

**MODEL *DUAL-FACTOR* DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL PASIEN  
TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP *PERCEIVED STIGMA***

Skripsi



Oleh:

**Muhamad Andiansyah**

**NIM. 200401110114**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**

**2025**

## **LEMBAR JUDUL**

# **MODEL *DUAL-FACTOR* DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL PASIEN TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP *PERCEIVED STIGMA***

## **SKRIPSI**

Diajukan kepada

Dekan Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Sarjana Psikologi (S.Psi)

Oleh

Muhamad Andiansyah

NIM. 200401110114

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**

**2025**

## LEMBAR PERSETUJUAN

### MODEL *DUAL-FACTOR* DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL PASIEN TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP *PERCEIVED STIGMA*

Oleh

Muhamad Andiansyah

NIM. 200401110114

Telah disetujui oleh:

Dosen Pembimbing 1

Dosen Pembimbing 2



Dr. Nur Ila Ifawati, S.S., M.Pd  
NIP. 198412112023212031

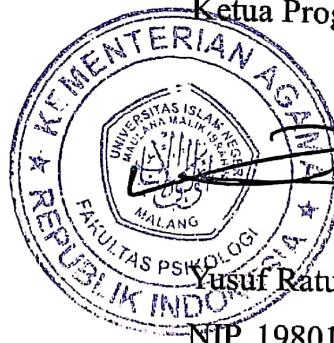


Dr. Yulia Sholichatun, M.Si  
NIP. 19707242005012003

Malang, 16 Mei 2025

Mengetahui,

Ketua Program Studi



Yusuf Ratu Agung, M.A

NIP. 198010202015031002

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**MODEL DUAL-FACTOR DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL**  
**PASIENT TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP**  
**PERCEIVED STIGMA**

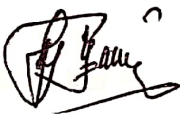
**SKRIPSI**

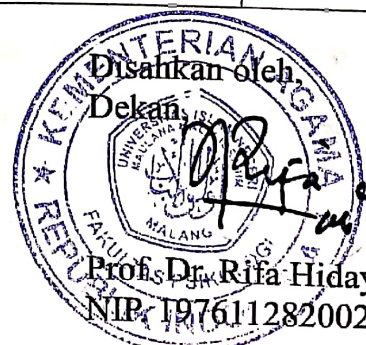
Oleh:

Muhamad Andiansyah  
NIM. 200401110114

Telah diujikan dan dinyatakan LULUS oleh Dewan Penguji Skripsi dalam Majelis  
Sidang Skripsi Pada tanggal 26 Juni 2025

**DEWAN PENGUJI SKRIPSI**

| Dosen Pembimbing                                                                                   | Tanda Tangan Persetujuan                                                             | Tanggal Persetujuan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Sekretaris Penguji</b><br><br><u>Dr. Nur Ila Ifawati, S.S., M.Pd</u><br>NIP. 198412112023212031 |  | 27 / 6 '25          |
| <b>Ketua Penguji</b><br><br><u>Dr. Yulia Sholichatun, M.Si</u><br>NIP. 19707242005012003           |  | 27 / 6 '25          |
| <b>Penguji Utama</b><br><br><u>Dr. Iin Tri Rahayu, M.Si.Psi</u><br>NIP. 197207181999032001         |  | 27 / 6 '25          |



## NOTA DINAS

Kepada Yth.,  
Dekan Fakultas Psikologi  
UIN Maulana Malik Ibrahim  
Malang

*Assalamu'alaikum wr. wb.*

Disampaikan dengan hormat, setelah melakukan bimbingan, arahan, dan koreksi terhadap naskah Skripsi berjudul :

**MODEL *DUAL-FACTOR* DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL PASIEN  
TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP *PERCEIVED STIGMA***

Yang ditulis oleh :

Nama : Muhamad Andiansyah

NIM : 200401110114

Program : S1 Psikologi

Saya berpendapat bahwa Skripsi tersebut sudah dapat diajukan kepada Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang untuk diujikan dalam Sidang Ujian Skripsi.

*Wassalamu'alaikum wr. wb.*

Malang, 16 Mei 2025

Dosen Pembimbing 1,



Dr. Nur Ila Ifawati, S.S., M.Pd

NIP. 198412112023212031

## NOTA DINAS

Kepada Yth.,  
Dekan Fakultas Psikologi  
UIN Maulana Malik Ibrahim  
Malang

*Assalamu'alaikum wr. wb.*

Disampaikan dengan hormat, setelah melakukan bimbingan, arahan, dan koreksi terhadap naskah Skripsi berjudul :

**MODEL *DUAL-FACTOR* DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL PASIEN  
TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP *PERCEIVED STIGMA***

Yang ditulis oleh :

Nama : Muhamad Andiansyah

NIM : 200401110114

Program : S1 Psikologi

Saya berpendapat bahwa Skripsi tersebut sudah dapat diajukan kepada Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang untuk diujikan dalam Sidang Ujian Skripsi.

*Wassalamu'alaikum wr. wb.*

Malang, 16 Mei 2025

Dosen Pembimbing 2,



Dr. Yulia Sholichatun, M.Si

NIP. 19707242005012003



## LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhamad Andiansyah

NIM : 200401110114

Fakultas : Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Menyatakan bahwa skripsi yang saya buat dengan judul **MODEL DUAL-FACTOR DALAM MEMAHAMI KESEHATAN MENTAL PASIEN TUBERKULOSIS: KAJIAN KUANTITATIF TERHADAP *PERCEIVED STIGMA*** adalah benar-benar hasil karya sendiri baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang disebutkan sumbernya. Jika dikemudian hari ada claim dari pihak lain, bukan menjadi tanggung jawab Dosen Pembimbing dan pihak Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.

Malang, 16 Mei 2025

Penulis



**Muhamad Andiansyah**

**NIM: 200401110114**

## **MOTTO**

“The only one who can beat me is me”

"If you don't take risks, you can't create a future"

- Monkey D Luffy



## HALAMAN PERSEMBAHAN

*Alhamdulillah Rabbil Alamin*

*Skripsi ini saya persembahkan:*

*Atas nama-mu yang kusebut cinta, kuucapkan*

*Untuk diriku yang dulu, selamat tinggal atas banyak perjalanan. Maaf terpaksa harus meninggalkan. Dengan skripsi, aku menemukan sejatinya jalan.*

*Untuk kedua orang tuaku, tanpa mengurangi rasa hormatku padamu, kuucapkan dengan segala kekosongan. Karena sayangmu, semua rasa dalam kata, tak berdaya.*

## KATA PENGANTAR

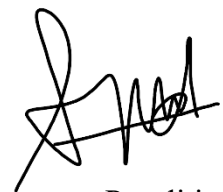
Puji Syukur *Alhamdulillah* senantiasa penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan proposal ini. Sholawat serta salam senantiasa penulis haturkan kehadiran Nabi Muhammad SAW, yang senantiasa kita nantikan syafa'atnya kelak dihari akhir.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari kontribusi berbagai pihak yang telah terlibat. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, peneliti mengucapkan rasa terimakasih yang setinggi-tinggnya kepada :

1. Prof. Dr. H. M. Zainuddin, M. A, selaku rektor Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
2. Prof. Dr. Hj. Rifa Hidayah, M.Si selaku dekan Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
3. Yusuf Ratu Agung, M.A selaku ketua program Studi Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
4. Dr. Nur Ila Ifawati, S.S., M.Pd selaku dosen pembimbing skripsi pertama saya
5. Dr. Yulia Sholichatun, M.Si selaku dosen pembimbing skripsi kedua saya yang telah banyak berkontribusi mendukung saya dalam menyelesaikan skripsi ini sampai tuntas.
6. Seluruh Civitas Akademik Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
7. Semua responden terkhusus pasien tuberculosis Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang dan para tenaga medis yang telah membantu pengambilan data dari awal hingga akhir.
8. Semua pihak yang ikut membantu dalam menyelesaikan proposal ini baik moril maupun materiil.
9. Keluarga di rumah yang selalu support apapun keadaannya
10. Perempuan terkuat dalam hidupku. Semoga kita bertahan lama.

Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi penulis dan bagi pembaca.

Malang, 16 Mei 2025



Peneliti

## DAFTAR ISI

|                                                                         |      |
|-------------------------------------------------------------------------|------|
| LEMBAR JUDUL .....                                                      | ii   |
| LEMBAR PERSETUJUAN .....                                                | iii  |
| LEMBAR PERNYATAAN .....                                                 | vi   |
| M O T T O.....                                                          | vii  |
| HALAMAN PERSEMBAHAN .....                                               | viii |
| KATA PENGANTAR .....                                                    | ix   |
| DAFTAR ISI.....                                                         | x    |
| ABSTRAK.....                                                            | 3    |
| BAB I.....                                                              | 6    |
| PENDAHULUAN .....                                                       | 6    |
| 1. Latar Belakang Masalah .....                                         | 6    |
| 2. Rumusan Masalah.....                                                 | 10   |
| 3. Tujuan Penelitian .....                                              | 10   |
| 4. Manfaat Penelitian .....                                             | 10   |
| BAB II.....                                                             | 12   |
| KAJIAN TEORI .....                                                      | 12   |
| 1. Perceived Stigma .....                                               | 12   |
| A. Definisi.....                                                        | 12   |
| B. Bentuk-bentuk <i>Perceived Stigma</i> yang dirasakan Pasien TB ..... | 13   |
| C. Aspek Stigma .....                                                   | 14   |
| D. Dimensi Stigma.....                                                  | 15   |
| E. Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Perceived Stigma</i> .....        | 16   |
| F. Proses terbentuknya Stigma .....                                     | 18   |
| G. Efek <i>Perceived Stigma</i> .....                                   | 18   |
| 2. Kesehatan Mental berdasarkan <i>Dual-Factor Model</i> .....          | 19   |
| A. Definisi.....                                                        | 19   |
| B. Aspek dan Dimensi Kesehatan Mental .....                             | 20   |
| C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental .....                      | 22   |
| 3. Pengaruh <i>Perceived Stigma</i> terhadap Kesehatan Mental.....      | 23   |
| 4. Hipotesis Penelitian .....                                           | 24   |
| BAB III .....                                                           | 25   |
| METODE PENELITIAN.....                                                  | 25   |

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Jenis Penelitian.....                                                                 | 25 |
| B. Identifikasi Variabel Penelitian .....                                                | 25 |
| 1. Variabel Independen.....                                                              | 25 |
| 2. Variabel Dependen .....                                                               | 26 |
| C. Definisi Operasional Variabel Penelitian .....                                        | 26 |
| 1. Variabel Independen.....                                                              | 26 |
| 2. Variabel Dependen .....                                                               | 26 |
| D. Subjek Penelitian .....                                                               | 27 |
| E. Instrumen Penelitian .....                                                            | 28 |
| F. Teknik Pengumpulan Data .....                                                         | 29 |
| G. Analisis Data.....                                                                    | 30 |
| BAB IV .....                                                                             | 31 |
| HASIL & PEMBAHASAN .....                                                                 | 31 |
| 4.1 Deskripsi Data Penelitian.....                                                       | 31 |
| 4.2. Uji Kelayakan Instrumen .....                                                       | 36 |
| 4.3. Uji Hipotesis .....                                                                 | 42 |
| 4.3.1. Hasil uji korelasi .....                                                          | 42 |
| 4.3.2. Hasil regresi linear sederhana .....                                              | 46 |
| 4.3.3. Hasil regresi linear berganda .....                                               | 51 |
| 4.4. Pembahasan Temuan.....                                                              | 55 |
| 4.4.1. Pengaruh <i>Perceived Stigma</i> terhadap <i>Psychological Distress</i> .....     | 55 |
| 4.4.2. Pengaruh antara <i>Perceived Stigma</i> dan <i>Psychological Well-Being</i> ..... | 56 |
| 4.4.3. Implikasi temuan terhadap kondisi pasien TB.....                                  | 56 |
| BAB 5 .....                                                                              | 58 |
| KESIMPULAN DAN SARAN.....                                                                | 58 |
| A. Kesimpulan .....                                                                      | 58 |
| B. Saran.....                                                                            | 59 |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                      | 61 |
| LAMPIRAN.....                                                                            | 65 |
| Berkas Curriculum Vitae Peneliti untuk Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang .....           | 65 |
| Penjelasan Persetujuan Penelitian.....                                                   | 66 |
| Surat Izin Melakukan Penelitian di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.....                | 67 |
| Surat Pernyataan Menjaga Kerahasiaan Data .....                                          | 68 |
| Uji Validitas BMHI-12.....                                                               | 69 |
| Uji Validitas PSQ .....                                                                  | 73 |

## DAFTAR TABEL

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Table 1. Kuesioner Perceived Stigma .....                                                                                                 | 28 |
| Table 2. Kuesioner Kesehatan Mental Model Dual-factor .....                                                                               | 29 |
| Table 3. Blueprint Perceived Stigmatization Questionnaire .....                                                                           | 29 |
| Table 4. Blueprint Brief Mental Health Inventory .....                                                                                    | 29 |
| Table 5. Rentang Usia Responden .....                                                                                                     | 31 |
| Table 6. Jenis Kelamin Responden .....                                                                                                    | 31 |
| Table 7. Jenis Tuberkulosis Responden .....                                                                                               | 32 |
| Table 8. Durasi Pengobatan Responden.....                                                                                                 | 32 |
| Table 9. Rentang Skor Perceived Stigma Responden.....                                                                                     | 34 |
| Table 10. Rentang Skor Psychology Distress Responden .....                                                                                | 34 |
| Table 11. Rentang Skor Psychological Well-Being Responden .....                                                                           | 35 |
| Table 12. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma .....                                                                                   | 38 |
| Table 13. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma per item .....                                                                          | 39 |
| Table 14. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma setelah penghapusan item .....                                                          | 39 |
| Table 15. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma per item setelah penghapusan item .....                                                 | 40 |
| Table 16. Nilai Cronbach's Alpha Kesehatan Mental Model Dual-Factor.....                                                                  | 41 |
| Table 17. Nilai Cronbach's Alpha Kesehatan Mental Model Dual-Factor per item .....                                                        | 41 |
| Table 18. Hasil Uji Korelasi Perceived Stigma dan Psychological Well-Being .....                                                          | 43 |
| Table 19. Hasil Uji Korelasi Perceived Stigma dan Psychological Distress .....                                                            | 44 |
| Table 20. Hasil Uji Korelasi Psychological Distress dan Psychological Well-Being.....                                                     | 45 |
| Table 21. Hasil Uji Korelasi Perceived Stigma dan Kesehatan Mental Model Dual-Factor<br>Keseluruhan .....                                 | 46 |
| Table 22. Hasil Uji Regresi Perceived Stigma terhadap Psychological Well-Being .....                                                      | 48 |
| Table 23. Hasil Uji Regresi Perceived Stigma terhadap Psychological Distress.....                                                         | 49 |
| Table 24. Hasil Uji Regresi Perceived Stigma terhadap Kesehatan Mental Model Dual-Factor<br>secara keseluruhan .....                      | 50 |
| Table 25. Hasil Uji Regresi Linear Berganda antara Perceived Stigma dan Psychological<br>Distress terhadap Psychological Well-Being ..... | 52 |
| Table 26. Hasil Uji Regresi Linear Berganda antara Perceived Stigma dan Psychological<br>Well-Being terhadap Psychological Distress ..... | 54 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Lampiran 1 Berkas Curriculum Vitae Peneliti untuk Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang ..... | 65 |
| Lampiran 2 Penjelasan Persetujuan Penelitian .....                                        | 66 |
| Lampiran 3 Surat Izin Melakukan Penelitian di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang .....     | 67 |
| Lampiran 4 Surat Pernyataan Menjaga Kerahasiaan Data .....                                | 68 |
| Lampiran 5 Uji Validitas BMHI-12 .....                                                    | 69 |
| Lampiran 6 Uji Validitas PSQ.....                                                         | 73 |



## ABSTRAK

Andiansyah, Muhamad. 2025. Pengaruh Perceived Stigma terhadap Kesehatan Mental Pasien Tuberkulosis di Kota Malang: Pendekatan Model Dual-Factor.

Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.

Dosen Pembimbing: Dr. Nur Ila Ifawati, S.S., M.Pd dan Dr. Yulia Sholichatun, M.Si

Kata Kunci: Perceived stigma, kesehatan mental, model dual-factor

---

---

Kesehatan mental dalam Model Dual-Factor dipahami melalui dua pendekatan, yaitu pendekatan positif dan pendekatan negatif. Perceived stigma merujuk pada persepsi individu terhadap adanya penilaian negatif atau diskriminasi dari lingkungan sosial terhadap kondisi yang dialami, dalam hal ini tuberkulosis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh perceived stigma terhadap kesehatan mental pasien TB di Kota Malang dengan pendekatan kuantitatif menggunakan metode korelasional dan uji regresi. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 103 pasien TB aktif yang dipilih melalui teknik purposive sampling. Pengumpulan data dilakukan melalui dua skala psikologis, yaitu Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) dan Brief Mental Health Inventory-12 (BMHI-12).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat perceived stigma berada pada kategori rendah hingga sedang, sedangkan kondisi kesehatan mental pasien TB berada pada taraf cukup baik, meskipun masih disertai tekanan psikologis ringan hingga sedang. (2) Uji korelasi menunjukkan bahwa perceived stigma memiliki hubungan positif yang signifikan dengan psychological distress ( $r = 0.382$ ;  $p < 0.01$ ), tetapi tidak signifikan dengan psychological well-being ( $r = -0.006$ ;  $p = 0.950$ ). Sementara itu, psychological well-being dan psychological distress memiliki korelasi negatif yang signifikan ( $r = -0.314$ ;  $p = 0.001$ ), sesuai dengan kerangka Dual-Factor Model. (3) Analisis regresi mengonfirmasi bahwa stigma berpengaruh terhadap distress, tetapi tidak secara langsung terhadap well-being. Regresi berganda juga menunjukkan bahwa gabungan stigma dan distress berdampak pada penurunan well-being. Temuan ini menunjukkan bahwa stigma berperan penting dalam pembentukan tekanan psikologis pasien TB, dan efeknya terhadap kesejahteraan lebih bersifat tidak langsung.

## ABSTRACT

Andiansyah, Muhamad. 2025. The Influence of Perceived Stigma on the Mental Health of Tuberculosis Patients in Malang City: A Dual-Factor Model Approach.

Thesis. Faculty of Psychology, State Islamic University of Maulana Malik Ibrahim Malang.

Supervisor: Dr. Nur Ila Ifawati, S.S., M.Pd and Dr. Yulia Sholichatun, M.Si

Keywords: Perceived stigma, mental health, dual-factor model

---

---

Mental health within the Dual-Factor Model is understood through two complementary approaches: the positive and the negative. Perceived stigma refers to an individual's perception of negative judgment or discrimination from the social environment based on their condition—in this case, tuberculosis (TB). This study aims to examine the influence of perceived stigma on the mental health of TB patients in Malang City using a quantitative approach with correlational methods and regression analysis. The study involved 103 active TB patients selected through purposive sampling. Data were collected using two psychological scales: the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Brief Mental Health Inventory-12 (BMHI-12).

The results showed that levels of perceived stigma ranged from low to moderate, while the overall mental health condition of TB patients was generally adequate, although still accompanied by mild to moderate psychological distress. Correlation analysis revealed a significant positive relationship between perceived stigma and psychological distress ( $r = 0.382$ ;  $p < 0.01$ ), but no significant relationship with psychological well-being ( $r = -0.006$ ;  $p = 0.950$ ). Additionally, psychological well-being and psychological distress were significantly negatively correlated ( $r = -0.314$ ;  $p = 0.001$ ), aligning with the Dual-Factor Model framework. Regression analysis confirmed that stigma significantly affected distress, but not well-being directly. Multiple regression also showed that the combination of stigma and distress contributed to a decline in well-being. These findings highlight that stigma plays a crucial role in shaping psychological distress among TB patients, while its effect on well-being appears to be more indirect.

## مستخلص البحث

أنديانشاه، محمد. ٢٠٢٥. تأثير الوصمة المدركة على الصحة العقلية لمرضى السل في مدينة مالانج: نموذج العامل المزدوج. البحث العلمي. قسم علم النفس، كلية علم النفس، جامعة مولانا مالك إبراهيم الإسلامية الحكومية بمالانج.

المشرفة: د. نور إيلا إيفاواتي، و د. يوليا صالحة.

الكلمات الأساسية: الوصمة المدركة، الصحة العقلية، نموذج العامل المزدوج

---

---

يتم فهم الصحة النفسية في نموذج العوامل المزدوجة من خلال منهجين، وهما المنهج الإيجابي والمنهج السلبي. تشير الوصمة المدركة إلى إدراك الفرد لوجود حكم سلبي أو تمييز من البيئة الاجتماعية تجاه الحالة التي يعاني منها، وهي في هذه الحالة السل. يهدف هذا البحث إلى معرفة تأثير الوصمة المدركة على الصحة النفسية لمرضى السل في مدينة مالانج باستخدام منهج كمي بأسلوب علاقات واختبار الانحدار. ويتكون موضوع البحث من 103 مريضاً بالسل النشط تم اختيارهم من خلال تقنية (و استبيان الصحة النفسية PSQ العينة الهادفة. تم جمع البيانات من خلال مقياسين نفسيين، وهما استبيان الوصمة المدركة (BMHI-12 المختصر-12) )

أظهرت نتائج البحث أن مستوى وصمة العار المدركة يقع ضمن فئة منخفضة إلى متوسطة، بينما كانت حالة الصحة النفسية لمرضى السل في وضع جيد نسبياً، على الرغم من أنهم ما زالوا يعانون من ضغط نفسي خفيف إلى متوسط. (2) أظهرت (، ولكنها ليست  $r = 0.382$ ؛  $p < 0.01$  اختبارات الارتباط أن الوصمة المدركة لها علاقة إيجابية مع اضطراب النفسية ( في الوقت نفسه، كانت هناك علاقة سلبية ذات دلالة بين الرفاه  $r = -0.006$ ؛  $p = 0.950$  ذات دلالة مع الرفاه النفسي (، وفقاً لنموذج العوامل المزدوجة. (3) أكدت تحليل الانحدار أن  $r = -0.314$ ؛  $p = 0.001$  النفسي واضطراب النفسية ( الوصمة تؤثر على الاضطراب، لكن ليس بشكل مباشر على الرفاه. كما أظهرت الانحدارات المتعددة أن الجمع بين الوصمة والاضطراب يؤثر سلباً على الرفاه. تظهر هذه النتائج أن الوصمة تلعب دوراً مهماً في تكوين الضغط النفسي لدى مرضى السل، وأن تأثيرها على الرفاهية هو بشكل أكبر غير مباشر.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1. Latar Belakang Masalah**

Tuberkulosis (TB) menjadi masalah kesehatan masyarakat yang masih menjadi perhatian global. *World Health Organization* (2023) mencatat bahwa TB merupakan penyakit menular dengan tingkat prevalensi yang tinggi di dunia, yaitu dengan lebih dari 10 juta kasus baru setiap tahunnya. Di Indonesia, TB menempati kasus terbesar dengan estimasi kasus mencapai 969.000 pada tahun 2021 (WHO, 2023).

Pasien TB tidak hanya berjuang melawan penyakitnya, tetapi juga melawan Stigma sosial. Stigma yang dialami oleh pasien TB menghambat proses penyembuhan dan menurunkan kesehatan mental pasien seperti meningkatnya perasaan rendah diri, depresi dan kecemasan. Sebuah studi yang dilakukan oleh Duko et al (2019) menunjukkan bahwa penderita TB memiliki risiko lebih tinggi mengalami masalah psikologis, terutama ketika mereka merasa distigmatisasi oleh masyarakat sekitarnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Universitas Wolaita Sodo dan Puskesmas Sodo (Duko et al, 2015 dalam Endria V, 2019), ditemukan bahwa dari semua pasien tuberkulosis dalam studi tersebut, 41,5% dari pasien mengalami kecemasan dan juga 43,4% merasakan depresi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sekolah Ilmu Medis dan Penelitian India (Kumar et al, 2016 dalam Endria V, 2019) mengungkapkan bahwa dari 96 pasien tuberkulosis, 78 pasien mengalami beberapa permasalahan kesehatan mental, dengan 35 kasus depresi dan 39 kasus kecemasan berat. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Fuady et al (2023) yang melibatkan 612 pasien TB sebagai peserta, diidentifikasi bahwa sekitar 41,5% peserta mengalami depresi, dengan 35,9% mengalami depresi ringan hingga sedang dan 5,6% mengalami depresi berat hingga ekstrem.

Prinsip utama dari pengobatan TB adalah kepatuhan meminum obat selama jangka waktu tertentu. Selain itu, durasi pengobatan juga menjadi salah satu faktor penyebab tingkat stres dan depresi pada pasien TB (Zahroh, 2016). Gejala depresi akan memunculkan pengobatan TB yang negatif seperti ketidakpatuhan dalam menjalani pengobatan (Ruiz, et al, 2020) dan (Rouf, et al, 2021). Sehingga, ketika tingkat depresi

pasien meningkat, maka kepatuhan terhadap pengobatannya menurun (Basuki & Budhiarti, 2014). Faktor lainnya seperti efek samping dari obat anti-TB (OAT) dan riwayat penyakit mental juga berkontribusi secara signifikan mempengaruhi depresi pada pasien TB (Lee, 2015).

Sebagai data tambahan, peneliti juga telah melakukan survey pra-penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang dengan mewawancarai salah satu dokter spesialis paru. Beliau adalah dr. Ungky Agus Setyawan, Sp.P(K) yang menangani pasien TB mulai dari anak remaja berusia 16 tahun hingga dewasa.

Dalam hasil wawancara pra-penelitian tersebut dr. Ungky menekankan pandangannya mengenai kesehatan mental yang dimiliki oleh pasien yang terjangkit TB. Menurutnya, kesehatan mental pasien beragam tergantung jenis TB yang di derita oleh pasien. Untuk TB Sensitif Obat (SO), beliau berpendapat bahwa kesehatan mentalnya masih stabil selama pasien menjalani pengobatan dengan baik dan sesuai arahan. Untuk pasien TB Resisten Obat (RO) dan TB-HIV, kesehatan mentalnya sudah mulai terganggu, selain karena durasi pengobatan yang lama, terdapat juga efek samping dari obat yang dikonsumsi pasien. Salah satunya adalah *cycloserine*, yaitu jenis obat yang menyebabkan kondisi psikis pasien menurun dan rentan terkena gangguan mental parah seperti depresi berat atau psikosis. Namun beliau juga menekankan untuk mengidentifikasi kondisi psikis dibutuhkan analisis dan evaluasi terlebih dahulu.

Stigma yang diterima oleh pasien menurut dr. Ungky juga beragam. Untuk TB SO, stigma yang didapatkan pasien masih positif. Sedangkan untuk TB RO dan TB-HIV, stigma yang beredar masih negatif dan membuat pasien rentan mengalami gangguan mental. Hal tersebut membuat banyak pasien kurang patuh dalam minum obat. Namun, tenaga medis ataupun PMO (pengawas minum obat) nantinya akan diberikan konseling dan penguatan terutama untuk pasien itu sendiri. Upaya tersebut dilakukan untuk menekan stigma negatif yang diterima pasien.

Hal yang mempengaruhi kesehatan mental pasien selain stigma dan dukungan psikososial menurut dr. Ungky salah satunya adalah faktor sosial ekonominya. Karena beberapa dari pasien harus kehilangan pekerjaan akibat penyakit yang dideritanya. Dokter juga menyarankan kepada pasien untuk selalu meningkatkan spiritualitas

dengan tetap berdoa dan mendekatkan diri kepada Tuhan serta tidak menganggap dirinya rendah akibat penyakit yang dimilikinya.

Dari wawancara pra-penelitian tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa kondisi kesehatan mental yang dimiliki pasien dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu stigma, kondisi sosial ekonomi pasca diagnosis, tingkat spiritualitas, efek samping obat anti TB (OAT) serta jenis TB yang di derita pasien.

Stigma yang dipersepsikan atau *perceived stigma* dinilai mempengaruhi sikap dan perilaku terhadap efektifitas pengobatan pasien TB (Jennings et al, 2015). Pada studi tersebut juga menyoroti permasalahan kesehatan mental, yaitu *perceived stigma* yang dapat menyebabkan seseorang merasa bahwa mereka dapat menangani permasalahan kesehatan mental dirinya dan tidak mencari bantuan profesional. Pada kondisi ini pasien tuberkulosis sangat membutuhkan dukungan medis dan psikososial sehingga penting bagi unit kesehatan untuk membantu menurunkan tingkat stigma pada pasien dan mengubah persepsi pasien sehingga mereka merasa diperhatikan oleh lingkungannya bukan dikucilkan. Pemilihan *perceived stigma* dipilih peneliti untuk menilai sejauh mana pasien mempersepsikan stigma sosial ke dalam dirinya dapat mempengaruhi tingkat kesehatan mental pasien tersebut.

Menurut Fusar et al. (2020), kesehatan mental adalah kondisi sejahtera di mana individu menyadari kapasitas dirinya sendiri dan mampu menghadapi tekanan hidup yang wajar. Di sisi lain, pendekatan konseptual terhadap kesehatan mental kini telah berkembang, salah satunya melalui Model *Dual-Factor* yang dikembangkan oleh Westerhof & Keyes (2010). Berbeda dengan model tradisional yang hanya memusatkan perhatian pada gejala gangguan mental, model ini memungkinkan identifikasi pada individu yang tampak sehat secara klinis namun ternyata memiliki kualitas hidup psikologis yang rendah. Dalam konteks pasien TB, pendekatan ini relevan karena memberikan pemahaman yang lebih utuh terhadap dampak stigma, baik dalam bentuk permasalahan psikologis dan kesejahteraan hidup (Westerhof & Keyes, 2010).

Berbeda dengan model kesehatan mental konvensional yang menempatkan gangguan dan kesehatan mental dalam satu spektrum linier, model ini justru mengakui bahwa seseorang yang memiliki gangguan psikologis tetap dapat memiliki elemen kesehatan mental yang positif (Iasiello et al, 2020). Dengan demikian, individu dengan depresi, stres, atau kecemasan tetap mungkin dianggap sehat secara psikologis apabila

aspek kesejahteraannya tetap dipertahankan, meskipun pada tingkat yang lebih rendah (Iasiello et al., 2020).

Model *Dual-Factor* memandang kesehatan mental sebagai kondisi keadaan lengkap dan harus di evaluasi melalui indikator positif dan negatif. Indikator positifnya adalah *psychological well-being*, sedangkan indikator negatifnya adalah *psychological distress* (Wang et al, 2011). Model *Dual-Factor* memiliki dampak besar karena mendorong individu untuk lebih mengenali potensi kekuatan dirinya dan menyeimbangkan aspek-aspek negatif yang dimiliki (Iasiello et al., 2020). Model ini menekankan pentingnya pendekatan berbasis kekuatan yang mempromosikan elemen-elemen seperti harapan, efikasi diri, hubungan sosial yang sehat, serta makna dan tujuan hidup dalam proses pemulihan dari gangguan mental (Davidson et al., 2008).

Peningkatan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan mental menjadi langkah penting dalam meningkatkan kesehatan fisik dan kesejahteraan pasien TB (Doherty et al., 2013). Efek kesehatan mental yang baik dapat membantu pasien dalam mengurangi dampak negatif stigma, meningkatkan hasil pengobatan, dan kualitas hidup secara keseluruhan (Bishill et al, 2011). Individu dengan kondisi gangguan psikologis dan kesejahteraan mental yang bersamaan akan menghadapi tantangan unik dan memerlukan pendekatan holistik yang dapat mengintegrasikan prinsip-prinsip dari dua dimensi tersebut. Pendekatan ini memungkinkan perawatan yang lebih efektif dan berfokus pada individu secara menyeluruh dengan mempertimbangkan pengalaman subjektif dan kebutuhan psikososial mereka (Davidson et al., 2008).

Meskipun sejumlah studi telah meneliti hubungan antara stigma dan kesehatan mental, namun kajian yang secara eksplisit menggunakan pendekatan Model *Dual-Factor* untuk memahami dinamika tersebut pada pasien TB, khususnya di Indonesia, masih sangat terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengisi kekosongan tersebut dengan mengeksplorasi bagaimana *perceived stigma* memengaruhi kondisi kesehatan mental pasien TB, serta sejauh mana Model *Dual-Factor* dapat digunakan untuk memahami secara lebih komprehensif dinamika psikologis pada pasien

Untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai kesehatan mental pasien tuberkulosis dalam kaitannya dengan *perceived stigma*, penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain korelasional. Penelitian ini

berfokus pada pengujian hubungan antara *perceived stigma* dan kesehatan mental pasien, yang diukur berdasarkan kerangka Model *Dual-Factor* melalui dua dimensi utama yaitu *psychological distress* dan *psychological well-being*. Dengan menggunakan alat ukur yang terstandarisasi, analisis data akan mengidentifikasi pola hubungan, kekuatan asosiasi, serta kemungkinan jalur efek yang menjelaskan dampak stigma terhadap kondisi psikologis pasien.

Penelitian ini menggunakan teori kesehatan Model *Dual-Factor* karena mencermati kesehatan mental itu, akan lebih lengkap dengan menilai pasien tidak hanya dari sisi negatifnya saja atau positifnya saja tetapi dari kedua sisinya. Sehingga pemahaman tentang kesehatan mental pasien menjadi lebih lengkap.

## **2. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang yang ada diatas, rumusan masalah yang diperoleh untuk penelitian ini adalah:

- 1) Bagaimana tingkat *perceived stigma* dan kesehatan mental model *Dual-Factor* pasien tuberkulosis di Kota Malang?
- 2) Bagaimana pengaruh antara *perceived stigma* dan kesehatan mental model *Dual-Factor* pada pasien tuberkulosis di Kota Malang?
- 3) Apakah terdapat pengaruh langsung antara *perceived stigma* dengan *psychological well-being* pada pasien tuberkulosis?

## **3. Tujuan Penelitian**

Dari rumusan masalah yang diatas, penelitian ini memiliki tujuan, diantaranya adalah:

- 1) Untuk mengetahui gambaran tingkat *perceived stigma* dan kesehatan mental model *Dual-Factor* pada pasien tuberkulosis di Kota Malang.
- 2) Untuk menganalisis pengaruh antara *perceived stigma* dengan kesehatan mental berdasarkan Model *Dual-Factor* pada pasien tuberkulosis di Kota Malang.
- 3) Untuk mengetahui apakah *perceived stigma* berpengaruh langsung terhadap *psychological well-being* pasien tuberkulosis di Kota Malang.

## **4. Manfaat Penelitian**

- 1) Manfaat Teoritis



Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya literatur dalam bidang psikologi kesehatan, khususnya terkait penerapan Model *Dual-Factor* dalam konteks penyakit menular seperti tuberkulosis, serta memperkuat pemahaman tentang dampak stigma terhadap kesehatan mental.

## 2) Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi praktisi kesehatan, lembaga pelayanan kesehatan, dan pemerintah dalam merancang intervensi psikososial yang lebih komprehensif demi mendukung pemulihan mental pasien TB yang lebih baik dan mengurangi stigma di masyarakat.

## BAB II

### KAJIAN TEORI

#### 1. Perceived Stigma

##### A. Definisi

*Perceived* berasal dari kata persepsi yang artinya adalah proses individu mengasosiasikan makna yang didapatkan dari lingkungannya (Robins dalam Purnomo, 2010). Menurut Meinarno & Sarwono (2009) persepsi adalah proses pengolahan, penafsiran, penyeleksian, dan pengaturan informasi yang diterima oleh indra yang mencakup kepribadian ataupun karakteristik dengan kemampuan menilai, mengkategorisasikan, memfokuskan dan sebagainya.

Hadera et al (2019), *perceived Stigma* adalah stigma yang mengacu pada pengalaman subjektif individu dengan penyakit atau gangguan yang dirasakan dan mengalami stigma yang disebabkan oleh pengetahuan, sikap, dan perilaku orang lain terhadap mereka. Tesvaw et al (2020) menambahkan bahwa *perceived stigma* mengacu pada pengalaman subjektif individu tersebut yang percaya bahwa mereka sedang didevaluasi, diskriminasi, atau ditolak secara sosial karena kondisi yang mereka miliki.

Menurut Machavariani et al (2023), *perceived stigma* mengacu pada kepercayaan individu tersebut bahwa mereka dinilai negatif oleh orang lain sehingga mereka merasa terdiskriminasi. Stigma yang dirasakan mengacu pada sikap, keyakinan, dan perilaku negatif yang dirasakan individu dengan TB dari orang lain, yang dapat menyebabkan perasaan malu, isolasi, dan pengucilan sosial (Duko et al, 2019).

*Perceived stigma* juga mengacu pada pemahaman individu tersebut tentang bagaimana orang lain bertindak dan berpikir terhadap sesuatu pada dirinya (Nofalia, 2020). Stigma yang dirasakan melibatkan aspek kognitif, di mana individu memikirkan bagaimana mereka dinilai oleh orang lain berdasarkan kondisi atau identitas mereka (Nofalia, 2020)

Nofalia (2020) menambahkan, dalam konteks pasien tuberkulosis, stigma yang dirasakan dapat bermanifestasi sebagai sikap dan perilaku negatif dari

masyarakat, seperti memperlakukan pasien TB secara berbeda, menghindari interaksi sosial, dan mengungkapkan ketidaknyamanan karena dekat dengan mereka yang menderita TB.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa *perceived stigma* pada pasien TB merupakan kondisi dimana pasien mempersepsikan stigma sosial dari pandangan orang lain mengenai dirinya yang menyebabkan pasien tersebut percaya bahwa dirinya ditolak atau dikucilkan oleh lingkungan sekitar.

## **B. Bentuk-bentuk *Perceived Stigma* yang dirasakan Pasien TB**

Bentuk-bentuk *Perceived Stigma* yang dirasakan oleh pasien dengan TB adalah:

### **1) Isolasi Sosial**

Pasien TB akan merasa di isolasi secara sosial. Mayoritas masyarakat menjauhkan pasien TB dan tidak membiarkan anak-anak mereka melakukan aktivitas sosial dengan pasien (Nofalia, 2020).

### **2) Penghakiman dan Diskriminasi Negatif**

Pasien TB akan merasakan perilaku dan sikap yang negatif dari masyarakat umum seperti layanan kesehatan, lingkungan sekitar, dan tempat kerja ataupun komunitas dirinya (Machavariani et al, 2023). Pasien juga akan merasakan bahwa orang-orang disekitarnya merasa tidak nyaman ketika dekat dengan dirinya (George et al, 2020).

### **3) Stereotip dan Pelabelan**

Masyarakat akan menganggap pasien TB adalah manusia yang “kotor” dan “berbahaya”. Dan menyebarkan stereotip tersebut ke orang lainnya (Machavariani et al, 2023). Mereka juga menganggap bahwa masyarakat memiliki gagasan yang berlebihan mengenai penularan TB (Duko et al, 2019).

### **4) Perasaan Takut Terhadap Penolakan**

Pengungkapan status TB yang dimiliki seseorang terhadap lingkungan sosialnya membuat pasien TB merasakan dirinya akan kehilangan

hubungan dari berbagi tempat seperti lingkungan, keluarga, dan tempat kerja atau komunitasnya (Machavariani et al, 2023).

#### 5) Perasaan Malu dan Rendah

Stigma yang dirasakan pasien TB didukung oleh rasa malu akan penyakit yang dimilikinya sehingga pasien menganggap dirinya rendah akibat penyakitnya (DeSanto et al, 2023).

### C. Aspek Stigma

Aspek yang diungkap merujuk pada bagian atau sudut pandang tertentu dari Stigma. Menurut Hearthon (2003) dalam bukunya yang berjudul “*The social psychology of stigma*”, aspek dan dimensi pada stigma adalah sebagai berikut:

#### 1) Perspektif

Perspektif dalam stigma adalah hubungan antara pemberi stigma dengan penerima stigma yang memberikan persepsi, interpretasi dan label kepada penerima stigma. Penerima stigma akan memikirkan serta memberi respon terhadap stigma yang dilontarkan terhadap mereka. Misalnya, pemberi stigma pada pasien TB memberikan label “berbahaya” kepada penerima stigma yaitu pasien TB karena penyakit yang diderita dapat menular dengan mudah. Penerima juga akan memberikan respon bahwa dirinya merasa dijauhi oleh pemberi stigma.

#### 2) Identitas

Identitas dalam stigma berhubungan dengan ciri-ciri atau karakteristik yang mereka dapatkan dari pemberi stigma. Identitas bisa berupa pribadi maupun kelompok. Identitas pribadi mengacu pada sifat yang dimiliki pribadi penerima stigma. Contohnya adalah stigma “berbahaya” yang dimiliki pasien TB karena penyakit TB dapat menular. Sedangkan identitas kelompok mengacu pada sifat yang diberikan kepada individu saat dia berada dalam suatu kelompok tertentu. Contohnya adalah stigma bahwa keluarga pasien TB juga “berbahaya” karena dia berada dalam lingkungan yang dekat dengan pasien TB.

#### 3) Reaksi

Reaksi dalam stigma berhubungan dengan aspek psikologi yaitu kognitif, afektif dan perilaku. Reaksi dalam aspek kognitif mengacu pada proses pengetahuan dan pertimbangan yang memiliki tujuan tertentu. Misalnya pada stigma pasien TB, lingkungan akan memberikan stigma “berbahaya” dengan pertimbangan bahwa penyakit TB dapat menular. Reaksi dalam aspek afektif mengacu pada perasaan yang ditimbulkan. Pada contoh, pemberi stigma akan merasa bahwa pasien TB “berbahaya” dan dia akan merasa terancam, perasaan tidak suka, hingga jijik jika berada dekat dengan pasien TB. Reaksi kognitif dan afektif akan memunculkan aspek perilaku yang menunjukkan perilaku penghindaran dan pengucilan terhadap penerima stigma.

#### **D. Dimensi Stigma**

Dimensi adalah cara untuk mengukur atau menilai aspek dalam sebuah teori. Menurut Jones et al (1984, dalam Day et al, 2007), stigma diidentifikasi dalam 6 dimensi yaitu *concealability*, *course*, *disruptiveness*, *aesthetic qualities*, *origin*, and *peril*.

##### **1) *Concealability* (Penyembunyian)**

*Concealability* atau penyembunyian adalah kecenderungan individu dalam menyembunyikan dirinya terhadap stigma yang diberikan sehingga dirinya tidak terlihat sebagai bagian dari stigma tersebut. Namun dimensi ini akan semakin tampak apabila dampak negatif yang diberikan pemilik stigma semakin besar.

##### **2) *Course* (Rangkaian Penandaan)**

*Course* atau rangkaian penandaan adalah perubahan pandangan terhadap stigma, baik itu meningkat ataupun melemah dari waktu ke waktu akibat perubahan pola pikir masyarakat yang semakin terbuka. Stigma pada TB semakin melemah akibat pengetahuan yang dimiliki masyarakat mengenai TB meningkat.

##### **3) *Disruptiveness* (Gangguan)**

*Disruptiveness* atau gangguan adalah kondisi dimana kondisi penerima stigma tersebut menghalangi, mengganggu dan menghambat interaksi sosial akibat

stigma pada dirinya. Misalnya, Stigma pada pasien TB akan semakin kuat karena penyakit TB menimbulkan gangguan bagi lingkungan sekitar dirinya.

4) *Aesthetic qualities* (Penampilan)

Aesthetic qualities atau penampilan adalah pandangan subjektif terhadap penampilan sehingga memicu berkembangnya stigma negatif. Biasanya reaksi ini muncul akibat penampilan fisik penerima stigma.

5) *Origin* (Asal)

*Origin* atau asal adalah awal atau permulaan bagaimana stigma tersebut muncul atau diperoleh. Pada pasien TB, pandangan terhadap awal seseorang terkena TB adalah kontak dirinya dengan orang lain dan akan berpotensi menyebarkannya kembali. Hal itu membuat pasien TB dianggap bersalah.

6) *Peril* (Bahaya)

*Peril* atau bahaya adalah ancaman yang mengacu pada bahaya yang ditimbulkan oleh penerima stigma. Dimensi ini mencakup dengan pandangan ketakutan yang ditimbulkan oleh penerima stigma terhadap lingkungannya. Contohnya, penyakit TB memiliki stigma yang berbahaya karena penyakit tersebut dapat menular.

## **E. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Perceived Stigma***

Faktor-faktor yang mempengaruhi *perceived stigma* pada pasien TB adalah sebagai berikut:

1) Obat anti TB dan zat psikotropika

Pasien dengan efek samping OAT lebih mungkin mengalami *perceived stigma* (Hadera et al, 2019). Selain obat untuk TB, terdapat zat-zat lain yang dapat mempengaruhi *perceived stigma* seperti narkoba (Hook et al, 2021) alkohol dan rokok (Duko et al, 2019).

2) Dukungan Psikososial

Pasien yang tidak menerima dukungan psikososial dari keluarga, rekan ataupun lingkungannya cenderung akan mudah mendapatkan *perceived stigma* (Hadera et al, 2019). Selain itu, dukungan dari layanan kesehatan dan akses menuju

layanan kesehatan berpengaruh terhadap *perceived stigma* yang dimiliki pasien (Tsai et al, 2017).

### 3) *Intersectionality*

*Intersectionality* atau klasifikasi kategorikal yang terdiri dari status sosial, ekonomi, budaya dan demografis. Status sosial ekonomi yang lebih rendah membuat *perceived stigma* semakin tinggi (Hadera et al, 2019) Sikap budaya seperti keyakinan masyarakat terhadap penyakit TB juga dapat mempengaruhi tingkat stigma yang dirasakan yang dialami oleh pasien TB (Hadera et al, 2019). Selain sosial ekonomi dan budaya, Faktor demografis seperti jenis kelamin, ras dan usia juga dapat meningkatkan *perceived stigma* pada pasien TB (Machavariani, 2023). Dalam beberapa komunitas masyarakat stigma TB dikaitkan dengan rasa malu yang memperkuat stigmatisasi (Nofalia, 2020)

### 4) Stigma yang terinternalisasi

Stigma yang terinternalisasi atau stigma terhadap diri sendiri pada pasien TB dapat berkontribusi pada tingkat *perceived stigma* dirinya. Semakin dia memberikan stigma yang buruk mengenai dirinya, maka *perceived stigma* yang dimilikinya juga akan semakin buruk (Hadera et al, 2019)

### 5) Pengetahuan tentang TB

Pengetahuan tentang penyakit TB di populasi umum dapat menyebabkan tingginya tingkat *perceived stigma* pada pasien TB. Selain itu, keyakinan masyarakat dan keyakinan yang salah pada penyakit TB dapat mempengaruhi meningkatnya tingkat stigma (Nofalia et al, 2020). Tingkat pendidikan yang rendah juga berperan dalam tingginya *perceived stigma* pasien (Machavariani et al, 2023). *Perceived stigma* juga akan terus berkembang jika terdapat kurangnya kesadaran tentang TB (Kipp, 2009)

### 6) Jenis penyakit dan tingkat keparahan

Jenis penyakit dan tingkat keparahan mempengaruhi tingginya tingkat *perceived stigma* pada pasien TB (Tesfaw et al, 2020). Hal ini dikarenakan semakin parah penyakit yang diderita pasien maka ancaman dan bahaya yang ditimbulkan untuk lingkungannya semakin tinggi (Heatherton, 2003) dan menyebabkan ketakutan akan penularan penyakit tersebut juga tinggi (Nofalia

et al, 2020). Selain itu, stigmatisasi pasien TB meningkatkan perceived stigma yang semakin tinggi karena lingkungan akan memberikan stigma TB (Nofalia et al, 2020)

#### **F. Proses terbentuknya Stigma**

Stigmatisasi atau proses terbentuknya stigma menurut menurut Horwitz & Scheid (1999) yaitu berawal dari seorang individu yang memberikan label dan membedakan dirinya atas perbedaan yang dimiliki oleh individu tersebut. Selanjutnya, muncul keyakinan dari individu hingga beberapa budaya lain terhadap perbedaan karakteristik yang dimiliki individu atau kelompok lain yang membuat munculnya stereotip negatif. Setelah Stereotip muncul, individu atau kelompok lain mulai memberikan label pada individu atau kelompok dalam golongan yang berbeda sehingga terjadi *separation* atau pemisahan. Pada tahap terakhir, diskriminasi akan dialami oleh individu yang telah diberikan label atau stigma karena perbedaan dirinya.

#### **G. Efek *Perceived Stigma***

Efek yang ditimbulkan *perceived stigma* terhadap diri pasien yang terkena penyakit TB adalah:

##### **1) Kepatuhan pengobatan**

Stigma yang dirasakan dapat berdampak negatif pada kepatuhan pengobatan (Hadera et al, 2019). Stigma yang dirasakan dapat mengakibatkan individu menghindari akses perawatan klinis (DeSanto et al, 2023). Pasien akan takut untuk mencari dukungan perawatan atau tenaga ahli yang membuat pasien membatasi kemampuan mereka untuk menerima dukungan emosional dan praktis (Nofalia, 2020). Sehingga hasil pengobatan yang tertunda akan memperburuk kondisi kesehatan pasien dan meningkatkan penularan penyakit (Duko et al, 2019).

##### **2) Kualitas hidup yang menurun**

Stigma yang dirasakan dapat secara signifikan mengurangi kualitas hidup individu dengan penyakit mental, mempengaruhi kesejahteraan dan fungsi mereka secara keseluruhan (Hadera et al, 2019).

##### **3) Isolasi dan penghindaran sosial**



*Perceived stigma* akan membuat pasien merasa terisolasi yang menyebabkan perasaan kesepian dan pengucilan karena pasien takut menularkan penyakitnya dan takut diskriminasi dari orang lain. (Nofalia, 2020)

#### 4) Kesehatan mental

*Perceived Stigma* dapat berdampak negatif pada kesehatan mental dan kesejahteraan pasien tuberkulosis, yang menyebabkan peningkatan stres, kecemasan, dan depresi (Nofalia, 2023). Stigma juga berperan dalam perasaan malu dan bersalah yang dimiliki pasien (Machavariani et al, 2023) hingga pasien merasa rendah diri (Nofalia, 2023).

## 2. Kesehatan Mental berdasarkan *Dual-Factor Model*

### A. Definisi

Kesehatan mental dari Model *dual-factor* didefinisikan sebagai keadaan kesejahteraan yang mencakup tidak adanya tekanan psikologis dan adanya kesejahteraan psikologis (Aziz R, 2019). Dalam model ini mengakui bahwa kesehatan mental bukan hanya tidak adanya penyakit mental, tetapi juga adanya fungsi psikologis positif. Ini menekankan pentingnya mempertimbangkan aspek negatif dan positif dari kesehatan mental dalam memahami kesejahteraan secara keseluruhan (Aziz, 2019).

Dalam Model *dual-factor*, kesejahteraan psikologis atau dinamakan *psychological well-being* didefinisikan sebagai pemenuhan aspek psikologis positif, seperti kebahagiaan, kepuasan dalam hidup, dan pertumbuhan cinta untuk orang lain. Distress psikologis atau dinamakan *psychology distress* didefinisikan sebagai adanya penyakit mental seperti kecemasan, depresi, dan hilangnya kontrol perilaku (Aziz et al, 2021). Kedua pendekatan ini dipandang sebagai struktur independen namun saling berkorelasi, dan membentuk kesinambungan (Wang et al, 2011) sehingga kesehatan mental dapat dilihat sebagai konstruksi multidimensi dan bukan sebagai kontinum tunggal (Lyons et al, 2012)

Model ini menunjukkan bahwa individu dapat mengalami berbagai tingkat kesehatan mental dan penyakit mental secara bersamaan. Lalu tidak adanya penyakit mental tidak selalu menunjukkan kesehatan mental yang optimal (Deasyanti & Muzdalifah, 2021). Sehingga individu dapat mengalami gejala

gangguan kesehatan mental sambil tetap mempertahankan nilai positif kehidupannya (Teismann et al, 2018)

Model *Dual-factor* menekankan pentingnya memasukkan *psychological well-being* dalam sistem evaluasi kesehatan mental dan strategi intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa untuk mencapai kesehatan mental yang lengkap tidak hanya mengurangi gejala penyakit mental tetapi juga meningkatkan *psychological well-being* untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. (Wang et al, 2011).

Berdasarkan pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental dalam model dual continua adalah suatu kondisi yang mencerminkan tidak hanya ketiadaan gangguan psikologis, tetapi juga keberadaan fungsi psikologis positif seperti kebahagiaan, makna hidup, dan keterlibatan sosial. Model ini memandang kedua aspek tersebut sebagai dimensi yang berbeda namun saling terkait, sehingga seseorang dapat mengalami gejala gangguan sekaligus memiliki elemen kesejahteraan. Oleh karena itu, pemahaman kesehatan mental yang utuh memerlukan perhatian terhadap keduanya secara bersamaan, baik dalam kajian teoritis maupun praktik intervensi.

## **B. Aspek dan Dimensi Kesehatan Mental**

Menurut Westerhof & Keyes (2010) kesehatan mental dipandang memiliki dua dimensi yang saling berkaitan yaitu:

### *1) Psychological well-being (Kesejahteraan Mental)*

Kesejahteraan mental atau kesejahteraan subjektif mengacu pada evaluasi dan persepsi keseluruhan individu tentang kondisi mental dan kepuasan hidup mereka sendiri. Hal tersebut juga mencakup berbagai aspek pengalaman emosional dan kognitif individu, termasuk emosi positif, kesejahteraan sosial, kepuasan hidup, dan tujuan hidup (Westerhof & Keyes (2010). Kesejahteraan mental tidak semata-mata ditentukan oleh tidak adanya penyakit mental tetapi juga mencakup adanya fungsi psikologis positif. (Aziz, 2019). Beberapa aspek utama dari kesejahteraan mental atau kesejahteraan subjektif menurut Deasyanti & Muzdalifah (2021) yaitu:

#### **a) Kepuasan Hidup**

Kepuasan hidup adalah evaluasi keseluruhan kehidupan seseorang dan sejauh mana dirinya memenuhi harapan dan tujuan pribadi.

b) Emosi Positif

Emosi positif terdiri dari pengalaman emosional yang bersifat positif, seperti kegembiraan, kebahagiaan, dan kepuasan.

c) Minat

Minat dalam kesejahteraan subjektif terdiri dari kegiatan dan pengalaman, yang mengarah pada rasa pemenuhan dan tujuan.

d) Makna dan tujuan

Makna dan tujuan berarti persepsi individu dalam memiliki kehidupan yang bermakna dan terarah.

e) Hubungan positif

Hubungan positif mengarah pada kualitas dan kepuasan individu yang berasal dari hubungan sosial dengan orang lain.

2) *Psychological distress* (Distress Psikologi)

Distress psikologi mengacu pada studi ilmiah tentang gangguan mental dan perilaku abnormal. Distress psikologi melibatkan pemeriksaan berbagai gejala psikologis dan perilaku, penyebabnya, dan dampaknya terhadap pikiran, emosi, dan fungsi individu. Distress psikologi bertujuan untuk memahami mekanisme dan faktor yang mendasari atau berkontribusi terhadap penyakit mental, seperti depresi, kecemasan, skizofrenia, dan gangguan kepribadian, dll (Westerhof & Keyes (2010).

Distress psikologi melibatkan pemeriksaan berbagai gejala, perilaku, dan pengalaman yang menyimpang dari norma. Distress psikologi juga mencakup penilaian, diagnosis, dan pengobatan gangguan mental, serta eksplorasi penyebab dan mekanisme yang mendasarinya yang penting dalam bidang ilmu psikologi dan psikiatri. Tujuannya untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran kita tentang masalah kesehatan mental sehingga mampu mengembangkan intervensi yang efektif. (Aziz, 2019)

Distress psikologi juga meneliti faktor-faktor yang mendasari terbentuknya gangguan mental termasuk faktor biologis, psikologis, dan sosial, yang berkontribusi pada perkembangan dan manifestasi gangguan mental (Teismann et al, 2018)

### **C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental**

Westerhof & Keyes (2010) menjelaskan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mental dalam *dual theory model*, yaitu:

#### **1) Usia**

Perbedaan usia berperan, karena orang dewasa yang lebih tua cenderung mengalami lebih sedikit gejala distress psikologis.

#### **2) Genetik**

Genetika, riwayat keluarga, dan pengalaman hidup pada masa awal dapat berkontribusi pada hasil kesehatan mental (Westerhof & Keyes, 2010). Selain itu hormon dan senyawa kimia dalam otak juga dapat berkontribusi pada perkembangan gangguan mental (Aziz, 2019).

#### **3) Status Sosial**

Status sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan juga memainkan peran penting yang mempengaruhi kesehatan mental.

#### **4) Faktor Lingkungan**

Faktor lingkungan, seperti paparan trauma, kekerasan, atau stres kronis, dapat memengaruhi kesehatan mental (Westerhof & Keyes, 2010). Faktor lingkungan seperti stresor di tempat kerja atau lingkungan rumah juga dapat memengaruhi kesejahteraan mental (Aziz, 2019).

#### **5) Faktor Gaya Hidup**

Faktor gaya hidup, termasuk diet, olahraga, pola tidur, dan penggunaan zat, dapat memengaruhi kesehatan mental.

#### **6) Dukungan dan Stigma**

Dukungan sosial, psikologis dan kesehatan mental, serta stigma dan diskriminasi yang muncul adalah faktor tambahan yang mempengaruhi hasil

kesehatan mental (Westerhof & Keyes, 2010). Selain itu, norma masyarakat juga dapat berperan dalam kesehatan mental (Aziz, 2019).

Aziz (2019) menambahkan faktor yang mempengaruhi karakteristik individu, termasuk ciri-ciri kepribadian, mekanisme koping, dan ketahanan, dapat mempengaruhi kesejahteraan mental. Sedangkan Deasyanti & Muzdalifah (2021) juga menambahkan faktor lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan mental yaitu religiusitas, kesehatan fisik, keterlibatan dan prestasi akademik. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, seperti trauma atau kehilangan, juga dapat berdampak signifikan pada kesehatan mental (Kraiss et al, 2023)

### **3. Pengaruh *Perceived Stigma* terhadap Kesehatan Mental**

*Perceived stigma*, depresi dan kecemasan memiliki peran yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis pasien (Agbeko et al, 2022). Pada penelitian lain menekankan pentingnya mengatasi stigma dan memberikan dukungan kesehatan mental (Hayes et al, 2017). Dukungan sosial diperlukan dalam memerangi dampak negatif dari stigma terhadap kesehatan mental (Birtel et al, 2017).

*Perceived Stigma* dapat berdampak negatif pada kesehatan mental dan kesejahteraan pasien tuberkulosis, yang menyebabkan peningkatan stres, kecemasan, dan depresi (Nofalia, 2023). Stigma juga berperan dalam perasaan malu dan bersalah yang dimiliki pasien (Machavariani et al, 2023) hingga pasien merasa rendah diri (Nofalia, 2023).

Perceived stigma mengacu pada persepsi individu terhadap pandangan negatif masyarakat terhadap dirinya karena kondisi tertentu, seperti penyakit menular (Corrigan & Watson, 2002). Dalam konteks pasien tuberkulosis (TB), stigma yang dirasakan menciptakan tekanan psikologis yang dapat mengganggu fungsi sosial, emosi, dan kesejahteraan diri.

Model *Dual-Factor* yang ditemukan Keyes (2002) membedakan antara *mental illness* dan *mental well-being*. Dengan kerangka ini, seseorang bisa saja tidak mengalami gangguan mental secara klinis, tetapi tetap berada dalam kondisi languishing—yaitu keadaan psikologis dengan tingkat kesejahteraan rendah. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa stigma yang dirasakan dapat memicu perasaan malu, menarik diri dari interaksi sosial, serta mengurangi makna dan kepuasan hidup (Mak et

al., 2007). Semua ini merupakan indikator rendahnya *flourishing* atau tingginya *languishing* dalam model Keyes.

Beberapa studi menunjukkan korelasi negatif antara *perceived stigma* dan *psychological well-being*. Misalnya, penelitian oleh Van Brakel et al. (2019) pada pasien kusta dan TB menemukan bahwa semakin tinggi stigma yang dirasakan, semakin rendah tingkat kepuasan hidup dan partisipasi sosial. Stigma juga menghambat kemampuan individu untuk menjalani hidup yang bermakna, merasa kompeten, dan terhubung secara positif dengan lingkungan sosial—yang ketiganya merupakan dimensi penting dari *flourishing* menurut Keyes (2005).

Dengan demikian, stigma yang dirasakan bukan hanya berkontribusi terhadap gejala depresi atau kecemasan, tetapi juga menurunkan kualitas kesejahteraan psikologis secara menyeluruh. Oleh karena itu, pengukuran kesehatan mental pada pasien TB perlu mencakup dimensi kesejahteraan, bukan hanya ketiadaan gejala distress psikologi. Pendekatan ini memungkinkan pemetaan dampak stigma secara lebih holistik dan mendorong intervensi yang tidak hanya berfokus pada pengurangan gejala, tetapi juga peningkatan fungsi psikososial dan makna hidup.

#### **4. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis Utama (H1):

- a) Terdapat pengaruh negatif antara *perceived stigma* terhadap kesehatan mental pada pasien tuberkulosis.
- b) Terdapat pengaruh positif yang signifikan antara *perceived stigma* dan *psychological distress* pada pasien tuberkulosis.
- c) Terdapat pengaruh negatif yang signifikan antara *perceived stigma* dan *psychological well-being* pada pasien tuberkulosis.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang berfokus pada pengujian hipotesis yang telah dirumuskan sebelumnya. Pendekatan kuantitatif menekankan pengumpulan data yang bersifat angka, dengan proses pengukuran dan pengolahan data menggunakan metode statistika (Azwar dalam Akrom, 2022). Pendekatan kuantitatif dipilih karena penelitian ini bertujuan untuk menguji hubungan antara dua variabel utama, yaitu *perceived stigma* dan kesehatan mental pada pasien tuberkulosis, berdasarkan Model *Dual-Factor*. Desain korelasional memungkinkan peneliti untuk mengetahui sejauh mana hubungan antara variabel-variabel tersebut terjadi dalam populasi yang diteliti.

Penelitian ini bersifat non-eksperimental, karena tidak melakukan manipulasi variabel bebas, dan data dikumpulkan melalui penyebaran kuesioner standar kepada partisipan. Peneliti juga mengamati pengaruh variabel demografis dan klinis tertentu, seperti jenis kelamin, usia, jenis TB, dan lama pengobatan, terhadap kesehatan mental pasien TB. Dengan pendekatan ini, diharapkan penelitian dapat memberikan gambaran yang objektif dan terukur mengenai dinamika kesehatan mental pasien TB di Kota Malang.

#### B. Identifikasi Variabel Penelitian

Menurut Azwar (dalam Akrom, 2022) Variabel penelitian adalah aspek atau karakteristik dari objek atau fenomena yang dapat bervariasi dan diukur dalam sebuah penelitian. Pemilihan variabel dilakukan oleh peneliti dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi yang akurat dan memungkinkan pembuatan kesimpulan yang valid.

##### 1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *perceived stigma*, yaitu persepsi individu terhadap pandangan negatif, penolakan, atau diskriminasi yang diterima karena status mereka sebagai pasien tuberkulosis. *Perceived stigma*

bersifat subjektif dan diukur menggunakan *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ).

## **2. Variabel Dependen**

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kesehatan mental, yang diukur berdasarkan Model *Dual-Factor* dari Corey L. M. Keyes. Model ini memandang kesehatan mental tidak hanya sebagai ketiadaan gangguan psikologis, tetapi juga mencakup tingkat kesejahteraan subjektif (*psychological well-being*). Kesehatan mental dalam penelitian ini diukur menggunakan *Brief Mental Health Inventory-12* (BMHI-12) yang dikembangkan oleh Aziz (2019).

## **C. Definisi Operasional Variabel Penelitian**

### **1. Variabel Independen**

*Perceived stigma* dalam penelitian ini diukur menggunakan instrumen *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ) yang dikembangkan oleh Lawrence et al. (2010). PSQ dirancang untuk menilai sejauh mana individu merasakan adanya perilaku sosial negatif yang ditujukan kepada mereka. Skala ini terdiri dari tiga dimensi utama, yaitu:

- a) Kurangnya perilaku ramah (*absence of friendly behavior*)
- b) Perilaku bingung dan menatap (*confused/staring behavior*)
- c) Perilaku bermusuhan (*hostile behavior*)

Ketiga dimensi ini mencerminkan bentuk stigmatisasi sosial yang dapat memengaruhi pengalaman subjektif individu. Dalam konteks penelitian ini, PSQ akan digunakan untuk mengukur tingkat *perceived stigma* pasien tuberkulosis di Kota Malang pada kondisi mereka.

### **2. Variabel Dependen**

Kesehatan mental dalam penelitian ini didefinisikan berdasarkan Model *Dual-Factor* dari Corey L. M. Keyes, yang memandang kesehatan mental sebagai dua dimensi yang berbeda namun saling terkait yaitu keberadaan kesejahteraan psikologis dan ketiadaan tekanan psikologis.

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kesehatan mental adalah *Brief Mental Health Inventory-12* (BMHI-12), yang telah divalidasi oleh Azira (2019). BMHI-12 terdiri dari 12 item yang mengukur dua aspek utama:



- a) *Psychological well-being* (kesejahteraan psikologis), yang mencakup: emosi positif, cinta, dan kepuasan hidup.
- b) *Psychological distress* (tekanan psikologis), yang mencakup: kecemasan, depresi, dan kehilangan kendali.

Skor dari kedua aspek tersebut akan digunakan untuk mengkategorikan tingkat kesehatan mental pasien TB, apakah mereka berada dalam kondisi *flourishing* (berkembang), *moderate* (sedang), atau *languishing* (terpuruk), sesuai kerangka Model *Dual-Factor*.

#### **D. Subjek Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien tuberkulosis (TB) yang sedang menjalani pengobatan aktif di Kota Malang. Pada tahun 2024 (per Juli) terdapat 1.603 kasus tuberkulosis di Kota Malang. Dari jumlah tersebut, pasien yang rutin berobat dan minum obat pada tahun 2024 sebanyak 1.444 kasus (Dinas Kesehatan Kota Malang, 2024)

Penentuan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang didasarkan pada pertimbangan tertentu yang berkaitan langsung dengan tujuan penelitian.

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 109 pasien TB, yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi berikut:

- a) Pasien telah terdiagnosis TB dan sedang menjalani pengobatan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) secara aktif.
- b) Pasien berdomisili dan melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan wilayah Kota Malang.
- c) Pasien bersedia menjadi partisipan penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini meliputi:

- a) Pasien dengan gangguan kognitif berat.
- b) Pasien yang tidak mampu memahami isi instrumen pengukuran.

Pemilihan teknik *purposive sampling* dilakukan untuk menjamin bahwa sampel yang dipilih mewakili karakteristik populasi yang relevan dan heterogen dalam konteks

penelitian ini. Penentuan jumlah sampel juga memperhatikan pendekatan statistik minimum untuk uji regresi linear berganda, serta faktor populasi pasien TB di Kota Malang.

#### E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam kuantitatif adalah skala *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ) dan alat ukur kesehatan mental yang dikembangkan oleh Aziz yaitu *Brief Mental Health Inventory-12* (BMHI-12). Adapun aspek dan indikator masing-masing skala adalah sebagai berikut:

##### *Perceived Stigmatization Questionnaire*

| No. | Aspek                               | Indikator                                                                                                                  | Aitem |
|-----|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.  | <i>Absence of Friendly Behavior</i> | Persepsi atau pengalaman kurangnya interaksi sosial yang ramah atau positif terhadap seseorang.                            | 8     |
| 2.  | <i>Confused/Staring Behavior</i>    | Persepsi atau pengalaman orang lain yang menunjukkan perilaku yang menunjukkan kebingungan atau menatap ke arah seseorang. | 8     |
| 3.  | <i>Hostile Behavior</i>             | Persepsi atau pengalaman orang lain yang menunjukkan perilaku agresif atau tidak ramah terhadap seseorang.                 | 5     |

Table 1. Kuesioner *Perceived Stigma*

##### *Brief Mental Health Inventory-12*

| No. | Aspek                           | Indikator     | Aitem |
|-----|---------------------------------|---------------|-------|
| 1   | <i>Psychological well-being</i> | Emosi Positif | 2     |
|     |                                 | Cinta         | 2     |
|     |                                 | Kepuasan      | 2     |

|   |                             |                    |   |
|---|-----------------------------|--------------------|---|
| 2 | <i>Psychological stress</i> | Kecemasan          | 2 |
|   |                             | Depresi            | 2 |
|   |                             | Kehilangan Kontrol | 2 |

Table 2. Kuesioner Kesehatan Mental Model Dual-factor

#### F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah penyebaran angket atau kuesioner kepada pasien tuberkulosis (TB) yang sedang menjalani pengobatan. Penyebaran dilakukan secara langsung dengan pendampingan oleh tenaga ahli yang bertanggung jawab, guna memastikan pemahaman responden terhadap isi kuesioner dan menghindari kesalahan pengisian. Adapun blueprint yang digunakan peneliti adalah sebagai berikut:

##### Blueprint *Perceived Stigmatization Questionnaire*

| No     | Aspek                               | Jumlah Item       |                     | Jumlah |
|--------|-------------------------------------|-------------------|---------------------|--------|
|        |                                     | <i>Favourable</i> | <i>Unfavourable</i> |        |
| 1      | <i>Absence of Friendly Behavior</i> | 0                 | 8                   | 8      |
| 2      | <i>Confused/Staring Behavior</i>    | 8                 | 0                   | 8      |
| 3      | <i>Hostile Behavior</i>             | 5                 | 0                   | 5      |
| Jumlah |                                     | 13                | 8                   | 21     |

Table 3. Blueprint *Perceived Stigmatization Questionnaire*

##### Blueprint *Brief Mental Health Inventory*

| No     | Aspek                           | Jumlah Item       |                     | Jumlah |
|--------|---------------------------------|-------------------|---------------------|--------|
|        |                                 | <i>Favourable</i> | <i>Unfavourable</i> |        |
| 1      | <i>Psychological well-being</i> | 6                 | 0                   | 6      |
| 2      | <i>Psychological stress</i>     | 5                 | 1                   | 6      |
| Jumlah |                                 | 11                | 1                   | 12     |

Table 4. Blueprint *Brief Mental Health Inventory*

Setiap item dalam kedua skala terdiri dari pernyataan yang bersifat *favourable* dan *unfavourable*, disusun untuk menggambarkan kondisi stigma yang dirasakan serta kesehatan mental partisipan secara lebih objektif dan terukur.

## **G. Analisis Data**

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara kuantitatif dengan beberapa tahapan, mulai dari uji kelayakan instrumen statistik deskriptif dan statistik inferensial.

### **1) Uji kelayakan instrumen**

#### **Uji Validitas**

Validitas instrumen diuji melalui validitas isi (dengan menyesuaikan indikator pada konstruk teori yang digunakan).

#### **Uji Reliabilitas**

Reliabilitas instrumen diuji menggunakan koefisien Cronbach's Alpha untuk menilai konsistensi antar item pada masing-masing skala, yaitu:

- d) *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ) untuk mengukur stigma yang dirasakan.
- e) *Brief Mental Health Inventory-12* (BMHI-12) untuk mengukur distress dan well-being dalam satu alat ukur, sesuai dengan Model *Dual-Factor*.

### **2) Statistik Deskriptif**

Statistik deskriptif digunakan untuk menggambarkan karakteristik data, termasuk nilai rata-rata, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum, serta distribusi partisipan berdasarkan karakteristik demografis.

### **3) Uji Hipotesesi**

- a. Uji korelasi antara *perceived stigma* dan *psychological distress* dan korelasi antara *perceived stigma* dan *psychological well-being*.
- b. Uji Regresi Linear Sederhana dan Berganda: Untuk menguji sejauh mana stigma memengaruhi distress dan *well-being* secara langsung.

## BAB IV

### HASIL & PEMBAHASAN

#### 4.1 Deskripsi Data Penelitian

##### 4.1.1. Deskripsi karakteristik responden (jenis kelamin, usia, jenis TB, lama pengobatan, efek samping)

Penelitian ini melibatkan 109 responden pasien tuberkulosis (TB), namun setelah dikurasi, peneliti hanya mengambil 103 responden yang telah memenuhi kriteria kelayakan data. Hal ini dikarenakan 3 orang responden memiliki rentang usia yang sangat kecil yaitu berusia dibawah 8 tahun. Sedangkan 4 orang responden lainnya hanya mengisi data demografis dan tidak mengisi kuesioner secara keseluruhan.

Responden terdiri dari 47 laki-laki dan 56 perempuan, yang menunjukkan distribusi cukup seimbang antara dua kelompok gender. Usia responden berkisar antara 16 hingga 74 tahun, dengan rata-rata usia sebesar 46,05 tahun. Data tersebut menunjukkan bahwa mayoritas pasien berada dalam rentang usia produktif hingga paruh baya. Hal ini juga dapat disimpulkan bahwa responden memiliki pemahaman untuk menjawab kuesioner yang diberikan dengan baik sesuai dengan kategorisasi kelompok usia. Rentang usia dikelompokkan sesuai dengan tahapan perkembangan psikologis Erik Erikson.

| Rentang usia | Jumlah Responden | Persentase |
|--------------|------------------|------------|
| 12-18 Tahun  | 4                | 3,88%      |
| 18-40        | 33               | 32,03%     |
| 40-65        | 50               | 48,54%     |
| 65 Keatas    | 16               | 15,53%     |
| <b>TOTAL</b> | 103              |            |

Table 5. Rentang Usia Responden

| Jenis Kelamin | Jumlah Responden | Persentase |
|---------------|------------------|------------|
| Laki-laki     | 47               | 45,63%     |
| Perempuan     | 56               | 54,37%     |

Table 6. Jenis Kelamin Responden

Selain data demografi, terdapat juga data klinis dengan kriteria jenis TB dan durasi pengobatan yang telah dijalani pasien. 62 responden (TB Paru) dan 41 responden (TB Ekstra

Paru). Jenis TB ini menjadi salah satu variabel eksploratif untuk melihat perbedaan pengalaman stigma dan kesehatan mental. Durasi pengobatan TB juga bervariasi, dengan 25 responden baru menjalani pengobatan kurang dari 1 bulan, 42 responden menjalani pengobatan selama 1-3 bulan, 23 responden selama 4-6 bulan, dan 13 responden selama >6 bulan. Ini mengindikasikan bahwa sebagian besar responden berada pada fase awal hingga pertengahan proses penyembuhan pada saat pengambilan data.

| Jenis TB       | Jumlah Responden | Persentase |
|----------------|------------------|------------|
| TB Baru        | 62               | 60,19%     |
| TB Ekstra Paru | 41               | 39,81%     |

*Table 7. Jenis Tuberkulosis Responden*

| Durasi pengobatan TB | Jumlah Responden | Persentase |
|----------------------|------------------|------------|
| <1 Bulan             | 25               | 24,27%     |
| 1-3 Bulan            | 42               | 40,78%     |
| 4-6 Bulan            | 23               | 22,33%     |
| >6 Bulan             | 13               | 12,62%     |

*Table 8. Durasi Pengobatan Responden*

Pada data yang diperoleh, mayoritas responden yaitu sebanyak 54 orang mengalami efek samping, meskipun dalam variasi yang berbeda-beda. Sedangkan 49 orang lainnya tidak merasakan efek samping yang signifikan.

Efek samping yang dialami oleh responden terbagi dalam beberapa kategori utama yang berkaitan dengan gejala tubuh yang mereka alami selama proses penyembuhan. Berikut adalah deskripsi untuk masing-masing kategori:

- a) Gangguan Pencernaan: Efek samping yang berkaitan dengan pencernaan sangat umum dilaporkan, dengan banyak responden melaporkan mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Beberapa juga mengalami sakit perut dan gangguan pencernaan lainnya, yang menunjukkan bahwa proses penyembuhan ini memberikan beban pada sistem pencernaan responden.
- b) Masalah Energi dan Kelelahan: Banyak responden juga melaporkan merasa lemas, mudah capai, atau ngantuk. Hal ini menunjukkan bahwa selain gejala fisik, ada juga penurunan energi tubuh yang signifikan selama proses penyembuhan. Kecapekan dan badan lemas menjadi keluhan yang cukup sering muncul.

- c) Gatal dan Masalah Kulit: Gatal merupakan salah satu efek samping yang sering muncul. Beberapa responden melaporkan gatal-gatal yang bisa berkisar dari ringan hingga intens. Hal ini menunjukkan adanya reaksi terhadap obat atau perubahan pada kulit selama pengobatan.
- d) Masalah Otot dan Sendi: Nyeri sendi dan badan pegal-pegal adalah efek samping yang dirasakan oleh sebagian responden. Ini mungkin berhubungan dengan pengaruh obat atau perubahan fisik lainnya selama proses penyembuhan.
- e) Masalah Sistem Saraf dan Sensasi: Beberapa responden melaporkan pusing, tangan dan kaki kaku, serta kesemutan pada jari tangan, yang bisa menunjukkan adanya gangguan sementara pada sistem saraf mereka selama penyembuhan.
- f) Masalah Urin dan Sistem Ekskresi: Urine berwarna orange adalah efek samping yang dilaporkan oleh beberapa responden, yang mungkin berhubungan dengan efek dari obat-obatan yang digunakan selama penyembuhan.
- g) Kombinasi Beberapa Gejala: Beberapa responden melaporkan kombinasi dari gejala seperti mual, muntah, lemas, pusing, atau tidak bertenaga, yang menunjukkan bahwa mereka mengalami beberapa efek samping secara bersamaan, yang mempengaruhi kesejahteraan mereka selama pengobatan.

Secara keseluruhan, efek samping yang paling sering dilaporkan oleh responden adalah mual, gatal, lemas, dan pusing. Ini menunjukkan bahwa selain dampak fisik pada tubuh, ada juga efek mental dan emosional yang cukup signifikan yang dirasakan selama proses penyembuhan. Oleh karena itu, pemantauan lebih lanjut terhadap efek samping ini penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien selama pengobatan. Efek samping ini dapat menjadi variabel yang memengaruhi kesehatan mental dan persepsi stigma secara langsung.

#### **4.1.2. Statistik deskriptif *Perceived Stigma* (PSQ)**

##### **1. *Perceived Stigma***

Berdasarkan hasil pengukuran *Perceived Stigma Questionnaire* (PSQ), rata-rata skor yang diperoleh responden adalah 2,08. Ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan, responden berada pada tingkat *perceived stigma* yang tergolong rendah. Skor terendah yang tercatat adalah 1,19, sementara skor tertinggi adalah 3,19, menunjukkan variasi yang cukup besar dalam tingkat *perceived stigma* oleh responden. Distribusi responden berdasarkan rentang skor adalah sebagai berikut:

| Rentang Skor | Tingkat <i>Perceived Stigma</i> | Jumlah           |
|--------------|---------------------------------|------------------|
| 1,00 – 1,99  | Stigma Rendah                   | 38 Orang (36,9%) |
| 2,00 – 2,99  | Stigma Moderat                  | 64 Orang (62,1%) |
| 3,00 – 3,99  | Stigma Tinggi                   | 1 Orang (1%)     |
| 4,00 – 5,00  | Stigma Sangat Tinggi            | -                |

Table 9. Rentang Skor *Perceived Stigma* Responden

Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada rentang 2,00 hingga 2,99, yang berarti stigma yang dirasakan sebagian besar responden berada pada tingkat moderat. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat *perceived stigma* atau stigma yang dipersepsikan, meskipun tidak dalam tingkat yang tinggi.

#### 4.1.3. Statistik Deskriptif Kesehatan Mental (BMHI-12)

##### *Psychological Distress*

Berdasarkan hasil pengukuran *Psychological Distress* menggunakan instrumen BMHI-12, rata-rata skor yang diperoleh responden adalah 2,41. Skor ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan, responden berada pada tingkat distress psikologis yang moderat. Skor terendah yang tercatat adalah 1,50, sementara skor tertinggi adalah 4,33, yang menunjukkan variasi yang cukup signifikan dalam tingkat distress psikologis yang dialami oleh responden. Distribusi responden berdasarkan rentang skor adalah sebagai berikut:

| Rentang Skor | Tingkat <i>Psychological Distress</i> | Jumlah            |
|--------------|---------------------------------------|-------------------|
| 1,00 – 1,99  | Distress Psikologi Rendah             | 26 Orang (25,2%)  |
| 2,00 – 2,99  | Distress Psikologi Moderat            | 54 Orang (52,4%)  |
| 3,00 – 3,99  | Distress Psikologi Tinggi             | 22 Orang (21,4 %) |
| 4,00 – 5,00  | Distress Psikologi Sangat Tinggi      | 1 Orang (1%)      |

Table 10. Rentang Skor *Psychology Distress* Responden

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden (77,6%) berada pada rentang 1,00 hingga 3,99, yang berarti sebagian besar responden mengalami distress psikologis ringan hingga moderat, dengan hanya satu orang yang berada pada rentang yang



sangat tinggi (4,00 hingga 4,99). Ini mengindikasikan bahwa meskipun sebagian besar responden mengalami tekanan psikologis dengan tingkat yang tidak tinggi.

### ***Psychological Well-being (Kesejahteraan Psikologis)***

Berdasarkan hasil pengukuran *Psychological Well-Being* menggunakan instrumen BMHI-12, rata-rata skor yang diperoleh responden adalah 4,07. Ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan, responden merasakan tingkat *well-being* psikologis yang cukup baik, namun tidak semuanya berada pada tingkat yang sangat tinggi. Skor terendah yang tercatat adalah 2,00, sementara skor tertinggi adalah 5,00, menunjukkan adanya variasi dalam tingkat *well-being* yang dirasakan oleh responden. Distribusi responden berdasarkan rentang skor adalah sebagai berikut:

| Rentang Skor | Tingkat <i>Psychological Well-Being</i>          | Jumlah           |
|--------------|--------------------------------------------------|------------------|
| 1,00 – 1,99  | Psychological Well-Being Psikologi Rendah        | -                |
| 2,00 – 2,99  | Psychological Well-Being Psikologi Moderat       | 5 Orang (4,9%)   |
| 3,00 – 3,99  | Psychological Well-Being Psikologi Tinggi        | 29 Orang (28,2%) |
| 4,00 – 5,00  | Psychological Well-Being Psikologi Sangat Tinggi | 69 Orang (67%)   |

*Table 11. Rentang Skor Psychological Well-Being Responden*

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden (sekitar 67%) merasakan *well-being* psikologis yang cukup baik, dengan sebagian besar berada dalam rentang 4,00 hingga 5,00. Namun, ada juga sejumlah kecil responden yang merasakan *well-being* yang lebih rendah, menunjukkan adanya variasi dalam tingkat kesejahteraan psikologis yang dirasakan oleh individu-individu dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil analisis instrumen psikologis yang digunakan, yaitu *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ) dan *Brief Mental Health Inventory* (BMHI-12), dapat disimpulkan bahwa partisipan secara umum menunjukkan tingkat *perceived stigma* yang rendah hingga sedang. Artinya, sebagian besar pasien TB dalam penelitian ini jarang mempersepsikan perlakuan diskriminatif secara sosial terhadap dirinya yang dapat dikategorikan sebagai bentuk stigma signifikan.

Dari sisi kesehatan mental negatif, partisipan menunjukkan tingkat distress psikologis yang tergolong ringan hingga sedang, yang ditunjukkan dari skor BMHI-12 bagian *Psychological Stress*. Hal ini mengindikasikan bahwa walaupun mereka sedang menghadapi

tantangan medis dan sosial, sebagian besar tidak berada dalam kondisi gangguan psikologis yang berat. Menariknya, di tengah tantangan tersebut, partisipan tetap memperlihatkan skor *well-being* psikologis yang cukup tinggi. Hal ini mengindikasikan adanya pengalaman hidup yang bermakna, perasaan dihargai, serta kemampuan untuk tetap merasakan kepuasan dalam hidup.

Dengan demikian, temuan ini menyiratkan bahwa meskipun terdapat tekanan dan tantangan psikologis dalam konteks penyakit menular seperti TB, banyak pasien masih memiliki lingkungan yang mendukung dan berkontribusi terhadap pemeliharaan kesehatan mental mereka secara positif.

## **4.2. Uji Kelayakan Instrumen**

### **4.2.1. Uji Validitas Konstruk**

#### **Kesehatan Mental Dual-Factor**

Untuk menguji validitas dari alat ukur *Brief Mental Health Inventory*-12 (BMHI-12), dilakukan uji korelasi Pearson antara setiap item (BMHI-1 hingga BMHI-12) dengan BMHI Total yang merupakan penjumlahan dari seluruh aspek yang diukur oleh instrumen ini. Menurut Azwar (dalam Akrom, 2022), uji validitas bertujuan untuk menilai sejauh mana suatu instrumen mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Dalam penelitian ini, uji validitas digunakan untuk memastikan bahwa setiap item dalam BMHI-12 berkontribusi secara signifikan terhadap pengukuran kesehatan mental secara keseluruhan.

Berdasarkan hasil Uji Korelasi Pearson, sebagian besar item dalam BMHI-12 menunjukkan korelasi positif yang signifikan dengan BMHI Total, yang berarti bahwa setiap item dalam BMHI berhubungan erat dengan penjumlahan total seluruh dimensi kesehatan mental. Beberapa hasil penting adalah:

- a) BMHI-5, BMHI-6, BMHI-7, BMHI-8, dan BMHI-9 memiliki korelasi yang sangat kuat ( $r > 0,6$ ) dengan BMHI Total, dengan nilai  $p < 0,05$ , menunjukkan bahwa item-item ini sangat relevan dalam mengukur kesehatan mental secara keseluruhan.
- b) BMHI-3 memiliki korelasi yang sangat lemah ( $r = 0,130$ ) dengan BMHI Total dan tidak signifikan ( $p = 0,191$ ). Hal ini menunjukkan bahwa BMHI-3 kurang berkontribusi terhadap kesehatan mental dibandingkan dengan item lainnya.

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar item dalam BMHI-12 memiliki validitas yang baik, karena hampir semua item menunjukkan korelasi positif yang signifikan dengan

BMHI Total. Hanya BMHI-3 yang tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan BMHI Total. Dengan demikian, instrumen BMHI-12 valid dalam mengukur kesehatan mental pada pasien tuberkulosis dalam konteks penelitian ini.

### ***Perceived Stigma***

Untuk menguji validitas dari alat ukur *Perceived Stigma Questionnaire* (PSQ), dilakukan uji korelasi Pearson antara setiap item (PSQ-1 hingga PSQ-21) dengan PSQ Total yang merupakan total penjumlahan dari seluruh item dalam instrumen ini. Tujuan dari uji validitas ini adalah untuk memastikan bahwa setiap item dalam PSQ berkontribusi secara signifikan terhadap pengukuran *perceived stigma* secara keseluruhan.

Berdasarkan hasil Uji Korelasi Pearson, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar item dalam PSQ menunjukkan validitas yang baik, karena sebagian besar item memiliki korelasi positif yang signifikan keseluruhan item (karena  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel (0,195) dan  $p < 0,05$ ). Namun, ada tiga item yang menunjukkan korelasi yang tidak signifikan dengan keseluruhan item:

- a) PSQ-1 ( $r = 0,149$ ,  $p = 0,132$ )
- b) PSQ-2 ( $r = 0,124$ ,  $p = 0,211$ )
- c) PSQ-5 ( $r = 0,072$ ,  $p = 0,470$ )

Dengan demikian, PSQ-1, PSQ-2, dan PSQ-5 tidak dapat dianggap valid dalam mengukur *perceived stigma* dalam konteks penelitian ini, karena tidak ada hubungan signifikan dengan keseluruhan item. Sementara itu, item lainnya (PSQ-3 hingga PSQ-4, dan PSQ-6 hingga PSQ-21) menunjukkan korelasi yang signifikan, sehingga alat ukur PSQ secara keseluruhan valid dalam mengukur *perceived stigma*.

Berdasarkan hasil Uji Korelasi Pearson kedua alat ukur yang diuji, yaitu BMHI-12 dan PSQ. Uji Validitas menunjukkan tingkat yang baik. Sebagian besar item dalam kedua instrumen ini menunjukkan korelasi yang signifikan dan positif dengan total skor, yang mengindikasikan bahwa instrumen tersebut valid dalam mengukur kesehatan mental dan *perceived stigma* pada penelitian ini walaupun ada beberapa item dalam BMHI-12 dan PSQ yang tidak menunjukkan korelasi yang signifikan, yaitu BMHI-3, PSQ-1, PSQ-2, dan PSQ-5. Item-item tersebut mungkin perlu direvisi untuk meningkatkan validitas dari kedua instrumen tersebut. Namun secara keseluruhan, kedua instrumen ini dapat digunakan dengan dalam

penelitian ini, dengan pertimbangan untuk melakukan revisi pada item-item yang tidak menunjukkan validitas yang signifikan pada penelitian selanjutnya.

#### 4.2.2. Uji reliabilitas

Setelah memverifikasi validitas konstruk, langkah berikutnya adalah menguji reliabilitas untuk memastikan konsistensi instrumen. Reliabilitas instrumen PSQ dan BMHI diuji menggunakan *Cronbach's Alpha*, yang mengukur konsistensi internal item-item dalam instrumen. Nilai *Cronbach's Alpha* yang ideal lebih dari 0,7, menunjukkan konsistensi internal yang baik. Nilai yang lebih rendah, namun di atas 0,6, menunjukkan reliabilitas yang moderat dan masih dapat diterima, meskipun ada ruang untuk perbaikan dalam konsistensi antar item (Nunnally & Bernstein, 1994)

#### Perceived Stigma

##### Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .565             | 21         |

Table 12. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma

##### Item-Total Statistics

|      | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| PS1R | 55.5631                    | 44.190                         | .022                             | .573                             |
| PS2  | 55.8058                    | 44.629                         | -.058                            | .596                             |
| PS3  | 58.0874                    | 41.649                         | .155                             | .557                             |
| PS4  | 58.1748                    | 39.401                         | .339                             | .527                             |
| PS5R | 55.6796                    | 45.063                         | -.052                            | .582                             |
| PS6  | 57.6408                    | 41.527                         | .135                             | .562                             |
| PS7R | 56.9126                    | 42.335                         | .132                             | .560                             |
| PS8  | 58.4563                    | 41.035                         | .308                             | .537                             |
| PS9R | 55.7573                    | 42.225                         | .127                             | .562                             |

|       |         |        |      |      |
|-------|---------|--------|------|------|
| PS10  | 57.0583 | 40.389 | .154 | .561 |
| PS11  | 58.6019 | 41.634 | .299 | .540 |
| PS12R | 56.1650 | 41.571 | .245 | .544 |
| PS13  | 57.6602 | 38.697 | .414 | .515 |
| PS14  | 57.5243 | 39.566 | .303 | .532 |
| PS15R | 55.6602 | 43.501 | .108 | .562 |
| PS16  | 58.5243 | 42.154 | .259 | .545 |
| PS17R | 56.0874 | 43.551 | .058 | .570 |
| PS18  | 58.4466 | 41.818 | .261 | .544 |
| PS19  | 57.3689 | 39.902 | .265 | .538 |
| PS20R | 55.7184 | 42.773 | .189 | .553 |
| PS21  | 58.3301 | 41.576 | .285 | .541 |

Table 13. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma per item

Setelah melihat hasil reliabilitas instrumen untuk PSQ pada 21 item, nilai *Cronbach's Alpha* instrumen ini masih rendah (0,565). Namun setelah menghapus item PSQ-2 dan PSQ-5, hasil *Cronbach's Alpha* instrumen PSQ menunjukkan peningkatan yang signifikan, meskipun nilai *Cronbach's Alpha* masih moderat yaitu 0,616 dan berada di bawah 0,7, yang ideal untuk reliabilitas yang baik tetapi instrumen PSQ masih memiliki konsistensi internal yang cukup untuk digunakan dalam pengukuran *perceived stigma* pada pasien tuberkulosis.

#### Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .616             | 19         |

Table 14. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma setelah penghapusan item

#### Item-Total Statistics

|      | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| PS1R | 47.1262                    | 45.229                         | -.101                            | .639                             |

|       |         |        |      |      |
|-------|---------|--------|------|------|
| PS3   | 49.6505 | 40.739 | .194 | .607 |
| PS4   | 49.7379 | 38.411 | .389 | .577 |
| PS6   | 49.2039 | 40.399 | .185 | .609 |
| PS7R  | 48.4757 | 42.193 | .115 | .617 |
| PS8   | 50.0194 | 40.215 | .352 | .587 |
| PS9R  | 47.3204 | 43.004 | .045 | .628 |
| PS10  | 48.6214 | 39.414 | .190 | .612 |
| PS11  | 50.1650 | 40.629 | .368 | .588 |
| PS12R | 47.7282 | 41.514 | .218 | .603 |
| PS13  | 49.2233 | 37.724 | .465 | .566 |
| PS14  | 49.0874 | 38.688 | .342 | .583 |
| PS15R | 47.2233 | 43.979 | .023 | .624 |
| PS16  | 50.0874 | 41.159 | .328 | .593 |
| PS17R | 47.6505 | 43.739 | .013 | .629 |
| PS18  | 50.0097 | 40.598 | .348 | .589 |
| PS19  | 48.9320 | 39.397 | .276 | .594 |
| PS20R | 47.2816 | 42.891 | .138 | .612 |
| PS21  | 49.8932 | 40.351 | .372 | .586 |

Table 15. Nilai Cronbach's Alpha Perceived Stigma per item setelah penghapusan item

Dari hasil Item-Total Statistics, dapat dilihat bahwa item PSQ-2 dan PSQ-5 memiliki korelasi yang sangat rendah dengan PSQ Total, yang berarti kedua item tersebut tidak berkontribusi secara positif terhadap reliabilitas instrumen. Setelah penghapusan, reliabilitas instrumen meningkat, yang menunjukkan bahwa kedua item ini memang mengurangi konsistensi internal instrumen. Sedangkan item-item lainnya menunjukkan korelasi moderat hingga tinggi dengan PSQ Total, yang memperkuat argumen bahwa instrumen ini reliabel setelah penghapusan item-item yang tidak relevan.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas, instrumen PSQ setelah penghapusan PSQ-2 dan PSQ-5 memiliki reliabilitas yang moderat, dengan *Cronbach's Alpha* = 0,616. Meskipun instrumen ini belum mencapai Cronbach's Alpha di atas 0,7, penghapusan item-item yang tidak relevan

telah memperbaiki konsistensi internalnya. Dengan demikian, instrumen PSQ sudah cukup reliabel untuk digunakan dalam mengukur *perceived stigma* dalam konteks penelitian ini, meskipun beberapa perbaikan lebih lanjut pada item-item lain dapat meningkatkan reliabilitas instrumen lebih lanjut.

### Kesehatan Mental Model *Dual-Factor*

#### Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .663             | 12         |

Table 16. Nilai Cronbach's Alpha Kesehatan Mental Model *Dual-Factor*

#### Item-Total Statistics

|      | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| MH1  | 32.9806                    | 25.647                         | .045                             | .685                             |
| MH2  | 32.6602                    | 25.658                         | .073                             | .677                             |
| MH3  | 32.4951                    | 26.547                         | -.005                            | .682                             |
| MH4  | 32.5631                    | 24.288                         | .223                             | .656                             |
| MH5  | 32.4757                    | 25.232                         | .127                             | .669                             |
| MH6  | 32.5243                    | 24.115                         | .264                             | .650                             |
| MH7  | 34.6117                    | 21.397                         | .473                             | .611                             |
| MH8  | 34.4757                    | 21.389                         | .438                             | .617                             |
| MH9  | 34.6214                    | 20.904                         | .548                             | .597                             |
| MH10 | 34.7961                    | 21.595                         | .553                             | .602                             |
| MH11 | 34.5728                    | 20.757                         | .481                             | .607                             |
| MH12 | 34.8058                    | 23.060                         | .331                             | .639                             |

Table 17. Nilai Cronbach's Alpha Kesehatan Mental Model *Dual-Factor* per item

Setelah melihat hasil uji reliabilitas untuk instrumen BMHI, nilai *Cronbach's Alpha* instrumen ini adalah 0.663, yang menunjukkan reliabilitas *moderate*. Meskipun nilai

*Cronbach's Alpha* ini berada sedikit di bawah 0.7, yang ideal untuk reliabilitas yang baik, instrumen ini masih memiliki konsistensi internal yang moderat dan dapat digunakan untuk mengukur kesehatan mental pada pasien tuberkulosis.

Dari hasil Item-Total Statistics, dapat dilihat bahwa beberapa item dalam instrumen BMHI, seperti MH1, MH2, dan MH3, memiliki korelasi yang sangat rendah dengan BMHI Total. Ini menunjukkan bahwa item-item tersebut tidak memberikan kontribusi yang positif terhadap reliabilitas instrumen. Jika item-item ini dihapus, *Cronbach's Alpha* instrumen dapat meningkat. Namun, penghapusan item tidak dilakukan untuk menjaga stabilitas indikator karena setiap indikator dalam instrumen BMHI minimal memiliki dua item, yang penting untuk menjaga keandalan dimensi yang diukur. Dalam pengembangan instrumen psikologis, setiap dimensi konstruk harus memiliki lebih dari satu item untuk menghindari bias pengukuran dan untuk memastikan reliabilitas dan validitas dari pengukuran tersebut (DeVellis & Thorpe, 2021). Untuk mengukur konstruk yang lebih kompleks, setiap dimensi harus terdiri dari minimal dua item, guna memastikan konsistensi internal yang lebih stabil dan akurat dalam instrumen (DeVellis & Thorpe, 2021).

Sedangkan item-item lainnya, seperti MH4, MH5, MH6, dan seterusnya, menunjukkan korelasi yang moderat hingga tinggi dengan BMHI Total, yang memperkuat argumen bahwa instrumen ini tetap reliabel meskipun beberapa item menunjukkan korelasi lebih rendah. Item-item ini memberikan kontribusi positif terhadap reliabilitas instrumen dan menunjukkan bahwa BMHI masih memiliki konsistensi internal yang cukup baik.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas, instrumen BMHI memiliki reliabilitas moderat, dengan *Cronbach's Alpha* = 0.663. Meskipun instrumen ini belum mencapai *Cronbach's Alpha* di atas 0,7, instrumen ini masih cukup reliabel untuk digunakan dalam mengukur kesehatan mental dalam konteks penelitian ini. Beberapa item dengan korelasi rendah dapat diperbaiki lebih lanjut untuk meningkatkan konsistensi internal instrumen. Dengan demikian, instrumen BMHI sudah cukup reliabel untuk digunakan dalam penelitian ini, meskipun ada ruang untuk peningkatan lebih lanjut pada beberapa item yang kurang berkontribusi pada reliabilitas instrumen.

### **4.3. Uji Hipotesis**

#### **4.3.1. Hasil uji korelasi**



Uji korelasi dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel-variabel utama dalam penelitian ini, yaitu *perceived stigma*, *psychological distress*, dan *psychological well-being* pada pasien Tuberkulosis (TB) di Kota Malang. Analisis dilakukan menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment* karena data berskala interval dan memenuhi asumsi normalitas. Berikut ini adalah hasil pengujian korelasi antar variabel:

a) Hubungan antara *Perceived Stigma* dan *Psychological Well-being*

Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived stigma* dan *psychological well-being*. Nilai korelasi Pearson yang diperoleh adalah  $r = -0.006$  dengan nilai signifikansi  $p = 0.950$  ( $p > 0.05$ ). Artinya, tingkat stigma yang dirasakan oleh pasien TB tidak memiliki asosiasi yang berarti dengan tingkat kesejahteraan psikologis mereka. Hubungan ini tergolong sangat lemah dan tidak signifikan, sehingga tidak dapat disimpulkan adanya pengaruh langsung antara kedua variabel tersebut.

| Correlations     |                     |                  |           |
|------------------|---------------------|------------------|-----------|
|                  |                     | Perceived Stigma | Wellbeing |
| Perceived Stigma | Pearson Correlation | 1                | -.006     |
|                  | Sig. (2-tailed)     |                  | .950      |
|                  | N                   | 103              | 103       |
| Wellbeing        | Pearson Correlation | -.006            | 1         |
|                  | Sig. (2-tailed)     | .950             |           |
|                  | N                   | 103              | 103       |

Table 18. Hasil Uji Korelasi *Perceived Stigma* dan *Psychological Well-Being*

b) Hubungan antara *Perceived Stigma* dan *Psychological Distress*

Uji korelasi menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dan positif antara *perceived stigma* dan *psychological distress*. Nilai koefisien korelasi Pearson sebesar  $r = 0.382$  dengan nilai signifikansi  $p = 0.000$  ( $p < 0.01$ ). Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma yang dirasakan oleh pasien, maka semakin tinggi pula tingkat tekanan psikologis yang mereka alami. Kekuatan korelasi ini berada pada kategori sedang, sehingga hubungan yang ditunjukkan cukup berarti secara psikologis dan statistik. Temuan ini mendukung hipotesis

bahwa stigma memiliki implikasi negatif terhadap aspek kesehatan mental, khususnya dalam bentuk distress psikologis.

### Correlations

|                  |                     | Perceived Stigma | Distress |
|------------------|---------------------|------------------|----------|
| Perceived Stigma | Pearson Correlation | 1                | .382**   |
|                  | Sig. (2-tailed)     |                  | .000     |
|                  | N                   | 103              | 103      |
| Distress         | Pearson Correlation | .382**           | 1        |
|                  | Sig. (2-tailed)     | .000             |          |
|                  | N                   | 103              | 103      |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 19. Hasil Uji Korelasi Perceived Stigma dan Psychological Distress

#### c) Hubungan antara *Psychological Well-being* dan *Psychological Distress*

Analisis selanjutnya menguji hubungan antara *psychological well-being* dan *psychological distress*. Hasilnya menunjukkan korelasi yang negatif dan signifikan, dengan nilai  $r = -0.314$  dan signifikansi  $p = 0.001$  ( $p < 0.01$ ). Korelasi ini mengindikasikan bahwa semakin tinggi tingkat kesejahteraan psikologis seseorang, maka semakin rendah tingkat tekanan psikologisnya, dan sebaliknya. Kekuatan korelasi ini tergolong sedang, menunjukkan adanya keterkaitan yang konsisten dengan kerangka model *dual-factor* dari Corey L. M. Keyes, yang memandang bahwa kesejahteraan dan distress merupakan dua dimensi kesehatan mental yang berbeda namun saling memengaruhi.

| Correlations |                     | Distress | Wellbeing |
|--------------|---------------------|----------|-----------|
| Distress     | Pearson Correlation | 1        | -.314**   |
|              | Sig. (2-tailed)     |          | .001      |
|              | N                   | 103      | 103       |
| Wellbeing    | Pearson Correlation | -.314**  | 1         |
|              | Sig. (2-tailed)     | .001     |           |
|              | N                   | 103      | 103       |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 20. Hasil Uji Korelasi Psychological Distress dan Psychological Well-Being

d) Hubungan antara *Perceived Stigma* dengan Kesehatan Mental Model *Dual-Factor*

Analisis terakhir menguji hubungan antara *perceived stigma* dengan keseluruhan kesehatan mental model *dual-factor*. Dalam uji korelasi ini menunjukkan korelasi yang negatif (-0,144) menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma yang dirasakan, cenderung diikuti oleh penurunan skor kesehatan mental secara keseluruhan, meskipun korelasinya sangat lemah. Namun, karena nilai signifikansinya tidak signifikan secara statistik ( $p = 0,148$ ), maka hubungan ini tidak dapat dianggap bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%. Artinya, meskipun secara teori semakin tinggi stigma yang dirasakan, maka semakin rendah tingkat kesehatan mental seseorang, hal tersebut belum terbukti dalam penelitian ini. Kemungkinan besar, pengaruh stigma lebih kuat terasa pada aspek tertentu dari kesehatan mental seperti distress psikologis dan tidak langsung tercermin dalam skor keseluruhan. Temuan ini menekankan pentingnya untuk melihat dimensi spesifik dalam kesehatan mental ketika meneliti dampak stigma, bukan hanya mengandalkan skor total sebagai gambaran utuh kondisi psikologis seseorang.

| Correlations |                     |          |           |
|--------------|---------------------|----------|-----------|
|              |                     | PSQScore | BMHITotal |
| PSQScore     | Pearson Correlation | 1        | -.144     |
|              | Sig. (2-tailed)     |          | .148      |
|              | N                   | 103      | 103       |
| BMHITotal    | Pearson Correlation | -.144    | 1         |
|              | Sig. (2-tailed)     | .148     |           |
|              | N                   | 103      | 103       |

Table 21. Hasil Uji Korelasi Perceived Stigma dan Kesehatan Mental Model Dual-Factor Keseluruhan

Berdasarkan hasil analisis korelasi Pearson terhadap tiga variabel utama dalam penelitian ini, ditemukan bahwa hubungan antara *perceived stigma* dan kesehatan mental model *dual-factor* pada pasien tuberkulosis menunjukkan pola yang bervariasi. Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara *perceived stigma* dan *psychological well-being*, yang mengindikasikan bahwa persepsi terhadap stigma tidak secara langsung memengaruhi tingkat kesejahteraan psikologis pasien TB. Sebaliknya, hasil yang paling menonjol muncul pada hubungan antara *perceived stigma* dan *psychological distress*, di mana terdapat korelasi positif yang signifikan. Artinya, semakin tinggi stigma yang dirasakan, semakin tinggi pula tekanan psikologis yang dialami oleh pasien.

Selain itu, terdapat hubungan negatif yang signifikan antara *psychological well-being* dan *psychological distress*, yang mendukung kerangka model *dual-factor* bahwa kedua dimensi ini saling berkaitan secara berlawanan. Sementara itu, hubungan antara *perceived stigma* dan skor keseluruhan kesehatan mental menunjukkan korelasi negatif yang lemah dan tidak signifikan. Hal ini mengindikasikan bahwa pengaruh stigma tidak selalu tercermin secara menyeluruh dalam skor total kesehatan mental, melainkan lebih terasa pada aspek-aspek tertentu seperti distress. Dengan demikian, penting bagi peneliti dan praktisi untuk menganalisis dimensi spesifik dalam kesehatan mental saat meneliti dampak stigma, bukan hanya berfokus pada skor keseluruhan sebagai satu-satunya indikator.

#### 4.3.2. Hasil regresi linear sederhana

Untuk mengetahui pengaruh *perceived stigma* terhadap dua dimensi kesehatan mental yaitu *psychological well-being* dan *psychological distress* pada pasien tuberkulosis di Kota

Malang, dilakukan analisis uji regresi linear sederhana. Uji regresi ini bertujuan untuk menguji apakah variabel *perceived stigma* secara signifikan dapat memprediksi variabel dependen yaitu *psychological well-being* dan *psychological distress*. Analisis ini juga memberikan gambaran tentang kekuatan pengaruh serta arah hubungan antar variabel yang diteliti.

a) Pengaruh *Perceived Stigma* terhadap *Psychological Well-being*

Berdasarkan hasil uji regresi linear sederhana, diperoleh nilai koefisien korelasi (R) sebesar 0,006 dan nilai koefisien determinasi ( $R^2$ ) sebesar 0,000, yang menunjukkan bahwa *perceived stigma* hanya mampu menjelaskan 0% variansi dari *psychological well-being*. Artinya, tidak terdapat kontribusi signifikan dari variabel *perceived stigma* dalam memprediksi tingkat kesejahteraan psikologis individu.

Hasil analisis ANOVA menunjukkan nilai F sebesar 0,004 dengan signifikansi (p) sebesar 0,950. Karena nilai signifikansi jauh di atas 0,05, maka model regresi ini tidak signifikan secara statistik. Dengan kata lain, model tidak berhasil menjelaskan pengaruh *perceived stigma* terhadap *psychological well-being*.

Lebih lanjut, pada tabel koefisien diperoleh nilai koefisien regresi sebesar -0,003 dengan nilai  $t = -0,063$  dan signifikansi (p) = 0,950. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan secara statistik antara *perceived stigma* terhadap *psychological well-being*. Arah koefisien yang negatif mengindikasikan kecenderungan bahwa semakin tinggi persepsi stigma, maka semakin rendah tingkat kesejahteraan psikologis, namun hubungan ini tidak signifikan dan tidak dapat digeneralisasikan.

**Model Summary**

| Model | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1     | .006 <sup>a</sup> | .000     | -.010             | 3.644                      |

a. Predictors: (Constant), Perceived Stigma

**ANOVA<sup>a</sup>**

| Model |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F    | Sig.              |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|------|-------------------|
| 1     | Regression | .053           | 1   | .053        | .004 | .950 <sup>b</sup> |
|       | Residual   | 1341.287       | 101 | 13.280      |      |                   |
|       | Total      | 1341.340       | 102 |             |      |                   |

a. Dependent Variable: Wellbeing

b. Predictors: (Constant), Perceived Stigma

**Coefficients<sup>a</sup>**

| Model |                  | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t     | Sig. |
|-------|------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|------|
|       |                  | B                           | Std. Error | Beta                      |       |      |
| 1     | (Constant)       | 24.613                      | 2.801      |                           | 8.788 | .000 |
|       | Perceived Stigma | -.003                       | .054       | -.006                     | -.063 | .950 |

a. Dependent Variable: Wellbeing

Table 22. Hasil Uji Regresi Perceived Stigma terhadap Psychological Well-Being

b) Pengaruh *Perceived Stigma* terhadap *Psychological Distress*

Hasil uji regresi menunjukkan bahwa *perceived stigma* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *psychological distress*, dengan nilai koefisien korelasi (R) sebesar 0,382 dan koefisien determinasi (R<sup>2</sup>) sebesar 0,146. Artinya, *perceived stigma* dapat menjelaskan sebesar 14,6% variasi dalam tekanan psikologis pasien TB.

Hasil uji ANOVA memperlihatkan nilai F sebesar 17,221 dengan signifikansi  $p = 0,000$  ( $p < 0,01$ ), yang menandakan bahwa model regresi yang digunakan signifikan secara statistik dan dapat digunakan untuk memprediksi distress berdasarkan *perceived stigma*.

Pada tabel koefisien, diperoleh nilai koefisien regresi sebesar 0,561 dengan nilai t sebesar 4,150 dan signifikansi  $p = 0,000$ . Hal ini menandakan bahwa setiap peningkatan satu unit pada skor *perceived stigma* akan meningkatkan skor distress sebesar 0,561 unit, dengan pengaruh yang signifikan.

Secara keseluruhan, hasil ini mengindikasikan bahwa stigma yang dirasakan oleh pasien tuberkulosis secara signifikan meningkatkan tekanan psikologis yang

mereka alami, sehingga penting untuk mempertimbangkan faktor stigma dalam upaya perbaikan kesehatan mental pasien TB.

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

| Model | Variables Entered             | Variables Removed | Method |
|-------|-------------------------------|-------------------|--------|
| 1     | Perceived Stigma <sup>b</sup> | .                 | Enter  |

a. Dependent Variable: Distress

b. All requested variables entered.

**Model Summary**

| Model | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1     | .382 <sup>a</sup> | .146     | .137              | 4.675                      |

a. Predictors: (Constant), Perceived Stigma

**ANOVA<sup>a</sup>**

| Model |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F      | Sig.              |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1     | Regression | 376.325        | 1   | 376.325     | 17.221 | .000 <sup>b</sup> |
|       | Residual   | 2207.112       | 101 | 21.853      |        |                   |
|       | Total      | 2583.437       | 102 |             |        |                   |

a. Dependent Variable: Distress

b. Predictors: (Constant), Perceived Stigma

*Table 23. Hasil Uji Regresi Perceived Stigma terhadap Psychological Distress*

c) Pengaruh *Perceived Stigma* terhadap Kesehatan Mental Model *Dual-Factor*

Untuk melihat sejauh mana *perceived stigma* memengaruhi kesehatan mental secara keseluruhan, dilakukan uji regresi linear sederhana dengan skor *Dual-Factor* total sebagai variabel dependen dan *perceived stigma* sebagai variabel independen. Hasil uji menunjukkan bahwa model regresi ini signifikan secara statistik, dengan nilai  $F = 15.549$  dan nilai signifikansi  $p = 0.000$  ( $p < 0.01$ ). Artinya, stigma yang dirasakan oleh pasien TB memiliki pengaruh yang nyata terhadap kondisi kesehatan mental mereka secara keseluruhan.

Nilai koefisien determinasi ( $R^2$ ) sebesar 0.133 menunjukkan bahwa sekitar 13,3% variasi dalam kesehatan mental dapat dijelaskan oleh variabel stigma yang dirasakan. Koefisien regresi standar ( $\beta$ ) sebesar 0.365 dengan nilai signifikansi  $p = 0.000$  juga menunjukkan bahwa *perceived stigma* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap skor BMHI. Dalam konteks pengukuran ini, skor BMHI yang lebih

tinggi mencerminkan kondisi kesehatan mental yang lebih buruk (karena mencakup aspek distress), sehingga hubungan positif ini berarti bahwa semakin tinggi stigma yang dirasakan, semakin buruk pula kondisi kesehatan mental yang dialami pasien.

**Model Summary**

| Model | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1     | .365 <sup>a</sup> | .133     | .125              | 4.861                      |

a. Predictors: (Constant), Perceived Stigma

**ANOVA<sup>a</sup>**

| Model |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F      | Sig.              |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1     | Regression | 367.429        | 1   | 367.429     | 15.549 | .000 <sup>b</sup> |
|       | Residual   | 2386.629       | 101 | 23.630      |        |                   |
|       | Total      | 2754.058       | 102 |             |        |                   |

a. Dependent Variable: BMHITotal

b. Predictors: (Constant), Perceived Stigma

**Coefficients<sup>a</sup>**

| Model |                  | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t     | Sig. |
|-------|------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|------|
|       |                  | B                           | Std. Error | Beta                      |       |      |
| 1     | (Constant)       | 22.079                      | 3.736      |                           | 5.910 | .000 |
|       | Perceived Stigma | .284                        | .072       | .365                      | 3.943 | .000 |

a. Dependent Variable: BMHITotal

*Table 24. Hasil Uji Regresi Perceived Stigma terhadap Kesehatan Mental Model Dual-Factor secara keseluruhan*

Dari hasil uji regresi linear sederhana secara berkala pada kesehatan mental Model *dual-factor* (baik pada distress, kesejahteraan, maupun keduanya) menunjukkan bahwa *perceived stigma* tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *psychological well-being* pasien tuberkulosis. Hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien regresi yang sangat kecil sebesar -0,003 dan signifikansi  $p = 0,950$ , yang jauh di atas batas signifikansi 0,05. Dengan demikian, stigma yang dirasakan oleh pasien tidak secara langsung memengaruhi tingkat kesejahteraan psikologis mereka dalam sampel penelitian ini.

Sebaliknya, *perceived stigma* memiliki pengaruh yang signifikan dan positif terhadap *psychological distress*, dengan koefisien regresi sebesar 0,561 dan nilai signifikansi  $p = 0,000$



( $p < 0,01$ ). Model ini menjelaskan sekitar 14,6% variansi distress psikologis pasien TB. Artinya, semakin tinggi stigma yang dirasakan, semakin tinggi pula tingkat tekanan psikologis yang dialami oleh pasien, yang secara klinis dapat memicu perasaan cemas, sedih, dan stres.

Temuan ini mengindikasikan bahwa *perceived stigma* memiliki dampak yang berbeda terhadap dua aspek kesehatan mental pasien TB. Meskipun stigma tidak memengaruhi kesejahteraan psikologis secara langsung, stigma secara signifikan meningkatkan tekanan psikologis yang dirasakan oleh pasien. Hal ini menunjukkan bahwa distress dan *well-being* merupakan dua dimensi kesehatan mental yang berbeda, sebagaimana dijelaskan dalam model *dual-factor* oleh Keyes. Distress yang meningkat akibat stigma dapat memicu berbagai gangguan psikologis, sementara *well-being* dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang tidak langsung terkait dengan stigma.

Pada temuan terakhir, stigma yang dirasakan oleh pasien tuberkulosis memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan mental secara keseluruhan. Semakin tinggi tingkat *perceived stigma*, maka semakin buruk kondisi kesehatan mental yang dialami. Temuan ini memperkuat pemahaman bahwa stigma bukan hanya berdampak pada aspek sosial, tetapi juga memiliki konsekuensi nyata terhadap kesejahteraan psikologis pasien, sehingga perlu menjadi perhatian utama dalam intervensi psikologis dan kebijakan layanan kesehatan. Temuan ini menegaskan pentingnya perhatian terhadap persepsi stigma dalam konteks kesehatan mental pasien TB, karena pengaruhnya yang cukup kuat dan signifikan terhadap kesejahteraan psikologis secara menyeluruh.

#### **4.3.3. Hasil regresi linear berganda**

Dalam penelitian ini, analisis regresi linear berganda dilakukan untuk menguji pengaruh simultan dari beberapa variabel independen terhadap variabel dependen. Secara khusus, dua model pengujian diajukan untuk memahami dinamika hubungan antara *perceived stigma*, *psychological distress*, dan *psychological well-being* dalam kerangka kesehatan mental pasien Tuberkulosis (TB).

##### **a) Pengaruh *Perceived Stigma & Distress* terhadap *Psychological Well-being***

Model pertama dirancang untuk melihat sejauh mana *perceived stigma* dan *psychological distress* secara bersamaan dapat memengaruhi *psychological well-being*. Model ini penting karena dalam kerangka *dual-factor* model yang dikembangkan oleh Keyes, *well-being* tidak selalu berkebalikan langsung dengan distress. Seseorang dapat

mengalami tekanan psikologis namun tetap memiliki aspek-aspek kesejahteraan psikologis tertentu. Oleh karena itu, analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah distress bertindak sebagai variabel antara (mediator) yang menjembatani pengaruh stigma terhadap *well-being*, atau justru keduanya berkontribusi secara independen dalam menurunkan kesejahteraan psikologis pasien TB.

Model Summary

| Model | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1     | .338 <sup>a</sup> | .114     | .096              | 3.447                      |

a. Predictors: (Constant), Distress, Perceived Stigma

ANOVA<sup>a</sup>

| Model |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F     | Sig.              |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|-------|-------------------|
| 1     | Regression | 152.935        | 2   | 76.467      | 6.434 | .002 <sup>b</sup> |
|       | Residual   | 1188.405       | 100 | 11.884      |       |                   |
|       | Total      | 1341.340       | 102 |             |       |                   |

a. Dependent Variable: Wellbeing

b. Predictors: (Constant), Distress, Perceived Stigma

Coefficients<sup>a</sup>

| Model |                  | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t      | Sig. |
|-------|------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
|       |                  | B                           | Std. Error | Beta                      |        |      |
| 1     | (Constant)       | 23.946                      | 2.656      |                           | 9.016  | .000 |
|       | Perceived Stigma | .072                        | .055       | .133                      | 1.307  | .194 |
|       | Distress         | -.263                       | .073       | -.365                     | -3.587 | .001 |

a. Dependent Variable: Wellbeing

Table 25. Hasil Uji Regresi Linear Berganda antara Perceived Stigma dan Psychological Distress terhadap Psychological Well-Being

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh nilai koefisien korelasi berganda (R) sebesar 0.338, yang menunjukkan adanya hubungan yang lemah namun positif antara variabel bebas (stigma dan distress) terhadap variabel terikat (*well-being*). Nilai R Square sebesar 0.114 mengindikasikan bahwa 11.4% variasi dalam *psychological well-being* dapat dijelaskan oleh kombinasi *perceived stigma* dan *psychological distress*, sedangkan sisanya (88.6%) dijelaskan oleh faktor lain di luar model ini.

Uji F dalam tabel ANOVA menunjukkan nilai F = 6.434 dengan signifikansi p = 0.002, yang berarti model regresi ini secara keseluruhan signifikan secara statistik (p

< 0.05). Artinya, minimal salah satu dari kedua prediktor memberikan kontribusi signifikan terhadap *well-being*.

Dilihat dari hasil tabel *coefficients*, secara parsial hanya *psychological distress* yang terbukti memberikan kontribusi signifikan terhadap *psychological well-being*, dengan nilai  $\beta = -0.365$ ,  $t = -3.587$ , dan  $p = 0.001$ . Artinya, semakin tinggi tingkat distress yang dialami oleh responden, semakin rendah tingkat *psychological well-being*-nya. Sebaliknya, *perceived stigma* tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan, meskipun memiliki arah positif ( $\beta = 0.133$ ,  $p = 0.194$ ), yang dapat diartikan bahwa dalam model ini, stigma tidak memberikan kontribusi berarti terhadap peningkatan maupun penurunan *well-being* ketika distress sudah masuk sebagai variabel bersama.

Dari hasil analisis regresi linear berganda model 1, dapat disimpulkan bahwa secara simultan *perceived stigma* dan *psychological distress* memberikan pengaruh yang signifikan terhadap *psychological well-being* pada pasien Tuberkulosis. Namun demikian, secara parsial hanya *psychological distress* yang berperan signifikan sebagai prediktor negatif, sedangkan *perceived stigma* tidak menunjukkan pengaruh signifikan terhadap *psychological well-being*. Temuan ini mengindikasikan bahwa kondisi kesejahteraan psikologis individu penderita Tuberkulosis lebih dipengaruhi oleh tekanan psikologis yang dirasakan secara internal, dibandingkan dengan persepsi eksternal berupa stigma sosial.

#### **b) Pengaruh *Perceived Stigma & Psychological Well-being* terhadap *Distress***

Model kedua disusun untuk mengeksplorasi sebaliknya: apakah *perceived stigma* dan *psychological well-being* dapat secara simultan memprediksi tingkat *psychological distress*. Tujuan dari model ini adalah untuk menilai apakah kesejahteraan psikologis memiliki peran protektif dalam menurunkan dampak negatif dari stigma terhadap distress, atau apakah pengaruh stigma tetap kuat meskipun individu memiliki tingkat *well-being* yang tinggi.

| Model Summary |                   |          |                   |                            |
|---------------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Model         | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| 1             | .493 <sup>a</sup> | .243     | .228              | 4.422                      |

a. Predictors: (Constant), Wellbeing, Perceived Stigma

| ANOVA <sup>a</sup> |            |                |     |             |        |                   |
|--------------------|------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| Model              |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F      | Sig.              |
| 1                  | Regression | 627.895        | 2   | 313.947     | 16.054 | .000 <sup>b</sup> |
|                    | Residual   | 1955.542       | 100 | 19.555      |        |                   |
|                    | Total      | 2583.437       | 102 |             |        |                   |

a. Dependent Variable: Distress

b. Predictors: (Constant), Wellbeing, Perceived Stigma

| Coefficients <sup>a</sup> |                  |                             |            |                           |        |      |
|---------------------------|------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
|                           |                  | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients |        |      |
| Model                     |                  | B                           | Std. Error | Beta                      | t      | Sig. |
| 1                         | (Constant)       | 8.126                       | 4.515      |                           | 1.800  | .075 |
|                           | Perceived Stigma | .285                        | .065       | .380                      | 4.364  | .000 |
|                           | Wellbeing        | -.433                       | .121       | -.312                     | -3.587 | .001 |

a. Dependent Variable: Distress

Table 26. Hasil Uji Regresi Linear Berganda antara Perceived Stigma dan Psychological Well-Being terhadap Psychological Distress

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh nilai koefisien determinasi (R Square) sebesar 0.243, yang menunjukkan bahwa kedua variabel independen tersebut secara bersama-sama mampu menjelaskan 24,3% variasi yang terjadi pada distress psikologis. Nilai R sebesar 0.493 menunjukkan hubungan yang cukup kuat antara variabel prediktor dengan variabel terikat.

Hasil uji F pada tabel ANOVA menunjukkan bahwa model regresi ini signifikan secara statistik, dengan nilai  $F = 16.054$  dan nilai signifikansi  $= 0.000$  ( $p < 0.001$ ). Hal ini mengindikasikan bahwa model regresi secara keseluruhan dapat digunakan untuk memprediksi *psychological distress*.

Pada analisis koefisien regresi (*tabel Coefficients*), kedua variabel independen memberikan kontribusi yang signifikan secara parsial. *Perceived stigma* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap distress ( $\beta = 0.380$ ,  $t = 4.364$ ,  $p = 0.000$ ), yang berarti semakin tinggi tingkat stigma yang dirasakan individu, maka semakin tinggi pula tingkat distress psikologis yang dialaminya. Sebaliknya, *psychological well-being* memiliki pengaruh negatif yang signifikan terhadap distress ( $\beta = -0.312$ ,  $t = -$

3.587,  $p = 0.001$ ), yang berarti semakin tinggi kesejahteraan psikologis individu, maka semakin rendah tingkat distress yang dirasakan.

Berdasarkan hasil analisis regresi linear berganda Model 2, dapat disimpulkan bahwa *perceived stigma* dan *psychological well-being* secara simultan berkontribusi signifikan dalam memengaruhi tingkat *psychological distress* pada pasien Tuberkulosis. *Perceived stigma* berperan sebagai prediktor positif, yang berarti semakin tinggi persepsi individu terhadap stigma sosial, maka semakin besar kecenderungan munculnya distress psikologis. Sebaliknya, *psychological well-being* memiliki kontribusi negatif, artinya individu yang memiliki kesejahteraan psikologis yang tinggi cenderung mengalami tingkat distress yang lebih rendah. Kedua variabel ini menjelaskan hampir seperempat variasi distress, menandakan pentingnya peran faktor internal dan eksternal dalam memengaruhi kondisi psikologis pasien.

#### **4.4. Pembahasan Temuan**

##### **4.4.1. Pengaruh *Perceived Stigma* terhadap *Psychological Distress***

Penelitian ini menunjukkan bahwa *perceived stigma* memiliki hubungan signifikan dengan *psychological distress*, yang berarti bahwa stigma sosial yang dirasakan oleh pasien tuberkulosis (TB) menyebabkan peningkatan distress psikologis. Hal ini konsisten dengan teori-teori psikologi sosial dan kesehatan mental yang ada.

Teori Stigma oleh Goffman (2009) mengemukakan bahwa individu yang merasakan stigma cenderung mengalami distress psikologis karena mereka merasa tidak diterima atau diperlakukan berbeda oleh masyarakat. Goffman mengungkapkan bahwa stigma dapat menciptakan rasa malu, perasaan terisolasi, dan memicu ketegangan psikologis yang tinggi. Teori Stress dan *Coping* oleh Lazarus dan Folkman (1984) juga mendukung temuan ini, dengan menjelaskan bahwa stigma merupakan stressor psikososial yang dapat meningkatkan distress psikologis jika individu tidak memiliki strategi koping yang efektif. Menurut teori ini, *perceived stigma* dapat bertindak sebagai sumber distress, dan tanpa dukungan sosial atau mekanisme koping yang baik, individu akan mengalami stress psikologis yang meningkat. Stigma dapat memperburuk kondisi psikologis seseorang dengan memperburuk perasaan ketidakberdayaan dan rasa terisolasi (Link & Phelan, 2001).

Hasil penelitian ini konsisten dengan teori-teori yang ada mengenai hubungan antara *perceived stigma* dan *psychological distress*. Penelitian ini menunjukkan bahwa *perceived stigma* berperan sebagai sumber distress psikologis, yang sejalan dengan teori Goffman tentang stigma, teori Lazarus dan Folkman mengenai stress psikososial, dan penelitian oleh Link dan Phelan yang mengindikasikan bahwa stigma berkontribusi terhadap distress pada individu. Temuan ini memperkuat pemahaman bahwa stigma sosial dapat menjadi stressor utama yang meningkatkan distress psikologis, terutama pada pasien dengan penyakit dengan stigma sosial seperti tuberkulosis.

#### **4.4.2. Pengaruh antara *Perceived Stigma* dan *Psychological Well-Being***

Model *Dual-Factor* menunjukkan bahwa kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) dan distress psikologis (*psychological distress*) tidak saling menggantikan, tetapi terpisah namun berkaitan erat. Artinya, individu dapat mengalami distress psikologis yang tinggi namun tetap memiliki tingkat *well-being* yang cukup baik, atau sebaliknya.

Berdasarkan hasil penelitian ini, *perceived stigma* tidak mempengaruhi secara langsung *psychological well-being*, Sehingga perlu adanya penelitian lebih lanjut untuk melihat peran dan fungsi *perceived stigma* terhadap *psychological distress* yang berpengaruh pada tingkat *psychological well-being*.

Hasil penelitian ini konsisten dengan model *Dual-factor* yang mengasumsikan bahwa *psychological well-being* dan *psychological distress* adalah dua dimensi yang saling terpisah namun saling berhubungan. Pasien TB bisa memiliki *well-being* yang baik saat mereka memiliki distress yang buruk. Selain itu, karena *perceived stigma* tidak memiliki pengaruh langsung terhadap *psychological well-being*, tetapi berpengaruh pada distress psikologis. Distress psikologis mungkin dapat berperan sebagai mediator yang menurunkan kesejahteraan psikologis pasien tuberkulosis ketika melihat hasil pengaruh *perceived stigma* punya dampak terhadap *psychological distress* dan kesehatan mental model *dual-factor* secara keseluruhan namun tidak memiliki pengaruh terhadap *psychological well-being*.

#### **4.4.3. Implikasi temuan terhadap kondisi pasien TB**

Hasil temuan penelitian ini memberikan wawasan penting mengenai dampak *perceived stigma* terhadap *psychological well-being* pasien tuberkulosis (TB), serta peran *psychological*

*distress* dalam hubungan tersebut. Temuan ini memiliki beberapa implikasi psikososial, khususnya terkait dengan penanganan stigma dan dukungan psikologis untuk pasien TB.

Stigma sosial yang terkait dengan penyakit seperti TB dapat memperburuk kesehatan mental pasien, yang mempengaruhi penyembuhan fisik mereka. Oleh karena itu, perhatian terhadap kesehatan mental pasien harus menjadi bagian dari perawatan komprehensif yang diberikan kepada pasien TB. Fokus pada pengelolaan stigma dan distress psikologis bisa sangat membantu dalam mempercepat proses penyembuhan pasien.

Distress psikologis yang meningkat akibat stigma sosial adalah faktor utama yang menurunkan kesejahteraan psikologis pasien. Temuan ini memperjelas bahwa untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis pasien TB, perlu dilakukan intervensi yang fokus pada pengurangan distress psikologis yang ditimbulkan oleh stigma.

Pengelolaan stigma sosial dan distress psikologis adalah aspek kunci dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis pasien, dan intervensi psikososial yang tepat dapat membantu mengurangi dampak negatif dari stigma tersebut. Penting juga untuk melibatkan keluarga dan komunitas dalam mendukung pasien TB dan mengurangi stigma sosial yang mereka hadapi. Untuk menekan dampak stigma, tenaga medis dapat melaksanakan program edukasi kepada masyarakat mengenai TB untuk mengurangi prasangka negatif terhadap pasien dan memperbaiki persepsi tentang penyakit ini.

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Tingkat *perceived stigma* dan kesehatan mental model *Dual-Factor* pada pasien TB di Kota Malang menunjukkan hasil yang bervariasi. Tingkat stigma yang dirasakan berada pada kategori rendah hingga sedang. Artinya, meskipun pasien TB tidak sepenuhnya terbebas dari stigma sosial, mereka tidak selalu mengalami diskriminasi atau penolakan sosial yang berat.

Untuk kesehatan mental, hasil skala BMHI-12 menunjukkan bahwa banyak pasien memiliki tingkat *psychological well-being* yang cukup baik, namun pada saat yang sama tetap mengalami *psychological distress* dalam kategori ringan hingga sedang. Hal ini menunjukkan relevansi Model *Dual-Factor*, yang menjelaskan bahwa seseorang dapat mengalami kesejahteraan dan distress secara bersamaan, bukan sebagai kutub yang saling meniadakan.

Terdapat juga pengaruh antara *perceived stigma* dan kesehatan mental berdasarkan Model *Dual-Factor*. Hasil analisis korelasi dan regresi menunjukkan bahwa *perceived stigma* memiliki hubungan positif yang signifikan dengan *psychological distress* ( $r = 0.382$ ;  $p < 0.01$ ) dan berpengaruh secara signifikan terhadap keseluruhan skor kesehatan mental ( $\beta = 0.284$ ;  $p = 0.000$ ). Artinya, semakin tinggi stigma yang dirasakan oleh pasien, maka semakin buruk kondisi mental mereka, khususnya dalam bentuk meningkatnya tekanan psikologis. Namun, hubungan antara stigma dan keseluruhan skor kesehatan mental hanya menjelaskan sekitar 13,3% variasi, yang berarti masih ada faktor-faktor lain yang turut memengaruhi.

*Perceived stigma* tidak berpengaruh langsung terhadap *psychological well-being*. Hasil uji korelasi antara *perceived stigma* dan *psychological well-being* menunjukkan hubungan yang sangat lemah dan tidak signifikan ( $r = -0.006$ ;  $p = 0.950$ ), serta hasil regresi juga menunjukkan tidak adanya pengaruh langsung yang berarti. Namun, analisis lanjutan menunjukkan bahwa *psychological distress* mungkin menjadi mediator dalam hubungan ini. Dengan kata lain, pengaruh stigma terhadap kesejahteraan psikologis terjadi secara tidak langsung, melalui peningkatan tekanan psikologis.

Secara keseluruhan, temuan penelitian ini memperkuat pentingnya intervensi kesehatan mental pada pasien TB yang tidak hanya fokus menghilangkan distress, tetapi juga perlu memperkuat dimensi positif seperti makna hidup, kepuasan diri, dan relasi sosial. Dengan



memahami stigma dan dampaknya melalui pendekatan Model *Dual-Factor*, pendekatan layanan kesehatan mental dapat menjadi lebih holistik dan tepat sasaran.

## **B. Saran**

### **1. Saran untuk Penelitian Selanjutnya**

- a) **Perluasan Sampel:** Penelitian ini menggunakan sampel yang terbatas pada pasien tuberkulosis di Kota Malang. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan untuk menggunakan sampel yang lebih besar dan melibatkan pasien TB dari berbagai daerah untuk memastikan generalisasi temuan yang lebih luas.
- b) **Variabel Lain yang Memengaruhi *Well-Being*:** Penelitian selanjutnya sebaiknya memasukkan variabel lain yang mungkin memengaruhi *psychological well-being*, seperti dukungan sosial, status sosial-ekonomi, atau jenis kelamin. Faktor-faktor ini dapat memoderasi hubungan antara *perceived stigma* dan *well-being*, yang penting untuk menganalisis pengaruh stigma sosial secara lebih mendalam.
- c) **Penggunaan analisis data mediasi** untuk melihat apakah dampak *perceived stigma* dapat mempengaruhi *psychological well-being* melalui peningkatan *psychology distress*.
- d) **Penggunaan Variabel Demografi sebagai Moderator:** Dalam penelitian selanjutnya, disarankan untuk memasukkan variabel demografi (seperti usia, jenis kelamin, status sosial-ekonomi, dan durasi pengobatan) sebagai variabel moderator. Variabel-variabel ini dapat memoderasi hubungan antara *perceived stigma*, *psychological distress*, dan *psychological well-being*. Misalnya, dapat diuji apakah usia atau jenis kelamin mempengaruhi tingkat distress psikologis yang dialami pasien dengan stigma tinggi, atau apakah status sosial-ekonomi pasien mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengatasi stigma dan distress. Analisis moderasi ini dapat memperkaya pemahaman tentang faktor-faktor yang memperkuat atau memperlemah hubungan antara stigma sosial dan kesejahteraan psikologis pada pasien TB.
- e) **Metode Longitudinal:** Menggunakan desain longitudinal dalam penelitian selanjutnya akan memungkinkan untuk mengamati perubahan distress psikologis dan *well-being* pasien TB seiring berjalannya waktu, serta bagaimana perubahan tersebut dipengaruhi oleh intervensi yang dilakukan.

### **2. Saran untuk Praktisi**

- a) Intervensi psikososial untuk mengurangi Distress: Sebaiknya diperkenalkan intervensi psikososial yang berfokus pada pengurangan distress psikologis. Hal ini dapat mencakup terapi kognitif perilaku (CBT), pendampingan psikologis, serta program dukungan sosial untuk membantu pasien mengatasi stigma sosial dan distress yang mereka alami.
- b) Edukasi Masyarakat dan Pengurangan Stigma: Untuk mengurangi stigma sosial terhadap pasien TB, diperlukan program edukasi masyarakat yang lebih intensif mengenai penyakit ini, mengingat dampak stigma terhadap kesehatan mental pasien sangat besar. Menyebarluaskan informasi yang benar mengenai TB dapat mengurangi prasangka negatif dan meningkatkan dukungan sosial untuk pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agbeko, C. K., Mallah, M. A., He, B., Liu, Q., Song, H., & Wang, J. (2022). Mental Health Status and its impact on TB Treatment and its outcomes: a scoping literature review. *Frontiers in Public Health*, 10, 855515.
- Akrom, M. R. A. (2022). Pengaruh konformitas teman sebaya terhadap penerimaan diri siswi kelas XII Madrasah Aliyah Raudlatul Ulum Putri Kecamatan Godanglegi. Doctoral Dissertation, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim. <http://etheses.uin-malang.ac.id/36491/>
- Aziz, R. (2019). Analisis Faktor Konfirmatori Terhadap Alat Ukur Kesehatan Mental Berdasarkan Teori Dual Model. *Psikoislamika: Jurnal Psikologi Dan Psikologi Islam*, 16(2), 1-7.
- Aziz, R., Mangestuti, R., Sholichatun, Y., Rahayu, I. T., Purwaningtyas, E. K., & Wahyuni, E. N. (2021). Model Pengukuran Kesehatan Mental pada Mahasiswa di Perguruan Tinggi Islam. *Journal of Islamic and Contemporary Psychology (JICOP)*, 1(2), 83-94.
- Basuki, R., & Budhiarti, E. (2014). Pengaruh depresi terhadap kepatuhan minum OAT pada penderita TB. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 3(2).
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry research*, 252, 1-8.
- Blashill, A. J., Perry, N., & Safren, S. A. (2011). Mental health: A focus on stress, coping, and mental illness as it relates to treatment retention, adherence, and other health outcomes. *Current HIV/AIDS Reports*, 8, 215-222.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J., & Kirk Jr, T. A. (2008). From “double trouble” to “dual recovery”: Integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273-290.
- Day, E. N., Edgren, K., & Eshleman, A. (2007). Measuring stigma toward mental illness: Development and application of the mental illness stigma scale 1. *Journal of applied social psychology*, 37(10), 2191-2219.
- Deasyanti, D., & Muzdalifah, F. (2021). Kesehatan mental mahasiswa ditinjau dari two continua model: Pengujian multiple analysis of variance. *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, 10(1), 147-166.
- DeSanto, D., Velen, K., Lessells, R., Makgopa, S., Gumede, D., Fielding, K., ... & Chetty-Makkan, C. M. (2023). A qualitative exploration into the presence of TB stigmatization across three districts in South Africa. *BMC public health*, 23(1), 504.

- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications.
- Dinas Kesehatan Sosial Kota Malang. (2024). Paduan pengobatan baru TBC RO berdurasi 6 bulan: Kabar baik untuk pasien TBC RO Kota Malang, sembuh lebih cepat! Dinas Kesehatan Kota Malang. <https://dinkes.malangkota.go.id/2024/09/03/paduan-pengobatan-baru-tbc-ro-berdurasi-6-bulan-kabar-baik-untuk-pasien-tbc-ro-kota-malang-sem6uh-lebih-cepat/>
- Doherty, A. M., Kelly, J., McDonald, C., O'Dywer, A. M., Keane, J., & Cooney, J. (2013). A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *General hospital psychiatry*, 35(4), 398-406.
- Duko, B., Bedaso, A., Ayano, G., & Yohannis, Z. (2019). Perceived stigma and associated factors among patient with tuberculosis, Wolaita Sodo, Ethiopia: cross-sectional study. *Tuberculosis research and treatment*, 2019.
- Endria, V. (2019). Depresi Dan Stigma Tb Dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 3(1), 21-28.
- Fuady, A., Arifin, B., Yunita, F., Rauf, S., Fitriangga, A., Sugiharto, A., & Wingfield, T. (2023). Stigma, Depression, Quality of Life, and the Need for Psychosocial Support Among People with Tuberculosis in Indonesia: A Cross-Sectional Multi-Site Study. Muchtaruddin and Wingfield, Tom, Stigma, Depression, Quality of Life, and the Need for Psychosocial Support Among People with Tuberculosis in Indonesia: A Cross-Sectional Multi-Site Study.
- Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., ... & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46.
- George, L. S., Rakesh, P. S., Vijayakumar, K., Kunoor, A., & Kumar, A. (2020). Social stigma associated with TB and HIV/AIDS among Kudumbashree members: a crosssectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4062.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
- Hadera, E., Salelew, E., Girma, E., Dehning, S., Adorjan, K., & Tesfaye, M. (2019). Magnitude and associated factors of perceived stigma among adults with mental illness in Ethiopia. *Psychiatry journal*, 2019.
- Heatherton, T. F. (Ed.). (2003). *The social psychology of stigma*. Guilford Press.
- Hermawati, P. (2011). Hubungan Persepsi ODHA Terhadap Stigma HIV/AIDS Masyarakat dengan Interaksi Sosial pada ODHA.
- Hook, K., Sereda, Y., Makarenko, O., Bendiks, S., Rybak, N. R., Dutta, A., ... & Lunze, K. (2021). TB stigma and its correlates among HIV-positive people who inject drugs in Ukraine. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 25(9), 747-753.
- Horwitz, A. V., & Scheid, T. L. (Eds.). (1999). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Cambridge University Press.

- Iasiello, M., & Van Agteren, J. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. *Evidence Base: A journal of evidence reviews in key policy areas*, (1), 1-45.
- Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. C. (2015). How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 109.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539.
- Kipp, A. M. (2009). Tuberculosis stigma, AIDS stigma, and tuberculosis control in southern Thailand (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill).
- Kraiss, J. T., Kohlhoff, M., & Ten Klooster, P. M. (2023). Disentangling between-and within-person associations of psychological distress and mental well-being: An experience sampling study examining the dual continua model of mental health among university students. *Current Psychology*, 42(20), 16789-16800.
- Lawrence, J. W., Rosenberg, L., Rimmer, R. B., Thombs, B. D., & Fauerbach, J. A. (2010). Perceived stigmatization and social comfort: validating the constructs and their measurement among pediatric burn survivors. *Rehabilitation psychology*, 55(4), 360.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, E. (2015). Prevalence of depression among active TB and TB/HIV patients in Kisumu County.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The dual-factor model of mental health: Further study of the determinants of group differences. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183-196.
- Machavariani, E., Nonyane, B. A. S., Lebina, L., Mmolawa, L., West, N. S., Dowdy, D. W., ... & Hanrahan, C. F. (2023). Perceived stigma among people with TB and household contacts. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 27(9), 675-681.
- Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65(2), 245-261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>
- Meinarno, E. A., & Sarwono, S. W. (2009). *Psikologi sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Nofalia, I. (2020). A Systematic Review of Stigma Among Tuberculosis Patient and Its Effect. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(7), 9116-9125.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

- Purnomo, H. (2010). Pengaruh Perceived Stigma Negatif Multilevel Marketing terhadap Hardiness Member PT. Melia Sehat Sejahtera Semarang. Skripsi. Jurusan Psikologi. Universitas Negeri Semarang
- Rouf, A., Masoodi, M. A., Dar, M. M., Khan, S. M. S., & Bilquise, R. (2021). Depression among Tuberculosis patients and its association with treatment outcomes in district Srinagar. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 25, 100281.
- Ruiz-Grosso, P., Cachay, R., de la Flor, A., Schwalb, A., & Ugarte-Gil, C. (2020). Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 15(1), e0227472.
- Teismann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Nyhuis, P., Wolter, M., & Willutzki, U. (2018). Dual factor model of mental health: Co-occurrence of positive mental health and suicide ideation in inpatients and outpatients. *Psychiatry Research*, 260, 343-345.
- Tesfaw, G., Kibru, B., & Ayano, G. (2020). Prevalence and factors associated with higher levels of perceived stigma among people with schizophrenia Addis Ababa, Ethiopia. *International journal of mental health systems*, 14, 1-8.
- Tsai, A. C., Hatcher, A. M., Bukusi, E. A., Weke, E., Lemus Hufstedler, L., Dworkin, S. L., ... & Weiser, S. D. (2017). A livelihood intervention to reduce the stigma of HIV in rural Kenya: longitudinal qualitative study. *AIDS and Behavior*, 21, 248-260.
- Van Brakel, W. H., Anderson, A. M., Mutatkar, R. K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., & Das-Pattanayak, R. K. (2006). The Participation Scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 193–203. <https://doi.org/10.1080/09638280500192785>
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, 2(08), 767.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17, 110-119.
- WHO. (2023). Tuberculosis (TB), World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (Accessed: 18 September 2023).
- Zahroh, C. (2016). Hubungan Lama Pengobatan Tbc Dengan Tingkat Stres Penderita Tbc Di Puskesmas Tambelangan Kabupaten Sampang. *Journal of Health Sciences*, 9(2).

## LAMPIRAN

### Berkas Curriculum Vitae Peneliti untuk Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang

#### CURRICULUM VITAE

##### JUDUL PENELITIAN :

Kesehatan Mental Ditinjau Dari Teori Dual Model Dan Perceived Stigma Pada Pasien TB Dampingan Komunitas Di Kota Malang: Pendekatan Mix-Method

##### DATA PENELITIAN

| No. | Nama Lengkap Peneliti Beserta Gelar | Tempat & Tanggal Lahir                                       | Nama Institusi & Alamat                                                                                                                                                                                | No. Telp/HP (WA)/Fax/email                                 | Pendidikan / Pekerjaan |
|-----|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1.  | <u>Muhamad Andiansyah</u>           | <u>Bekasi.</u><br><u>24</u><br><u>Januari</u><br><u>2001</u> | <u>UIN</u><br><u>Maulana</u><br><u>Malik</u><br><u>Ibrahim</u><br><u>Malang</u><br><br><u>Alamat: Jl.</u><br><u>Joyozuko</u><br><u>gg 2 no.5,</u><br><u>Merjosari</u><br><u>kota</u><br><u>Malang.</u> | <u>088223841255/</u><br><u>ian.akhi.business@gmail.com</u> | <u>Mahasiswa</u>       |

Tanda tangan Peneliti Utama  
Malang, 29 Desember 2023



(Muhamad Andiansyah)

## Penjelasan Persetujuan Penelitian

### PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Saya Muhamad Andiansyah berasal dari UIN Maulana Malik Ibrahim Malang/Psikologi/ Psikologi dengan ini meminta saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Kesehatan Mental Ditinjau Dari Teori Dual Model Dan Perceived Stigma Pada Pasien TB Dampingan Komunitas Di Kota Malang: Pendekatan Mix-Method.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah mengungkap prevalensi kesehatan mental dual model pada pasien TB yang dapat memberi manfaat berupa model dan gambaran kesehatan mental pasien TB yang dapat digunakan sebagai intervensi tambahan dalam membantu proses penyembuhan Penelitian ini akan berlangsung selama 1 bulan dan anda adalah orang yang memenuhi persyaratan untuk terlibat dalam penelitian ini.
3. Prosedur pengambilan data/bahan penelitian dilakukan dengan cara yang membutuhkan waktu 5-10 menit untuk mengisi kuesioner. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan yaitu kegelisahan ataupun rasa malu karena mengungkap diri anda sendiri tetapi Anda tidak perlu khawatir karena seluruh data dan informasi yang anda berikan akan disimpan dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas diri anda juga akan dijaga kerahasiaannya dengan menggunakan inisial nama. Saya berharap Anda bersedia menjadi partisipan pada penelitian ini dan dapat menjawab dengan jujur semua pertanyaan dan mengikuti dengan ikhlas setiap aktivitas yang akan kami lakukan.
4. Keuntungan yang Anda peroleh dalam keikutsertaan Anda pada penelitian ini adalah Pengarahan dan penyuluhan sisi psikologis yang tepat dengan kondisi yang dialami dan sebagai tanda terima kasih saya pada akhir kegiatan Anda akan menerima Souvenir sebagai dukungan psikososial dari peneliti. Anda bisa menghubungi peneliti untuk mendapatkan informasi dari hasil penelitian sebagai bentuk rasa terima kasih peneliti dan tanggung jawab peneliti untuk menyelesaikan permasalahan psikologis Anda.
5. Seandainya Anda tidak menyetujui cara ini maka Anda dapat memilih cara lain yaitu menutupi atau menyamarkan identitas Anda atau Anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu Anda tidak akan dikenakan sanksi apapun.
6. Nama dan jati diri serta seluruh data yang terkumpul akan dijaga kerahasiaannya.
7. Kalau Saudara memerlukan informasi/bantuan yang terkait dengan penelitian ini, silahkan menghubungi saya Muhamad Andiansyah di whatsapp sebagai peneliti utama dan penanggung jawab penelitian ini, atau ..... sebagai penanggung jawab medik.

Malang, Jum'at 29 Desember 2023

Mengetahui,  
Peneliti Utama,



(Muhamad Andiansyah)

Yang memperoleh penjelasan,

(.....)

#### Keterangan:

\*Anda : silahkan disesuaikan siapa sebutan yang etis untuk Subjek saudara (Ibu/Bapak/Adik/Mbak/Mas dst).  
Isi PSP silahkan dikembangkan sesuai dengan tujuan penelitian Saudara.



## Surat Izin Melakukan Penelitian di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang



Terakreditasi Tingkat Paripurna ★★★★★  
**RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH**  
Jl. Sulawesi 16 Malang Telp. (0341) 326773 (Hunting) Fax. (0341) 368683  
website : <http://rsiaaisyiah-malang.or.id> | e-mail : [rsiaaisyiah\\_malang@yahoo.com](mailto:rsiaaisyiah_malang@yahoo.com)



Nomor : RSIA/1363/KET/III.6.AU/XI/2023  
Lamp : -  
Hal : Pemberitahuan

Kepada Yth,  
Ketua Program Studi S1 Psikologi  
Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang  
Jl.Gajayana No.50, Dinoyo, Kec.Lowokwaru, Kota Malang

*Assalamu 'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh*

Menunjuk surat saudara dari Prodi S1 Psikologi Universitas Negeri Islam Maulana Malik Ibrahim Malang dengan nomor: 110/YABHYSA KOTA MALANG/B/XI/2023 tertanggal 08 November 2023 perihal pada pokok surat, bersama ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan untuk dijadikan tempat untuk penelitian bagi peneliti atas nama:

Nama Peneliti : Muhammad Andiansyah  
NIM : 200401110114  
Judul Penelitian : "Kesehatan Mental Ditinjau Dari Teori Dual Model Dan Perceived Stigma Pada Pasien TB Dampingan Komunitas, Pendekatan Mix-Method"

Dengan catatan bersedia membuat pernyataan tidak membuka rahasia dan mematuhi peraturan yang berlaku serta tetap menerapkan protokol kesehatan di RSI Aisyiyah Malang.

Bersama ini kami beritahukan bahwa biaya penyelenggaraan untuk kegiatan penelitian yang dimaksud sebesar Rp. 350.000,- (Tiga Ratus Lima Puluh Ribu Rupiah). Biaya dapat dibayarkan melalui rekening RSI Aisyiyah Malang :

Nama Bank : Bank Syariah Indonesia  
No. Acc. : 1711711712  
Atas Nama : RSI Aisyiyah

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik disampaikan terima kasih.

*Billahitaufiq Wal Hidayah,*

*Wassalamu 'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh*

Malang, 20 Jumadil Awwal 1445 H  
4 Desember 2023 M

Dirutus

  
  
**(dr. Rini Krisnawati, M.Kes, FISQua)**  
NBM. 916.062



*Layananmu Ibadahku*

Babat, Bangkalan, Banyuwangi, Blitar, Bojonegara, Gresik, Jember, Jombang, Kalangan, Kediri, Lamongan, Madiun, Malang, Nganjuk, Pacitan, Pandan, Pare, Ponorogo, Probolinggo, Sidoarjo, Sumenep, Surabaya, Tenggolok, Tuban

## Surat Pernyataan Menjaga Kerahasiaan Data



Terakreditasi Tingkat Paripurna ★★★★★  
**RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH**  
Jl. Sulawesi 16 Malang Telp. (0341) 326773 (Hunting) Fax: (0341) 368883  
website : <http://rsiaisiyah-malang.or.id> | e-mail : [rsiaisiyah\\_malang@yahoo.com](mailto:rsiaisiyah_malang@yahoo.com)



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

### **SURAT PERNYATAAN MENJAGA KERAHASIAAN DATA** **Mahasiswa Yang Melakukan Penelitian di RSI Aisyiyah Malang**

Yang bertandatangan dibawah ini :  
Nama : Muhamad Andiansyah  
Institusi Pendidikan : UIN Maulana Malik Ibrahim Malang  
Fakultas : Psikologi  
Jurusan : Psikologi

Akan memegang teguh kerahasiaan data - data yang diperoleh selama melakukan penelitian di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang. Tidak akan memberitahukan / menyampaikan, membocorkan kepada siapapun, segala sesuatu yang telah saya ketahui dan saya kerjakan dalam melaksanakan tugas tersebut di atas, dengan cara apapun baik langsung maupun tidak langsung, serta :

1. Tidak diperkenankan menggandakan data/dokumen baik *hard copy* maupun *soft copy*, tidak mengunduh (*download*), *print out* dan *print screen* dokumen yang ada, memperbanyak dan membawa pulang data-data tanpa seijin direktur Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.
2. Menjaga kerahasiaan kajian rekam medis, hasil wawancara, observasi dan diskusi terhadap subjek penelitian di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.
3. Dilarang mempublikasikan data atau hasil penelitian dalam bentuk apapun tanpa seijin direktur Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.
4. Dilarang membawa dan merokok di lingkungan bebas asap rokok, membawa senjata tajam dan membawa obat-obatan terlarang berdasarkan undang-undang.
5. Berpenampilan rapi, berbusana yang sopan (Islami), bersepatu, serta bersikap sopan dan ramah terhadap seluruh karyawan, pimpinan rumah sakit, pasien dan keluarganya.
6. Mematuhi jam kerja sesuai peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.
7. Menjaga peraturan dalam penggunaan peralatan milik Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.

Pernyataan ini saya buat dan ditandatangani dengan sebenar-benarnya, dalam keadaan sadar, tanpa dipaksa oleh pihak lain, serta penuh rasa tanggung jawab.  
Apabila saya lakukan perbuatan-perbuatan yang bertentangan dengan pernyataan di atas, saya bersedia dituntut dan diberi sanksi sesuai dengan undang – undang / hukum yang berlaku.

Malang, 29 Desember 2023

Muhamad Andiansyah



*Layananku Ibadatku*

Babat, Bangkalan, Banyuwangi, Blitar, Bojonegara, Gresik, Jember, Jombang, Kalangan, Kediri, Lamongan, Madiun, Malang, Nganjuk, Pacitan, Pandaan, Pare, Ponorogo, Probolinggo, Sidoarjo, Sumenep, Surabaya, Trenggalek, Tuban

## Uji Validitas BMHI-12

### Correlations

|     |                     | MH1    | MH2    | MH3    | MH4    | MH5    | MH6    | MH7   | MH8     | MH9     |
|-----|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|---------|
| MH1 | Pearson Correlation | 1      | .556** | .348** | .288** | .275** | .450** | -.135 | -.288** | -.243*  |
|     | Sig. (2-tailed)     |        | .000   | .000   | .003   | .005   | .000   | .173  | .003    | .014    |
|     | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103   | 103     | 103     |
| MH2 | Pearson Correlation | .556** | 1      | .536** | .389** | .213*  | .531** | -.047 | -.326** | -.289** |
|     | Sig. (2-tailed)     | .000   |        | .000   | .000   | .031   | .000   | .634  | .001    | .003    |
|     | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103   | 103     | 103     |
| MH3 | Pearson Correlation | .348** | .536** | 1      | .515** | .380** | .311** | -.116 | -.452** | -.309** |
|     | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   |        | .000   | .000   | .001   | .245  | .000    | .001    |
|     | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103   | 103     | 103     |
| MH4 | Pearson Correlation | .288** | .389** | .515** | 1      | .455** | .474** | -.075 | -.100   | -.021   |
|     | Sig. (2-tailed)     | .003   | .000   | .000   |        | .000   | .000   | .450  | .317    | .836    |
|     | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103   | 103     | 103     |
| MH5 | Pearson Correlation | .275** | .213*  | .380** | .455** | 1      | .521** | -.167 | -.147   | -.122   |
|     | Sig. (2-tailed)     | .005   | .031   | .000   | .000   |        | .000   | .093  | .138    | .221    |
|     | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103   | 103     | 103     |
| MH6 | Pearson Correlation | .450** | .531** | .311** | .474** | .521** | 1      | -.037 | -.135   | -.059   |
|     | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   | .001   | .000   | .000   |        | .708  | .174    | .552    |

|      |                     |             |             |                  |             |        |             |        |        |        |
|------|---------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|--------|-------------|--------|--------|--------|
| N    |                     | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |
| MH7  | Pearson Correlation | -.135       | -.047       | -.116            | -.075       | -.167  | -.037       | 1      | .471** | .537** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .173        | .634        | .245             | .450        | .093   | .708        |        | .000   | .000   |
|      | N                   | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |
| MH8  | Pearson Correlation | -<br>.288** | -<br>.326** | -<br>.452**      | -.100       | -.147  | -.135       | .471** | 1      | .804** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .003        | .001        | .000             | .317        | .138   | .174        | .000   |        | .000   |
|      | N                   | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |
| MH9  | Pearson Correlation | -.243*      | -<br>.289** | -<br>.309**      | -.021       | -.122  | -.059       | .537** | .804** | 1      |
|      | Sig. (2-tailed)     | .014        | .003        | .001             | .836        | .221   | .552        | .000   | .000   |        |
|      | N                   | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |
| MH10 | Pearson Correlation | -.185       | -.229*      | -<br>.326**      | -.119       | -.205* | -.028       | .590** | .696** | .733** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .061        | .020        | .001             | .230        | .038   | .776        | .000   | .000   | .000   |
|      | N                   | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |
| MH11 | Pearson Correlation | -.159       | -<br>.260** | -<br>.363**      | -.074       | -.120  | -.072       | .536** | .671** | .618** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .110        | .008        | .000             | .459        | .228   | .471        | .000   | .000   | .000   |
|      | N                   | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |
| MH12 | Pearson Correlation | -<br>.317** | -<br>.324** | -.230*<br>.262** | -<br>.262** | -.141  | -<br>.318** | .506** | .562** | .608** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .001        | .001        | .019             | .007        | .156   | .001        | .000   | .000   | .000   |
|      | N                   | 103         | 103         | 103              | 103         | 103    | 103         | 103    | 103    | 103    |

|        |                     |       |       |      |        |        |        |        |        |        |
|--------|---------------------|-------|-------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| BMH IT | Pearson Correlation | .228* | .234* | .130 | .381** | .284** | .411** | .620** | .600** | .677** |
|        | Sig. (2-tailed)     | .020  | .017  | .191 | .000   | .004   | .000   | .000   | .000   | .000   |
|        | N                   | 103   | 103   | 103  | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    | 103    |

|     |                     | MH10    | MH11    | MH12    | BMHIT  |
|-----|---------------------|---------|---------|---------|--------|
| MH1 | Pearson Correlation | -.185   | -.159   | -.317** | .228*  |
|     | Sig. (2-tailed)     | .061    | .110    | .001    | .020   |
|     | N                   | 103     | 103     | 103     | 103    |
| MH2 | Pearson Correlation | -.229*  | -.260** | -.324** | .234*  |
|     | Sig. (2-tailed)     | .020    | .008    | .001    | .017   |
|     | N                   | 103     | 103     | 103     | 103    |
| MH3 | Pearson Correlation | -.326** | -.363** | -.230*  | .130   |
|     | Sig. (2-tailed)     | .001    | .000    | .019    | .191   |
|     | N                   | 103     | 103     | 103     | 103    |
| MH4 | Pearson Correlation | -.119   | -.074   | -.262** | .381** |
|     | Sig. (2-tailed)     | .230    | .459    | .007    | .000   |
|     | N                   | 103     | 103     | 103     | 103    |
| MH5 | Pearson Correlation | -.205*  | -.120   | -.141   | .284** |
|     | Sig. (2-tailed)     | .038    | .228    | .156    | .004   |
|     | N                   | 103     | 103     | 103     | 103    |
| MH6 | Pearson Correlation | -.028   | -.072   | -.318** | .411** |
|     | Sig. (2-tailed)     | .776    | .471    | .001    | .000   |
|     | N                   | 103     | 103     | 103     | 103    |
| MH7 | Pearson Correlation | .590**  | .536**  | .506**  | .620** |

|       |                     |        |        |        |        |
|-------|---------------------|--------|--------|--------|--------|
|       | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   | .000   | .000   |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |
| MH8   | Pearson Correlation | .696** | .671** | .562** | .600** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   | .000   | .000   |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |
| MH9   | Pearson Correlation | .733** | .618** | .608** | .677** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   | .000   | .000   |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |
| MH10  | Pearson Correlation | 1      | .670** | .629** | .667** |
|       | Sig. (2-tailed)     |        | .000   | .000   | .000   |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |
| MH11  | Pearson Correlation | .670** | 1      | .558** | .640** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000   |        | .000   | .000   |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |
| MH12  | Pearson Correlation | .629** | .558** | 1      | .490** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   |        | .000   |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |
| BMHIT | Pearson Correlation | .667** | .640** | .490** | 1      |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000   | .000   | .000   |        |
|       | N                   | 103    | 103    | 103    | 103    |

## Uji Validitas PSQ

### Correlations

|             |                        | PS<br>1R | PS<br>2 | PS<br>3 | PS<br>4 | PS<br>5R | PS<br>6 | PS<br>7R | PS<br>8 | PS<br>9R | PS<br>10 | PS<br>11 | PS<br>12<br>R | PS<br>13 | PS<br>14 | PS<br>15<br>R | PS<br>16 | PS<br>17<br>R |
|-------------|------------------------|----------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|----------|----------|---------------|----------|----------|---------------|----------|---------------|
| P<br>S<br>1 | Pearson<br>Correlation | 1        | .314*   | -.283*  | -.183   | .529*    | -.113   | .056     | -.262*  | .230*    | -.065    | -.340*   | .198*         | -.113    | -.080    | .399*         | -.232*   | .196*         |
|             | Sig. (2-tailed)        |          | .001    | .004    | .065    | .000     | .256    | .577     | .008    | .020     | .515     | .000     | .045          | .255     | .422     | .000          | .018     | .047          |
|             | N                      | 103      | 103     | 103     | 103     | 103      | 103     | 103      | 103     | 103      | 103      | 103      | 103           | 103      | 103      | 103           | 103      | 103           |
| P<br>S<br>2 | Pearson<br>Correlation | .314**   | 1       | -.021   | -.034   | .139     | -.131   | -.014    | -.093   | .220*    | -.143    | -.070    | .038          | -.106    | -.084    | .211*         | -.239*   | .101          |
|             | Sig. (2-tailed)        | .001     |         | .832    | .734    | .161     | .188    | .890     | .348    | .025     | .148     | .479     | .701          | .289     | .396     | .032          | .015     | .308          |
|             | N                      | 103      | 103     | 103     | 103     | 103      | 103     | 103      | 103     | 103      | 103      | 103      | 103           | 103      | 103      | 103           | 103      | 103           |
| P<br>S<br>3 | Pearson<br>Correlation | -.283**  | -.021   | 1       | .284*   | -.254*   | .270*   | -.197*   | .319*   | -.301*   | .084     | .349*    | -.222*        | .290*    | .036     | -.103         | .221*    | -.061         |
|             | Sig. (2-tailed)        | .004     | .832    |         | .004    | .010     | .006    | .001     | .002    | .397     | .000     | .000     | .024          | .003     | .719     | .298          | .025     | .540          |
|             | N                      | 103      | 103     | 103     | 103     | 103      | 103     | 103      | 103     | 103      | 103      | 103      | 103           | 103      | 103      | 103           | 103      | 103           |
| P<br>S<br>4 | Pearson<br>Correlation | -.183    | -.034   | .284*   | 1       | -.292*   | .118    | -.017    | .443*   | -.105    | .172     | .414*    | .056          | .283*    | .245*    | -.028         | .291*    | -.122         |
|             | Sig. (2-tailed)        |          |         |         |         |          |         |          |         |          |          |          |               |          |          |               |          |               |
|             | N                      |          |         |         |         |          |         |          |         |          |          |          |               |          |          |               |          |               |

|         |                     |         |       |        |        |       |        |        |       |       |       |        |       |       |       |       |       |       |
|---------|---------------------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|         | Sig. (2-tailed)     | .065    | .734  | .004   |        | .003  | .234   | .865   | .000  | .290  | .083  | .000   | .573  | .004  | .013  | .777  | .003  | .218  |
|         | N                   | 103     | 103   | 103    | 103    | 103   | 103    | 103    | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| P S 5 R | Pearson Correlation | .529**  | .139  | -.254* | -.292* | 1     | -.175  | .155   | -.173 | .317* | -.043 | -.091* | .158  | -.188 | -.142 | .358* | -.154 | .207* |
|         | Sig. (2-tailed)     | .000    | .161  | .010   | .003   |       | .077   | .118   | .081  | .001  | .666  | .000   | .112  | .057  | .153  | .000  | .119  | .036  |
|         | N                   | 103     | 103   | 103    | 103    | 103   | 103    | 103    | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| P S 6   | Pearson Correlation | -.113   | -.131 | .270*  | .118   | 1     | -.275  | -.253* | -.268 | -.130 | .220* | -.074  | .412* | .095  | -.156 | .169  | -.133 |       |
|         | Sig. (2-tailed)     | .256    | .188  | .006   | .234   | .077  | .020   | .010   | .090  | .189  | .025  | .457   | .000  | .338  | .117  | .089  | .179  |       |
|         | N                   | 103     | 103   | 103    | 103    | 103   | 103    | 103    | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| P S 7 R | Pearson Correlation | .056    | -.014 | -.097* | -.017  | .155  | -.228* | -.083  | .246* | .231* | -.060 | .288*  | .014  | .149  | .043  | .088  | .067  |       |
|         | Sig. (2-tailed)     | .577    | .890  | .046   | .865   | .118  | .020   | .405   | .012  | .019  | .550  | .003   | .892  | .133  | .663  | .378  | .504  |       |
|         | N                   | 103     | 103   | 103    | 103    | 103   | 103    | 103    | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| P S 8   | Pearson Correlation | -.262** | -.093 | .319*  | .443*  | -.173 | .253*  | -.083  | 1     | .036  | .024  | .391*  | -.095 | .243* | .274* | .050  | .159  | -.113 |
|         | Sig. (2-tailed)     | .008    | .348  | .001   | .000   | .081  | .010   | .405   |       | .719  | .806  | .000   | .342  | .013  | .005  | .617  | .109  | .254  |



|                     |         |       |        |       |        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N                   | 103     | 103   | 103    | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| Pearson Correlation | .230*   | .220* | -.301* | -.105 | .317*  | -.168 | .246* | .036  | 1     | -.128 | -.078 | .197* | -.064 | -.017 | .198* | .060  | .083  |
| Sig. (2-tailed)     | .020    | .025  | .002   | .290  | .001   | .090  | .012  | .719  |       | .198  | .435  | .046  | .523  | .861  | .045  | .550  | .404  |
| N                   | 103     | 103   | 103    | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| Pearson Correlation | -.065   | -.143 | .084   | .172  | -.043  | .130  | .231* | .024  | -.128 | 1     | .141  | .140  | .245* | .021  | -.117 | .163  | -.097 |
| Sig. (2-tailed)     | .515    | .148  | .397   | .083  | .666   | .189  | .019  | .806  | .198  |       | .156  | .160  | .013  | .837  | .237  | .100  | .330  |
| N                   | 103     | 103   | 103    | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| Pearson Correlation | -.340** | -.070 | .349*  | .414* | -.391* | .220* | -.060 | .391* | -.078 | .141  | 1     | .037  | .219* | .077  | -.053 | .275* | -.126 |
| Sig. (2-tailed)     | .000    | .479  | .000   | .000  | .000   | .025  | .550  | .000  | .435  | .156  |       | .713  | .026  | .438  | .598  | .005  | .204  |
| N                   | 103     | 103   | 103    | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| Pearson Correlation | .198*   | .038  | -.022* | .056  | .158   | -.074 | .288* | -.095 | .197* | .140  | .037  | 1     | .024  | .118  | .105  | .033  | .237* |
| Sig. (2-tailed)     | .045    | .701  | .024   | .573  | .112   | .457  | .003  | .342  | .046  | .160  | .713  |       | .806  | .234  | .289  | .744  | .016  |
| N                   | 103     | 103   | 103    | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |

|              |                        |                 |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |      |
|--------------|------------------------|-----------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|------|
| P<br>S<br>13 | Pearson<br>Correlation | -               | -     | .2   | .2   | -    | .4   | .0   | .2   | -    | .2   | .2   | .0   | 1    | .2   | -     | .3    | -    |
|              |                        | .113            | .106  | .90* | .83* | .188 | .12* | .14  | .43* | .064 | .45* | .19* | .24  |      | .93* | .029  | .37*  | .001 |
|              |                        | Sig. (2-tailed) | .255  | .289 | .003 | .004 | .057 | .000 | .892 | .013 | .523 | .013 | .026 | .806 | .003 | .775  | .001  | .993 |
|              |                        | N               | 103   | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  |
| P<br>S<br>14 | Pearson<br>Correlation | -               | -     | .0   | .2   | -    | .0   | .1   | .2   | -    | .0   | .0   | .11  | .2   | 1    | -     | .2    | .04  |
|              |                        | .080            | .084  | .36  | .45* | .142 | .95  | .49  | .74* | .017 | .21  | .77  | .8   | .93* |      | .097  | .39*  | .3   |
|              |                        | Sig. (2-tailed) | .422  | .396 | .719 | .013 | .153 | .338 | .105 | .861 | .837 | .438 | .234 | .003 |      | .332  | .015  | .668 |
|              |                        | N               | 103   | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  |
| P<br>S<br>15 | Pearson<br>Correlation | .399**          | .211* | -    | -    | .3   | -    | .0   | .0   | .1   | -    | -    | .1   | -    | -    | 1     | -     | .43  |
|              |                        |                 |       | .103 | .028 | .58* | .156 | .43  | .50  | .98* | .117 | .053 | .005 | .029 | .097 |       | .358* | .2** |
|              |                        | Sig. (2-tailed) | .000  | .032 | .298 | .777 | .000 | .117 | .663 | .617 | .045 | .237 | .598 | .289 | .775 | .332  | .000  | .000 |
|              |                        | N               | 103   | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  |
| P<br>S<br>16 | Pearson<br>Correlation | -               | -     | .2   | .2   | -    | .1   | .0   | .1   | .0   | .1   | .2   | .0   | .3   | .2   | -     | 1     | -    |
|              |                        | .232*           | .239* | .21* | .91* | .154 | .69  | .88  | .59  | .60  | .63  | .75* | .33  | .37* | .39* | .358* |       | .173 |
|              |                        | Sig. (2-tailed) | .018  | .015 | .025 | .003 | .119 | .089 | .378 | .109 | .500 | .100 | .005 | .744 | .001 | .015  | .000  | .080 |
|              |                        | N               | 103   | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  |
| P<br>S<br>17 | Pearson<br>Correlation | .196*           | .101  | -    | -    | .2   | -    | .0   | -    | .0   | -    | -    | .2   | -    | .0   | .4    | -     | 1    |
|              |                        |                 |       | .061 | .122 | .07* | .133 | .67  | .113 | .83  | .097 | .126 | .37* | .001 | .43  | .32*  | .173  |      |
|              |                        | Sig. (2-tailed) |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |      |
|              |                        | N               | 103   | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  |

|            |                 |         |       |       |       |        |       |       |       |       |       |       |      |       |       |        |       |         |
|------------|-----------------|---------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|--------|-------|---------|
|            | Sig. (2-tailed) | .047    | .308  | .540  | .218  | .036   | .179  | .504  | .254  | .404  | .330  | .204  | .016 | .993  | .668  | .000   | .080  |         |
|            | N               | 103     | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103  | 103   | 103   | 103    | 103   | 103     |
| Pearson 18 | Correlation     | -.215*  | -.191 | .365* | .297* | -.351* | .169  | -.042 | .216* | -.032 | .174  | .462* | .052 | .257* | .235* | -.398* | .627* | -.327** |
|            | Sig. (2-tailed) | .029    | .053  | .000  | .002  | .000   | .088  | .672  | .028  | .750  | .080  | .000  | .600 | .009  | .017  | .000   | .000  | .001    |
|            | N               | 103     | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103  | 103   | 103   | 103    | 103   | 103     |
| Pearson 19 | Correlation     | .145    | -.058 | -.002 | .086  | .018   | .140  | .114  | .109  | .090  | -.042 | .122  | .127 | .166  | .321* | .106   | -.042 | .059    |
|            | Sig. (2-tailed) | .145    | .560  | .982  | .389  | .854   | .159  | .251  | .272  | .366  | .674  | .221  | .201 | .094  | .001  | .287   | .676  | .551    |
|            | N               | 103     | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103  | 103   | 103   | 103    | 103   | 103     |
| Pearson 20 | Correlation     | .261**  | .001  | -.080 | .065  | .393*  | -.075 | .074  | -.009 | .449* | -.024 | -.020 | .164 | -.107 | -.022 | .334*  | -.141 | .349**  |
|            | Sig. (2-tailed) | .008    | .990  | .423  | .516  | .000   | .453  | .460  | .924  | .000  | .811  | .228  | .098 | .282  | .824  | .001   | .155  | .000    |
|            | N               | 103     | 103   | 103   | 103   | 103    | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103  | 103   | 103   | 103    | 103   | 103     |
| Pearson 21 | Correlation     | -.283** | -.160 | .381* | .258* | -.399* | .111  | -.014 | .243* | -.082 | .200* | .393* | .072 | .308* | .264* | -.121  | .291* | -.088   |
|            | Sig. (2-tailed) | .004    | .107  | .000  | .009  | .000   | .266  | .891  | .013  | .411  | .042  | .000  | .470 | .002  | .007  | .225   | .003  | .379    |

|                     |  |      |      |       |       |      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------|--|------|------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| N                   |  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |
| Pearson Correlation |  | .149 | .124 | .317* | .478* | .072 | .312* | .281* | .422* | .284* | .357* | .401* | .368* | .538* | .452* | .220* | .360* | .198* |
| Sig. (2-tailed)     |  | .132 | .211 | .001  | .000  | .470 | .001  | .004  | .000  | .004  | .000  | .000  | .000  | .000  | .000  | .260  | .000  | .045  |
| N                   |  | 103  | 103  | 103   | 103   | 103  | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   | 103   |

### Correlations

|      |                     | PS18    | PS19  | PS20R  | PS21    | PSQT   |
|------|---------------------|---------|-------|--------|---------|--------|
| PS1R | Pearson Correlation | -.215*  | .145  | .261** | -.283** | .149   |
|      | Sig. (2-tailed)     | .029    | .145  | .008   | .004    | .132   |
|      | N                   | 103     | 103   | 103    | 103     | 103    |
| PS2  | Pearson Correlation | -.191   | -.058 | .001   | -.160   | .124   |
|      | Sig. (2-tailed)     | .053    | .560  | .990   | .107    | .211   |
|      | N                   | 103     | 103   | 103    | 103     | 103    |
| PS3  | Pearson Correlation | .365**  | -.002 | -.080  | .381**  | .317** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .000    | .982  | .423   | .000    | .001   |
|      | N                   | 103     | 103   | 103    | 103     | 103    |
| PS4  | Pearson Correlation | .297**  | .086  | .065   | .258**  | .478** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .002    | .389  | .516   | .009    | .000   |
|      | N                   | 103     | 103   | 103    | 103     | 103    |
| PS5R | Pearson Correlation | -.351** | .018  | .393** | -.399** | .072   |
|      | Sig. (2-tailed)     | .000    | .854  | .000   | .000    | .470   |
|      | N                   | 103     | 103   | 103    | 103     | 103    |
| PS6  | Pearson Correlation | .169    | .140  | -.075  | .111    | .312** |
|      | Sig. (2-tailed)     | .088    | .159  | .453   | .266    | .001   |

|       |                     |         |        |        |        |        |
|-------|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS7R  | Pearson Correlation | -.042   | .114   | .074   | -.014  | .281** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .672    | .251   | .460   | .891   | .004   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS8   | Pearson Correlation | .216*   | .109   | -.009  | .243*  | .422** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .028    | .272   | .924   | .013   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS9R  | Pearson Correlation | -.032   | .090   | .449** | -.082  | .284** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .750    | .366   | .000   | .411   | .004   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS10  | Pearson Correlation | .174    | -.042  | -.024  | .200*  | .357** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .080    | .674   | .811   | .042   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS11  | Pearson Correlation | .462**  | .122   | -.120  | .393** | .401** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000    | .221   | .228   | .000   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS12R | Pearson Correlation | .052    | .127   | .164   | .072   | .368** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .600    | .201   | .098   | .470   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS13  | Pearson Correlation | .257**  | .166   | -.107  | .308** | .538** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .009    | .094   | .282   | .002   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS14  | Pearson Correlation | .235*   | .321** | -.022  | .264** | .452** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .017    | .001   | .824   | .007   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS15R | Pearson Correlation | -.398** | .106   | .334** | -.121  | .220*  |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000    | .287   | .001   | .225   | .026   |

|       |                     |         |        |        |        |        |
|-------|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS16  | Pearson Correlation | .627**  | -.042  | -.141  | .291** | .360** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000    | .676   | .155   | .003   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS17R | Pearson Correlation | -.327** | .059   | .349** | -.088  | .198*  |
|       | Sig. (2-tailed)     | .001    | .551   | .000   | .379   | .045   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS18  | Pearson Correlation | 1       | .090   | -.210* | .464** | .371** |
|       | Sig. (2-tailed)     |         | .365   | .033   | .000   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS19  | Pearson Correlation | .090    | 1      | .148   | .078   | .423** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .365    |        | .135   | .431   | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS20R | Pearson Correlation | -.210*  | .148   | 1      | -.160  | .295** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .033    | .135   |        | .108   | .003   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PS21  | Pearson Correlation | .464**  | .078   | -.160  | 1      | .393** |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000    | .431   | .108   |        | .000   |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |
| PSQT  | Pearson Correlation | .371**  | .423** | .295** | .393** | 1      |
|       | Sig. (2-tailed)     | .000    | .000   | .003   | .000   |        |
|       | N                   | 103     | 103    | 103    | 103    | 103    |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).