

**PENGUATAN KAPASITAS KADER MELALUI PEER GROUP SEBAGAI STRATEGI
MENGURANGI STIGMA PADA PASIEN TBC PARU DI PUSKESMAS JANTI
KOTA MALANG**

Atik Setiawan Wahyuningsih¹, Heny Nurmayunita^{2*}, Amin Zakaria³, Yuni Asri⁴

¹⁻³Program Doktor Kesehatan Masyarakat, Universitas Strada Indonesia

⁴Program Studi Keperawatan, ITSK RS dr. Soepraoen Malang

Email Korespondensi: henin.dhila@itsk-soepraoen.ac.id

Disubmit: 15 September 2025

Diterima: 28 September 2025

Diterbitkan: 01 Oktober 2025

Doi: <https://doi.org/10.33024/jkpm.v8i10.22612>

ABSTRAK

Permasalahan kesehatan yang dihadapi Indonesia salah satunya adalah penyakit TBC, khususnya di Kota Malang. Stigma sosial yang melekat pada pasien TBC menghambat upaya pengendalian TBC Paru. Kader kesehatan di tingkat layanan primer sangat vital dan kapasitasnya sering kali terbatas, khususnya dalam menghadapi stigma sosial yang dialami pasien TBC. Kader lebih sering dibekali pelatihan medis dasar menemukan kasus baru dibandingkan keterampilan komunikasi dan strategi advokasi untuk mengurangi stigma sehingga pasien menjadi enggan melaporkan dan menunda pengobatan. Kegiatan pengabdian ini adalah untuk meningkatkan kapasitas kader kesehatan melalui pelatihan dan penguatan *peer group* Si Peduli TBC sebagai strategi untuk mengurangi stigma pada pasien TBC paru di wilayah kerja Puskesmas Janti Kota Malang. Persiapan dilakukan koordinasi dengan stakeholder, identifikasi kader aktif dan komunitas pendukung TBC, pembentukan tim pelaksana dan fasilitator *peer group* yaitu melalui Tim Si Peduli TBC Komunitas sebanyak 19 orang. Dilanjutkan mengumpulkan data kasus dan tingkat stigma. Pelaksanaan kegiatan berupa memberikan materi pelatihan meliputi pengenalan TBC dan Stigma, peran kader dalam mengurangi stigma dengan komunikasi efektif serta praktik dan perencanaan aksi *Peer Group* Si Peduli TBC Komunitas. Tahap terakhir evaluasi pengetahuan melalui Post-test untuk mengukur peningkatan pengetahuan kader terkait TBC dan stigma, evaluasi kualitas interaksi dalam *peer group*, Refleksi bersama kader terkait efektivitas strategi pengurangan stigma. Kegiatan pengabdian melibatkan 3 kelurahan yang ada di wilayah kerja puskesmas Janti Kota Malang yaitu Kelurahan Bandungrejosari, Sukun, dan Tanjungrejo. Tahap persiapan dengan koordinasi pada 15 Agustus 2025 dan 22 Agustus 2025. Pelaksanaan pelatihan pada 23-24 Agustus 2025 sekaligus sosialisasi dan pembentukan *peer group* Si Peduli TBC Komunitas. Luaran kegiatan berupa video edukasi dan diketahui pengukuran tingkat pengetahuan konsep TBC Paru, stigma TBC dan cara komunikasi efektif terjadi peningkatan masing-masing 63,2%, 68,4% dan 63,3%. Program Si Peduli Komunitas terbukti mampu meningkatkan pengetahuan kader, relawan, dan penyintas serta memperkuat *peer group* Si Peduli TBC komunitas sebagai strategi untuk mengurangi stigma pada pasien TBC paru di wilayah kerja Puskesmas Janti Kota Malang.

Kata Kunci: Tuberkulosis paru, Stigma, Kader Kesehatan, *Peer Group*, Si Peduli TBC Komunitas.

ABSTRACT

One of the health problems facing Indonesia is tuberculosis (TB), especially in Malang City. The social stigma attached to TB patients hampers efforts to control pulmonary TB. Health cadres at the primary care level are vital and often limited in their capacity, especially in dealing with the social stigma experienced by TB patients. Cadres are more often provided with basic medical training in identifying new cases rather than communication skills and advocacy strategies to reduce stigma, which makes patients reluctant to report and delay treatment. The purpose of this study is to increase the capacity of health cadres through training and strengthening the Si Peduli TBC peer group as a strategy to reduce stigma in pulmonary TB patients in the work area of the Janti Community Health Center in Malang City. Preparations were carried out in coordination with stakeholders, identification of active cadres and TB support communities, formation of an implementation team and peer group facilitator, namely the Si Peduli TBC Community Team of 19 people. This was followed by collecting data on cases and stigma levels. The implementation of the activity included providing training materials covering an introduction to TB and Stigma, the role of cadres in reducing stigma through effective communication, and practice and action planning for the Si Peduli TBC Community Peer Group. The final stage of knowledge evaluation was through a post-test to measure the increase in cadre knowledge regarding TB and stigma, evaluation of the quality of interaction in peer groups, and joint reflection with cadres regarding the effectiveness of stigma reduction strategies. The results of the community service activity involved three sub-districts within the Janti Community Health Center's work area, namely Bandongrejosari, Sukun, and Tanjungsrejo. The preparation stage with coordination took place on August 15, 2025, and August 22, 2025. The training was implemented on August 23-24, 2025, along with the socialization and formation of the Si Peduli TB Community peer group. The activity outputs were educational videos and measurements of the level of knowledge of the concept of Pulmonary TB, TB stigma, and effective communication methods, which increased by 63.2%, 68.4%, and 63.3%, respectively. It can be concluded that the Si Peduli TB Community program has been proven to increase the knowledge of cadres, volunteers, and survivors and strengthen the Si Peduli TB Community peer group as a strategy to reduce stigma in pulmonary TB patients in the Janti Community Health Center's work area, Malang City.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis, Stigma, Health Cadres, Peer Group, Community TB Care

1. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TBC) paru masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat di Indonesia, khususnya di Kota Malang. Upaya pengendalian TBC tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga pada tantangan sosial berupa stigma masyarakat terhadap pasien TBC. Stigma sosial yang melekat pada pasien TBC menjadi hambatan besar dalam upaya pengendalian TBC Paru. stigma sosial memperburuk kondisi pasien dengan menghambat akses layanan kesehatan, memperpanjang waktu diagnosis, serta mengganggu aspek sosial dan ekonomi (Chae, 2023; Tadesse, 2024). Hal ini menunjukkan bahwa strategi pengendalian TBC perlu mencakup pendekatan yang tidak

hanya menitikberatkan pada aspek medis, tetapi juga intervensi sosial untuk mengurangi stigma terhadap pasien TBC. Peran kader kesehatan di tingkat layanan primer sangat vital. Kapasitas kader sering kali terbatas, khususnya dalam menghadapi stigma sosial yang dialami pasien TBC. Kader lebih sering dibekali pelatihan medis dasar seperti cara menemukan kasus baru atau mengawasi kepatuhan minum obat, tetapi kurang diberikan keterampilan komunikasi dan strategi advokasi untuk mengurangi stigma.

Stigma terhadap pasien TBC dapat berbentuk labeling, diskriminasi, dan pengucilan sosial. Banyak pasien TBC yang enggan membuka status kesehatannya karena takut dijauhi masyarakat atau diperlakukan tidak adil di lingkungan kerja maupun keluarga (Putri, 2021). Hal ini menyebabkan pasien sering menunda pengobatan, menghentikan terapi sebelum waktunya, dan berkontribusi pada meningkatnya angka penularan serta risiko resistensi obat. Penelitian terbaru di Thailand juga menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat persepsi stigma yang tinggi mengalami penundaan signifikan dalam mengakses layanan kesehatan (Chaychoowong, 2023). Demikian pula, studi di China menemukan bahwa stigma TBC meningkatkan kemungkinan ketidakpatuhan pengobatan dan berkorelasi dengan munculnya gejala depresi pada pasien (Zhou, 2018). Dengan demikian, mengurangi stigma menjadi salah satu komponen penting dalam pencapaian eliminasi TBC 2030 sesuai target Kementerian Kesehatan RI.

Indonesia menempati peringkat ketiga dengan beban TBC tertinggi di dunia setelah India dan Tiongkok (WHO, 2023). Dinas Kesehatan Kota Malang tahun 2022 melaporkan bahwa jumlah kasus TBC yang ditemukan di Kota Malang mencapai 3.281 kasus pada tahun 2022 dengan proporsi terbesar adalah TBC paru, angka ini meningkat dibandingkan tahun 2021 yang berjumlah sekitar 2.800 kasus (Dinas Kesehatan Kota Malang, 2022). Kementerian Kesehatan RI melalui Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu juga mencatat bahwa Kota Malang termasuk wilayah dengan capaian penemuan kasus TBC cukup tinggi di Jawa Timur, namun tingkat keberhasilan pengobatannya masih menghadapi kendala, terutama karena adanya stigma dan rendahnya kepatuhan pasien. Lebih lanjut, Profil Kesehatan Kota Malang tahun 2023 menegaskan bahwa beban kasus TBC di wilayah kerja Puskesmas Janti tergolong tinggi dibandingkan puskesmas lain, dengan lebih dari 200 kasus aktif yang tercatat dalam satu tahun terakhir. Artinya, Kota Malang secara epidemiologis memang merupakan daerah prioritas intervensi pengendalian TBC.

Keberadaan kader kesehatan yang cukup aktif menjadi modal dasar yang potensial untuk diberdayakan. Dengan memperkuat kapasitas kader melalui intervensi *peer group*, diharapkan tercipta lingkungan sosial yang lebih inklusif, sehingga pasien TBC tidak hanya mendapatkan pengobatan medis tetapi juga dukungan sosial yang memadai. Penguatan kapasitas kader melalui pendekatan *peer group* menjadi strategi yang menjanjikan. *Peer group* atau kelompok sebaya merupakan metode pemberdayaan berbasis komunitas yang menekankan pada pertukaran pengalaman, dukungan emosional, serta pembelajaran partisipatif antar anggota. Melalui forum sebaya, kader dapat meningkatkan rasa percaya diri, memperluas pengetahuan, serta mengembangkan keterampilan sosial yang lebih efektif dalam mendampingi pasien TBC. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pendekatan kelompok sebaya mampu meningkatkan efektivitas kader dalam memberikan edukasi kesehatan, memperbaiki sikap terhadap pasien, serta

2. MASALAH DAN RUMUSAN PERTANYAAN

**PETA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS JANTI
KOTA MALANG**

Legenda:

- Jalan Raya (Yellow line)
- Jalan (Blue line)
- Sungai (Blue line)
- Perbatasan Wilayah (Dashed line)
- Perbatasan Desa (Dotted line)
- Perbatasan Kecamatan (Thick solid line)
- Perbatasan Kabupaten (Thick solid line)
- Perbatasan Provinsi (Thick solid line)

3. KAJIAN PUSTAKA

Tuberkulosis (TBC) paru adalah penyakit menular akibat infeksi *Mycobacterium tuberculosis* yang terutama menyerang paru-paru, meskipun dapat mengenai organ lain (World Health Organization, 2022). Penularannya terjadi melalui udara ketika penderita batuk, bersin, atau berbicara sehingga menyebarkan droplet berisi bakteri (WHO, 2023). TBC paru merupakan bentuk TBC yang paling sering ditemukan, ditandai batuk

≥2 minggu, penurunan berat badan, demam, dan keringat malam, serta berpotensi tinggi menularkan penyakit (CDC, 2020). Bila tidak ditangani, penyakit ini dapat menimbulkan kerusakan jaringan paru progresif dan membahayakan jiwa, meskipun sebenarnya dapat dicegah dan disembuhkan dengan terapi yang tepat (Murray, 2016). TBC di Indonesia menjadi masalah kesehatan prioritas karena berdampak pada produktivitas dan pencapaian target pembangunan kesehatan nasional.

