

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran umum penelitian

4.2 Data Umum

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Jenis kelamin	Frekuensi	Presentase
Perempuan	9	30
Laki-laki	21	70
Total	30	100

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 70% yaitu 21 responden.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Pendidikan	Frekuensi	Presentase
Rendah	17	56.7
Menengah	13	43.3
Tinggi	0	0
Total	30	100

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan pendidikan menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada pendidikan rendah sebanyak 56.7% yaitu 17 responden.

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase
1. IRT	9	30
2. Wiraswasta	11	36.7
3. Swasta	10	33.3
Total	30	100

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan pendidikan menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada wiraswasta sebanyak 36.7% yaitu 11 Responden.

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Umur	Frekuensi	Presentase
25-45 tahun	11	36.7
46-55 tahun	12	40
>55 tahun	7	23.3
Total	30	100

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan umur menunjukkan bahwa secara

keseluruhan jumlah terbanyak pada umur 46-55 tahun yaitu sebanyak 40% yaitu 12 Responden.

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pertamakali Didiagnosis

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Pertamakali Di Diagnosis	Frekuensi	Presentase
Sedih dan malu	8	20
Lainnya	22	70
Total	30	100

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan saat pertamakali didiagnosis menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada saat pertamakali didiagnosis merasa malu, sedih, dan mengisolasi diri mereka sebanyak 70% yaitu 30 Responden.

4.3 Data Khusus

4.3.1 Data khusus Responden Berdasarkan Kejadian Stigma

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian Stigma di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Kejadian Stigma	Persentase (%)
Stigma Internal	70
Stigma Eksternal	53

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan Kejadian Stigma menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak mengalami stigma internal sebanyak 70% dari 30 Responden.

4.3.2 Data khusus Responden Berdasarkan Kejadian Diskriminasi

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian Diskriminasi di Wilayah Kerja Puskesmas Pegirian Surabaya Bulan Juli 2017

Kejadian Diskriminasi	Persentase (%)
Diskriminasi Langsung	26
Diskriminasi Tidak Langsung	0

Sumber : angket data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan Kejadian Diskriminasi menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak mengalami diskriminasi langsung sebanyak 26% dari 30 Responden.

4.4 Pembahasan

1) Mengidentifikasi karakteristik penderita dengan TB Paru di Puskesmas Pegirian.

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 70% yaitu 21 responden.

Di benua Afrika banyak tuberkulosis terutama menyerang lakilaki. Pada tahun 1996 jumlah penderita TB Paru laki-laki hampir dua kali lipat dibandingkan jumlah penderita TB Paru pada wanita, yaitu 15 42,34% pada laki-laki dan 28,9 % pada wanita. Antara tahun 1985- 1987 penderita TB paru laki-laki cenderung meningkat sebanyak 2,5%, sedangkan penderita TB Paru pada wanita menurun

0,7%. TB paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru.(Corwin, 2009).

Di negara berkembang seperti Indonesia kepala keluarga diperankan oleh laki-laki dan Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Pekerja laki-laki yang berprofesi sebagai swasta maupun wiraswasta bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB Paru.(Corwin, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan pendidikan menunjukan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada pendidikan rendah sebanyak 56.7% yaitu 17 responden.

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai Kuman penyakit TB Paru dapat menularkan penyakit kepada anggota keluarga maupun orang yang ada di sekitarnya. Selain itu pada penderita maupun masyarakat yang mengetahui bahwa penyakit dapat ditularkan akan menimbulkan persepsi yang berbeda mengenai penyakit karena proses penularan penyakit TB Paru tidak sepenuhnya dipahami oleh

masyarakat. Salah satu dampak dari ketidaktahuan penularan penderita TB paru terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap orang TB paru. Penderita TB Paru secara umum mengisolasi diri mereka sendiri dari keluarga dan teman-teman, dan khususnya dari anak-anak, karena ketakutan untuk menularkan penyakit yang diderita. Selain itu, isolasi pada orang TB Paru dipengaruhi oleh lingkungan sekitar. Dampak dari isolasi pada penderita TB Paru yaitu penundaan pengobatan (Paula Krisanty, 2014) .

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan umur menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada umur 46-55 tahun yaitu sebanyak 40% yaitu 12 Responden.

Beberapa faktor resiko penularan penyakit tuberkulosis di Amerika yaitu umur, jenis kelamin, ras, asal negara bagian, serta infeksi AIDS. Dari hasil penelitian yang dilaksanakan di New York pada Panti penampungan orang-orang gelandangan menunjukkan bahwa kemungkinan mendapat infeksi tuberkulosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi tuberkulosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu 15-50 tahun. (Elizabeth, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan umur menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak pada saat pertamakali

didiagnosis merasa malu, sedih, dan mengisolasi diri mereka sebanyak 70% yaitu 30 Responden.

