhum, M., Yusuf, A., & Nuraini, S. (2022). *Mobile Health-based Interventions to Improve TB Adherence: A Systematic Review*. Journal of Health Informatics in Developing Countries, 16(1), 1–14. <https://doi.org/10.1109/JHIDC.2022.901122>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva: WHO. <https://doi.org/10.1080/9789240078462>

Wang, N., Guo, L., Shewade, H. D., Thekkur, P., Zhang, H., Yuan, Y. L., Wang, X. M., Wang, X. L., Sun, M. M., Huang, F., & Zhao, Y. L. (2021). Effect of using electronic medication monitors on tuberculosis treatment outcomes in China: a longitudinal ecological study. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00818-3>

BAB II TOPIK PENELITIAN I

MENGEKSPLORASI NILAI BUDAYA *ALE RASA BETA RASA* DALAM PENGENDALIAN STIGMA DAN *LOSS TO FOLLOW UP* (LTFU) TUBERKULOSIS DI KOTA AMBON

Abstrak

Latar Belakang, Pendekatan inovatif untuk mengatasi penyakit menular tuberkulosis (TB) yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, khususnya di Maluku. Stigma yang melekat pada penderita TB menghambat pengobatan dan pencegahan. **Metode**, studi kualitatif ini dilakukan dengan studi kasus dan wawancara mendalam di Kota Ambon dari Februari hingga April 2025. Sebanyak 22 informan termasuk penderita TB, anggota keluarga, tokoh agama, akademisi, tenaga medis, penyintas, dan masyarakat. Untuk mendapatkan pemahaman yang menyeluruh, observasi partisipatif dan wawancara semi-terstruktur digunakan untuk mengumpulkan data. **Hasil**, temuan menunjukkan bahwa stigma terhadap penderita TB lebih bersifat internal dan terjadi di tempat penderita cenderung mengucilkan diri mereka sendiri. Dengan menekankan prinsip solidaritas, empati, dan dukungan sosial, budaya lokal "*Ale Rasa Beta Rasa*" berfungsi sebagai jembatan budaya yang efektif untuk mengurangi stigma. Nilai-nilai ini meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong penderita dan komunitas untuk saling mendukung. **Diskusi**, penelitian ini menekankan betapa pentingnya menggabungkan nilai-nilai budaya ke dalam upaya kesehatan masyarakat. Penelitian ini menawarkan model baru untuk mengurangi stigma TB yang dapat diterapkan di lingkungan lain dengan melibatkan tokoh agama dan penyintas dalam proses pendidikan. Penelitian ini juga memberikan wawasan baru tentang dinamika stigma dan rekomendasi kebijakan yang berbasis budaya untuk meningkatkan efektivitas program pengendalian TB. **Kesimpulan**, studi ini menunjukkan bahwa pendekatan budaya yang berpusat pada solidaritas dan dukungan sosial dapat secara signifikan mengurangi stigma terhadap penderita TB di Maluku. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas hidup penderita dan efektivitas pengobatan, intervensi berbasis budaya harus dipertimbangkan dalam strategi kesehatan masyarakat

Kata Kunci: Tuberkulosis, Stigma, *Ale Rasa Beta Rasa*, Budaya, Solidaritas, Maluku.

2.1 Latar Belakang

Salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk di wilayah Maluku, adalah tuberkulosis (TB). Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan paling sering menyerang paru-paru, tetapi juga dapat menyerang organ lain, sehingga penderita harus mendapatkan pengobatan yang tepat (Martins-Melo et al. 2020; Ding et al. 2022; Salari et al. 2023).

Stigma yang melekat pada penderita TB adalah salah satu tantangan utama dalam pengobatan tuberkulosis. Stigma ini dapat berupa diskriminasi, pengucilan sosial, dan prasangka negatif, yang membuat penderita enggan mendapatkan pengobatan atau memberi tahu orang lain tentang kondisinya. Risiko penularan penyakit meningkat dan penyembuhan terhambat oleh stigma (Yunita et al., 2019; Bresenham et al., 2020; Hatherall et al., 2019). Stigma sosial terhadap TB memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penanggulangan penyakit menular karena mendorong orang untuk menyembunyikan penyakitnya untuk menghindari diskriminasi, mencegah orang mendapatkan perawatan medis secara cepat, dan mencegah mereka mengadopsi perilaku sehat (Datiko, Jerene, and Suarez 2020).

Di Maluku, masyarakat memiliki budaya yang khas, yaitu "Ale Rasa Beta Rasa", yang diterjemahkan menjadi "Ale senang Beta senang" dan "Ale susah Beta susah", yang mengandung nilai-nilai persaudaraan, solidaritas, dan rasa saling memiliki sehingga menggambarkan sikap empati dan tindakan tolong-menolong secara langsung dari hati seseorang kepada orang lain. Konsep yang luar biasa bagi orang Maluku ini menjadi kekuatan universal adalah jati diri sebagai hubungan sosial yang membentuk solidaritas perilaku terbuka untuk semua orang (Matakena et al., 2020).

Konsep ini berpotensi menjadi jembatan budaya yang efektif dalam mengurangi stigma terhadap penderita TB di Maluku. Pemahaman dan penerapan nilai-nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat membantu membangun kesadaran masyarakat serta memperkuat dukungan sosial terhadap penderita TB. Dengan demikian, stigma dapat dikurangi dan penderita dapat merasa lebih diterima dalam komunitasnya, yang pada akhirnya akan memperlancar proses pengobatan dan pencegahan TB (Rosu et al. 2023). Stigma yang melekat pada penderita TB adalah salah satu tantangan utama dalam pengobatan. Dengan demikian, penelitian ini berupaya mengembangkan model pengendalian stigma dan *LTFU* berbasis budaya lokal dengan penguatan digital sebagai strategi kontekstual dan inovatif dalam pencegahan TB di Kota Ambon. Pendekatan ini diharapkan

tidak hanya meningkatkan keberhasilan pengobatan TB, tetapi juga memperkuat peran budaya dan solidaritas masyarakat dalam mendukung kesehatan publik secara berkelanjutan. Dengan demikian, penelitian ini memiliki urgensi tinggi dalam upaya meningkatkan efektivitas penanganan TB di Maluku sekaligus memperkuat nilai-nilai sosial yang dapat mendukung kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi bagaimana nilai-nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat membantu mengurangi stigma yang melekat pada penderita tuberkulosis di masyarakat Maluku.

2.2 Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif eksploratif dengan paradigma konstruktivis. Pendekatan ini dipilih untuk menggali secara mendalam makna, nilai, dan praktik budaya *Ale Rasa Beta Rasa* dalam konteks sosial dan kesehatan masyarakat. Lokasi: Kota Ambon, Provinsi Maluku, dipilih karena memiliki prevalensi TB tinggi dan kuatnya nilai sosial budaya *Ale Rasa Beta Rasa*. Kota Ambon pada tahun 2025, data SITB Provinsi Maluku menunjukkan bahwa memiliki tingkat notifikasi TB tertinggi, yaitu 135 kasus TB per 100.000 orang. Juga, berdasarkan hasil investigasi kontak, terdapat dua hingga tiga penderita TB. Informan adalah penderita TB aktif dan mantan penderita (TB *survivor*), keluarga penderita, kader TB, dan petugas puskesmas, tokoh masyarakat, tokoh adat, dan pemuka agama serta pemuda sebanyak 22 informan kunci.

Teknik pengumpulan data antara lain wawancara mendalam (*in-depth interview*) untuk menggali pengalaman, persepsi, dan makna nilai *Ale Rasa Beta Rasa* dari berbagai perspektif; *focus group discussion* (FGD) dengan kelompok masyarakat dan kader TB untuk memahami norma sosial dan bentuk solidaritas dalam komunitas; observasi partisipatif untuk melihat secara langsung praktik nilai budaya *Ale Rasa Beta Rasa* dalam interaksi sosial dan kegiatan komunitas; dokumentasi mengumpulkan data sekunder seperti laporan puskesmas, data Dinas Kesehatan, dan dokumen budaya lokal. Peneliti menghubungi, meminta kesediaan, dan menyepakati waktu untuk berkunjung ke rumah mereka, untuk kelompok penyintas dan anggota masyarakat pada kegiatan kunjungan rumah dengan petugas kesehatan untuk pendistribusian obat bagi penderita yang tidak datang ke pengobatan sesuai ketentuan waktu. Seorang pencatat mengamati dan mendokumentasikan selama diskusi. Semua diskusi direkam menggunakan perekam suara digital. Selama wawancara, penderita TB menjelaskan persepsi tentang TB dan stigma terhadap TB. Ini juga diungkapkan oleh

mantan penderita TB yang berbagi pengalaman mereka dengan penyakit TB, serta pertanyaan bagaimana nilai-nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat berkontribusi dalam mengurangi stigma terhadap penderita TB juga dibahas. Analisis dilakukan secara tematik (*thematic analysis*) mengikuti langkah-langkah Braun & Clarke (2006):

- 1) Transkripsi dan pembacaan ulang data wawancara dan FGD.
- 2) Pengkodean data berdasarkan tema-tema kunci.
- 3) Identifikasi pola hubungan antar tema.
- 4) Penyusunan narasi hasil temuan sesuai dengan konteks budaya lokal.

2.3 Hasil

Data yang dikumpulkan dari wawancara dengan berbagai responden membentuk kesimpulan penelitian ini. Hasilnya tidak hanya menunjukkan bagaimana masyarakat mengetahui tentang tuberkulosis, tetapi juga menunjukkan bagaimana nilai-nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat membantu mengurangi stigma yang melekat pada penderita tuberkulosis.

2.3.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kota Ambon merupakan ibu kota Provinsi Maluku yang secara geografis terletak di Pulau Ambon dengan luas wilayah sekitar 377 km². Kota ini terdiri dari 5 kecamatan dan 50 kelurahan, dengan jumlah penduduk sekitar 430.000 jiwa (BPS Kota Ambon, 2024). Masyarakat Kota Ambon dikenal memiliki keragaman etnis dan agama yang tinggi, serta menjunjung nilai-nilai budaya lokal seperti "*Ale Rasa Beta Rasa*" dan "*Hidop Basudara*" yang mencerminkan solidaritas, saling tolong, dan rasa kebersamaan. Dalam bidang kesehatan, Kota Ambon memiliki 22 puskesmas yang tersebar di seluruh kecamatan, dengan pembagian 9 puskesmas rawat inap dan 13 puskesmas non-rawat inap. Sebagian besar puskesmas telah melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis sesuai pedoman nasional, namun masih menghadapi kendala dalam stigma sosial terhadap penderita TB dan kasus LTFU selama masa pengobatan. Penelitian ini dilaksanakan di dua lokasi utama, yaitu Puskesmas Passo dan Puskesmas Air Besar, yang memiliki beban kasus TB tertinggi di Kota Ambon.

1. Puskesmas Passo

Puskesmas Passo terletak di Kecamatan Baguala, yang merupakan wilayah dengan pertumbuhan penduduk cepat dan mobilitas tinggi karena

menjadi jalur penghubung antara Kota Ambon dan wilayah pesisir timur. Wilayah kerja Puskesmas Passo mencakup 6 kelurahan dengan cakupan layanan kesehatan yang meliputi sekitar 35.000 penduduk. Setiap tahun, tercatat sekitar ± 100 kasus TB yang ditangani. Tantangan utama di wilayah ini adalah tingginya mobilitas masyarakat, kurangnya keterlibatan keluarga dalam pendampingan penderita, serta masih adanya rasa malu dan takut akan stigma jika diketahui menderita TB. Dalam program intervensi ini, Puskesmas Passo menjadi lokasi utama pelaksanaan edukasi komunitas berbasis budaya, dengan melibatkan tokoh agama, kader kesehatan, dan kelompok masyarakat dalam sosialisasi nilai "*Ale Rasa Beta Rasa*" untuk mengurangi stigma terhadap penderita TB.