Dari sisi medis, TBC menyebabkan kerusakan jaringan paru, menurunkan fungsi pernapasan, dan jika tidak diobati dapat berakibat fatal. TBC juga berhubungan dengan munculnya kasus *multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB)* yang lebih sulit diobati dan membutuhkan terapi jangka panjang (WHO, 2023). Dampak medis dapat dilihat dari adanya kerusakan paru, adanya komplikasi sistemik, beban ganda dengan penyakit lain, resistensi obat (MDR-TB) serta tingginya angka kematian. Dari sisi sosial, TBC sering menimbulkan stigma negatif di masyarakat yang membuat pasien merasa terisolasi, malu, dan enggan mengakses layanan kesehatan. Hal ini berdampak pada keterlambatan diagnosis, ketidakpatuhan berobat, serta menurunnya kualitas hidup pasien (Courtwright, 2010; Putri, 2021). TBC juga membawa dampak sosial yang luas diantaranya stigma dan diskriminasi, gangguan psikososial, kehilangan produktivitas, menjadi beban ekonomi keluarga, dan berdampak pada lintas generasi yaitu sering menghadapi stigma di sekolah dan beresiko mengalami hambatan sosial maupun ekonomi jangka panjang.

Secara keseluruhan, TBC bukan hanya masalah medis, tetapi juga masalah sosial-ekonomi yang kompleks. Stigma dan diskriminasi memperparah beban pasien, menurunkan kepatuhan berobat, dan berkontribusi pada kegagalan pengobatan. Karena itu, upaya pengendalian TBC harus mencakup aspek medis sekaligus intervensi sosial, termasuk pemberdayaan kader kesehatan untuk mengurangi stigma di masyarakat.

b. Stigma pada pasien TBC dan dampaknya

Dalam konteks TBC, stigma sering muncul karena penyakit ini dikaitkan dengan kemiskinan, kelemahan fisik, atau penyakit menular yang berbahaya (Courtwright, 2010; Goffman, 1963). Bentuk stigma ada beberapa jenis aspek antara lain labeling (Pemberian Label Negatif) yaitu cap atau label tertentu yang merugikan, sebagai "penyakit orang miskin", "penyakit kotor", atau "penyakit yang menular berbahaya". Courtney & Turner menunjukkan bahwa labeling menjadi pintu masuk diskriminasi karena masyarakat langsung mengasosiasikan TBC dengan kelemahan dan ketidakmampuan. Stigma diskriminasi (Perlakuan Tidak Adil) kerap menghadapi perlakuan berbeda dibanding orang sehat, baik dalam keluarga, lingkungan kerja, maupun masyarakat. Bentuk diskriminasi dapat berupa Dijauhi atau dihindari oleh tetangga atau teman, dibatasi interaksi sosialnya. Stigma pengucilan (Social Isolation) yaitu penolakan karena dianggap membawa penyakit berbahaya., jarak emosional dalam keluarga, misalnya pasien harus makan terpisah, menggunakan peralatan sendiri, atau bahkan dipisahkan ruangan, hilangnya jaringan sosial, karena orang sekitar takut tertular. Stigma Internal (Self-Stigma) berupa keadaan pasien itu sendiri yang menginternalisasi stigma tersebut sehingga timbul rasa malu, bersalah, atau rendah diri. Akibatnya: Pasien

enggan terbuka mengenai status penyakitnya, Terjadi penundaan dalam mencari pengobatan, Kepatuhan minum obat menurun karena merasa percuma atau takut diketahui orang lain (Somma, 2008). Stigma Struktural (Structural Stigma) yaitu stigma yang akan berdampak pada system kesehatan dan kebijakan. Sebagai contoh Tenaga kesehatan yang memperlakukan pasien TBC dengan jarak berlebihan atau memberi informasi yang menakutkan, Minimnya kebijakan perlindungan pekerja dengan TBC, sehingga pasien lebih mudah kehilangan pekerjaan (Baral, 2007).

Stigma memiliki dampak signifikan pada Pengobatan dan Kualitas Hidup Pasien TBC yaitu menurunnya motivasi untuk mencari layanan kesehatan atau melakukan pemeriksaan dini, rendahnya kepatuhan minum obat, sehingga meningkatkan risiko kegagalan terapi dan munculnya resistensi obat (MDR-TB), timbulnya masalah psikologis seperti depresi, rendah diri, dan stres sosial, berkurangnya dukungan keluarga dan masyarakat yang berakibat pada keterlambatan pemulihan.

Beberapa strategi untuk mengurangi stigma TBC paru di Masyarakat adalah memberikan edukasi masyarakat secara benar tentang TBC, menghilangkan mitos dan kampanye kesehatan melalui media massa, media sosial, dan tokoh masyarakat terbukti efektif mengubah persepsi. WHO (2022) menekankan edukasi berbasis komunitas sebagai strategi utama menekan stigma. Strategi pemberdayaan pasien dan keluarga dapat menjadi support dalam pendampingan pengobatan dan motivasi pasien. Peran kader kesehatan Kader bukan hanya sebagai pengawas minum obat (DOTS), tetapi juga sebagai agen perubahan sosial, memberikan penyuluhan dapat menjembatani komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan. Pelatihan kader dalam komunikasi empatik membantu mengurangi sikap diskriminatif di lingkungan sekitar. Adanya Peer group mendorong perubahan perilaku, meningkatkan kapasitas kader, dan memperkuat solidaritas sosial. Penelitian oleh Macq menunjukkan bahwa peer support efektif dalam mengurangi stigma dan meningkatkan kepatuhan pasien TBC. Strategi bisa juga dilakukan melalui sensitisasi tenaga kesehatan yaitu tenaga kesehatan harus dilatih untuk menghindari perilaku diskriminatif terhadap pasien. Penggunaan komunikasi positif (misalnya menyebut “pasien dalam pengobatan” daripada “penderita TBC”) dapat membantu mengurangi stigma. Tidak kalah penting perlunya strategi dari kebijakan dan dukungan pemerintah daerah mengeluarkan kebijakan perlindungan pasien TBC di tempat kerja; Integrasi program pengendalian stigma ke dalam program nasional TBC; Monitoring stigma melalui survei rutin untuk mengetahui perubahan sikap masyarakat.