Hasil penelitian menunjukkan klien dengan TB menyatakan mereka mengisolasi diri mereka sendiri dari keluarga dan teman, lebih dikarenakan untuk menghindari menularkan penyakit TB kepada keluarga dan teman mereka. Diskriminasi diri ini terjadi terutama selama menjalani awal-awal pengobatan dari pengobatan delapan (8) bulan yang direncanakan. Hal ini berarti klien dengan TB takut akan mengalami diskriminasi langsung, yang menurut Higashi (2011), adalah seseorang diperlakukan tidak adil dibandingkan dengan orang lain yang dalam situasi yang sama, dan ini disebabkan oleh salah satunya adalah ketidakmampuan (*disabilities*). Alasan lain klien TB mengisolasi diri mereka sendiri dari teman-temannya adalah untuk menghindari *gossip* dan kemungkinan diskriminasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Jacoby (2005) bahwa stigma juga dideskripsikan sebagai suatu label yang menghubungkan seseorang pada suatu bentuk karakteristik yang tidak diinginkan yang membentuk *stereotype*, dalam hal ini *stereotype* yang ada di masyarakat tentang penyakit TB sebelumnya adalah penyakit orang miskin (*low-caste disease*).

2) Mengidentifikasi kejadian stigma terhadap orang dengan TB Paru di Puskesmas Pegirian.

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan umur menunjukan

bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak mengalami stigma internal sebanyak 70% dari 30 Responden.

TB ditularkan melalui udara yang dihasilkan saat orang yang terinfeksi batuk, dan dihirup oleh orang di sekitarnya. Satu-satunya pendekatan efektif untuk pengendalian TB adalah dengan cepat mendiagnosis dan mengobati pasien TB, sehingga menghancurkan rantai infeksi. Meskipun pengobatan membuat orang yang terinfeksi tidak menular dalam waktu dua minggu setelah dimulainya, TB tidak sembuh sampai selesai menjalani pengobatan penuh yang berlangsung 6-8 bulan yang memerlukan kunjungan rutin ke pusat kesehatan (setiap hari selama dua bulan pertama; Harian atau mingguan setelahnya). Kedua kunjungan ke pusat kesehatan dan gejala TB (batuk kronis, penurunan berat badan dan kelemahan) menyulitkan penderita untuk menyamarkan fakta bahwa mereka memiliki TB. Setelah diidentifikasi, penderita mengalami stigma dan diskriminasi yang cukup besar karena penyakit mereka, yang menyebabkan penundaan diagnosis dan pengobatan dan menyebabkan dampak besar pada pengendalian TB.

Stigma Internal menyebabkan Pasien TB mengisolasi dirinya dari teman dan keluarga, bukan hanya karena takut menginfeksi orang lain, tapi karena takut diskriminasi. Salah satu penelitian mengenai stigma pada penderita TB bahwa Individu dengan TB dan penyedia layanan kesehatan mengidentifikasi stigma TB sebagai penyebab ketidakpatuhan pengobatan. Bahkan setelah dimulainya terapi,

kekhawatiran tentang konsekuensi stigma TB dapat menyebabkan penundaan dari program pengobatan. Stigma TB juga telah diangkat sebagai penghalang potensial untuk terapi observasi langsung berbasis rumah dan berbasis kerja, mengingat bahwa kehadiran perawat TB dapat menandai seseorang terinfeksi. Secara keseluruhan menunjukkan bahwa berisiko Masyarakat dan individu yang terinfeksi merasa bahwa stigma TB menyebabkan penundaan diagnostik dan dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

3) Mengidentifikasi kejadian diskriminasi terhadap orang dengan TB Paru di Puskesmas Pegirian.

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas pegirian Surabaya distribusi data berdasarkan umur menunjukkan bahwa secara keseluruhan jumlah terbanyak mengalami diskriminasi langsung sebanyak 26% dari 30 Responden.

Persepsi stigma oleh orang lain atau oleh orang yang mengalami stigmatisasi yang menyebabkan diskriminasi oleh karena itu stigma itu penting karena cara itu menyebabkan diskriminasi. Diskriminasi adalah perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013). Menurut Fulthoni, et.al (2009), Diskriminasi adalahnya suatu perlakuan yang tidak adil dan perlakuan yang berbeda oleh sekelompok masyarakat yang dianggap hina, tidak baik, yang dikhawatirkan akan membawa akibat buruk dan mendapatkan tindakan yang tidak wajar atau tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan status TB Paru nya.

Penyebab diskriminasi diri yang diidentifikasi termasuk ketakutan akan transmisi TB, dan menghindari gossip dan diskriminasi potensial. Penyebab diskriminasi oleh anggota masyarakat umum termasuk: takut akan risiko infeksi yang dirasakan hubungan yang dirasakan antara TB dan penyebab diskriminasi lainnya, terutama kemiskinan dan rendahnya kasta hubungan yang dirasakan antara TB dan perilaku buruk dan persepsi bahwa TB adalah hukuman ilahi karena kesalahan masa lalu. Selanjutnya, beberapa pasien merasa didiskriminasikan oleh petugas kesehatan dan masyarakat sekitar. Kekawatiran tentang konsekuensi stigma TB dapat menyebabkan penundaan dari program pengobatan. Stigma TB juga telah diangkat sebagai penghalang potensial untuk terapi observasi langsung berbasis rumah dan berbasis kerja, mengingat bahwa kehadiran perawat TB dapat menandai seseorang terinfeksi. Secara keseluruhan menunjukkan bahwa berisiko. Masyarakat dan individu yang terinfeksi merasa bahwa stigma TB menyebabkan penundaan diagnostic dan dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan.