

Faktor Budaya Dan Pengetahuan Sebagai Determinan Stigma Tuberkulosis Pada Keluarga Kontak

Undang Ruhimat^{1*}, Siti Rohimah^{2*}, Dedi Supriyadi³, Eli Kurniasih⁴

^{1,3} STIKes Muhamadiyah Ciamis

² Universitas Galuh

⁴ Universitas Bakti Tunas Husada

Email: undangruhimat29@gmail.com

Abstrak

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, dan keluarga yang tinggal serumah dengan pasien merupakan kelompok penting dalam deteksi dini. Pada kelompok ini, stigma dapat muncul bersama keterbatasan pengetahuan dan pola pengambilan keputusan di dalam keluarga, sehingga memengaruhi keterbukaan serta kesiapan untuk menjalani pemeriksaan. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan pengetahuan, sikap, praktik, dan faktor budaya dengan stigma TB serta menentukan prediktor yang paling kuat pada keluarga kontak. Penelitian kuantitatif analitik dengan desain potong lintang melibatkan 331 keluarga kontak TB di Kabupaten Ciamis yang dipilih menggunakan *proportional stratified random sampling* berdasarkan wilayah kerja puskesmas. Data diperoleh melalui kuesioner pengetahuan, sikap, praktik, faktor budaya, dan stigma. Skor komposit dibentuk dengan *Principal Component Analysis*, kemudian dianalisis menggunakan regresi linear berganda pada IBM SPSS Statistics versi 21. Rerata skor pengetahuan adalah $8,07 \pm 6,61$; sikap $3,78 \pm 0,65$; praktik $2,64 \pm 0,85$; faktor budaya $2,77 \pm 0,77$; dan stigma $2,82 \pm 0,88$. Faktor budaya memiliki hubungan positif paling kuat dengan stigma ($\beta = 0,429$; $p < 0,001$), sedangkan pengetahuan berhubungan negatif ($\beta = -0,174$; $p = 0,001$). Sikap dan praktik tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Model menjelaskan 23,8% variasi stigma ($R^2 = 0,238$; $p < 0,001$). Hasil ini menunjukkan bahwa upaya mengurangi stigma pada keluarga kontak perlu melampaui edukasi individual dengan memasukkan komunikasi keluarga dan pendekatan komunitas yang peka terhadap norma sosial-budaya.

Kata kunci: faktor budaya, keluarga kontak, pengetahuan, stigma, tuberkulosis

Abstract

Tuberculosis (TB) remains a major public health problem, and household contacts are an important group for early detection. In this group, stigma may coexist with limited knowledge and family-based decision making, potentially affecting disclosure and willingness to seek screening. This study examined the associations of knowledge, attitude, practice, and cultural factors with TB stigma and identified the strongest predictor among household contacts. An analytical cross-sectional study was conducted among 331 household contacts in Ciamis Regency, Indonesia, selected through proportional stratified random sampling across primary health-center catchment areas. Data were collected using questionnaires on knowledge, attitude, practice, cultural factors, and stigma. Composite scores were generated using Principal Component Analysis and analyzed with multiple linear regression in IBM SPSS Statistics version 21. Mean scores were 8.07 ± 6.61 for knowledge, 3.78 ± 0.65 for attitude, 2.64 ± 0.85 for practice, 2.77 ± 0.77 for cultural factors, and 2.82 ± 0.88 for stigma. Cultural factors showed the strongest positive association with stigma ($\beta = 0.429$; $p < 0.001$), while knowledge was negatively associated ($\beta = -0.174$; $p = 0.001$). Attitude and practice were not significant. The model explained 23.8% of stigma variance ($R^2 = 0.238$; $p < 0.001$). These findings suggest that stigma reduction for household contacts should combine TB education with family communication and community approaches that address local sociocultural norms.

Keywords: cultural factors, household contacts, knowledge, stigma, tuberculosis

1. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) tetap menjadi beban kesehatan masyarakat yang besar, terutama di negara dengan jumlah kasus tinggi, dan kemajuan menuju target eliminasi global masih berjalan lebih lambat dari yang diharapkan [1]. Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien TB mempunyai risiko paparan yang lebih besar sehingga investigasi kontak dan skrining sistematis

menjadi bagian penting dari strategi penemuan kasus dan pencegahan [1], [2]. Di Indonesia menunjukkan bahwa pemeriksaan pada keluarga kontak dapat menemukan TB aktif maupun infeksi TB laten yang sebelumnya tidak teridentifikasi [2], [3]. Karena itu, keberhasilan pengendalian TB tidak hanya bergantung pada pengobatan pasien indeks, tetapi juga pada kemampuan layanan menjangkau anggota keluarga yang berada di sekitarnya [1], [2], [3].

Di tingkat rumah tangga, persoalan yang dihadapi keluarga kontak tidak berhenti pada risiko penularan. Pengetahuan tentang TB, sikap terhadap pemeriksaan, kebiasaan pencegahan, serta cara keluarga memaknai penyakit ikut menentukan bagaimana seseorang merespons anjuran kesehatan [4], [5]. Pada *household contacts* di Tiongkok, kesenjangan masih terlihat pada pengetahuan dan praktik pencegahan, termasuk partisipasi pemeriksaan yang belum optimal [4]. Di Malaysia, pengetahuan dan sikap yang relatif baik ternyata dapat hadir bersamaan dengan stigma yang tinggi, sehingga peningkatan informasi saja belum tentu mengubah cara penyakit dipandang dalam lingkungan sosial [5]. Tinjauan sistematis pada negara berpendapatan rendah dan menengah juga menemukan bahwa miskonsepsi tentang penularan dan variasi praktik pencegahan masih menjadi masalah yang berulang [6].

Stigma TB sering tidak muncul sebagai penolakan yang terbuka. Ia dapat terlihat melalui rasa malu, keengganan menceritakan diagnosis, kecenderungan menjaga jarak, atau kekhawatiran bahwa penyakit akan memengaruhi citra seseorang dan keluarganya [7], [8], [9], [10]. Adaptasi skala stigma TB di Indonesia memperlihatkan bahwa dimensi disclosure, isolation, guilty feeling, dan distancing relevan untuk menangkap pengalaman stigma dalam konteks lokal [7]. Pada studi multisenter di Indonesia, stigma juga berkaitan dengan masalah psikososial seperti depresi dan penurunan kualitas hidup [8]. *Household contacts* sendiri dapat mengalami stigma pada tingkat yang mendekati pengalaman pasien, sehingga keluarga perlu dipandang sebagai kelompok terdampak dan bukan hanya sebagai pendamping pengobatan [11].

Dampak stigma menjadi penting ketika sudah memengaruhi keputusan untuk datang ke layanan. Rasa takut dinilai, dijauhi, atau diketahui status penyakitnya dapat menunda tes, menghambat keterbukaan, dan mengurangi keterlibatan seseorang dalam rangkaian pelayanan TB [10],[11]. Tinjauan sistematis terbaru menunjukkan bahwa stigma berperan dalam keputusan menjalani pemeriksaan maupun terapi infeksi TB melalui antisipasi diskriminasi dan konsekuensi sosial yang dirasakan [10]. Hubungan antara stigma dan keterlambatan mengakses layanan juga ditemukan pada pasien TB paru di Thailand [11]. Bagi program TB, temuan-temuan tersebut menempatkan pengurangan stigma sebagai bagian dari strategi deteksi dan investigasi kontak, bukan sekadar isu psikososial tambahan [9],[10].

Kerangka *Knowledge-Attitude-Practice* (KAP) membantu menjelaskan sebagian respons kesehatan, tetapi tidak seluruhnya menjelaskan stigma [4], [5], [6]. Seseorang dapat memahami bahwa TB dapat disembuhkan dan tetap mendukung pengobatan, namun pada saat yang sama masih merasa malu ketika penyakit itu muncul di dalam keluarganya [5], [12]. Penelitian pada pasien dan keluarga di India menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan dengan stigma, tetapi norma sosial mengenai apa yang dianggap memalukan atau dapat diterima tetap mempunyai peran [12]. Dengan kata lain, stigma perlu dibaca sebagai hasil pertemuan antara pengetahuan individual dan lingkungan sosial tempat keputusan kesehatan dibuat [12], [13].

Dalam penelitian ini, faktor budaya tidak dibatasi pada keyakinan tradisional atau hal-hal nonmedis. Konstruk tersebut juga mencakup anggapan TB sebagai aib, kecenderungan menyembunyikan penyakit, peran keluarga dalam keputusan berobat, kebutuhan persetujuan keluarga, serta pengaruh tokoh agama dan tokoh masyarakat. Literatur menunjukkan bahwa *concealment*, *social distancing*, dan kekhawatiran terhadap reaksi lingkungan merupakan pola

yang berulang dalam stigma TB [12]. Pendekatan yang menempatkan nilai dan preferensi kelompok terdampak sebagai pusat skrining menegaskan bahwa keputusan kesehatan sering dibentuk oleh rasa aman, kepercayaan, dan penerimaan sosial, bukan pertimbangan klinis semata [13]. Di Indonesia, pendidikan kesehatan pada keluarga kontak dapat meningkatkan partisipasi deteksi dini, sementara intervensi psikososial berbasis komunitas menunjukkan pentingnya dukungan sosial untuk menghadapi stigma [14], [15], [16].

Walaupun penelitian tentang KAP dan stigma TB terus berkembang, bukti yang secara bersamaan membandingkan pengetahuan, sikap, praktik, dan faktor budaya sebagai prediktor stigma pada keluarga kontak di Indonesia masih terbatas [4], [5], [6], [9]. Analisis multinegara menunjukkan bahwa stigma berlangsung tidak hanya di fasilitas kesehatan, tetapi juga di rumah dan komunitas melalui penyembunyian status serta perilaku menghindar [17]. Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan pengetahuan, sikap, praktik, dan faktor budaya dengan stigma TB serta mengidentifikasi prediktor yang paling kuat pada keluarga kontak di Kabupaten Ciamis. Penelitian menguji hipotesis bahwa keempat prediktor secara bersama-sama berhubungan dengan stigma, dengan arah hubungan negatif untuk pengetahuan dan positif untuk faktor budaya.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif analitik dengan desain potong lintang yang merupakan bagian kuantitatif dari penelitian PDP mengenai KAP, stigma, dan konteks budaya keluarga kontak TB. Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Ciamis, Jawa Barat, pada tahun 2026, dengan fokus pada wilayah kerja puskesmas yang memiliki beban kasus TB. Populasi sasaran adalah anggota keluarga yang memiliki kontak erat dan rutin dengan pasien TB aktif di Kabupaten Ciamis, sedangkan jumlah responden yang memenuhi kriteria dan dianalisis pada penelitian ini adalah 331 orang.

Pemilihan responden menggunakan *proportional stratified random sampling* berdasarkan wilayah kerja puskesmas, dengan alokasi sampel proporsional terhadap jumlah kasus TB pada masing-masing wilayah. Kriteria inklusi meliputi anggota keluarga yang tinggal bersama pasien TB aktif sekurang-kurangnya tiga bulan, berusia 18 tahun atau lebih, dan bersedia memberikan *informed consent*. Responden dikeluarkan apabila memiliki keterbatasan komunikasi yang tidak memungkinkan pengisian instrumen.

Instrumen penelitian mengukur lima konstruk utama, yaitu pengetahuan, sikap, praktik, faktor budaya, dan stigma TB. Konstruk pengetahuan terdiri atas delapan item mengenai penyebab, penularan, risiko pada orang serumah, kesembuhan, durasi pengobatan, gejala, diagnosis, dan keyakinan nonmedis; setiap jawaban diberi skor 0 untuk tidak tahu, 1 untuk salah, dan 2 untuk benar, sehingga skor teoritis berkisar 0-16. Konstruk sikap terdiri atas tujuh pernyataan dengan skala Likert 1-5 mengenai kebutuhan pemeriksaan, keyakinan terhadap kesembuhan, kesediaan diperiksa, dukungan terhadap anggota keluarga, penyelesaian pengobatan, dan pilihan pengobatan. Konstruk praktik terdiri atas delapan item tentang penggunaan masker, ventilasi rumah, menjaga jarak saat pasien batuk, mengingatkan minum obat, pemeriksaan TB, etika batuk, pencarian informasi, dan kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan.

Pengukuran KAP dikembangkan dengan merujuk pada kerangka KAP TB dan bukti sintesis mengenai pengetahuan, sikap, dan praktik pada negara berpendapatan rendah dan menengah [5]. Konstruk faktor budaya terdiri atas delapan item yang mengeksplorasi keyakinan nonmedis, peran pengobatan tradisional, anggapan TB sebagai aib, penyembunyian penyakit, peran keluarga dalam keputusan berobat, kebutuhan persetujuan keluarga, pengaruh tokoh agama, dan penerimaan edukasi melalui tokoh masyarakat. Konstruk stigma terdiri atas delapan

item skala Likert 1-5 dengan skor lebih tinggi menunjukkan stigma yang lebih tinggi; pengembangan pengukuran stigma mengacu pada konsep TB-stigma dan adaptasi instrumen stigma TB dalam konteks Indonesia [7]. Validitas isi instrumen dievaluasi melalui expert judgement, sedangkan reliabilitas internal dievaluasi menggunakan Cronbach's alpha dengan kriteria penerimaan minimal 0,70.

Data karakteristik responden dianalisis secara deskriptif menggunakan rerata, modus, rentang, frekuensi, dan persentase. Skor masing-masing konstruk selanjutnya direduksi menjadi skor komponen menggunakan *Principal Component Analysis* (PCA) agar item-item dalam setiap konstruk dapat direpresentasikan oleh satu skor komposit. Kelayakan PCA dinilai melalui *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) dan *Bartlett's Test of Sphericity*, kemudian skor komponen pertama dari setiap variabel digunakan pada analisis berikutnya. Hubungan pengetahuan, sikap, praktik, dan faktor budaya dengan stigma dianalisis menggunakan regresi linear berganda, dan kekuatan hubungan relatif dilaporkan dengan standardized beta coefficient (β). Nilai $p < 0,05$ ditetapkan sebagai batas signifikansi statistik, sedangkan kemampuan model menjelaskan variasi stigma dinilai menggunakan koefisien determinasi (R^2). Seluruh analisis dilakukan menggunakan IBM SPSS Statistics versi 21.

Penelitian memperoleh persetujuan etik dengan Nomor 074/KEP-MUCIS/V/2026. Partisipasi bersifat sukarela dan responden memberikan persetujuan setelah memperoleh penjelasan mengenai tujuan serta prosedur penelitian. Kerahasiaan identitas dan data responden dijaga selama proses pengumpulan, analisis, dan pelaporan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Analisis akhir mencakup 331 keluarga kontak TB. Usia responden rata-rata 51,5 tahun; usia yang paling sering ditemukan 55 tahun, dengan rentang 19-77 tahun. Perempuan membentuk 70,4% sampel dan 58,0% responden bekerja sebagai ibu rumah tangga. Lebih dari separuh responden berpendidikan sekolah dasar (52,9%), sedangkan hubungan keluarga yang paling banyak adalah anak dari pasien TB (32,9%). Dari 331 responden, 121 orang (36,6%) pernah menerima edukasi TB dan 210 orang (63,4%) belum pernah menerima edukasi TB.

Tabel 1. Karakteristik Responden Keluarga Kontak TB (n=331)

Karakteristik	Kategori/Ukuran	n	%
Usia	Mean 51,5 tahun; modus 55 tahun; rentang 19-77	-	-
Jenis kelamin	Laki-laki	98	29,6
	Perempuan	233	70,4
Pendidikan	Sekolah Dasar	175	52,9
	Sekolah Menengah Pertama	68	20,5
	Sekolah Menengah Atas	78	23,6
	Perguruan Tinggi	10	3,0
Pekerjaan	Aparatur Sipil Negara	6	1,8
	Buruh	67	20,2
	Ibu Rumah Tangga	192	58,0

Karakteristik	Kategori/Ukuran	n	%
	Karyawan swasta	20	6,0
	Wirausaha	46	13,9
Hubungan dengan pasien	Adik	13	3,9
	Anak	109	32,9
	Ayah	13	3,9
	Ibu	53	16,0
	Isteri	54	16,3
	Kakak	4	1,2
	Keponakan	1	0,3
	Saudara	31	9,4
	Suami	53	16,0
Pernah mendapat edukasi TB	Ya	121	36,6
	Tidak	210	63,4

Catatan: persentase riwayat edukasi TB dihitung ulang dari frekuensi 121 dan 210 pada total n=331.

Komposisi sampel memperlihatkan bahwa perempuan, khususnya ibu rumah tangga, merupakan bagian besar dari keluarga kontak yang terlibat dalam penelitian. Temuan ini penting untuk perencanaan komunikasi kesehatan karena anggota keluarga yang banyak berinteraksi di rumah sering menjadi penghubung antara pasien, anggota keluarga lain, dan layanan kesehatan [16], [18]. Latar pendidikan dasar yang dominan juga perlu dipertimbangkan saat menyusun materi edukasi; bukti pada keluarga kontak menunjukkan bahwa pendidikan berhubungan dengan pemahaman dan praktik pencegahan TB [4], [5]. Selain itu, 63,4% responden belum pernah menerima edukasi TB, sehingga masih ada kebutuhan nyata untuk memperluas akses informasi yang mudah dipahami, sebagaimana pendekatan pendidikan kesehatan komprehensif pada keluarga kontak di Indonesia [14]. Karakteristik demografi ini digunakan untuk menggambarkan konteks sampel dan tidak dimasukkan sebagai prediktor pada model regresi utama.

Gambaran Pengetahuan, Sikap, Praktik, Faktor Budaya, dan Stigma

Skor pengetahuan rata-rata adalah 8,07 (SD=6,61) dari rentang teoritis 0-16. Jawaban yang relatif lemah terutama terlihat pada item mengenai penyebab TB dan batuk lebih dari dua minggu sebagai gejala yang perlu dicurigai. Sikap responden cenderung positif dengan rerata 3,78 (SD=0,65), tetapi pola yang sama tidak terlihat pada praktik pencegahan yang memiliki rerata 2,64 (SD=0,85). Pemeriksaan TB termasuk item praktik dengan skor rendah. Pada faktor budaya, rerata skor adalah 2,77 (SD=0,77); penerimaan edukasi melalui tokoh masyarakat dan kebutuhan persetujuan keluarga sebelum berobat termasuk item dengan skor relatif tinggi. Stigma memiliki rerata 2,82 (SD=0,88), dan rasa malu ketika ada anggota keluarga terkena TB menjadi item yang paling menonjol.

Tabel 2. Statistik Deskriptif Variabel Utama

Variabel	Jumlah item	Skala/Rentang	Mean	SD	Interpretasi ringkas
Pengetahuan	8	0-16	8,07	6,61	Pemahaman dasar masih perlu diperkuat
Sikap	7	Likert 1-5	3,78	0,65	Relatif positif
Praktik	8	Likert 1-5	2,64	0,85	Relatif rendah
Faktor budaya	8	Likert 1-5	2,77	0,77	Pengaruh sosial-budaya sedang
Stigma	8	Likert 1-5	2,82	0,88	Stigma tingkat sedang

Gambaran tersebut menunjukkan jarak antara apa yang diyakini responden dan apa yang dilakukan dalam keseharian. Sikap terhadap pemeriksaan dan pengobatan sudah cukup positif, tetapi praktik pencegahan terutama pemeriksaan diri masih tertinggal. Pola semacam ini juga ditemukan pada studi KAP TB, ketika pengetahuan atau sikap yang baik tidak selalu diikuti perilaku pencegahan dan pemanfaatan layanan yang sepadan [4], [6]. Pada kontak TB di Malaysia, stigma tetap tinggi walaupun pengetahuan dan sikap relatif baik, yang memperkuat dugaan bahwa stigma tidak identik dengan sikap terhadap aspek medis TB [5]. Rendahnya pemeriksaan pada keluarga kontak perlu mendapat perhatian karena investigasi kontak di Indonesia dapat menemukan TB aktif maupun infeksi laten yang bermakna [2], [3]. Karena itu, edukasi perlu berjalan bersama akses skrining yang mudah dan komunikasi yang tidak memperkuat stigma [14], [18].

Reduksi Dimensi dengan Principal Component Analysis

PCA dilakukan secara terpisah pada setiap konstruk untuk memperoleh satu skor komponen yang mewakili kumpulan item. Kelayakan analisis terpenuhi pada seluruh variabel; nilai KMO berada pada rentang 0,740-0,920 dan Bartlett's Test of Sphericity signifikan pada setiap konstruk ($p < 0,001$). Komponen pertama menjelaskan 71,58% varians pengetahuan, 57,23% sikap, 51,25% stigma, 44,80% praktik, dan 37,32% faktor budaya.