c. Peran kader Kesehatan dalam penanggulangan TBC

Kader biasanya berasal dari masyarakat setempat sehingga memiliki kedekatan sosial dan kepercayaan yang tinggi dari warga, yang menjadikannya aset penting dalam program kesehatan berbasis masyarakat (Laverack, 2017).

Fungsi Kader dalam Program TBC antara lain menerapkan Strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) yaitu kader berperan sebagai pengawas minum obat (PMO) untuk memastikan pasien TBC mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal pengobatan. Edukasi masyarakat yaitu kader memberikan penyuluhan mengenai pencegahan TBC, gejala awal, serta pentingnya pemeriksaan dini agar pasien segera

mendapat pengobatan. Pendampingan pasien dimana kader mendukung pasien secara psikososial, membantu mengurangi rasa malu, serta mendorong keluarga dan lingkungan untuk memberikan dukungan. Penemuan kasus aktif dengan membantu puskesmas mengidentifikasi individu dengan gejala TBC di masyarakat agar segera dirujuk ke layanan Kesehatan.

Namun demikian terdapat kader dalam mengatasi stigma antara lain tentang kecenderungan pengetahuan hanya dibekali informasi dasar mengenai penyakit TBC, tanpa pelatihan khusus tentang stigma social. Dalam Keterampilan komunikasi kader belum sepenuhnya mampu menyampaikan informasi dengan pendekatan yang sensitif terhadap stigma, sehingga beberapa kali justru memperkuat stereotip negatif. Keterbatasan pada teknis dan dukungan, lebih difokuskan pada fungsi medis sederhana (seperti PMO) dan kurang dilibatkan dalam upaya perubahan sosial di masyarakat serta kurangnya pelatihan berkelanjutan, supervisi, serta insentif membuat kader tidak optimal dalam menjalankan perannya (Dodor, 2010; Hidayati, 2022).

d. Peer Group sebagai Strategi Pemberdayaan

Dalam konteks kesehatan masyarakat, peer group digunakan sebagai pendekatan partisipatif di mana anggota saling mendukung dalam proses belajar, perubahan perilaku, maupun peningkatan kapasitas (Dennis, 2003). Prinsip Pembelajaran Kelompok Sebaya. Prinsip utama dari peer group learning antara lain kesetaraan (equality) - semua anggota dipandang setara, tanpa hierarki kaku seperti dalam model pengajaran tradisional. Pengalaman bersama (shared experience) - pembelajaran terjadi melalui pertukaran pengalaman nyata, bukan sekadar teori. Partisipatif (participatory learning) - anggota aktif terlibat dalam diskusi, refleksi, dan pemecahan masalah. Dukungan emosional (emotional support) - anggota peer group memberikan motivasi dan semangat, terutama saat menghadapi stigma atau tantangan (Bandura, 1997; Dennis, 2003). Efektivitas peer group dalam meningkatkan kapasitas kader dan mengurangi stigma dapat membantu meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, meningkatkan ketrampilan komunikasi serta mengurangi stigma, karena diskusi dalam kelompok sebaya membantu kader memahami perspektif pasien, sehingga lebih sensitif dan mendukung.

Pendekatan peer group juga lebih berkelanjutan karena menciptakan *sense of ownership* dan ikatan sosial yang memperkuat motivasi kader untuk aktif dalam program TBC (Courtwright, A., & Turner, 2010; Laverack, 2017). Dalam kegiatan pengabdian ini strategi pengendalian TBC paru yang berfokus pada edukasi, pemberdayaan kader, serta penghapusan stigma yang dinilai efektif dalam memperkuat daya dukung masyarakat terhadap pasien TBC. Program "SI PEDULI TBC (Sistem Peer Education Digital untuk Literasi TBC Berbasis Komunitas) akan diterapkan guna meningkatkan literasi, menurunkan stigma, serta mendorong deteksi dini TBC paru. Penguatan kapasitas kader melalui peer group sebagai strategi mengurangi stigma terhadap pasien TBC Paru Di Puskesmas Janti Kota Malang akan dijadikan dasar dengan cara mengkampanyekan anti stigma TBC Paru berbasis Si Peduli TBC Komunitas.

4. METODE

Pendekatan yang digunakan dalam pengabdian ini antara lain a) *Community-Based Participatory Action*, yaitu melibatkan kader dan masyarakat sekitar Puskesmas Janti secara aktif dalam seluruh proses kegiatan, mulai dari perencanaan hingga evaluasi; b) *Adult Learning Approach*, yaitu menggunakan prinsip pembelajaran partisipatif, diskusi kelompok, dan berbagi pengalaman antar kader (*peer learning*) agar materi lebih mudah dipahami dan relevan; c) *Peer Group Empowerment Model*, yaitu mendorong terbentuknya kelompok sebaya (*peer group*) kader, penyintas, pasien dan KIM yang berfungsi sebagai ruang berbagi pengetahuan, pengalaman, serta saling mendukung dalam mengurangi stigma terhadap pasien TBC paru; d) *Cascade Training Method*, yaitu memberdayakan kader inti yang telah dilatih untuk melanjutkan transfer pengetahuan dan keterampilan kepada kader lain maupun masyarakat luas.

Prinsip yang digunakan bersifat partisipatif yaitu Kader dan masyarakat dilibatkan dalam identifikasi masalah stigma, pengembangan strategi, dan evaluasi. Kontekstual dengan materi dan strategi *peer group* disesuaikan dengan kondisi sosial-budaya masyarakat Puskesmas Janti, Kota Malang. Sustainable penguatan kapasitas dilakukan agar kader mampu melanjutkan program secara mandiri dan berkesinambungan. Intervensi pengabdian juga bersifat *Evidence-based* yang didasarkan pada praktik terbaik (*best practice*) dan penelitian terkait pengurangan stigma TBC dan menerapkan prinsip *Gender-sensitive* yaitu memperhatikan peran, pengalaman, dan kebutuhan yang berbeda antara kader laki-laki maupun perempuan dalam penanganan stigma TBC.

Tahapan pelaksanaan kegiatan pengabdian yang dilakukan adalah koordinasi dengan stakeholder yaitu pertemuan dengan Dinas Kesehatan Kota Malang, koordinasi dengan Puskesmas Janti sebagai wilayah sasaran, koordinasi dengan pemegang program TB Paru puskesmas Janti, identifikasi kader aktif dan komunitas pendukung TBC di wilayah Janti, pembentukan tim pelaksana pengabdian dan fasilitator *peer group* yaitu melalui Tim Si Peduli TBC Komunitas sebanyak 19 orang. Langkah berikutnya adalah Baseline Survey dan Need Assessment yaitu mengumpulkan data kasus dan tingkat stigma, kemudian mengembangkan materi pelatihan dan sekaligus memberikan materi pelatihan meliputi pengenalan TBC dan Stigma, peran kader dalam mengurangi stigma dengan komunikasi efektif serta praktik dan perencanaan aksi *Peer Group* Si Peduli TBC Komunitas. Tahap terakhir adalah evaluasi melalui Post-test untuk mengukur peningkatan pengetahuan kader terkait TBC dan stigma, Evaluasi kualitas interaksi dalam *peer group*, Refleksi bersama kader terkait efektivitas strategi pengurangan stigma

5. HASIL KEGIATAN DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

Kegiatan pengabdian melibatkan 3 kelurahan yang ada di wilayah kerja puskesmas Janti Kota Malang yaitu Kelurahan Bandungrejosari, Sukun, dan Tanjungrejo. Sasaran kegiatan pada kelompok sebaya atau *peer group* yang direkrut sebagai tim Si Peduli TBC Komunitas yang berasal dari petugas, kader, penyintas dan Unit KIM (Komunikasi dan informasi Masyarakat) kelurahan sebanyak 19 orang.

Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan pengabdian adalah sebagai berikut:

1) Tahap Persiapan

Tahap persiapan diawali dengan konsultasi dan FGD bersama Kepala Puskesmas, penanggung jawab program TBC Paru, serta relawan untuk membahas konsep dan rancangan model kegiatan pelatihan. Pada pertemuan yang dilaksanakan Jum'at, 15 Agustus 2025, disepakati bahwa tema pelatihan adalah "*Si Peduli TBC Komunitas*" dan akan dilaksanakan pada Sabtu-Minggu, 23-24 Agustus 2025. Selain kegiatan terstruktur, juga direncanakan adanya pendampingan insidental baik secara daring maupun luring. Persiapan meliputi penyusunan materi, instrumen evaluasi, undangan bagi pemateri dan peserta, serta komunikasi dan rekrutmen calon pengurus *Si Peduli TBC Komunitas*. Selanjutnya, pada Jum'at, 22 Agustus 2025, dilakukan koordinasi akhir mengenai persiapan tempat, sarana-prasarana, serta *rundown* kegiatan bersama Kepala Puskesmas dan penanggung jawab program.

2) Tahap Pelaksanaan

Kegiatan ini pengabdian dilaksanakan pada Sabtu, 23 Agustus 2025 diawali dengan pretes tentang materi Konsep dasar TBC, anti-stigma komunikasi efektif, literasi digital, Peer Educator kompeten. Sasaran pretes adalah kelompok sebaya atau peer group *Si Peduli TBC*. Setelah pretes dilanjutkan dengan brain storming dan testimony terkait TBC Paru oleh petugas, kader, penyintas dan KIM. Pada sesi brain storming ini peserta ada 23 orang, bertujuan untuk berbagi informasi dan pengalaman terkait pelaksanaan program, permasalahan, strategi tindakan, perasaan bagi penderita, stigma, pengalaman pengobatan, sistem edukasi yang sdh dilakukan, KIM. Luaran sesi diketahui gambaran awal terkait TBC Paru dari sudut pandang petugas, kader, penyintas, dan relawan KIM kelurahan. Acara berikutnya adalah pemberian materi meliputi materi TBC Paru, Materi Stigma TBC Paru, Materi komunikasi efektif dalam edukasi kepada masyarakat dan sosialisasi tentang Program *Si Peduli TBC Paru Komunitas*. Pemateri berasal dari penanggung jawab program penanggulangan TBC Puskesmas dan Kepala Puskesmas.

Pada hari kedua, Minggu, 24 Agustus 2025 dilakukan pembentukan Peer Group Edukator TBC Masyarakat. Dalam sesi ini ada dilakukan diskusi dan musyawarah pembentukan Struktur Tim yang terdiri Pembina, Ketua, Sekretaris, Koordinator, Edukator, Tim Dokumentasi dan Publikasi. Selanjutnya pemberian materi lagi tentang literasi digital untuk seluruh peserta yang hadir tentang Sistem Peer Education Digital untuk Literasi TBC Paru. Setelah itu materi cara pembuatan media edukasi video, yaitu dengan mensimulasikan cara pembuatan Video Media Edukasi dengan menggunakan android Hand phone mulai dari pengambilan gambar video - edit - Finishing sebagai media, dilanjutkan praktek pembuatan video media edukasi. Luaran kegiatan berupa video edukasi yang dapat diakses melalui <https://www.instagram.com/reel/DN2SPXEQF-k/?igsh=cGZ4a2g0NXZiZHZo>. Kegiatan diakhiri dengan postes untuk seluruh peserta peer group sejumlah 19 orang dengan materi yang telah diberikan sebelumnya.