2. Puskesmas Air Besar

Puskesmas Air Besar terletak di Kecamatan Sirimau, kawasan padat penduduk di pusat Kota Ambon dengan karakteristik sosial ekonomi yang beragam. Wilayah kerja puskesmas mencakup sekitar 45.000 penduduk, dengan beban kasus TB yang relatif tinggi, yaitu sekitar ± 150 kasus per tahun. Stigma sosial terhadap penderita TB masih cukup kuat, terutama di lingkungan permukiman padat, dan menjadi salah satu faktor penyebab meningkatnya angka LTFU. Melalui penelitian ini, Puskesmas Air Besar difokuskan pada penguatan sistem digital dan pendampingan Relawan TB, seperti penerapan pengingat pengobatan berbasis aplikasi dan edukasi buku tuberkulosis (memahami penyakit, menghadapi stigma dan peran budaya *Ale Rasa Beta Rasa* sebagai dukungan sosial) dan buku saku dan panduan penggunaan aplikasi TBCare yang mudah dipahami masyarakat.

Tabel 2.1
Ringkasan Karakteristik Lokasi Penelitian

| Aspek | Puskesmas Passo | Puskesmas Air Besar |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| Kecamatan | Baguala | Sirimau |
| Jumlah Penduduk Wilayah Kerja | ± 35.000 jiwa | ± 45.000 jiwa |
| Kasus TB per Tahun | ± 100 kasus | ± 150 kasus |
| Tantangan Utama | Stigma dan mobilitas tinggi | Stigma, mobilisasi tinggi dan kepadatan penduduk |
| Fokus Intervensi | Edukasi berbasis budaya komunitas, | Penguatan digital dan pendampingan Relawan |

| Aspek | Puskesmas Passo | Puskesmas Air Besar |
|----------------------|--|--|
| | penguatan digital dan pendampingan relawan | |
| Nilai Budaya Dominan | <i>Ale Rasa Beta Rasa</i> | Hidop Basudara dan <i>Ale Rasa Beta Rasa</i> |

2.3.2 Tahapan pelaksanaan penelitian kualitatif

Pelaksanaan penelitian kualitatif dilakukan dengan langkah – langkah sebagai berikut:

Langkah pertama:

Tahapan penelitian kualitatif untuk menggali (*exploration*) informasi tentang stigma dan LTFU TB terhadap penderita, berbasis budaya *Ale Rasa Beta Rasa* di wilayah penelitian, untuk menemukan tema model yang digunakan dalam melakukan intervensi, yakni perumusan buku TB, buku saku, pembuatan aplikasi digital dan leaflet. Pada tahap ini dilakukan wawancara mendalam, FGD, dan observasi terhadap informan dengan didukung panduan wawancara mendalam (*in-depth interview*) berdasarkan identifikasi masalah penelitian untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam tentang perspektif yang beragam tentang stigma dan LTFU TB serta budaya *Ale Rasa Beta Rasa*. Informan dalam penelitian ini terdiri dari delapan kelompok berbeda dari berbagai latar belakang sosial yang memiliki hubungan langsung maupun tidak langsung dengan penderita TB, yaitu:

- 1) Penderita TB yang sedang dalam perawatan, untuk memahami pengalaman pribadi dan bentuk stigma yang mereka hadapi.
- 2) Anggota keluarga penderita TB, guna melihat dinamika dukungan dan stigma dalam lingkungan rumah tangga.
- 3) Tokoh masyarakat dan pemuka agama, sebagai figur yang memiliki pengaruh terhadap pandangan masyarakat dan pembentukan norma sosial.
- 4) Tokoh akademisi, yang memberikan pandangan konseptual dan refleksi kritis terhadap isu kesehatan berbasis budaya.
- 5) Tenaga kesehatan, yang memiliki interaksi langsung dengan penderita TB dan memainkan peran penting dalam edukasi serta penanganan stigma.

- 6) Penyintas TB (mantan penderita), untuk mendapatkan refleksi atas pengalaman sembuh dan reintegrasi sosial.
- 7) Masyarakat umum, terutama mereka yang tinggal di lingkungan dengan kasus TB tinggi, untuk menangkap persepsi kolektif terhadap TB dan penderitanya.

Data akan dikumpulkan melalui wawancara semi-terstruktur, dan observasi partisipatif untuk mendapatkan perspektif yang komprehensif. Wawancara mendalam individu berlangsung 30 – 50 menit yang dilakukan pada ruangan tunggu pemeriksaan penderita bagi kelompok penderita dan keluarga penderita serta petugas kesehatan. Untuk kelompok tokoh agama dan tokoh masyarakat, peneliti menghubungi, meminta kesediaan, dan menyepakati waktu untuk berkunjung ke rumah mereka. Untuk kelompok penyintas dan anggota masyarakat, pada kegiatan kunjungan rumah dengan petugas kesehatan untuk pendistribusian obat bagi penderita yang tidak datang ke pengobatan sesuai ketentuan waktu. Seorang pencatat mengamati dan mendokumentasikan selama diskusi. Semua diskusi direkam menggunakan perekam suara digital. Selama wawancara, penderita TB menjelaskan persepsi tentang TB dan stigma terhadap TB. Ini juga diungkapkan oleh mantan penderita TB yang berbagi pengalaman mereka dengan penyakit TB, serta pertanyaan bagaimana nilai-nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat berkontribusi dalam mengurangi stigma terhadap penderita TB juga dibahas. Peneliti menggabungkan semua temuan dari sesi wawancara untuk mengeksplorasi dengan melakukan triangulasi data. Di akhir sesi wawancara, peneliti meminta kesediaan dari semua tentang pesan dan kesan sebagai bentuk dukungan bagi penderita TB. Peserta mendapatkan sumbangan dari peneliti serta bingkisan sebagai akomodasi perjalanan dan kompensasi. Adapun prosedur pengambilan informan pada tabel berikut ini:

Tabel 2. 2
Prosedur Pengambilan Informan

| Kelompok Peserta | Identifikasi Peserta (Metode sampling) | Jumlah dan Karakteristik Peserta pada saat wawancara mendalam |
|-------------------------|--|---|
| Penderita TB | Semua kasus terpilih berdasarkan Register SITB Puskesmas Tahun 2024 - 2025 | Lima penderita TB yang diwawancarai secara menyeluruh berusia antara 22 dan 53 tahun. Mereka terdiri dari tiga ibu rumah tangga penuh waktu, satu |

| Kelompok Peserta | Identifikasi Peserta (Metode sampling) | Jumlah dan Karakteristik Peserta pada saat wawancara mendalam |
|--|---|--|
| Keluarga penderita | Pengawas minum obat (PMO) | pengemudi transportasi umum, dan satu mahasiswa universitas. Tiga orang yang terlibat dalam wawancara mendalam berusia 43 dan 27 tahun, masing-masing: dua orang ibu rumah tangga penuh waktu yang mengambil obat anaknya dan satu orang saudara laki-laki yang mengantarkan adiknya seorang mahasiswa untuk menjalani pemeriksaan |
| Tokoh Agama | Memiliki pengaruh di komunitas | Tiga tokoh agama, semuanya laki-laki, berusia 50 hingga 61 tahun, terlibat dalam wawancara mendalam. |
| Tokoh Akademisi | Memiliki bidang keahlian Sosiologi dan Antropology | Dua dosen universitas, berusia 52 dan 71 tahun, terlibat dalam wawancara mendalam. |
| Petugas Kesehatan | Petugas pemegang Program TB di Puskesmas serta Dinas Kesehatan Kota Ambon dan Provinsi Maluku | Empat pemegang program TB, semuanya perempuan, berusia 32 hingga 51 tahun, diwawancarai secara menyeluruh. |
| Penyintas (mantan penderita TB) | Kasus sembuh yang tercatat pada Register SITB Puskesmas Tahun 2024 - 2025 | Dua orang penyintas yang diwawancarai secara menyeluruh, satu ibu rumah tangga penuh waktu dan satu ASN, masing-masing berusia 41 dan 37 tahun |
| Masyarakat umum di daerah yang terpengaruh oleh TB | Memiliki wilayah tempat tinggal yang sama dengan penderita | Tiga anggota masyarakat terlibat dalam wawancara mendalam: seorang pemuda laki-laki pegawai swasta berusia 33 tahun, seorang ibu rumah tangga perempuan berusia 42 tahun, dan seorang ASN dasar berusia 51 tahun. |

**Setelah peserta diidentifikasi dan dilakukan konfirmasi secara langsung melalui telepon karena sebagian besar peserta memiliki telepon, peserta*

memberikan jawaban yang menunjukkan kesediaan mereka untuk diwawancarai dan memberikan izin untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Langkah kedua:

Tahapan analisis data kualitatif setelah sesi wawancara, peneliti merangkum temuan serta pengamatan utama, menyalin rekaman kata demi kata menggunakan Microsoft Office Word berbahasa lokal Maluku ke dalam teks yang ditranskripsi, kemudian meninjau materi dengan saksama berdasarkan pertanyaan penelitian stigma TB dan konsep budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat menjadi kekuatan sosial untuk mengurangi stigma terhadap penderita TB. Proses analisis dilakukan melalui beberapa tahap:

1. Transkripsi dan Organisasi Data
Seluruh wawancara, diskusi kelompok, dan catatan lapangan ditranskripsikan secara verbatim. Data kemudian diorganisir berdasarkan jenis informan (penderita, keluarga, tokoh masyarakat, penyintas, tenaga kesehatan, dll.).
2. Pembacaan Mendalam dan Pemahaman Konteks Budaya
Peneliti membaca data berulang kali untuk menangkap nuansa sosial-budaya masyarakat Maluku, khususnya bagaimana nilai *Ale Rasa Beta Rasa* tercermin dalam narasi para informan.
3. Pemberian Kode (*Coding*)
Data yang relevan diberi kode awal, seperti:
 - 1) "Solidaritas Sosial"
 - 2) "Pengucilan"
 - 3) "Peran Tokoh Adat/Agama"
 - 4) "Pengalaman Penderita"
 - 5) "Respon Keluarga"
 - 6) "Nilai Budaya"
 - 7) "Pemahaman tentang TB"
 - 8) "Praktik Diskriminatif"
 - 9) "Penerimaan Sosial"

2.3.3 Hasil Analisis Temuan Penelitian

1) Analisis Stigma Tuberkulosis

Stigma tuberkulosis dalam penelitian ini tidak hanya dialami pada tingkat individu, tetapi juga muncul dalam relasi sosial yang lebih luas, mencakup lingkungan keluarga, masyarakat, dan institusi pelayanan kesehatan.

a) Stigma Keluarga

Stigma keluarga muncul dalam bentuk pembatasan interaksi, perlakuan berbeda, serta kekhawatiran berlebihan terhadap penularan di dalam rumah tangga. Beberapa penderita TB menyampaikan pengalaman dikucilkan secara halus, seperti penggunaan alat makan terpisah atau larangan beraktivitas bersama anggota keluarga lain. Dalam konteks budaya Maluku, kondisi ini bertentangan dengan nilai *Ale Rasa Beta Rasa* yang menekankan rasa senasib dan empati, sehingga stigma keluarga menjadi bentuk konflik nilai budaya yang signifikan.

Tema: Perlakuan Berbeda di Dalam Rumah Tangga

“Waktu keluarga tahu beta sakit TB, dong bilang jangan pake piring makan yang sama dolo. Tidur jua terpisah kamar dolo, padahal beta sudah mulai minum obat.”(penderita TB, sopir mobil)

“Sejak dong tahu beta sakit TB, beta seng kasi ijin par mamasa lagi. Dong bilang takut tertular lain nanti anak-anak ka sudara yang mamasa saja.”(penderita TB, IRT)

“Beta minum obat sendiri saja. Seng ada yang ingatkan atau tanya beta su minum obat atau kabelum, kadang jua paitua antar ka puskesmas ambe obat cuma kalu ada karja lai bersungut – sungut jadi sudah beta pi puskesmas ambe obat sandiri”(penderita TB, IRT)

Tema: Pembatasan Interaksi

“Anak-anak seng boleh dekat dengan beta, walaupun mau bicara pake masker, babatu di luar rumah, mau luda pi jauh-jauh supaya jang katong tertular. Itu yang bikin beta sedih, karena di rumah sendiri beta rasa seperti orang lain.”(penderita TB, ASN)

b) Stigma Institusi

Stigma institusi muncul dalam bentuk sikap tidak empatik, komunikasi yang kurang sensitif, serta kekhawatiran penderita akan kerahasiaan status

penyakit di fasilitas kesehatan. Beberapa informan menyatakan rasa takut diketahui oleh petugas kesehatan yang memiliki hubungan kekerabatan atau kedekatan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa stigma tidak hanya terjadi pada level sosial, tetapi juga dapat muncul dalam relasi layanan kesehatan, yang pada akhirnya memengaruhi keberlanjutan pengobatan.

Tema: Ketidaknyamanan di Layanan

“Waktu datang berobat, beta merasa petugas agak jaga jarak. Bicara juga cepat, tidak seperti pasien lain kalau kasi obat jua minta katong dudu di luar lalu jelaskan minum obat badiri-badiri dengan capat-capat.”(penderita TB, buruh bangunan)

Tema: Kekhawatiran Kerahasiaan

“Beta ni bukan tinggal di pasien, Ibu, beta barobat yang di sini saja karena beta takut kalau petugas di puskesmas yang beta tinggal itu masih keluarga atau kenal orang kampung, nanti beta punya status bisa diketahui orang lain.”(penderita TB, pegawai swasta)

Thema: Pemberian Informasi Secara Tidak Setara serta Menjaga Jarak yang Berelebihan

“Beta seng terlalu dijelaskan soal obat. Cuma dibilang minum saja, nanti kalu obat su abis datang ambe lai kalu bale ambe obat biasa obat titip di loket nanti petugas lain kasi ktg obat.”(penderita TB, buruh bangunan)

“Petugas pakai masker dobel dan jaga jarak jauh. Beta mengerti, tapi rasa macam katong dijauhi.”(penderita TB,IRT)

Tema: Pengabaian Kondisi Psikososial Pasien

Yang ditanya cuma obat habis atau kabelum. Tapi seng pernah ditanya beta rasa bagaimana nanti tunggu katong yang bilang.” Paling cuma tanya berat badan bagaimana itu saja, tapi efek obat seng tanya (penderita TB, pegawai swasta).

c) Stigma Masyarakat

Stigma masyarakat tercermin melalui gosip, pelabelan sosial, dan rasa malu yang mendorong penderita untuk menyembunyikan status penyakitnya. Kekhawatiran akan pandangan negatif terhadap lingkungan sekitar menyebabkan sebagian penderita memilih berobat di fasilitas kesehatan yang jauh dari tempat tinggal. Temuan ini menunjukkan bahwa stigma masyarakat berperan penting dalam membentuk perilaku pencarian pengobatan dan berpotensi meningkatkan risiko *loss to follow-up*.

Tema: Gosip dan Pelabelan Sosial

“Tetangga di sebelah rumah mulai bicara di belakang. Ada yang bilang jangan dekat-dekat, nanti bisa kena penyakit itu, barang memang ibu katong dalam rumah ada 3 orang yang kanal TB, tapi semua su minum obat cuma tetangga bilang katong turunan penyakit ini.”(penderita TB, IRT)

Tema: Rasa Malu dan Menyembunyikan Status

“Beta seng berani bilang ke tetangga kalau beta TB, takut nanti dong jauh beta.” (penderita TB, IRT)

Tema: Penghindaran Sosial

“Kalau ada acara kumpul tetangga, beta lebih pilih seng datang takut orang lihat beta beda tanya saki apa lai beta malu lai.”(penderita TB, pegawai swasta)

Tema: Stigma di Lingkungan Kerja

“Kalau ada kerja sama - sama, dong seng ajak beta lai, beta disuruh kerja sendiri kalu seng pulang istirahat saja nanti dong yang biking.”(penderita TB, pegawai Swasta)

“Seng ada surat dokter, tapi beta langsung disuruh istirahat kerja.”(penderita TB, pegawai swasta)

“Kalau beta batuk sedikit, semua orang langsung lihat.”(penderita TB, pegawai swasta)

“Beta seng pernah cerita ke semua orang, tapi tiba-tiba semua tahu.”(penderita TB, pegawai swasta)

“Waktu teman kuliah tahu beta sakit TB, dong mulai jaga jarak. Seng ada yang mau duduk dekat beta lagi, seng ajak-ajak kerja tugas kelompok dong bilang nanti dong kerja saja, pi nongkrong jua dong seng ajak lai.”(penderita TB, mahasiswa)

Tema: Hilangnya Pekerjaan

“Waktu majikan tahu beta sakit TB, beta seng diijinkan bawa oto lai. Bos bilang takut nanti penumpang tertular, padahal beta masih mampu kerja.”(penderita TB, sopir angkutan umum)

“Beta supir angkutan umum sejak dapa tahu sakit langsung bilang istirahat bawa oto dolo fokus par la capat bai akhirnya untuk memenuhi kebutuhan keluarga beta skrg bawa oto tapi supir cadangan yang dapa cekeran dari teman supir”(penderita TB, sopir angkutan umum)

Berdasarkan hasil analisis tematik terhadap data wawancara mendalam, dapat disajikan ringkasan tema stigma tuberkulosis yang diidentifikasi berdasarkan pengalaman informan pada level keluarga, masyarakat, dan institusi pelayanan kesehatan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.3

Tema dan Bentuk Stigma Tuberkulosis pada Level Keluarga, Masyarakat, dan Institusi Pelayanan Kesehatan

| Level Stigma | Tema Stigma | Bentuk Stigma yang Ditemukan | Kutipan Representatif Informan | Dampak bagi Penderita TB | Relevansi dengan Nilai ARBR |
|--------------|-----------------------|---|---|---|--|
| Keluarga | Perlakuan berbeda | Pemisahan alat makan dan tempat tidur | “Beta seng boleh pakai piring sama-sama” | Merasa dikucilkan, menurunnya rasa diterima | Bertentangan dengan nilai empati dan kebersamaan (<i>ale rasa beta rasa</i>) |
| | Pembatasan interaksi | Larangan kontak dengan anak/keluarga | “Anak-anak seng diijinkan dekat beta” | Kesepian, tekanan emosional | Melemahkan nilai rasa senasib dan solidaritas keluarga |
| | Stigma tidak langsung | Perubahan sikap tanpa pernyataan verbal | “Dong seng bilang langsung, tapi sikap su beda” | Rasa malu, stigma internal | Empati tidak terinternalisasi dalam relasi keluarga |
| | Pembatasan peran | Tidak dilibatkan aktivitas rumah tangga | “Beta seng diijinkan masak lagi” | Hilangnya peran sosial, rendah diri | Bertentangan dengan prinsip saling menopang |

| Level Stigma | Tema Stigma | Bentuk Stigma yang Ditemukan | Kutipan Representatif Informan | Dampak bagi Penderita TB | Relevansi dengan Nilai ARBR |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| | Pengawasan berlebihan | Kontrol berlebih yang menekan | “Setiap beta batuk, langsung ditanya” | Stres, ketidaknyamanan psikologis | Pendampingan berubah menjadi kontrol, bukan empati |
| | Pembatasan sosial keluarga | Dilarang ikut acara keluarga | “Beta seng usah ikut acara keluarga dulu” | Isolasi sosial, rasa terasing | Nilai kebersamaan keluarga melemah |
| | Pembatasan sosial keluarga | Disalahkan atas penyakit | “Dong bilang ini karena beta seng jaga diri” | Rasa bersalah, rendah diri | Bertentangan dengan nilai saling memahami |
| | Pembatasan informasi | Dilarang membicarakan status TB | “Jangan cerita ke siapa-siapa” | Menutup diri, enggan mencari dukungan | Menghambat praktik keterbukaan dan solidaritas |
| Institusi/Petugas kesehatan | Komunikasi kurang empatik | Bahasa menyalahkan, tergesa-gesa | “Kalau beta tanya, dibilang cepat-cepat” | Frustrasi, motivasi menurun | Pelayanan belum mencerminkan empati ARBR |
| | Asumsi ketidakpatuhan | Pasien langsung disalahkan | “Langsung dibilang seng patuh” | Kebingungan, salah pemahaman | Bertentangan dengan prinsip saling memahami |
| | Informasi tidak setara | Edukasi minim dan satu arah | “Beta seng terlalu dijelaskan” | Merasa dijauhi, distigma | Nilai keterbukaan belum terimplementasi |

| Level Stigma | Tema Stigma | Bentuk Stigma yang Ditemukan | Kutipan Representatif Informan | Dampak bagi Penderita TB | Relevansi dengan Nilai ARBR |
|-------------------|------------------------|----------------------------------|---|--------------------------|--|
| Masyarakat | Jaga jarak berlebihan | Sikap protektif ekstrem | “Petugas jaga jarak jauh” | Merasa dijauhi, distigma | Pendekatan belum humanis |
| | Pengabaian psikososial | Fokus hanya pada aspek klinis | “Yang ditanya cuma obat” | Tekanan mental | ARBR belum diintegrasikan dalam layanan |
| | Pelabelan sosial | Gosip dan cap negatif | “Orang di kampung mulai bicara di belakang” | Rasa malu, menarik diri | Lemahnya nilai solidaritas sosial |
| | Rasa malu sosial | Menyembunyikan status TB | “Beta seng berani bilang ke tetangga” | Penundaan pengobatan | Empati komunitas belum terwujud |
| | Penghindaran sosial | Menjauh dari kegiatan masyarakat | “Beta pilih seng datang” | Isolasi sosial | Bertentangan dengan semangat kebersamaan |

2) Analisis Pernyataan penderita yang Mengarah Loss to Follow Up Tuberkulosis

Untuk memperjelas proses terjadinya LTFU dari perspektif penderita, penelitian ini menyajikan kutipan langsung informan yang mencerminkan pengalaman, perasaan, dan kondisi sosial yang memengaruhi keberlanjutan pengobatan tuberkulosis. Kutipan disampaikan dalam bahasa Ambon untuk menjaga keaslian data kualitatif, dampak LTFU, serta makna analitik guna memudahkan pemahaman konteks. Pernyataan-pernyataan ini menunjukkan bahwa LTFU merupakan hasil dari proses bertahap yang dipengaruhi oleh stigma, tekanan psikologis, minimnya dukungan keluarga, pengalaman layanan kesehatan yang tidak mendukung, serta kendala ekonomi, adapun pernyataan LTFU sebagai berikut:

Tabel 2.4

Loss to Follow Up dan Kaitannya dengan Nilai *Ale Rasa Beta Rasa*

| Dampak LTFU | Pernyataan penderita | Makna Analitik (LTFU) | Makna dalam Perspektif ARBR |
|---|--|--|---|
| Rasa malu dan stigma sosial | <p>“Orang-orang su tahu beta sakit TB, jadi beta pilih seng pi puskesmas lai.</p> <p>“Waktu pi berobat beta baku dapa taman di puskesmas, taman lia beta masuk di ruangan TB ambe obat program, abis itu beta malu trus beta coba pi berobat di puskesmas laeng cuma petugas bilang sesuai tempat tinggal barang su ada data disitu dari situ beta seng pi puskesmas seng minum obat 3 bulan</p> | Stigma sosial memicu rasa malu dan penarikan diri dari layanan kesehatan | Nilai empati dan rasa senasib (<i>ale rasa beta rasa</i>) belum terwujud di lingkungan sosial |
| Tekanan psikologis dan kelelahan mental | <p>“Awalnya beta masih minum obat, tapi lama-lama beta pamalas pigi ka puskesmas par kontrol lagi.”</p> <p>Beta minum obat bulan pertama saja di bulan kedua beta babatu su mulai kurang lalu stop</p> <p>“Awal minum panas demam, mual e lalu beta stop minum obat kampung sa</p> | Penurunan kepatuhan bertahap yang berujung LTFU | Tidak ada pendampingan yang mencerminkan kepedulian bersama |
| Ketidakpedulian keluarga | <p>“Di rumah seng ada yang tanya beta sudah minum obat atau balom.”</p> | Kurangnya dukungan keluarga menurunkan motivasi pengobatan | Nilai kebersamaan keluarga belum berfungsi sebagai modal sosial |

| Dampak LTFU | Pernyataan penderita | Makna Analitik (LTFU) | Makna dalam Perspektif ARBR |
|---|--|--|---|
| Pengalaman negatif di layanan kesehatan | “Kalau beta datang kontrol, petugas suka bicara - bicara, kadang jua musti tunggu lai” | Pengalaman negatif layanan kesehatan mempercepat disengagement | Pelayanan belum mencerminkan empati dan penghargaan martabat |
| Karena masalah ekonomi dan pekerjaan | “Beta su seng kerja lagi, mau datang kontrol seng ada ongkos.” | Kendala ekonomi menjadi hambatan keberlanjutan pengobatan | ARBR belum terimplementasi dalam solidaritas sosial-ekonomi Tidak ada penguatan moral dan emosional berbasis solidaritas |
| Sebagai proses bertahap (kepatuhan menurun) | Beta biasa datang ambe obat di petugas par 2 bulan sekali karena karja bangunan pindah – pindah tapi pas obat abis kerja balom selesai akhirnya seng minum obat lai | Kelelahan fisik dan mental berkontribusi pada penghentian pengobatan | Tidak ada sistem pengingat dan perhatian kolektif |
| | “Beta capek deng minum obat lama-lama, orang pung omongan tambah bikin beta lalah.” “Awalnya cuma lupa minum obat satu dua hari, lama-lama beta seng minum sama sekali.” “Obat talalu banyak e ibu, baru minum lama lai beta pastiu dengan kebetulan mau pi KKN lai la seng minom obat lai | Ketidakpatuhan parsial sebagai fase awal menuju LTFU | |

| Dampak LTFU | Pernyataan penderita | Makna Analitik (LTFU) | Makna dalam Perspektif ARBR |
|---------------------------|---|---|---|
| Kehilangan harapan sembuh | “Beta rasa percuma minum obat terus, sakit seng bai - bai” Obat awal tu obat basar – basar ibu baru babatu seng bai – bai la stop minom obat | Hilangnya harapan sembuh (<i>hopelessness</i>) mendorong LTFU | ARBR belum hadir sebagai penguat harapan dan makna kesembuhan |

3) Analisis Konsep Nilai ARBR

Data yang dikumpulkan dari wawancara dengan berbagai responden bagaimana nilai - nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" dapat membantu mengurangi stigma yang melekat pada penderita tuberkulosis.

Tabel 2.5

Kategori dan Temuan Utama Hasil Wawancara Responden Terkait Makna Nilai ARBR

| Kategori | Temuan Utama |
|---|--|
| Presepsi Budaya " <i>Ale Rasa Beta Rasa</i> " | Budaya " <i>Ale Rasa Beta Rasa</i> " sebagai ekspresi nilai empati dan modal sosial artinya bahwa budaya orang Maluku " <i>Ale Rasa Beta Rasa</i> " bukan hanya ekspresi kebersamaan, tetapi juga merupakan ekspresi nilai empati yang mendalam dan modal sosial yang kuat. Nilai-nilai ini sangat penting untuk membangun persatuan dan kepedulian terhadap penderita TB (individual interview; akademisi). Fokus pada Aspek Mental dan Batin: Ide ini menekankan aspek mental dan batin, bukan hanya fisik, yang mencerminkan kepekaan dan perhatian terhadap kondisi emosional penderita TB, terutama terkait stigma sosial (individual interview; akademisi). |

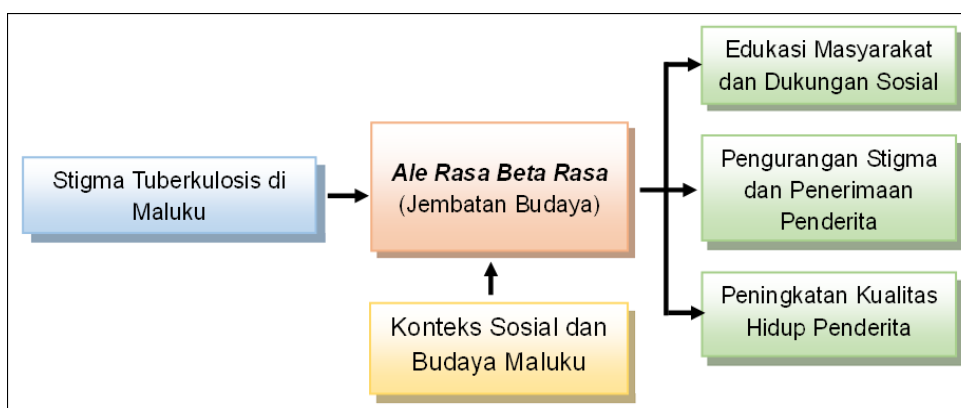
| Kategori | Temuan Utama |
|----------|---|
| | <p>Empati mendalam sebagai skema: "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" berakar pada empati mendalam, yang mendorong orang untuk menolong sesama sebagai panggilan jiwa dan hati, terutama mereka yang sakit (individual interview; tokoh agama).</p> <p>Peran gereja dan komunitas: "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" mendorong pendekatan sosial yang melibatkan gereja dan komunitas sebagai sumber dukungan sosial (<i>social support</i>) yang penting dalam proses penyembuhan dan pengobatan. Misalnya, gereja dapat mendoakan anggota jemaat yang sakit dan memberikan bantuan sebesar Rp. 300.000,00 kepada jemaat yang sakit (individual interview; tokoh agama).</p> <p>Strategi sosial yang efektif: Budaya "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" membantu memperkuat jaringan sosial dan meningkatkan kualitas hidup penderita tuberkulosis dengan meningkatkan empati, solidaritas, dan mengurangi stigma (individual interview; tokoh agama).</p> <p>Pentingnya informasi umum penderita sebagai bentuk dukungan sosial: Meskipun rekam medis penderita tetap menjadi rahasia petugas kesehatan, namun penting untuk memberitahukan informasi umum tentang keberadaan penderita agar kami dapat memberikan bantuan sosial melalui Dana Desa (individual interview; tokoh masyarakat).</p> <p>Budaya Maluku yang mengedepankan konsep "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" merupakan manifestasi nilai empati yang sangat kuat dalam kehidupan sehari-hari masyarakatnya. Konsep ini tidak hanya sekadar ungkapan kebersamaan, tetapi juga merupakan modal sosial yang besar yang berperan penting dalam</p> |

| Kategori | Temuan Utama |
|----------|---|
| | <p>membangun solidaritas dan keberpihakan terhadap penderita TB. Secara mendalam, "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" menekankan aspek mental dan batin, bukan hanya fisik, yang mencerminkan kepekaan dan perhatian terhadap penderitaan orang lain, terutama mereka yang mengalami stigma sosial akibat penyakit TB. Dengan adanya relasi yang timpang antara penderita dan masyarakat, nilai ini menjadi jembatan untuk mengurangi kesenjangan tersebut melalui sikap saling pengertian dan dukungan. Paradigma ini mengarahkan masyarakat untuk berperilaku secara solidaritas secara aktif, membantu mengendalikan stigma negatif yang sering melekat pada penderita TB. Solidaritas ini bukan hanya bentuk kepedulian, tetapi juga keberpihakan nyata yang mendorong perubahan sikap sosial, sehingga penderita merasa diterima dan didukung dalam proses pemulihan. Dengan demikian, budaya <i>Ale Rasa Beta Rasa</i> bukan hanya nilai budaya semata, melainkan strategi sosial yang efektif untuk memperkuat jaringan sosial dan meningkatkan kualitas hidup penderita TB melalui empati, solidaritas, dan pengurangan stigma. Konsep ini dapat dijadikan model dalam upaya kesehatan masyarakat yang berorientasi pada pendekatan kultural dan sosial yang humanis.</p> <p>Konsep "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" merupakan falsafah budaya universal orang Maluku yang menjiwai praktik sosial relasi dengan menumbuhkan solidaritas dan perilaku terbuka untuk semua. "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" berakar pada empati mendalam, di mana orang yang melihat penderitaan saudara tidak tega, sehingga terdorong untuk menolong sebagai panggilan jiwa dan hati. Konsep ini mencegah stigma dan penolakan terhadap orang sakit, karena menolak atau mengabaikan penderita bertentangan dengan eksistensi kemanusiaan dan nilai kesatuan orang Maluku</p> |

| Kategori | Temuan Utama |
|----------|---|
| | <p>yang menerima semua tanpa membeda-bedakan "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" mendorong pendekatan sosial yang melibatkan gereja dan komunitas sebagai sumber dukungan sosial (<i>social support</i>) yang penting dalam proses penyembuhan dan pengobatan. Konsep ini juga menegaskan bahwa pengobatan adalah bagian dari keajaiban, dan kesembuhan penderita menjadi motivasi untuk berbagi pengalaman dan mengedukasi orang lain, memperkuat solidaritas dan menghilangkan stigma.</p> <p>"<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" bukan hanya nilai budaya, tetapi juga modal sosial yang besar untuk menguatkan jaringan sosial, mencegah stigma sebagai gejala sosial yang salah kaprah, dan membangun komunitas penyembuh yang inklusif. Nilai sepenanggungan (berjuang bersama) "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" menunjukkan bahwa penderita tidak berjuang sendiri, melainkan didukung oleh seluruh komunitas dengan rasa sensitivitas universal yang menembus batas sosial. Dengan demikian, "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" adalah konsep budaya luar biasa yang membimbing masyarakat Maluku dalam menjaga persatuan, empati, dan solidaritas, sekaligus menjadi strategi efektif untuk mengatasi stigma dan mendukung kesembuhan penderita penyakit menular seperti TB dan HIV.</p> <p>"<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" juga mencerminkan hubungan ketuhanan yang harmonis, yang menjadi landasan moral dan spiritual dalam berinteraksi. Nilai-nilai kasih, tolong-menolong, dan saling membantu yang terkandung dalam "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" sejalan dengan ajaran agama-agama, yang mengajarkan agar manusia tidak menyakiti atau melukai sesamanya, melainkan selalu mengedepankan rasa kasih dan empati. Dengan demikian, "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" bukan hanya sebuah</p> |

| Kategori | Temuan Utama |
|----------|---|
| | <p>Konsep budaya, tetapi juga prinsip universal kemanusiaan dan spiritual yang mengajak masyarakat untuk hidup berdampingan dengan penuh kasih, saling mendukung, dan menjaga martabat setiap individu, terutama mereka yang sedang mengalami kesulitan atau sakit.</p> <p>Konsep "<i>Ale Rasa Beta Rasa</i>" telah diterapkan secara luas dalam mendukung berbagai penyakit, bukan hanya TB. Namun, dalam penanganan TB, masih terdapat kendala karena keterbatasan informasi dari puskesmas mengenai identitas penderita di tingkat RT atau RW. Hal ini menghambat penyaluran bantuan, termasuk penggunaan dana desa yang juga dialokasikan untuk kesehatan, agar tepat sasaran. Meskipun rekam medis penderita merupakan data rahasia yang dijaga oleh puskesmas, informasi umum mengenai keberadaan penderita sangat penting untuk disampaikan kepada masyarakat. Dengan adanya informasi tersebut, masyarakat dapat memberikan dukungan sosial yang diperlukan sesuai dengan semangat <i>Ale Rasa Beta Rasa</i>. Oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang baik antara pihak kesehatan dan masyarakat agar bantuan dan dukungan dapat diberikan secara efektif dan tepat guna.</p> |

Tabel 2.5 menjelaskan bagaimana "*Ale Rasa Beta Rasa*" membantu menghubungkan nilai-nilai lokal dengan upaya untuk mengurangi stigma. Ini mencakup partisipasi tokoh agama, penyintas, dan pemuda dalam memberikan pendidikan tentang tuberkulosis kepada masyarakat. Jembatan ini menekankan bahwa dalam menghadapi stigma, persaudaraan, solidaritas, dan dukungan sosial sangat penting. Stigma diharapkan akan berkurang dengan mengedukasi masyarakat dan mengubah persepsi negatif. Dari temuan utama penelitian ini maka kami menggambarkan skema konsep "*Ale Rasa Beta Rasa*" sebagai jembatan budaya dalam mengatasi stigma TB di Maluku sebagai berikut:



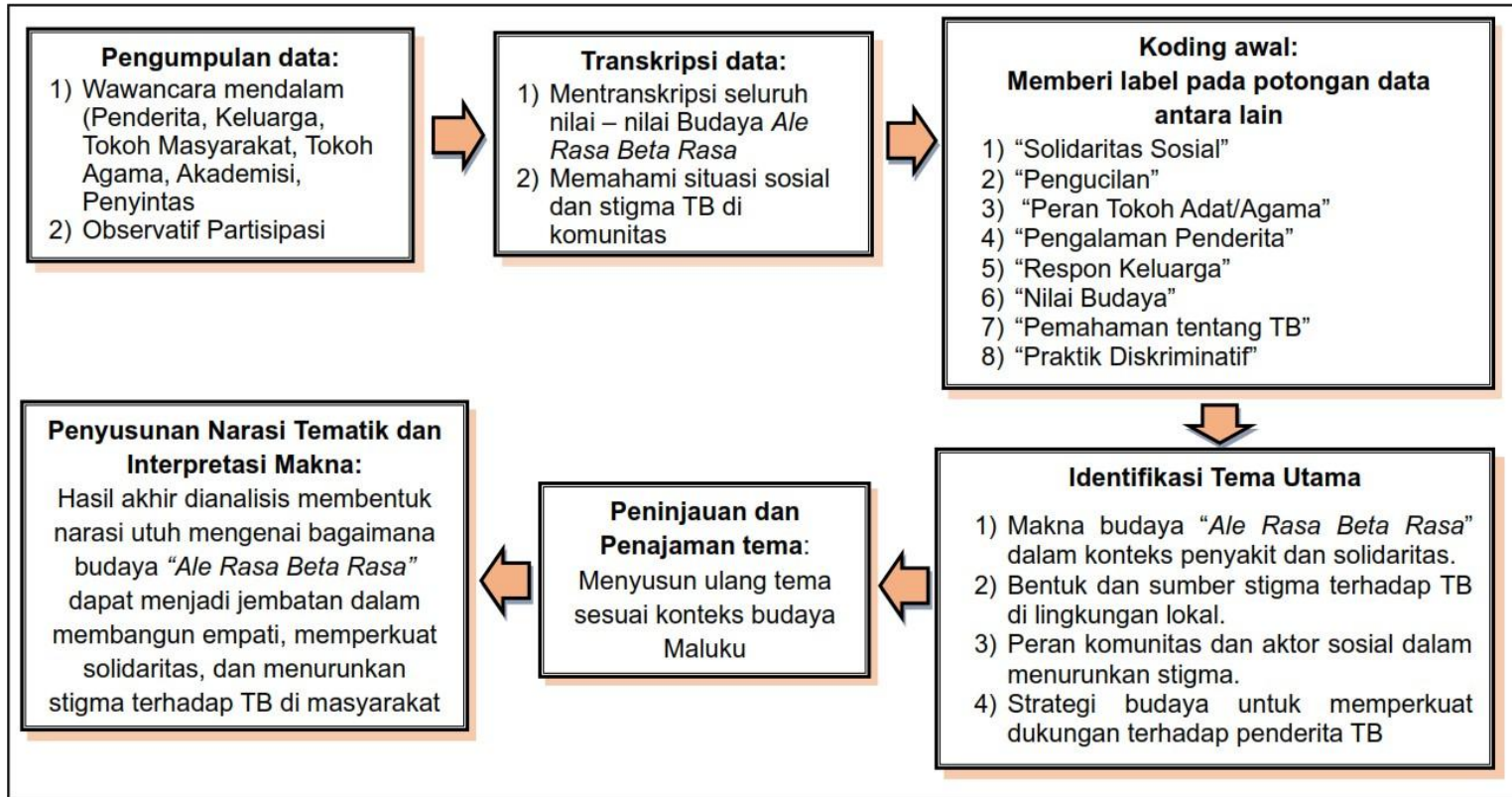
Gambar 2.1 Jembatan Budaya mengatasi stigma TB di Maluku

- a) "*Ale Rasa Beta Rasa*" berfungsi sebagai jembatan budaya yang menghubungkan nilai-nilai lokal dengan upaya untuk mengurangi stigma. Hal ini mencakup keterlibatan tokoh agama, penyintas, dan pemuda dalam mengedukasi masyarakat tentang tuberkulosis.
- b) Jembatan ini menekankan pentingnya persaudaraan, solidaritas, dan dukungan sosial dalam menghadapi stigma. Dengan mengedukasi masyarakat dan mengubah persepsi negatif, diharapkan stigma dapat berkurang.

Hasil temuan penelitian kualitatif, teridentifikasi bahwa kekuatan budaya lokal *Ale Rasa Beta Rasa* mampu menjadi jembatan sosial dalam mengurangi stigma dan meningkatkan kepatuhan pengobatan TB. Oleh karena itu, hasil temuan ini melahirkan gagasan pengembangan aplikasi berbasis digital serta buku saku dan buku panduan TB yang memuat narasi, pesan, dan praktik budaya lokal sebagai strategi pemberdayaan komunitas dalam pengendalian TB di Kota Ambon. Kesimpulan dalam

penelitian ini adalah stigma terhadap penderita TB masih terjadi, terutama terkait dengan persepsi menular, rasa malu, dan ketakutan sosial. Namun, pendekatan berbasis budaya mampu mengubah persepsi tersebut dengan menekankan nilai kebersamaan dan tanggung jawab kolektif dalam penyembuhan. Faktor LTFU banyak dipengaruhi oleh keterbatasan geografis, akses transportasi, dukungan keluarga, dan lemahnya sistem pemantauan penderita. Nilai budaya "*Ale Rasa Beta Rasa*" memberi ruang bagi penguatan dukungan sosial dan keterlibatan komunitas untuk mengatasi hambatan tersebut.

Berdasarkan hasil analisis temuan penelitian kualitatif maka dapat digambarkan bagan alur analisis tematik berbasis budaya:



Gambar 2.2 Bagan Alur Analisis Tematik Berbasis Budaya.

4) Hasil Penelitian Kualitatif dan Rekomendasi Pengembangan Model Intervensi

1. Makna dan Internalisasi Nilai Budaya *Ale Rasa Beta Rasa*

Hasil wawancara mendalam dan FGD menunjukkan bahwa nilai budaya *Ale Rasa Beta Rasa* masih hidup dan menjadi panduan moral dalam kehidupan masyarakat Ambon. Ungkapan ini secara harfiah berarti “apa yang kamu rasakan, saya juga merasakan”, yang mencerminkan empati, solidaritas, dan tanggung jawab bersama dalam kehidupan sosial.

Dalam konteks kesehatan, nilai ini dipahami sebagai sikap saling peduli terhadap sesama yang sedang mengalami kesulitan atau sakit. Informan menyatakan bahwa masyarakat merasa terpanggil untuk membantu penderita TB, baik secara moral maupun praktis, karena mereka percaya bahwa penderitaan satu orang adalah tanggung jawab bersama.

“Kalau dia sakit, beta juga rasa. Jadi katong bantu, jangan jauhi dia.”
(*Informan, tokoh masyarakat*)

Temuan ini menunjukkan bahwa nilai *Ale Rasa Beta Rasa* dapat menjadi landasan sosial dan budaya dalam membangun sistem dukungan komunitas bagi penderita TB.

2. Stigma dan Hambatan Sosial terhadap Penderita TB

Meskipun nilai budaya ini kuat, sebagian masyarakat masih memiliki persepsi negatif terhadap penderita TB. Stigma muncul karena ketakutan penularan, kurangnya pemahaman tentang TB, dan adanya pandangan bahwa TB adalah penyakit sosial akibat “gaya hidup buruk”.

Beberapa penderita mengaku mengalami pengucilan ringan atau sikap menjauh dari tetangga dan rekan kerja. Kondisi ini berkontribusi terhadap menurunnya motivasi berobat dan menjadi faktor risiko LTFU.

“Awalnya dorang takut, bilang jangan dekat-dekat. Akhirnya beta pamalas pi kontrol.” (*Informan, penderita TB*)

Hasil ini menegaskan perlunya pendekatan berbasis nilai empati dan kebersamaan untuk mengubah pola pikir masyarakat dari “takut dan menjauh” menjadi “peduli dan mendampingi”.

3. Dukungan Sosial Berbasis Komunitas

Keluarga dan kader TB di tingkat puskesmas berperan penting dalam menjaga kepatuhan penderita terhadap pengobatan. Dalam banyak kasus,

kesembuhan penderita sangat dipengaruhi oleh dukungan emosional, spiritual, dan sosial dari lingkungan sekitar.

Nilai *Ale Rasa Beta Rasa* termanifestasi dalam bentuk saling mengingatkan, menemani berobat, dan menjaga kerahasiaan penderita agar tidak menjadi bahan pembicaraan sosial.

“Katong bantu dia diam-diam, yang penting dia bisa sembuh itu baru bentuk *Ale Rasa Beta Rasa*.” Beta juga sebagai kader biasa dari rumah ke rumah bagi obat kepada semua penderita TB di lingkungan tempat tinggal yang diberikan oleh petugas di puskesmas jika dong seng ke puskesmas untuk mengambil obat (*Informan, kader TB*).

Temuan ini mendukung pengembangan model pendampingan komunitas berbasis budaya lokal sebagai bagian dari strategi pengendalian stigma dan LTFU.

4. Kesiapan Digital dan Kebutuhan Inovasi Teknologi

Sebagian besar responden berusia produktif serta relawan kesehatan di puskesmas telah menggunakan smartphone dan media sosial untuk komunikasi kesehatan. Mereka menyambut baik ide penggunaan aplikasi digital untuk memantau pengobatan, memberi pengingat, dan menyediakan ruang edukasi. Namun, responden menekankan bahwa aplikasi tersebut harus mengandung unsur budaya lokal agar terasa dekat dan diterima masyarakat.

“Kalau aplikasinya pakai nama *Ale Rasa Beta Rasa*, orang Ambon pasti lebih tertarik, karena itu bagian dari katong pung kebersamaan katong pung peduli dengan orang laeng.” (*Informan, tenaga kesehatan*)

Hasil ini memperkuat perlunya integrasi nilai budaya dalam platform digital, sehingga inovasi teknologi tidak hanya berfungsi sebagai alat pemantauan medis, tetapi juga menjadi media edukasi budaya dan empati sosial.

5. Rekomendasi Pengembangan Model TBCare ARBR

Berdasarkan temuan kualitatif tersebut, direkomendasikan model pengembangan aplikasi TBCare ARBR yang menggabungkan nilai budaya dan teknologi digital dalam pengendalian stigma dan LTFU.

Model ini mencakup tiga komponen utama:

- 1) Komponen Budaya; Penguatan nilai empati, solidaritas, dan tanggung jawab sosial *Ale Rasa Beta Rasa* melalui narasi, video edukatif, dan simbol budaya lokal.

- 2) Komponen Digital: Aplikasi berbasis Android dengan fitur pemantauan minum obat, pengingat jadwal, forum komunitas, dan konsultasi dengan petugas TB.
- 3) Komponen Komunitas; Kolaborasi antara penderita, kader, keluarga, dan tokoh masyarakat dalam sistem pendampingan digital berbasis komunitas.

Dengan mengintegrasikan ketiga aspek tersebut, aplikasi TBCare ARBR diharapkan mampu menurunkan stigma sosial terhadap penderita TB, meningkatkan kepatuhan pengobatan, menguatkan solidaritas masyarakat berbasis nilai lokal, dan menjadi model inovasi kesehatan berbasis budaya untuk wilayah Maluku dan Indonesia Timur.

2.4. Pembahasan

Sejauh pengetahuan ini adalah studi kualitatif pertama di Maluku yang mengeksplorasi budaya dengan stigma TB di Maluku dan sangat penting dilakukan karena beberapa alasan; Pertama, stigma dapat menghambat upaya pencegahan dan pengobatan TB, yang merupakan penyakit menular serius (Duarte et al. 2018; Carvalho et al. 2018; Talarima Bellytra 2022), dengan memahami bagaimana stigma terbentuk dan beroperasi dalam konteks sosial dan budaya Maluku, penelitian ini dapat memberikan wawasan yang diperlukan untuk merancang intervensi yang efektif dan sensitif terhadap nilai-nilai lokal; Kedua, stigma sering kali menyebabkan penderita TB mengalami isolasi sosial, yang berdampak negatif pada kesehatan mental dan fisik mereka (Nuttall et al. 2022). Sebuah studi lain secara cross-sectional di Afrika Selatan menunjukkan hasil yang signifikan bahwa dengan adanya perbedaan persepsi tentang TB, dukungan sosial sangat rendah terhadap orang dengan TB, bahkan diidentik dengan penderita yang berkulit hitam dan putih, perasaan bersalah karena menulari orang lain, perasaan kesepian, stres dan depresi (Bresenham et al., 2020). Efek negatif lain dari stigma dapat sangat berdampak luas pada individu seperti sosial, ekonomi (Addo et al. 2022) dan lainnya perempuan di Malawi, India, dan Bangladesh tampaknya paling menderita akibat stigma TB karena hubungan perkawinan mereka yang rentan (Hatherall et al., 2019); Ketiga, dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk tokoh agama, akademisi, dan penyintas, penelitian ini dapat mendorong kolaborasi dalam mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang TB.

Hasil penelitian menemukan bahwa stigma internal pada level keluarga muncul dalam bentuk pembatasan peran, perlakuan berbeda, dan

ketidakpedulian terhadap proses perawatan. Larangan memasak, pemisahan alat makan, serta minimnya keterlibatan keluarga dalam mengingatkan minum obat menunjukkan bahwa ketakutan akan penularan masih mendominasi relasi keluarga. Kondisi ini menyebabkan penderita kehilangan peran sosial dalam keluarga, mengalami tekanan emosional, dan merasa tidak sepenuhnya diterima. Namun demikian, penelitian ini juga menemukan adanya spektrum dukungan keluarga, di mana sebagian keluarga menunjukkan kepedulian aktif terhadap pengobatan penderita. Kepedulian ini berperan sebagai faktor protektif yang meningkatkan kepatuhan dan mencegah LTFU. Temuan ini menegaskan bahwa keluarga merupakan arena penting dalam pengendalian stigma dan penguatan kepatuhan pengobatan. Dalam konteks nilai budaya *Ale Rasa Beta Rasa* (ARBR), stigma keluarga mencerminkan belum terinternalisasinya nilai empati, kebersamaan, dan rasa senasib. Sebaliknya, bentuk kepedulian keluarga yang mendukung pengobatan menunjukkan praktik nyata dari nilai ARBR sebagai modal sosial-budaya dalam perawatan TB.

Hasil penelitian ini menemukan adanya stigma internal yang lebih besar dimana penderita mengucilkan diri sendiri karena malu terhadap penyakit yang diderita sehingga dalam pencarian pengobatan pasien melakukan pengobatan di luar wilayah tempat tinggal, meminta petugas kesehatan ketika pelacakan kontak di tempat kerja menjaga identitas penderita sehingga tidak diketahui oleh teman kantor maupun masyarakat, sedangkan reaksi stigma masyarakat kepada penderita sebenarnya adalah bagian dari memproteksi diri untuk terhindar dari penyakit tersebut dengan prinsip *Ale Rasa Beta Rasa* dalam konteks artian bahwa bukan berarti Ale Sakit Beta Sakit (saya sakit kamu sakit) tetapi saling menjaga diantara kita sehingga tidak ada dalam kesusahan karena penyakit TB.

Temuan mengenai stigma internal yang dialami penderita TB dalam lingkup keluarga menunjukkan bahwa stigma tidak selalu muncul dalam bentuk penolakan terbuka, tetapi sering kali hadir dalam praktik keseharian yang bersifat simbolik dan implisit. Pembatasan peran domestik, pemisahan alat makan, serta minimnya keterlibatan anggota keluarga dalam proses pengobatan mencerminkan adanya ketakutan laten terhadap penularan yang belum sepenuhnya dipahami secara benar. Kondisi ini secara perlahan membentuk rasa tidak berdaya pada penderita dan memperkuat stigma yang terinternalisasi, yang pada akhirnya berpotensi menurunkan motivasi untuk melanjutkan pengobatan secara konsisten.

Dalam konteks ini, nilai budaya *Ale Rasa Beta Rasa* memiliki posisi strategis sebagai modal sosial yang mampu menetralkan relasi kuasa

dalam keluarga. Prinsip empati dan rasa senasib yang terkandung dalam nilai tersebut dapat merekonstruksi ulang relasi keluarga dari yang semula berbasis ketakutan menjadi relasi yang lebih suportif dan partisipatif. Ketika keluarga memaknai penyakit sebagai pengalaman bersama, bukan beban individual, maka proses pengobatan penderita TB tidak lagi dipandang sebagai tanggung jawab personal semata, melainkan sebagai tanggung jawab kolektif keluarga.

Stigma masyarakat dalam penelitian ini tidak hanya muncul dalam bentuk penghindaran sosial dan pelabelan, tetapi juga berdampak langsung pada aspek ekonomi penderita, seperti pemutusan pekerjaan dan pengucilan di lingkungan kerja. Kehilangan pekerjaan sebagai sopir atau pembatasan aktivitas kerja akibat stigma menyebabkan tekanan ekonomi yang signifikan, yang pada akhirnya menghambat akses penderita terhadap layanan kesehatan dan menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan.

Stigma sosial yang muncul di tingkat komunitas memperlihatkan bagaimana persepsi masyarakat terhadap TB masih kuat dipengaruhi oleh konstruksi sosial lama yang mengaitkan TB dengan aib, kelemahan moral, atau penyakit “memalukan”. Praktik penghindaran sosial dan kecenderungan penderita untuk menjauh dari fasilitas kesehatan di sekitar tempat tinggalnya menunjukkan bahwa stigma bekerja tidak hanya melalui tindakan diskriminatif, tetapi juga melalui mekanisme rasa malu dan ketakutan akan pelabelan sosial.

Nilai *Ale Rasa Beta Rasa* dalam konteks masyarakat berfungsi sebagai jembatan budaya yang mampu menggeser perspektif dari “orang sakit” menjadi “orang yang sedang berjuang”. Ketika solidaritas sosial diaktifkan melalui nilai budaya ini, komunitas tidak lagi sekadar menjadi penonton, tetapi bertransformasi menjadi lingkungan pendukung yang memberikan rasa aman bagi penderita untuk tetap mengakses layanan kesehatan. Dengan demikian, budaya lokal tidak hanya berperan sebagai identitas sosial, tetapi juga sebagai instrumen protektif terhadap praktik stigma di tingkat komunitas.

Stigma di lingkungan kerja juga memunculkan rasa malu dan kecenderungan penderita untuk menyembunyikan status kesehatannya, sehingga mengurangi frekuensi kontrol dan meningkatkan risiko LTFU. Temuan ini sejalan dengan konsep bahwa stigma TB tidak hanya bersifat sosial, tetapi juga struktural, karena berdampak pada keberlanjutan mata pencaharian penderita.

Nilai ARBR yang menekankan solidaritas sosial dan rasa kebersamaan seharusnya menjadi landasan dalam membangun lingkungan

masyarakat yang suportif. Ketika nilai ini tidak terwujud, stigma masyarakat justru memperbesar kerentanan penderita terhadap ketidakpatuhan dan putus berobat. Penelitian ini juga mengungkap adanya stigma yang dialami penderita dalam interaksi dengan institusi pelayanan kesehatan, terutama dalam bentuk komunikasi yang kurang empatik, asumsi ketidakpatuhan, dan pengabaian aspek psikososial. Sikap petugas yang terburu-buru, menyalahkan, atau menjaga jarak berlebihan berpotensi memperkuat stigma internal pada penderita. Pengalaman negatif dalam layanan kesehatan menyebabkan penderita enggan bertanya, takut datang kembali, dan pada akhirnya menurunkan kepatuhan pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa institusi pelayanan kesehatan dapat menjadi faktor risiko maupun faktor protektif terhadap LTFU, tergantung pada kualitas relasi yang dibangun dengan penderita. Dalam perspektif ARBR, pelayanan kesehatan seharusnya tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga mengedepankan empati, penghargaan terhadap martabat penderita, dan pendampingan yang manusiawi. Beberapa temuan stigma dalam penelitian ini sejalan dengan temuan studi kualitatif komunitas di Afrika Selatan juga memperkuat peran stigma sebagai hambatan yang nyata terhadap keterlibatan dalam perawatan dan kepatuhan pengobatan. Dalam konteks tersebut, stigma sosial mendorong pasien mencari layanan kesehatan jauh dari komunitas mereka untuk menghindari pertanyaan atau prasangka dari tetangga, yang menunjukkan bagaimana stigma mempengaruhi perilaku pencarian layanan dan keberlanjutan perawatan TB. Selain itu, bukti empiris dari studi lintas negara di Asia dan Afrika menunjukkan bahwa stigma TB merupakan hambatan global yang menghambat diagnosis dini, akses pengobatan, dan keterlibatan pasien dalam layanan perawatan TB. Stigma bukan hanya memperburuk isolasi sosial dan pelabelan negatif, tetapi juga berdampak pada kehilangan pekerjaan, pengucilan sosial, dan penurunan dukungan komunitas semua faktor yang selaras dengan temuan dalam penelitian ini (WHO, 2022; 2024).