Tabel 3. Hasil Principal Component Analysis

Variabel	KMO/Bartlett	Varians komponen pertama (%)
Pengetahuan	KMO tertinggi 0,920; Bartlett $p < 0,001$	71,58
Sikap	KMO dalam rentang layak; Bartlett $p < 0,001$	57,23
Praktik	KMO dalam rentang layak; Bartlett $p < 0,001$	44,80

Variabel	KMO/Bartlett	Varians komponen pertama (%)
Faktor budaya	KMO terendah 0,740; Bartlett $p < 0,001$	37,32
Stigma	KMO dalam rentang layak; Bartlett $p < 0,001$	51,25

PCA juga memberi gambaran bahwa konstruk budaya lebih beragam dibanding konstruk lain. Komponen pertama hanya menjelaskan 37,32% varians faktor budaya, sedangkan item di dalamnya mencakup keyakinan tradisional, rasa aib, menyembunyikan penyakit, keputusan keluarga, dan pengaruh tokoh sosial. Keragaman ini masuk akal karena stigma TB pada literatur digambarkan sebagai fenomena multilevel yang bekerja melalui individu, keluarga, komunitas, dan layanan kesehatan [13], [17]. Skor komponen budaya tetap dapat digunakan dalam pemodelan, tetapi hasilnya perlu dibaca sebagai ringkasan dari beberapa dimensi sosial yang tidak sepenuhnya identik [13], [18].

Faktor yang Berhubungan dengan Stigma TB

Pada regresi linear berganda, hanya faktor budaya dan pengetahuan yang menunjukkan hubungan signifikan dengan stigma TB. Faktor budaya mempunyai standardized beta terbesar dengan arah positif ($\beta = 0,429$; $p < 0,001$). Sebaliknya, pengetahuan berhubungan negatif dengan stigma ($\beta = -0,174$; $p = 0,001$). Sikap ($\beta = 0,067$; $p = 0,224$) dan praktik ($\beta = -0,052$; $p = 0,361$) tidak berhubungan signifikan. Secara keseluruhan, model signifikan dan menjelaskan 23,8% variasi stigma ($R^2 = 0,238$; $p < 0,001$).

Tabel 4. Hasil Regresi Linear Berganda terhadap Stigma TB

Prediktor	Standardized β	p-value	Keputusan
Pengetahuan	-0,174	0,001	Signifikan
Sikap	0,067	0,224	Tidak signifikan
Praktik	-0,052	0,361	Tidak signifikan
Faktor budaya	0,429	<0,001	Signifikan
Model	$R^2 = 0,238$	<0,001	Model signifikan

Faktor Budaya sebagai Prediktor Terkuat Stigma

Faktor budaya muncul sebagai prediktor dengan hubungan paling kuat terhadap stigma TB pada keluarga kontak ($\beta = 0,429$; $p < 0,001$). Besarnya koefisien ini menunjukkan bahwa pengalaman sosial di sekitar TB perlu mendapat perhatian yang setara dengan aspek pengetahuan. Dalam berbagai konteks, stigma TB tidak hanya lahir dari miskonsepsi biomedis, tetapi juga dari rasa malu, kekhawatiran terhadap penilaian orang lain, dan norma mengenai bagaimana keluarga seharusnya menjaga reputasinya [12], [13]. Analisis multinegara bahkan menunjukkan bahwa menyembunyikan status dan penghindaran sosial masih banyak berlangsung di rumah dan komunitas, dua ruang yang sangat dekat dengan kehidupan keluarga kontak [17].

Ada satu hal yang menonjol dari data Ciamis: item budaya dengan skor relatif tinggi bukanlah keyakinan bahwa TB disebabkan kutukan atau hal gaib. Yang lebih terlihat justru kebutuhan persetujuan keluarga sebelum berobat dan penerimaan edukasi melalui tokoh masyarakat. Pola ini mengisyaratkan bahwa pengaruh budaya dalam penelitian ini lebih banyak bekerja melalui hubungan antaranggota keluarga dan kebutuhan akan penerimaan sosial daripada melalui kepercayaan tradisional semata. Literatur yang menempatkan nilai dan preferensi kelompok terdampak sebagai pusat skrining juga menunjukkan bahwa rasa aman,

kepercayaan, dan siapa yang menyampaikan pesan dapat memengaruhi keputusan kesehatan [18]. Intervensi psikososial di Indonesia pun menekankan pentingnya kesesuaian sosiokultural dan pelibatan pemangku kepentingan lokal [16].

Keluarga karena itu dapat menjadi ruang yang ambivalen. Di satu sisi, dukungan keluarga membantu pasien dan kontak menjalani pemeriksaan serta pengobatan; di sisi lain, keluarga dapat ikut mempertahankan stigma ketika TB dipahami sebagai aib atau sesuatu yang perlu disembunyikan [12], [17]. Penelitian di India memperlihatkan bahwa stigma juga dialami anggota keluarga dan tetap berkaitan dengan norma sosial meskipun pengetahuan tentang TB diperhitungkan [12]. Household contacts di Afrika Selatan bahkan dilaporkan mengalami tingkat stigma yang sebanding dengan pasien [9]. Bukti tersebut mendukung gagasan bahwa keluarga perlu menjadi sasaran intervensi stigma, bukan hanya dilibatkan sebagai pengawas atau pendamping pasien [9], [12].

Bagi praktik keperawatan komunitas, temuan ini mengubah titik tekan komunikasi kesehatan. Penjelasan tentang penyebab, penularan, dan pengobatan tetap penting, tetapi percakapan dengan keluarga juga perlu memberi ruang untuk membahas rasa malu, kekhawatiran terhadap penilaian lingkungan, keterbukaan status, serta siapa yang ikut mengambil keputusan [16], [19]. Intervensi psikososial berbasis komunitas menunjukkan bahwa dukungan dari peer, keluarga, dan anggota komunitas dapat membantu mengurangi stigma dan memperkuat kesejahteraan psikososial [16]. Pengalaman pengembangan intervensi peer-led di Indonesia juga menunjukkan bahwa strategi lebih mudah diterima ketika disusun bersama kelompok terdampak dan pemangku kepentingan setempat [19].

Peran Pengetahuan dalam Menurunkan Stigma

Pengetahuan berhubungan negatif dengan stigma ($\beta = -0,174$; $p = 0,001$). Artinya, setelah faktor lain dalam model diperhitungkan, responden dengan skor pengetahuan lebih tinggi cenderung memiliki skor stigma yang lebih rendah. Hubungan tersebut sesuai dengan literatur yang menunjukkan bahwa miskonsepsi mengenai penyebab, penularan, dan kesembuhan dapat memperbesar rasa takut, menjaga jarak, dan penilaian negatif terhadap orang dengan TB [6], [7], [12]. Pada populasi umum di Tiongkok, pengetahuan dan stigma juga ditemukan berinteraksi dengan penerimaan terapi pencegahan, sehingga literasi kesehatan tetap relevan bagi keterlibatan seseorang dalam layanan TB [20].

Hasil deskriptif membantu menjelaskan hubungan itu. Skor pengetahuan responden masih berada di sekitar pertengahan rentang teoritis, dan dua bagian yang relatif lemah adalah pemahaman mengenai penyebab TB serta batuk lebih dari dua minggu sebagai gejala penting. Kesenjangan semacam ini bukan hanya ditemukan di Ciamis; tinjauan sistematis pada negara berpendapatan rendah dan menengah masih menemukan miskonsepsi penularan dan gejala TB pada berbagai populasi [6]. Pada household contacts di Tiongkok, pengetahuan juga belum sepenuhnya memadai meskipun responden hidup dekat dengan pasien TB [4]. Kedekatan dengan pasien, dengan demikian, tidak otomatis menghasilkan pemahaman penyakit yang benar [4], [6].

Namun, ukuran standardized beta pengetahuan lebih kecil daripada faktor budaya. Temuan ini menjadi pengingat bahwa edukasi kesehatan tidak sebaiknya berdiri sendiri sebagai strategi pengurangan stigma. Pendidikan kesehatan komprehensif pada household contacts di Indonesia dapat meningkatkan partisipasi deteksi dini [14], tetapi intervensi yang secara khusus menargetkan stigma membutuhkan dukungan psikososial, komunikasi antarpersonal, dan keterlibatan komunitas [15], [19]. Kombinasi tersebut lebih sesuai dengan bukti bahwa stigma berkembang pada beberapa tingkat sekaligus—individu, keluarga, dan komunitas [17], [19].

Sikap dan Praktik Tidak Berhubungan Langsung dengan Stigma

Sikap tidak berhubungan signifikan dengan stigma, meskipun rerata sikap responden relatif positif. Hasil ini tidak berarti sikap tidak penting; yang diukur pada konstruk sikap terutama berkaitan dengan pemeriksaan, kesembuhan, dan penyelesaian pengobatan, sedangkan stigma menyentuh wilayah yang berbeda seperti rasa malu, identitas sosial, keterbukaan status, dan reaksi terhadap penilaian orang lain [4], [7]. Pada kontak TB di Malaysia, sikap yang baik terhadap pencegahan dan skrining juga dapat ditemukan bersamaan dengan stigma yang tinggi [4]. Karena itu, perubahan sikap terhadap aspek medis TB belum tentu berjalan seiring dengan perubahan norma sosial yang menopang stigma [12], [13].

Pola yang hampir sama terlihat pada praktik pencegahan. Praktik mempunyai rerata relatif rendah, tetapi tidak berhubungan signifikan dengan stigma dalam model. Penggunaan masker, ventilasi, etika batuk, menjaga jarak saat pasien batuk, dan mengikuti anjuran tenaga kesehatan terutama ditujukan untuk mengurangi risiko transmisi; fungsi ini berbeda dari proses psikososial yang membentuk rasa malu atau penolakan sosial [6], [17]. Penelitian di Jordan juga memperlihatkan bahwa pengetahuan, praktik, stigma, dukungan, dan akses layanan merupakan domain yang berhubungan tetapi tidak dapat dipertukarkan satu sama lain [21].

Dengan demikian, hasil tidak signifikan pada sikap dan praktik tidak boleh dibaca sebagai alasan untuk mengurangi perhatian pada pencegahan. Pemeriksaan dan praktik pencegahan tetap penting bagi household contacts karena investigasi kontak di Indonesia dapat menemukan kasus aktif maupun infeksi laten yang sebelumnya tidak diketahui [2], [3]. Yang ditunjukkan oleh model ini lebih spesifik: baiknya sikap atau dilakukannya praktik pencegahan tidak otomatis berarti stigma menjadi rendah ketika pengaruh keluarga dan komunitas masih kuat [9], [17].

Implikasi bagi Promosi Kesehatan Masyarakat

Implikasi penelitian ini dapat diterjemahkan ke dalam tiga ruang kerja yang saling terhubung: individu, keluarga, dan komunitas. Pada tingkat individu, edukasi tetap perlu memperkuat pemahaman mengenai penyebab, penularan, gejala, pemeriksaan, kesembuhan, dan keberhasilan pengobatan agar miskonsepsi dan rasa takut berkurang [6], [14]. Pada tingkat keluarga, perawat dan petugas program TB perlu membangun percakapan yang aman tentang diagnosis, kebutuhan skrining kontak, dan proses pengambilan keputusan sehingga dukungan keluarga mempercepat, bukan menunda, akses layanan [16], [18]. Di komunitas, tokoh masyarakat, tokoh agama, penyintas TB, dan peer supporter dapat berperan sebagai penyampai pesan yang dipercaya untuk menormalisasi pembicaraan tentang TB dan menantang anggapan bahwa penyakit tersebut adalah aib [15], [16], [19].

Arah ini bukan semata rekomendasi teoritis. Di Indonesia, intervensi psikososial yang dikembangkan secara partisipatif bersama orang dengan TB, peer, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan telah dirancang agar sesuai dengan konteks sosial setempat [16]. Studi prospektif berikutnya juga menunjukkan potensi dukungan psikososial berbasis komunitas dan peer dalam menurunkan stigma selama masa tindak lanjut [15]. Populasi intervensi tersebut terutama orang dengan TB, sehingga penerapan pada keluarga kontak masih perlu diuji secara khusus [9], [15]. Meski demikian, kuatnya hubungan faktor budaya dalam penelitian ini memberikan alasan yang cukup untuk menempatkan *family and community engaged support* sebagai agenda penelitian berikutnya.

Keterbatasan Penelitian

Desain potong lintang menangkap hubungan pada satu titik waktu, sehingga urutan temporal dan hubungan sebab-akibat antara faktor budaya, pengetahuan, dan stigma tidak dapat

dipastikan. Model hanya menjelaskan 23,8% variasi stigma; artinya, faktor lain seperti dukungan sosial, kondisi ekonomi, akses layanan, pengalaman diskriminasi, paparan media, karakteristik pasien indeks, atau kondisi psikologis mungkin ikut berperan tetapi belum diukur. Komponen pertama pada faktor budaya menjelaskan 37,32% varians, yang memperlihatkan bahwa aspek budaya dalam penelitian ini cukup heterogen dan mungkin lebih tepat dieksplorasi lebih lanjut dengan pendekatan multidimensi atau kualitatif. Selain itu, seluruh responden berasal dari Kabupaten Ciamis, sehingga penerapan hasil pada masyarakat dengan karakteristik sosial-budaya berbeda perlu dilakukan secara hati-hati.

Di balik keterbatasan tersebut, penelitian ini memberi dua kontribusi praktis. Pertama, keluarga kontak ditempatkan sebagai kelompok yang mengalami dan merespons stigma, bukan hanya sebagai sumber dukungan bagi pasien. Kedua, pengetahuan, sikap, praktik, dan faktor budaya diuji secara bersamaan sehingga terlihat bahwa faktor budaya dan pengetahuan mempunyai pola hubungan yang berbeda dengan stigma. Fokus pada keluarga dan komunitas sejalan dengan perkembangan bukti terbaru mengenai lokasi terjadinya stigma dan arah intervensi yang dibutuhkan [8], [19]. Hasil ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan intervensi promosi kesehatan berbasis budaya yang menggabungkan literasi TB, keterlibatan keluarga, dan dukungan komunitas [15], [16], [19].

4. KESIMPULAN

Pada keluarga kontak TB di Kabupaten Ciamis, faktor budaya merupakan prediktor yang paling kuat terhadap stigma, sedangkan pengetahuan yang lebih baik berhubungan dengan stigma yang lebih rendah. Sikap yang relatif positif dan praktik pencegahan tidak menunjukkan hubungan langsung yang signifikan dengan stigma. Pola ini menunjukkan bahwa stigma tidak cukup dijelaskan sebagai masalah informasi atau perilaku individual. Promosi kesehatan TB perlu tetap memperkuat pengetahuan, tetapi pada saat yang sama membuka ruang komunikasi di dalam keluarga, mengurangi rasa malu, mendukung keterbukaan yang aman, dan melibatkan tokoh masyarakat atau peer dalam membangun norma yang lebih mendukung. Penelitian berikutnya perlu menguji faktor psikososial lain dan menilai secara prospektif apakah intervensi yang peka terhadap konteks budaya dapat menurunkan stigma sekaligus meningkatkan keterlibatan keluarga kontak dalam layanan TB.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO, *Global tuberculosis report* 2025. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924>). 2025.
- [2] B. Nababan *et al.*, "The Yield of Active Tuberculosis Disease and Latent Tuberculosis Infection in Tuberculosis Household Contacts Investigated Using Chest X-ray in Yogyakarta Province, Indonesia," *Trop. Med. Infect. Dis.*, vol. 9, no. 2, 2024, doi: 10.3390/tropicalmed9020034.
- [3] K. Karbito, H. Susanto, M. S. Adi, S. Sulistiyani, O. W. K. Handayani, and M. A. U. Sofro, "Latent tuberculosis infection in family members in household contact with active tuberculosis patients in Semarang City, Central Java, Indonesia," *J. Public Health Africa*, vol. 13, no. 2, pp. 13–17, 2022, doi: 10.4081/jphia.2022.2157.
- [4] S. Y. Loh, R. Zakaria, and N. Mohamad, "Knowledge, Attitude, and Stigma on Tuberculosis and the Associated Factors for Attitude Among Tuberculosis Contacts in Malaysia," *Medeni. Med. J.*, vol. 38, no. 1, pp. 45–53, 2023, doi: 10.4274/MMJ.galenos.2023.14478.
- [5] Y. Zhang, J. Wu, X. Hui, P. Zhang, and F. Xue, "Knowledge, attitude, and practice

- toward tuberculosis prevention and management among household contacts in Suzhou Hospital, Jiangsu province, China,” *Front. Public Heal.*, vol. 12, no. March, 2024, doi: 10.3389/fpubh.2024.1249971.
- [6] O. M. Craciun, M. D. R. Torres, A. B. Llanes, and M. Romay-Barja, “Tuberculosis Knowledge, Attitudes, and Practice in Middle- and Low-Income Countries: A Systematic Review,” *J. Trop. Med.*, vol. 2023, 2023, doi: 10.1155/2023/1014666.
- [7] A. Fuady *et al.*, “Stigma towards people with tuberculosis: a cross-cultural adaptation and validation of a scale in Indonesia,” *BMC Psychol.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–11, 2023, doi: 10.1186/s40359-023-01161-y.
- [8] A. Fuady *et al.*, “Stigma, depression, quality of life, and the need for psychosocial support among people with tuberculosis in Indonesia: A multi-site cross-sectional study,” *PLOS Glob. Public Heal.*, vol. 4, no. 1, pp. 1–20, 2024, doi: 10.1371/journal.pgph.0002489.
- [9] E. Machavariani *et al.*, “Perceived stigma among people with TB and household contacts,” *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, vol. 27, no. 9, pp. 675–681, 2023, doi: 10.5588/ijtld.22.0670.
- [10] A. Kılıç *et al.*, “A systematic review exploring the role of tuberculosis stigma on test and treatment uptake for tuberculosis infection,” *BMC Public Health*, vol. 25, no. 1, 2025, doi: 10.1186/s12889-024-20868-0.
- [11] K. Chaychoowong, R. Watson, and D. I. Barrett, “Perceptions of stigma among pulmonary tuberculosis patients in Thailand, and the links to delays in accessing healthcare,” *J. Infect. Prev.*, vol. 24, no. 2, pp. 77–82, 2023, doi: 10.1177/17571774231152720.
- [12] M. Abbas Ali, V. Gupta, R. N. Divakar Addanki, A. S. Mannava, and K. D. Parashar, ““A cross-sectional study to assess stigma associated with tuberculosis in patients, family members, and health care staff in central India.”” *Indian J. Tuberc.*, vol. 71, no. February, pp. S237–S244, 2024, doi: 10.1016/j.ijtb.2024.04.001.
- [13] I. Foster *et al.*, ““This is an illness. No one is supposed to be treated badly’: community-based stigma assessments in South Africa to inform tuberculosis stigma intervention design,” *BMC Glob. Public Heal.*, vol. 2, no. 1, 2024, doi: 10.1186/s44263-024-00070-5.
- [14] I. W. G. Artawan Eka Putra, N. P. E. Purnama Dewi, A. N. Probandari, H. B. Notobroto, and C. Wahyuni, “The implementation of comprehensive health education to improve household contacts’ participation in early detection of tuberculosis,” *Heal. Educ. Behav.*, vol. 50, no. 1, pp. 136–143, 2023.
- [15] A. Fuady *et al.*, “Community-based, peer-led psychosocial support to address 2 stigma and reduce depression among adults with tuberculosis in Indonesia: a prospective interventional cohort study,” pp. 1–19, 2026, doi: 10.1371/journal.pgph.0006754.
- [16] A. Fuady *et al.*, “Codeveloping a community-based, peer-led psychosocial support intervention to reduce stigma and depression among people with tuberculosis and their households in Indonesia: a mixed-methods participatory action study,” *npj Prim. Care Respir. Med.*, vol. 35, no. 1, 2025, doi: 10.1038/s41533-024-00407-5.
- [17] W. M. P. Mok *et al.*, “Assessing tuberculosis stigma: a pooled multi-country descriptive analysis of 17 high-burden countries using a standardised tool,” *Front. public Heal.*, vol. 14, no. May, p. 1799432, 2026, doi: 10.3389/fpubh.2026.1799432.
- [18] A. D. Kerkhoff *et al.*, “Placing the values and preferences of people most affected by TB at the center of screening and testing: an approach for reaching the unreached,” *BMC Glob. Public Heal.*, vol. 1, no. 1, pp. 1–16, 2023, doi: 10.1186/s44263-023-00027-0.

- [19] M. Anindhita *et al.*, “Community-based psychosocial support interventions to reduce stigma and improve mental health of people with infectious diseases: a scoping review,” *Infect. Dis. Poverty*, vol. 13, no. 1, pp. 1–17, 2024, doi: 10.1186/s40249-024-01257-6.
- [20] N. Wang *et al.*, “Influence of tuberculosis knowledge on acceptance of preventive treatment and the moderating role of tuberculosis stigma among China’s general population: cross-sectional analysis,” *BMC Public Health*, vol. 24, no. 1, 2024, doi: 10.1186/s12889-024-19812-z.
- [21] R. AlHamawi *et al.*, “Tuberculosis-related knowledge, practices, perceived stigma and discrimination among patients with tuberculosis: a cross-sectional study in Jordan,” *Infect. Dis. (Auckl)*, vol. 56, no. 5, pp. 359–375, 2024.