Gambar 2. Pelaksanaan pemberian materi

3) Tahap Akhir

Evaluasi merupakan komponen penting dalam setiap program edukasi kesehatan untuk mengukur efektivitas, efisiensi, dan dampak dari intervensi yang dilakukan. Evaluasi hasil implementasi mengacu pada indikator keberhasilan antara lain:

- Terbentuk peer education digital berbasis masyarakat
- Peningkatan pengetahuan peer edukator tentang Penyakit TBC Paru dan Literasi Digital (nilai post-test $\geq 80\%$).
- Terbentuk group Whatshap yang terdiri dari peer edukator, relawan, penderita TBC Paru, dan orang - orang beresiko tertular TBC Paru.
- Penurunan stigma TBC (skor survei sikap masyarakat meningkat).
- Peningkatan cakupan skrining TBC $\geq 20\%$ dalam 6 bulan.

Pengetahuan peserta tentang konsep TBC Paru

Tabel 1. Distribusi Skor Pengetahuan Peserta Tentang Konsep TBC Paru *Pre-Test* dan *Post-Test*

Kategori	<i>Pre Test</i>		<i>Post Test</i>	
	n	%	n	%
Pengetahuan konsep TBC Paru				
Kurang (< 56)	9	47,4	1	5,4
Cukup (56-75)	7	36,9	3	15,7
Baik (76-100)	3	15,7	15	78,9

Pengetahuan tentang Stigma TBC Paru				
Kurang (< 56)	10	52,6	0	0
Cukup (56-75)	7	36,9	4	21,1
Baik (76-100)	2	10,5	15	78,9
Pengetahuan tentang komunikasi efektif				
Kurang (< 56)	11	57,9	2	10,5
Cukup (56-75)	6	31,6	3	15,7
Baik (76-100)	2	10,5	14	73,8

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan tentang konsep TBC paru dari sebagian kecil (15,7%) kategori baik menjadi hampir seluruhnya (78,9%) Baik. Demikian juga pada materi stigma TBC Paru diketahui terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan dari sebagian kecil (10,5%) kategori baik menjadi hampir seluruhnya (78,9%) Baik. Pada materi komunikasi efektif terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan dari sebagian kecil (10,5%) kategori baik menjadi hampir seluruhnya (79%) Baik

Tabel 2. Selisih pengetahuan peserta pada saat pretes dan postes

Materi	Pree Test	Post Test	Selisih	Peningkatan
Pengetahuan Konsep TBC Paru	3	15	12	63,2%
Pengetahuan StigmaTBC Paru	2	15	13	68,4%
Pengetahuan tentang Komunikasi Efektif	2	14	12	63,3%
Rata-rata Total	2,3	14,6	12,3	64,9%

Berdasarkan tabel di atas materi pengetahuan tentang stigma TBC Paru mengalami peningkatan tertinggi (68,4%), menunjukkan bahwa sebelum pelatihan, peserta pelatihan memiliki pemahaman yang terbatas tentang stigma TBC Paru.

		Ranks N	Mean Rank	Sum of Ranks
postkonsep - prekonsep	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	13 ^b	7.00	91.00
	Ties	6 ^c		
	Total	19		
poststigma - prestigma	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	13 ^e	7.00	91.00
	Ties	6 ^f		
	Total	19		

	Total	19		
poskomunika	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
si -	Positive Ranks	15 ^h	8.00	120.00
prekomunika	Ties	4 ⁱ		
si	Total	19		

a. postkonsep < prekonsep

b. postkonsep > prekonsep

c. postkonsep = prekonsep

d. poststigma < prestigma

e. poststigma > prestigma

f. poststigma = prestigma

g. poskomunikasi < prekomunikasi

h. poskomunikasi > prekomunikasi

i. poskomunikasi = prekomunikasi

	Test Statistics ^a		
	postkonsep - prekonsep	poststigma - prestigma	poskomunikasi - prekomunikasi
Z	-3.272 ^b	-3.358 ^b	-3.508 ^b
Asymp. Sig. (2- tailed)	.001	.001	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Berdasarkan hasil uji Wilcoxon dapat dilihat dari tabel ranks diatas, perbandingan pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian intervensi penyuluhan tentang Konsep TBC Paru, terdapat 13 orang dengan hasil pengetahuan yang meningkat setelah diberikan intervensi, 6 orang dengan pengetahuan yang sama meskipun sudah diberikan intervensi, dan tidak ada seorangpun yang mengalami penurunan tingkat pengetahuan tentang konsep TBC Paru setelah diberikan intervensi.

Pada hasil uji perbedaan pengetahuan tentang stigma TBC Paru sebelum dan sesudah pemberian intervensi, diketahui terdapat 13 orang yang pengetahuannya lebih baik setelah diberikan intervensi, 6 orang yang pengetahuannya tetap setelah diberikan intervensi dan tidak ada seorangpun yang pengetahuannya menurun setelah diberikan intervensi.

Pada hasil uji perbedaan Pengetahuan Tentang Komunikasi Efektif sebelum dan sesudah pemberian intervensi, menunjukkan bahwa ada 15 orang yang mempunyai pengetahuan meningkat setelah diberikan intervensi, 4 orang dengan pengetahuan sama pada sebelum dan sesudah pemberian intervensi dan tidak ada seorangpun yang pengetahuannya menurun setelah pemberian intervensi.

Hasil tes statistic uji Wilcoxon pada intervensi penyuluhan tentang konsep TBC Paru menunjukkan nilai signifikansi 0,001 dimana nilai ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) sehingga dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Sama halnya pada hasil uji statistic pemberian intervensi penyuluhan tentang stigma TBC Paru, diperoleh nilai signifikansi 0,001

dan nilai alpha 0,05 (nilai signifikansi lebih kecil dari nilai alpha) sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Terakhir, pada uji statistik perbedaan pemberian intervensi tentang pengetahuan komunikasi efektif, diketahui nilai signifikasinya 0,000 dimana nilai signifikansi lebih kecil dari nilai alpha (0,05) sehingga dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan bermakna pengetahuan komunikasi efektif pada sebelum dan sesudah pemberian intervensi.

b. Pembahasan

Peningkatan pengetahuan tentang konsep TBC paru memiliki arti penting karena TBC masih menjadi masalah kesehatan prioritas di Indonesia. Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat menyebabkan keterlambatan diagnosis dan pengobatan. Penyuluhan yang diberikan berfungsi meningkatkan pemahaman responden tentang cara penularan, gejala, dan pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan. Hal ini sesuai dengan Health Belief Model (HBM) yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh persepsi mereka tentang kerentanan (*perceived susceptibility*), keseriusan penyakit (*perceived severity*), manfaat tindakan pencegahan (*perceived benefits*), dan hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) (Rosenstock, I. M., 1988). Dalam penelitian ini, pengetahuan yang meningkat akan memperkuat persepsi individu mengenai bahaya TBC dan manfaat dari tindakan pencegahan, sehingga berpotensi mendorong mereka untuk segera melakukan pemeriksaan atau mendorong orang lain untuk mencari pengobatan.

Selain pemahaman medis, pengabdian ini juga menyoroti peningkatan pengetahuan mengenai stigma terhadap penderita TBC. Stigma merupakan salah satu hambatan besar dalam pengendalian TBC, karena dapat membuat penderita merasa dikucilkan, malu, atau bahkan enggan mencari pertolongan medis. Courtwright & Turner (2010) menyatakan bahwa stigma muncul akibat ketidaktahuan, kesalahpahaman, dan ketakutan terhadap penularan (Courtwright, A., & Turner, 2010). Penyuluhan yang diberikan mampu memperbaiki pemahaman responden sehingga mereka lebih empatik terhadap penderita dan tidak memperlakukan mereka secara diskriminatif. Perubahan ini dapat dijelaskan melalui Social Cognitive Theory (SCT) yang dikemukakan Bandura (1986), di mana perilaku dipengaruhi oleh interaksi timbal balik antara faktor pribadi, lingkungan, dan kognitif (Bandura, 1986). Dengan meningkatnya pengetahuan, responden berpotensi memengaruhi lingkungannya untuk juga mengurangi stigma, misalnya dengan mendukung penderita agar tetap menjalani pengobatan tanpa rasa malu.

Aspek lain yang penting dari hasil pengabdian ini adalah peningkatan pengetahuan mengenai komunikasi efektif. Menurut Devito (2016), komunikasi efektif mencakup keterbukaan, empati, kejelasan pesan, serta adanya umpan balik (Devito, 2016). Pemahaman ini penting tidak hanya dalam interaksi sehari-hari, tetapi juga dalam konteks komunikasi kesehatan antara tenaga kesehatan dengan pasien maupun antaranggota masyarakat. Temuan ini mendukung penelitian Pratiwi et al. (2020) yang menemukan bahwa pelatihan komunikasi efektif pada

kader kesehatan meningkatkan keterampilan mereka dalam menyampaikan informasi kesehatan, yang pada gilirannya meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap informasi tersebut (Pratiwi, N. L., 2020). Temuan ini juga dapat dijelaskan melalui Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991), yang menyatakan bahwa niat untuk berperilaku ditentukan oleh sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan. Dengan meningkatnya pengetahuan, responden memiliki sikap yang lebih positif terhadap komunikasi, menyesuaikan diri dengan norma sosial yang mendukung interaksi sehat, serta merasa lebih mampu mengendalikan komunikasi yang mereka lakukan. Perubahan pengetahuan ini dapat dipahami melalui Transtheoretical Model (TTM) atau model tahap perubahan perilaku (Prochaska, J. O., & DiClemente, 1983). TTM menjelaskan bahwa perubahan perilaku terjadi secara bertahap, melalui tahap *precontemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action*, dan *maintenance*. Responden yang semula mungkin berada pada tahap *precontemplation* (tidak mengetahui atau tidak peduli tentang TBC) bergerak ke tahap *contemplation* (mulai mempertimbangkan risiko TBC) bahkan *preparation* (bersiap melakukan tindakan pencegahan) setelah penyuluhan. Artinya, intervensi penyuluhan mendorong individu untuk bergerak ke tahap yang lebih maju dalam proses perubahan perilaku kesehatan.

Secara statistik, hasil uji Wilcoxon menunjukkan nilai signifikansi $<0,05$ pada seluruh variabel yang diuji, yakni konsep TBC paru ($p=0,001$), stigma TBC ($p=0,001$), dan komunikasi efektif ($p=0,000$). Hal ini membuktikan bahwa penyuluhan memberikan perbedaan bermakna sebelum dan sesudah intervensi. Tidak adanya responden yang mengalami penurunan pengetahuan memperlihatkan bahwa intervensi ini konsisten memberikan dampak positif. Implikasi praktis dari hasil ini cukup luas: bagi tenaga kesehatan, penyuluhan dapat menjadi strategi cost-effective untuk meningkatkan literasi kesehatan; bagi masyarakat, peningkatan pengetahuan akan membentuk sikap positif terhadap penderita TBC dan memperbaiki perilaku pencegahan; bagi pembuat kebijakan, hasil pengabdian ini menegaskan perlunya memperkuat program promosi kesehatan berbasis edukasi untuk mendukung eliminasi TBC. Dalam hal ini, peningkatan pengetahuan setelah penyuluhan merupakan langkah awal yang memungkinkan terbentuknya sikap positif terhadap pencegahan TBC dan komunikasi kesehatan yang lebih efektif.