Stigma tuberkulosis dalam penelitian ini dapat dipahami sebagai praktik sosial yang tidak berdiri sendiri, melainkan diproduksi dan direproduksi melalui habitus yang terbentuk dalam relasi keluarga, masyarakat, dan institusi pelayanan kesehatan. Sejalan dengan konsep stigma sebagai proses pelabelan dan diskriminasi (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001), temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pembatasan peran domestik, pengucilan sosial, serta komunikasi layanan yang kurang empatik merupakan ekspresi dari disposisi sosial yang dianggap wajar dalam menghadapi penyakit menular. Dalam perspektif Pierre Bourdieu,

praktik stigma tersebut merefleksikan habitus yang dibentuk oleh pengetahuan kolektif, ketakutan terhadap penularan, dan ketimpangan modal sosial, budaya, dan simbolik yang dimiliki penderita TB. Posisi penderita yang lemah dalam arena sosial menyebabkan mereka lebih rentan mengalami internalisasi stigma, yang selanjutnya mempengaruhi praktik kepatuhan pengobatan dan mengendalikan LTFU, oleh karena itu, stigma TB dan LTFU tidak dapat dipahami semata sebagai persoalan perilaku individu, tetapi sebagai konsekuensi dari struktur sosial dan habitus yang belum mendukung praktik perawatan yang empatik dan inklusif, sehingga memerlukan intervensi yang mampu mentransformasi habitus tersebut melalui penguatan modal sosial dan budaya, termasuk nilai lokal *Ale Rasa Beta Rasa*. Hasil analisis pernyataan penderita menunjukkan bahwa LTFU bukanlah peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba, melainkan merupakan hasil akumulasi pengalaman negatif yang dialami penderita sepanjang proses pengobatan. Rasa malu, kelelahan psikologis, kurangnya dukungan keluarga, serta pengalaman layanan kesehatan yang tidak empatik membentuk lintasan sosial yang secara perlahan mendorong penderita menjauh dari sistem layanan kesehatan. Dalam perspektif Pierre Bourdieu, *habitus* dipahami sebagai sistem disposisi yang terinternalisasi secara historis melalui proses sosialisasi, yang kemudian membimbing cara individu berpikir, merasakan, dan bertindak secara tidak disadari. Habitus terbentuk dari pengalaman hidup sehari-hari dalam keluarga, komunitas, dan institusi sosial, sehingga praktik sosial yang berulang termasuk stigma seringkali dipersepsikan sebagai sesuatu yang “wajar” dan tidak dipertanyakan.

Dalam konteks stigma tuberkulosis di Kota Ambon, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa stigma tidak semata-mata muncul sebagai sikap individual, tetapi merupakan hasil dari *habitus kolektif* yang telah lama terbentuk. Praktik seperti pemisahan alat makan, pembatasan peran penderita dalam keluarga, serta kecenderungan penderita untuk menghindari fasilitas kesehatan di lingkungan terdekat mencerminkan disposisi sosial yang terinternalisasi dan direproduksi lintas generasi. Dengan demikian, stigma terhadap TB dapat dipahami sebagai praktik sosial yang tertanam dalam habitus masyarakat, bukan sekadar akibat kurangnya pengetahuan medis. Teori habitus membantu menjelaskan mengapa intervensi edukatif konvensional seringkali tidak cukup efektif dalam mengubah stigma. Informasi medis yang diberikan dari luar habitus tidak serta-merta mampu menggeser disposisi internal yang telah mengakar kuat. Hal ini menjelaskan mengapa, meskipun penderita telah mengetahui

bahwa TB dapat disembuhkan dan tidak mudah menular setelah pengobatan, mereka tetap mengalami rasa malu, menarik diri, dan bahkan menghentikan pengobatan (LTFU). Stigma dalam hal ini bekerja secara simbolik, menginternalisasi rasa bersalah dan inferioritas pada penderita tanpa perlu adanya diskriminasi terbuka.

Dalam kerangka Bourdieu, stigma TB juga dapat dipahami sebagai bentuk *kekerasan simbolik (symbolic violence)*, yaitu mekanisme dominasi yang berlangsung secara halus dan diterima sebagai sesuatu yang normal oleh pihak yang terdampak. Penderita TB secara tidak sadar menerima posisi subordinat dalam relasi keluarga dan masyarakat, sehingga cenderung menyesuaikan perilaku mereka, termasuk menjauh dari layanan kesehatan untuk menghindari konflik sosial dan pelabelan negatif. Nilai budaya Ale Rasa Beta Rasa (ARBR) berperan sebagai *counter-habitus* yang memiliki potensi untuk merombak struktur disposisi tersebut. Prinsip empati, rasa senasib, dan solidaritas sosial yang terkandung dalam ARBR menyediakan kerangka makna alternatif yang menantang habitus stigma. Ketika nilai ini diaktifkan dalam praktik sosial, baik di tingkat keluarga, komunitas, maupun layanan kesehatan, terjadi proses rekonstruksi habitus dari yang semula berbasis ketakutan dan pengucilan menjadi habitus yang lebih inklusif dan suportif.

Dalam perspektif Bourdieu, proses ini juga berkaitan erat dengan penguatan *modal sosial* dan *modal budaya*. ARBR berfungsi sebagai modal budaya simbolik yang diakui secara kolektif oleh masyarakat Maluku, sehingga memiliki legitimasi sosial yang kuat. Ketika nilai ini diinternalisasi dan dipraktikkan, ia memperkuat jaringan relasi sosial (modal sosial) yang memberikan dukungan emosional, moral, dan praktis bagi penderita TB. Modal sosial inilah yang kemudian berperan sebagai faktor protektif terhadap stigma dan LTFU, karena penderita tidak lagi menghadapi pengobatan sebagai perjuangan individual, melainkan sebagai proses yang didukung oleh komunitas.

Dengan demikian, integrasi teori habitus Pierre Bourdieu dalam penelitian ini memperlihatkan bahwa pengendalian stigma TB tidak cukup dilakukan melalui perubahan pengetahuan semata, tetapi membutuhkan transformasi disposisi sosial yang bekerja pada level praktik sehari-hari. Budaya Ale Rasa Beta Rasa, sebagai bentuk modal sosial dan budaya lokal, menyediakan mekanisme internal yang memungkinkan perubahan habitus tersebut berlangsung secara lebih alami, berkelanjutan, dan kontekstual. Temuan ini menegaskan bahwa intervensi berbasis budaya memiliki daya transformatif yang kuat dalam mengatasi stigma dan

mencegah LTFU pada penyakit sosial seperti tuberkulosis. Dalam perspektif budaya *Ale Rasa Beta Rasa*, fenomena LTFU dapat dipahami sebagai kegagalan lingkungan sosial dalam menyediakan rasa kebersamaan dan kepedulian yang berkelanjutan. Ketika nilai empati dan solidaritas tidak terinternalisasi dalam praktik keluarga, masyarakat, maupun layanan kesehatan, penderita cenderung menghadapi pengobatan sebagai beban individual yang berat. Oleh karena itu, penguatan nilai budaya ini menjadi krusial untuk memutus rantai stigma dan LTFU, dengan menjadikan penderita TB sebagai bagian dari komunitas yang didukung, bukan individu yang ditinggalkan. Nilai budaya *Ale Rasa Beta Rasa* dapat dipahami sebagai bentuk modal budaya dan simbolik lokal yang berpotensi menantang habitus stigma. ARBR menekankan empati, rasa senasib, dan solidaritas sosial, yang jika diinternalisasikan secara kolektif dapat mengubah disposisi sosial terhadap penderita TB. Dalam perspektif Bourdieu, intervensi berbasis ARBR berfungsi sebagai upaya transformasi habitus, dengan memperkuat modal sosial penderita, meningkatkan modal simbolik melalui penerimaan sosial, dan menggeser praktik stigma menjadi praktik pendampingan dan kepedulian. Sedangkan dalam konteks stigma TB, transformasi habitus masyarakat yang terbentuk dari pengetahuan turun-temurun, pengalaman kolektif terhadap penyakit menular, dan narasi sosial tentang bahaya TB membentuk cara pandang dan respons terhadap penderita TB. Praktik seperti menjaga jarak berlebihan, melarang penderita memasak, memisahkan alat makan, atau membatasi peran sosial penderita dapat dipahami sebagai ekspresi dari habitus yang berbasis ketakutan dan miskonsepsi. Habitus ini direproduksi secara lintas generasi dan diperkuat oleh kurangnya informasi yang tepat, sehingga stigma menjadi praktik yang dianggap “wajar” dan “demi kebaikan bersama”, meskipun berdampak negatif bagi penderita

Tokoh agama memiliki peran yang sangat penting sering kali dihormati dan dipercaya oleh masyarakat sehingga mereka dapat berperan sebagai mediator antara penderita TB dan komunitas dalam mengurangi stigma TB di Maluku dengan cara menyampaikan edukasi yang akurat tentang penyakit ini melalui khotbah/dakwah dan pertemuan komunitas, sehingga masyarakat memahami bahwa TB adalah penyakit yang dapat diobati dan bukan hukuman, mereka dapat mendorong sikap empati dan dukungan terhadap penderita dengan menekankan nilai-nilai kasih sayang dalam ajaran agama, serta berfungsi sebagai mediator antara penderita dan komunitas untuk mengatasi kesalahpahaman, hal ini juga di dukung dengan penelitian yang dilakukan Machmud, Medison, and Yani 2020) penggunaan

bahasa daerah sebagai media komunikasi serta edukasi tentang TB yang dilakukan pada saat pertemuan budaya tradisional berupa acara musik yang menarik perhatian masyarakat pada daerah terpencil yang melibatkan tokoh agama, tokoh masyarakat untuk memperkuat program pengendalian TB, dengan mengintegrasikan ajaran agama dengan isu kesehatan, mereka dapat menekankan pentingnya merawat penderita sebagai bagian dari tanggung jawab spiritual, sehingga menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung bagi penderita TB.

Penyintas tuberkulosis memiliki peran yang krusial dalam mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang penyakit ini di Maluku. Dengan berbagi pengalaman pribadi mereka, penyintas dapat memberikan perspektif yang nyata dan menginspirasi, menunjukkan bahwa tuberkulosis adalah penyakit yang dapat diobati dan bukan sesuatu yang perlu dipandang dengan rasa takut atau malu. Bentuk partisipasi partisipasi penyintas adalah sebagai kader TB yang membantu petugas untuk membagikan obat kepada penderita jika penderita tidak mengambil obat di puskesmas, terlibat dalam diskusi komunitas untuk menjelaskan proses pengobatan dan tantangan yang mereka hadapi, sehingga membantu mengubah pandangan masyarakat, karena dampak stigma juga mempengaruhi akses mereka terhadap layanan yang berkaitan dengan diagnosis dan pengobatan bagi penderita TB, sehingga menyebabkan diagnosis tertunda atau keterlibatan layanan yang kurang optimal (Fuady et al. 2023; Haldane et al. 2021; Machmud, Medison, and Yani 2020).

Dukungan sosial budaya memainkan peran penting dalam mengurangi stigma terkait TB dimana penderita dengan dukungan sosial yang baik lebih cenderung memiliki tingkat stigma terkait TB yang lebih rendah (X. Chen et al. 2021), salah dukungan sosial budaya antara lain konsep budaya orang Maluku *Ale Rasa Beta Rasa* merupakan dasar dari hidup orang basudara mengandung nilai kearifan atau filosofis yang kaya, baik dalam sistem pemikiran maupun dalam kisah hidup anak negeri Maluku yang beragam dari segi pulau, bahasa, agama, dan tradisi. Cita rasa *Ale Rasa* dan *Beta Rasa* menggabungkan keduanya. Beta sebagai pasangan yang harmonis, rasa yang menyambung jiwa dan hati dua orang (Matakena and Matatula 2021). Nilai-nilai budaya itu sangat berarti dalam masyarakat karena bertalian dengan norma keyakinan, adat, praktik-praktik dan simbol – simbol, oleh karenanya nilai-nilai itu perlu dirawat, dipelihara dan diwariskan kepada generasi muda perwujudan *Ale Rasa Beta Rasa* dalam melalui praktek tolong menolong berbasis nilai budaya yang

didasarkan pada filosofi sesama saudara harus saling memberikan pertolongan tanpa melihat perbedaan diantara mereka (Anwar et al. 2020)

Beberapa penelitian yang secara eksplisit menunjukkan nilai budaya intervensi, manfaatnya bertahan lebih dari satu bulan (Bahrami & Khalifi, 2022), bahkan dua tahun, sesuai dengan penelitian yang dilakukan di India oleh Maulik dkk. Peserta menyebutkan bahwa drama dan video TB tersebut menyadarkan mereka bahwa mereka tidak boleh meninggalkan atau menganiaya orang yang menderita masalah psikologis, melainkan memberikan dukungan kepada mereka yang dengan sengaja mengembangkan intervensi yang relevan secara budaya (Maulik et al., 2016).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ahsani Amalia Anwar, et al menunjukkan fungsi konsep *Ale Rasa Beta Rasa* dalam pembelajaran daring bagi mahasiswa akibat dampak dari Covid-19 di Kota Ambon, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu contoh dari nilai-nilai budaya tersebut adalah *Ale Rasa Beta Rasa*, yang didasarkan pada sikap saling peduli, saling memahami, saling mengakui hak orang lain, saling menghormati, saling menyayangi, saling menopang, dan saling hidupi untuk membantu seseorang mengatasi situasi dan kondisi sulit yang dihadapi. Mahasiswa melakukan berbagai upaya untuk bertahan dalam pembelajaran online, salah satunya adalah menerapkan nilai-nilai budaya *Ale Rasa Beta Rasa* (saya yakin kamu juga rasa) dan saling membantu satu sama lain agar mereka dapat mengikuti pelajaran dalam situasi kritis dan menyelesaikan mata kuliah dengan sukses (Anwar et al., 2020). Dengan demikian, konsep budaya *Ale Rasa Beta Rasa* adalah ajakan normatif yang memadukan energi positif "rasa" dalam hidup bermasyarakat. Nilai budaya ini tidak hanya dimiliki oleh orang Maluku, tetapi juga dapat digunakan oleh masyarakat luas (Muslim,2022).

Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu jumlah sampel yang terbatas sehingga membatasi generalisasi temuan, peserta merasa tidak nyaman untuk berbagi pengalaman mereka secara terbuka karena stigma yang ada yang dapat menyebabkan bias dalam jawaban mereka, penelitian hanya dilakukan di satu daerah di Maluku, hasilnya mungkin tidak dapat digeneralisasi ke daerah lain dengan konteks sosial dan budaya yang berbeda serta tidak mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi stigma, hasilnya tidak sepenuhnya mencerminkan kompleksitas isu yang diteliti.

Saran untuk penelitian selanjutnya melakukan penelitian kuantitatif dengan menggunakan survei untuk mengumpulkan data dari populasi yang

lebih besar untuk mengukur prevalensi stigma dan memahami hubungan antara stigma dan faktor-faktor demografis, sosial, dan ekonomi dengan melakukan penelitian di beberapa daerah di Maluku atau daerah lain dengan konteks sosial dan budaya yang berbeda sehingga intervensi dapat disesuaikan dengan dampak stigma terhadap kesehatan mental penderita TB, serta mengkaji peran pemangku kepentingan, seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas lokal, dalam mengurangi stigma yang dapat membantu merancang program dukungan yang lebih baik untuk penderita serta merumuskan kebijakan yang lebih efektif.

2.5. Kesimpulan

Kesimpulan penelitian mengenai "*Ale Rasa Beta Rasa: jembatan budaya untuk mengurangi stigma TB di Maluku*" Penelitian ini menunjukkan bahwa stigma terhadap TB di Maluku memiliki dampak signifikan terhadap perilaku masyarakat dan kesehatan penderita. Melalui pendekatan kualitatif, ditemukan bahwa kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang TB berkontribusi pada persepsi negatif yang dialami oleh penderita. Selain itu, stigma sosial tidak hanya mempengaruhi keputusan individu untuk mencari pengobatan, tetapi juga berdampak pada kualitas hidup mereka. *Ale Rasa Beta Rasa*, sebagai jembatan budaya, memiliki potensi untuk mengurangi stigma melalui penguatan nilai-nilai persaudaraan dan solidaritas dalam masyarakat, dengan melibatkan tokoh masyarakat dan menggunakan pendekatan budaya lokal, intervensi yang dirancang dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang TB, serta menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi penderita. Rekomendasi intervensi yang diusulkan, termasuk edukasi kesehatan, kampanye kesadaran, dukungan psikososial, dan kolaborasi dengan organisasi lokal, diharapkan dapat mengurangi stigma dan meningkatkan akses penderita terhadap pengobatan. Dengan demikian, penelitian ini menegaskan pentingnya pendekatan budaya dalam mengatasi stigma TB dan mendorong perubahan positif dalam masyarakat Maluku.

Daftar Pustaka

Addo, J., Pearce, D., Metcalf, M., Lundquist, C., Thomas, G., Barros-Aguirre, D., Koh, G. C.K. W., & Strange, M. (2022). Living with tuberculosis: a qualitative study of patients' experiences with disease and treatment. *BMC Public Health*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14115-7>

- Anwar, A. A., & Tuhuteru, A. (2020). Ale Rasa Beta Rasa. *Emik*, 3(1), 103–120. <https://doi.org/10.46918/emik.v3i1.557>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1986). *The Forms of Capital*. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*.
- Bresenham, D., Kipp, A. M., & Medina-Marino, A. (2020). Quantification and correlates of tuberculosis stigma along the tuberculosis testing and treatment cascades in South Africa: a cross-sectional study. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00762-8>
- Chen, X., Xu, J., Chen, Y., Wu, R., Ji, H., Pan, Y., Duan, Y., Sun, M., Du, L., Gao, M., Wang, J., & Zhou, L. (2021). The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China. *Scientific Reports*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03811-w>
- Chang, S.-H., & Cataldo, J. K. (2014). *A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma*. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 18(2), 168–173. <https://doi.org/10.5588/ijtld.13.0181>
- Datiko, D. G., Habte, D., Jerene, D., & Suarez, P. (2020). *Socioeconomic Impact of Tuberculosis in Ethiopia: A Cross-sectional Community-based Study*. *BMC Public Health*, 20(1), 1126. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09227-0>
- Ding, C., Hu, M., Shangguan, Y., Guo, W., Wang, S., Feng, X., Zhang, Z., Zhang, Y., & Xu, K. (2022). *Epidemic trends in high tuberculosis burden countries during the last three decades and feasibility of achieving the global targets at the country level*. *Frontiers in Medicine*. doi:10.3389/fmed.2022.798465
- Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., A. C. C. Carvalho, Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). *Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV)*. *Pulmonology*, 24(2), 115–119. doi:10.1016/j.rppnen.2017.11.003.
- Fuady, A., Arifin, B., Yunita, F., Rauf, S., Fitriangga, A., Sugiharto, A., Yani, F. F., Nasution, H. S., Putra, Iw. G. A. E., Mansyur, M., & Wingfield, T. (2023). Stigma towards people with tuberculosis: a cross-cultural adaptation and validation of a scale in Indonesia. *BMC Psychology*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01161-y>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Haldane, V., Zhang, Z., Ma, Q., Yin, T., Zhang, B., Li, Y., Pan, Q., Dainty, K. N., Rea, E., Pasang, P., Wei, X., & Hu, J. (2021). A qualitative study of perspectives on access to tuberculosis health services in Xigaze, China. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 1–1. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00906-4>
- Hatherall, B., Newell, J., & Naidoo, P. (2019). *Gender Dimensions of Tuberculosis-related Stigma in Malawi, India, and Bangladesh*. *Social Science & Medicine*, 232, 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.030>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Machmud, R., Medison, I., & Yani, F. F. (2020). Cultural and Religious Belief Approaches of Tuberculosis Program for Hard-to-Reach Populations in Mentawai and Solok West Sumatera, Indonesia. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 15(4).
- Muslim, A. A. (2022). Tradisi Ale Rasa Beta Rasa Sebagai Perawat Kerukunan Umat Beragama Di Indonesia Timur. *Jurnal Studi Islam*, 9(2), 180–194
- Maulik, P. K., Tewari, A., Devarapalli, S., Kallakuri, S., & Patel, A. (2016). *The Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment (SMART) Mental Health Project: development and testing of electronic decision support system and formative research to understand perceptions about mental health in rural India*. PLoS ONE, 11(10): e0164404. doi:10.1371/journal.pone.0164404.
- Martins-Melo, F. R., et al. (2020). *The burden of tuberculosis and attributable risk factors in Brazil, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017*. *Population Health Metrics*, 18(Suppl 1):10. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00203-6>
- Fransina Matakana, Aholiab Watloly, Andi Agustang, Arlin Adam, & Andi Alim (2020). The Self-Concept of Ale Rasa Beta Rasa in the Orang Basudara Community in Ambon — oleh). *International Journal of Criminology and Sociology*, 9, 1306–1311. DOI: 10.6000/1929-4409.2020.09.150
- Nuttall, C., Fuady, A., Nuttall, H., Dixit, K., Mansyur, M., & Wingfield, T. (2022). *Interventions pathways to reduce tuberculosis-related stigma: a literature review and conceptual framework*. *Infectious Diseases of Poverty*. doi:10.1186/s40249-022-01021-
- Rosu, L., Morgan, L., & Tomeny, E. M. (2023). *Cost of Treatment Support for Multidrug-resistant Tuberculosis using Patient-centred Approaches in Ethiopia*. *Infectious Diseases of Poverty*, 12(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s40249-023-01116-w>

- Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., ... (2020). *The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression*. *Human Resources for Health*, 18, 100. doi:10.1186/s12960-020-00544-1.
- Talarima Bellytra, L. V. I. (2022). Peningkatan Kapasitas Relawan Desa, Kelurahan, dan Negeri Lawan COVID - 19 melalui Pemberdayaan Masyarakat di Kota Ambon. *Poltekita : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(September), 550–560. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v3i3.1021>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva: WHO. <https://doi.org/10.1080/9789240078462>
- World Health Organization. (2022). *WHO operational handbook on tuberculosis: Module 4 – Treatment – Tuberculosis care and support*. Geneva:
- World Health Organization. (2024). *Care and support interventions to enable TB treatment adherence*. WHO TB Knowledge Sharing Platform. Retrieved from <https://tbksp.who.int/en/node/3045>