Peneliti berasumsi bahwa peningkatan pengetahuan dan keterampilan komunikasi kader yang diperoleh melalui pelatihan peer group akan berkelanjutan dan diterapkan secara konsisten dalam interaksi sehari-hari di masyarakat. Dengan kata lain, meskipun pengabdian ini hanya mengevaluasi dampak jangka pendek, diharapkan bahwa kader yang telah dilatih akan terus menularkan informasi, memperkuat jejaring dukungan sebaya (*peer group*), dan memengaruhi norma sosial sehingga stigma TBC akan menurun secara progresif dalam jangka panjang. Asumsi ini juga mencakup kemungkinan bahwa penguatan kapasitas kader dapat mendorong deteksi dini, meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, dan pada akhirnya menurunkan angka penularan TBC di wilayah kerja Puskesmas Janti.

Temuan ini juga sejalan dengan strategi global WHO melalui *End TB Strategy*, yang menekankan pentingnya pemberdayaan masyarakat dan

peningkatan literasi kesehatan sebagai salah satu pilar utama dalam menurunkan angka insidensi TBC (Admin, 2023). Dengan demikian, pengabdian ini tidak hanya relevan pada konteks lokal, tetapi juga berkontribusi pada pencapaian target global eliminasi TBC.

6. KESIMPULAN

Program Si Peduli TBC Komunitas terbukti mampu meningkatkan pengetahuan kader, relawan, dan penyintas serta memperkuat *peer group* Si Peduli TBC Komunitas sebagai strategi untuk mengurangi stigma pada pasien TBC paru di wilayah kerja Puskesmas Janti Kota Malang. Selain itu, program ini berperan penting dalam menurunkan stigma di masyarakat sekaligus mendorong upaya deteksi dini. Pembentukan tim *peer educator* Si peduli berbasis komunitas menjadi kontribusi nyata dalam mendukung strategi nasional TOSS TBC. Meski demikian, keberlangsungan program ini masih memerlukan supervisi yang konsisten, pemberian insentif, serta integrasi dengan layanan puskesmas agar dapat berjalan lebih efektif dan berkesinambungan. Dengan demikian, inisiatif ini berpotensi dikembangkan sebagai model intervensi berbasis masyarakat untuk mendukung target eliminasi TBC tahun 2030. Penelitian selanjutnya disarankan menilai dampak jangka panjang, mereplikasi program di wilayah dengan karakteristik berbeda, serta mengeksplorasi integrasi teknologi digital dan analisis biaya-manfaat untuk memastikan keberlanjutan dan skalabilitas program.

7. DAFTAR PUSTAKA

- Admin. (2020). *Tuberculosis (TB)*. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
- Admin. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. World Health Organization.
- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Baral, S. C., Karki, D. K., & Newell, J. N. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: A qualitative study. *BMC Public Health*, 7, 211.
- Chae, J., Park, E. C., Jang, S. I., & Han, K. T. (2023). Tuberculosis stigma and its effects on health-related quality of life: A systematic review. *Healthcare*, 13(15), 1846.
- Chaychoowong, K., Watson, R., & Barrett, D. I. (2023). Perceptions of stigma among pulmonary tuberculosis patients in Thailand, and the links to delays in accessing healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 116(2), 47-58.
- Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. *Public Health Reports*, 125(4), 34-42.
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332.
- Devito, J. A. (2016). *The Interpersonal Communication Book*. Pearson.

- Dinas Kesehatan Kota Malang. (2022). *Laporan kasus tuberculosis Kota Malang tahun 2022*.
- Dinas Kesehatan Kota Malang. (2023). *Profil Kesehatan Kota Malang tahun 2023*.
- Dodor, E. A., & Kelly, S. (2010). We are afraid of them”: Attitudes and behaviours of community members towards tuberculosis in Ghana and implications for TB control efforts. *Psychology, Health & Medicine*, 15(1), 42-52.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Hidayati, N., Sari, D. P., & Pratiwi, A. (2022). Peer group sebagai strategi peningkatan peran kader kesehatan dalam pengendalian tuberculosis di masyarakat. *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 4(2), 115-124.
- Laverack, G. (2017). *Health promotion in disease outbreaks and health emergencies*. CRC Press.
- Murray, J. F., Nadel, J. A., Broaddus, V. C., Mason, R. J., & Ernst, J. D. (2016). *Murray & Nadel's textbook of respiratory medicine (6th ed.)*. Elsevier Saunders.
- Pratiwi, N. L., Suarni, N. K., & Widiana, I. G. K. (2020). Pelatihan komunikasi efektif terhadap peningkatan keterampilan kader kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 123-131.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Putri, Y. (2021). Stigma sosial pada pasien tuberculosis: Tantangan dalam upaya pengendalian penyakit. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(1), 41-53.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Somma, D., Thomas, B. E., Karim, F., Kemp, J., Arias, N., Auer, C., ... Weiss, M. G. (2008). Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(7), 856-866.
- Tadesse, A. W., Gashaw, B. T., Hailegebreal, S., Mekuria, A. B., & Gebretekle, G. B. (2024). The impact of tuberculosis stigma on health-seeking behavior, treatment adherence, and psychosocial well-being: A scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 13, 94.
- World Health Organization. (2022). *Geneva: World Health Organization*.
- Zhou, C., Chu, J., Liu, J., Tobe, R. G., Gen, H., Wang, X., Xu, L., & Zheng. (2018). Adherence to tuberculosis treatment among migrant pulmonary tuberculosis patients in Shandong, China: A quantitative survey study. *PLoS ONE*, 13(2).