

KARYA TULIS ILMIAH
TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN TUBERKULOSIS DI WILAYAH
NARMADA KABUPATEN LOMBOK BARAT PERIODE MEI 2019.



OLEH:

WISNU MAULANA

51502A0061

PROGRAM STUDI DIII FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
2019

LEMBAR PERSETUJUAN
TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN TUBERKULOSIS DI WILAYAH
NARMADA PERIODE MEI 2019.

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan oleh:

WISNU MAULANA

NIM: 51502A0061

Mataram, 24 Juli 2019

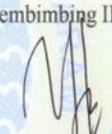
Telah Dipertahankan di depan penguji

Dan dinyatakan memenuhi syarat,

Pembimbing I

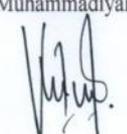

(Nur Furqan, M. Farm., Apt)
NIDN : 0814118801

Pembimbing II


(Yuli Fitriana, M. Farm., Apt)
NIDN: -

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Farmasi
Universitas Muhammadiyah Mataram


(Baiq Leny Nopitasari, M.Farm.,Apt)
NIDN. 0807119001

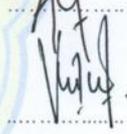
HALAMAN PENGESAHAN
TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN TUBERKULOSIS DI WILAYAH
NARMADA PERIODE MEI 2019.

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh :

WISNU MAULANA
NIM: 51502A0061

Telah Dipertahankan di Depan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Farmasi pada Program Studi DIII Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji :	Tanda Tangan
1. Ketua Tim Penguji : <u>(Nur Furqani, M. Farm., Apt)</u>	
2. Penguji I : <u>Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt</u>	
3. Penguji II : <u>Yuli Fitriana, M. Farm., Apt</u>	

Mengesahkan
Universitas Muhammadiyah Mataram
Fakultas Ilmu Kesehatan

Dekan,



(Nurul Qiyaam, M.Farm.Klin., Apt)
NIDN.0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wisnu Maulana
NIM : 51502A0061
Program Studi : DIII-Farmasi
Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mataram, 6 September 2019
Yang membuat pernyataan



Wisnu Maulana
51502A0061

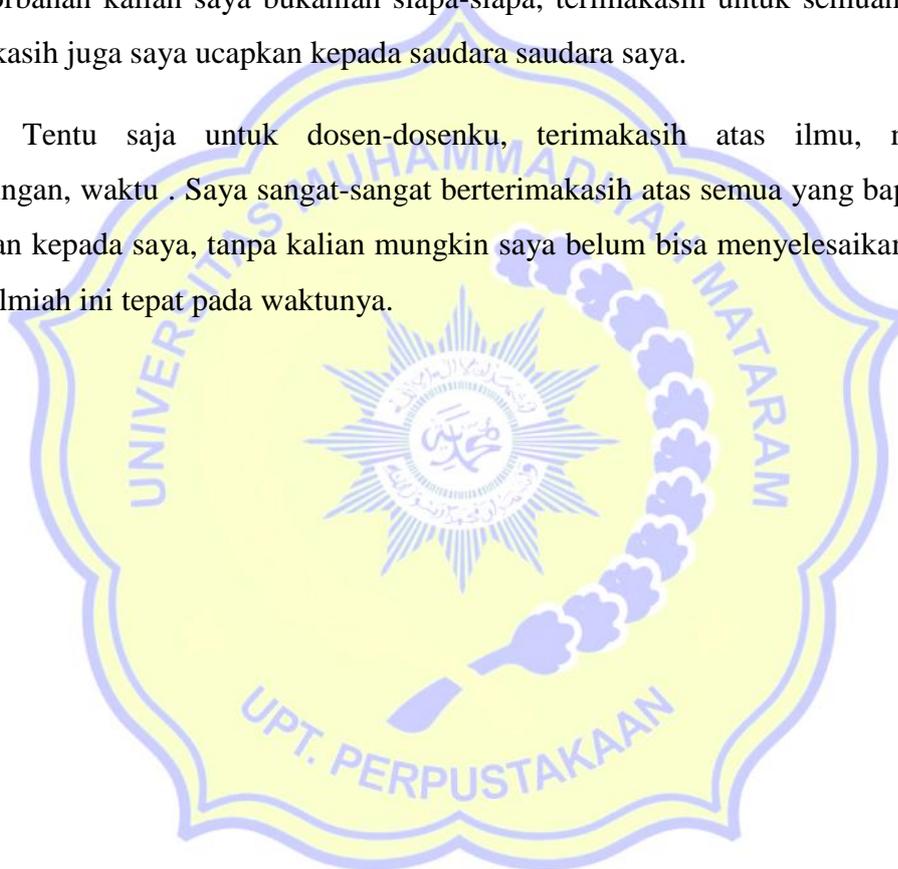


HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan kepada Allah SWT atas berkat rahmat akan hidayahmu karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Kepada ke 2 orang tua saya Nursimah dan Sumiati, terimakasih telah memberikan banyak doa dan pengorbanan yang tiada hentinya, tanpa pengorbanan kalian saya bukanlah siapa-siapa, terimakasih untuk semuanya dan terimakasih juga saya ucapkan kepada saudara saudara saya.

Tentu saja untuk dosen-dosenku, terimakasih atas ilmu, nasihat, bimbingan, waktu . Saya sangat-sangat berterimakasih atas semua yang bapak/ibu berikan kepada saya, tanpa kalian mungkin saya belum bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya.



TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN TUBERKULOSIS DI WILAYAH NARMADA PERIODE MEI 2019.

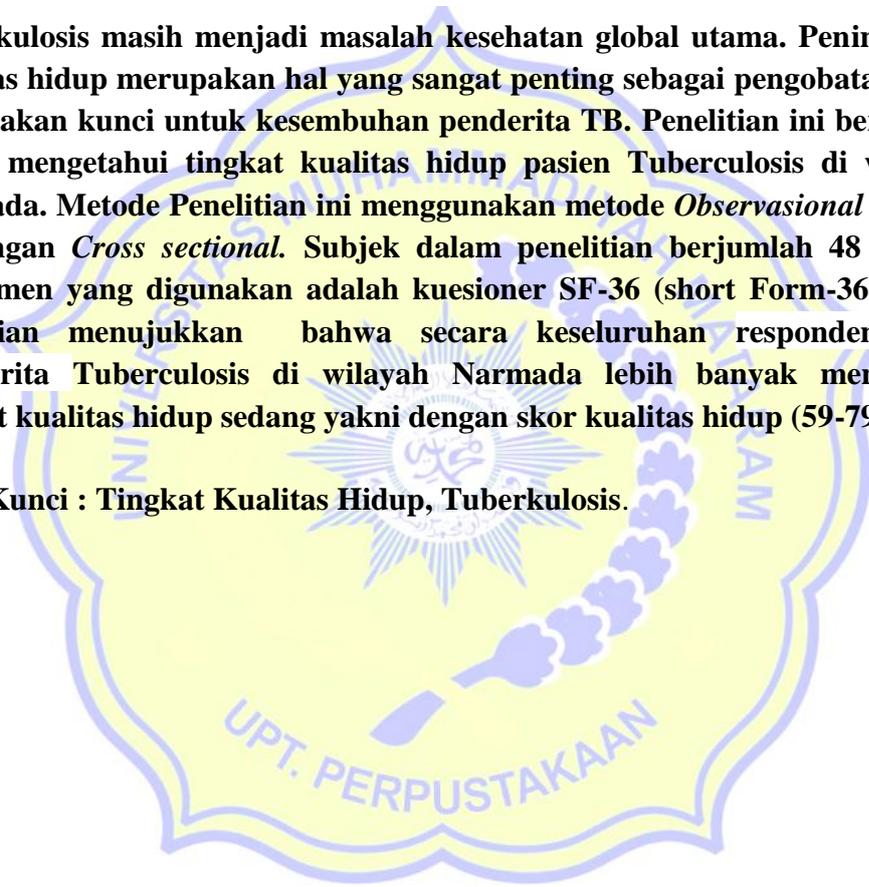
Wisnu Maulana¹, Nur Furqani², Yuli Fitriana³, 2019

Diploma III Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram
wisnumaulana@gmail.com

ABSTRAK

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan global utama. Peningkatan kualitas hidup merupakan hal yang sangat penting sebagai pengobatan serta merupakan kunci untuk kesembuhan penderita TB. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien Tuberculosis di wilayah Narmada. Metode Penelitian ini menggunakan metode *Observasional* dengan rancangan *Cross sectional*. Subjek dalam penelitian berjumlah 48 pasien. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner SF-36 (short Form-36). Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan responden yang menderita Tuberculosis di wilayah Narmada lebih banyak mengalami tingkat kualitas hidup sedang yakni dengan skor kualitas hidup (59-79).

Kata Kunci : Tingkat Kualitas Hidup, Tuberkulosis.



THE LEVEL OF QUALITY OF LIFE OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN THE REGION OF NARMADA IN THE MAY 2019 PERIOD

Wisnu Maulana¹, Nur Furqani², Yuli Fitriana³, 2019
Diploma III Pharmacy
Faculty of health science University Muhammadiyah Mataram
wisnumaulana@gmail.com

ABSTRACT

Tuberculosis is still a major global health problem. Improving the quality of life is very important as a treatment and the key to heal TB patients. This study aims to determine the level of quality of life for Tuberculosis patients in the Narmada. This research method used the Observational method with a cross sectional design. The subjects of the study were 48 patients. The instrument used was the SF-36 questionnaire (short Form-36). The results show that overall respondents who suffer from tuberculosis in Narmada experience a medium quality level of life in the range of their life quality is about (59-79).

Keywords: Quality of Life, Tuberculosis

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat atau karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah berjudul Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Dengan Pemberian Pesan Singkat Peningkat Waktu Minum Obat Di Puskesmas Narmada Periode Mei 2019. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Ucapan terima kasih penulis berikan kepada :

1. Nurul Qiyam, M.Farm.Klin., Apt, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
2. Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt, Sebagai Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Ana Pujiati H, M.Keb sebagai Wakil Dekan II Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
4. Baiq Leny Nopitasari, M. Farm., Apt, Sebagai Ketua Program Studi D3 Farmasi Universitas Muhammadiyah Mataram.
5. Nur Furqani, M. Farm., Apt, selaku pembimbing 1 penyusunan laporan penelitian yang dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarahkan penulis mulai dari perencanaan penulisan sampai dengan penyelesaian hasil penelitian ini.
6. Yuli Fitriana, M. Farm., Apt, selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, masukan , dorongan dan sarannya kepada penulis

7. Dosen-dosen pengajar di Program Studi D3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan bimbingan kepada penulis.
8. Orang tua penulis, Nursimah dan Sumiati yang senantiasa mendukung dengan sepenuh hati baik itu dukungan moral dan material sehingga penelitian ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
9. Teman-teman farmasi yang telah memberikan banyak dukungan dan bantuan dalam menyusun hasil penelitian ini.

Hanya Allah SWT yang mampu memberikan balasan kepada orang-orang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan laporan hasil penelitian ini. Penulis menyadari bahwa laporan hasil penelitian ini masih jauh dari kata sempurna baik itu dari segi penulisan maupun penyajian materi. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk lebih menyempurnakan penulisan laporan hasil penelitian ini. Akhir kata penulis berharap semoga apa yang telah penulis kemukakan ini akan berguna bagi penulis maupun bagi pembaca umumnya.

Mataram, 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PERSEMBAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.5 Keaslian Penelitian	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 TBC (Tuberkulosis)	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi TBC	6
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Klarifikasi	9
2.1.5 Faktor Resiko	12
2.1.6 Manifestasi Klinis	15
2.1.7 Diagnosis Tuberkulosis	16
2.1.8 Pengobatan	18
2.1.9 Pencegahan	19

2.2 Kualitas Hidup.....	20
2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup.....	20
2.2.2 Hubungan TBC dengan kualitas hidup.....	21
2.2.3 Kuesioner <i>Short Form-36</i>	22
2.2.4 Domain Kualitas Hidup	23
2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	24
2.2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien TBC ..	25
BAB III. METODE PENELITIAN	29
3.1 Desain Penelitian	29
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	29
3.3 Jenis dan Sumber Data	29
3.4 Populasi dan Sample Penelitian.....	30
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	30
3.6 Variable Penelitian	31
3.7. Instrumen Penelitian.....	31
3.8. Definisi Operasional Penelitian.....	31
3.9 Metode Pengumpulan Data	32
3.10 Metode Analisis Data	32
3.11 Skema Penelitian	33
BAB IV. Hasil dan Pembahasan.....	34
4.1 Karakteristik Responden	35
4.1.1 Jenis Kelamin.....	35
4.2 Kualitas Hidup.....	37
4.3 Keterbatasan Penelitian	40
BAB V. Kesimpulan dan saran.....	42
5.1 Kesimpulan.....	42
5.2 Saran	42
5.2.1 Bagi Peneliti.....	42
5.2.2 Bagi Instansi.....	42
Daftar Pustaka.....	43
Lampiran	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Skema Penelitian.....	33
---------------------------------	----



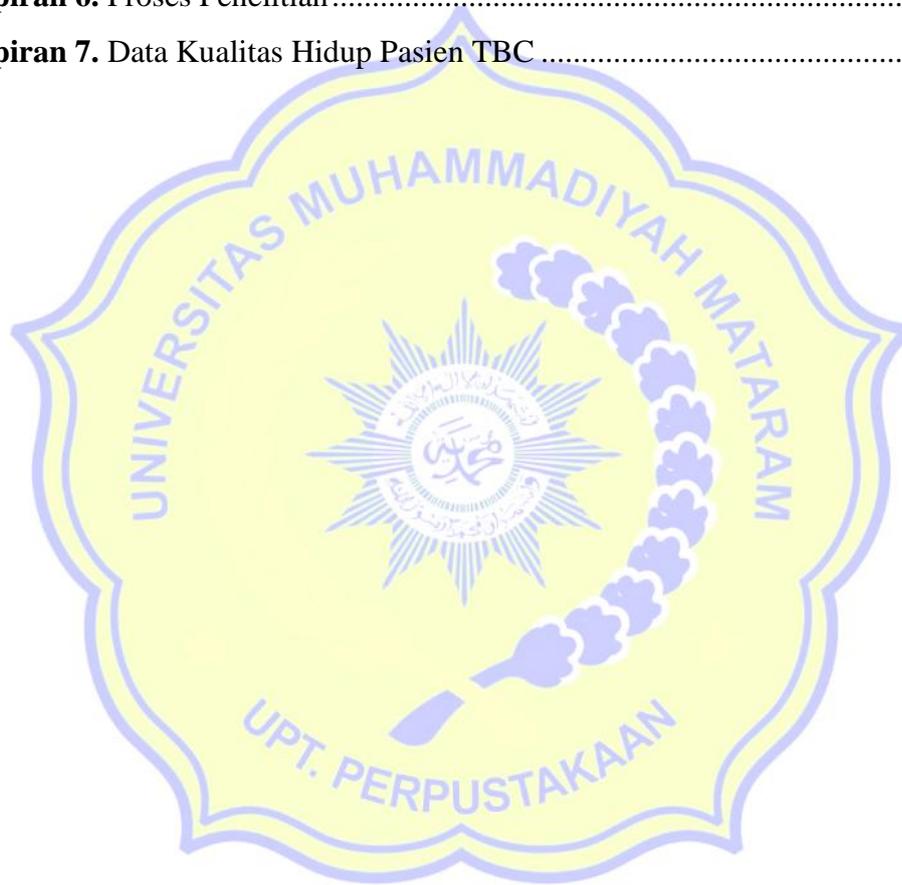
DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	35
Tabel 4.2. Nilai Kualitas Hidup Responden.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian dari Kampus ke BAPEDA	47
Lampiran 2. Surat izin Penelitian dari Bapeda.....	48
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Penelitian Pasien TBC	49
Lampiran 4. Kuesioner Kualitas Hidup SF-36.....	51
Lampiran 5. SKOR DARI KUESIONER SF-36	54
Lampiran 6. Proses Penelitian.....	56
Lampiran 7. Data Kualitas Hidup Pasien TBC	58



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan global utama. Angka kematian akibat tuberkulosis tidak dapat diterima, mengingat sebagian besar penularannya dapat dicegah. Hampir 20 tahun setelah WHO mendeklarasikan TB paru sebagai *global public health emergency*, kemajuan pesat telah dibuat dengan penetapan target global Stop TB pada tahun 2015 dalam konteks Millenium Development Goals (MDGs) atau pembangunan millenium. (Depkes RI, 2016)

Penyakit Tuberkulosis tidak bisa dianggap sebagai hal yang ringan. *World Health Organization* (2017), mencatat sebanyak 10,4 juta kasus baru TB pada tahun 2015. Sejumlah kasus tersebut terdiri dari 5,9 juta laki-laki, 3,5 juta perempuan dan 1,0 juta anak. Sekitar 1,2 juta penderita HIV yang terjangkit TB. Laporan global kematian akibat TB pada tahun 2015 sekitar 1,4 juta jiwa dan jumlah kematian penderita HIV dengan TB sekitar 0,4 juta jiwa. Rata-rata kematian telah menurun sebanyak 22% sejak tahun 2000 sampai tahun 2015. Tahun 2017 lalu, dalam *Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals* WHO kembali merilis bahwa Indonesia menempati ranking ke-2 setelah India dengan angka 10% dari total global kasus TB. Menurut Profil Kesehatan Nasional tahun 2017 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus di tahun 2016, meningkat bila dibandingkan kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2015 yang

sebesar 330.729 kasus. Jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan yaitu 1,4 kali dibandingkan pada perempuan.

Menurut data (Riset Kesehatan Dasar) RISKESDAS 2018 untuk kasus TBC paru paru di provinsi Nusa Tenggara Barat adalah sebesar 0,4 % sedangkan data yang diperoleh dari data capaian kasus TB Dinkes Kabupaten Lombok Barat Tahun 2018 untuk kasus TB Paru di wilayah Narmada mencapai 48 orang yang positif terkena TB (Dinkes LOBAR, 2018).

Lamanya proses penyembuhan tuberkulosis yang membutuhkan waktu minimal 6 bulan dapat menimbulkan perubahan pada status kesehatan pasien. Perubahan secara fisik dan psikologis dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien Tuberculosis (Yunikawati, 2013). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putri (2015) pasien TB yang menjalani pengobatan baik patuh maupun tidak patuh dapat mengalami penurunan berbagai fungsi fisik, sosial, psikologi, maupun lingkungan yang akan berdampak pada penurunan kualitas hidup. Selain aspek pengobatan yang di tekankan dalam program-program management penanganan TB, aspek sosial, psikologi dan lingkungan juga harus diadakan pengembangan sehingga kualitas hidup pasien TB dapat ditingkatkan. Peningkatan kualitas hidup merupakan hal yang sangat penting sebagai pengobatan serta merupakan kunci untuk kesembuhan penderita TB. Orang dengan penyakit kronis dapat bertahan hidup lama walaupun dengan membawa beban penyakit menahun atau kecacatan, sehingga kualitas hidup harus mendapat perhatian dari pelayanan kesehatan (Yunikawati, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang tingkat kualitas hidup pasien Tuberkulosis yang akan dilakukan di Wilayah Narmada.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah tingkat kualitas hidup pasien Tuberkulosis di Wilayah Narmada Provinsi Nusa Tenggara Barat ?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien Tuberculosis (TBC) di Wilayah Narmada

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi Pasien

Sebagai tambahan informasi dan edukasi bagi masyarakat tentang kualitas hidup pasien yang baik terhadap TBC.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan media belajar dalam rangka menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh serta mendapatkan pengalaman dan gambaran tentang pengukuran kualitas hidup pasien Tuberkulosis dengan Pemberian Pesan Singkat Pengingat Waktu Minum Obat.

c. Bagi Lembaga Terkait

Peneliti ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada Lembaga Terkait (Puskesmas Narmada dan Suranadi) sehingga bisa lebih aktif meningkatkan kualitas pelayanan dalam menindaklanjuti kasus TBC.

d. Bagi Masyarakat

Peneliti berharap dengan dilakukannya penelitian ini dapat bermanfaat kepada masyarakat sehingga masyarakat paham akan penyakit TBC, dan tahu cara mencegah atau menghindari penyakit TBC sehingga masyarakat yang terjangkit penyakit TBC sadar akan pentingnya meminum obat dengan rutin.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh Setyoadi dkk (2013) dengan judul “Hubungan Peran Kader Kesehatan Dengan Tingkat Kualitas Hidup Lanjut Usia”. Penelitian yang dilakukan Setyoadi dkk ini menggunakan desain penelitian deskriptif kolerasi dengan pendekatan cross sectional dan hipotesis komperatif yang menggunakan Uji Korelasi Spearman. Variabel Independen yang diteliti yaitu peran kader kesehatan dan variabel dependen yang diteliti yaitu tingkat kualitas hidup lansia. Perbedaan penelitian yang akan dilakukan dengan penelitian Setyoadi dkk adalah Sample penelitian. Sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah penderita Tuberkulosis sedangkan dalam penelitian setyoadi sample yang digunakan adalah Lansia. Teknik pengambilan data menggunakan *Accidental Sampling* sedangkan penelitian yang dilakukan Setyoadi menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Selain itu, perbedaan dalam penelitian ini adalah analisis bivariat yang digunakan adalah *Chi Square*.

Penelitian yang dilakukan oleh Hastuti dkk (2014) dengan judul “Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Kesehatan Kerja Masyarakat Provinsi Jawa Barat Tahun 2014”. Jenis penelitian yang dilakukan oleh Hastuti dkk ini adalah

deskriptif korelasi menggunakan pendekatan cross sectional dan analisa yang digunakan univariat dengan tabel distribusi frekuensi dan bivariat dengan uji Chi-Square. Perbedaan penelitian yang akan dilakukan dengan penelitian Hastuti adalah variabel independen dalam penelitian ini peran kader *TB Care* sedangkan variabel independen yang diteliti oleh Hastuti dkk yaitu Dukungan Keluarga. Selain itu perbedaan yang dilakukan dalam teknik sampling, Hastuti dkk menggunakan *teknik purposive sampling* sedangkan penelitian yang akan dilakukan ini menggunakan teknik *Accidental Sampling*.

Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2015) yang berjudul “Kualitas Hidup Pada Pasien Tuberkulosis Paru Berdasarkan Aspek Kepatuhan Terhadap Pengobatan Di Puskesmas Padasuka Kota Bandung”. Penelitian yang dilakukan oleh Putri merupakan penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan waktu *cross sectional* dan analisis statistik yang menggunakan *cross tabulation data*. Yang menjadi perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah variabel independen yang digunakan. Variabel independen dalam penelitian Putri adalah kepatuhan terhadap pengobatan sedangkan variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah peran kader *TB Care*. Selain itu dalam pengambilan sampel yang digunakan oleh Putri adalah total sampling sedangkan penelitian ini menggunakan teknik *Accidental Sampling*. Analisis data yang digunakan pun berbeda, dalam penelitian ini menggunakan analisis bivariat dengan *Chi Square*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 TBC (Tuberkulosis)

2.1.1 Definisi

Tuberculosis adalah merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang bagian organ terutama paru – paru. Penyakit ini apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya bahkan kematian. Penyakit tuberculosis wajib dilaporkan kepada fasilitas kesehatan. (Depkes RI, 2016) Tuberkulosis paru (TB) adalah suatu penyakit infeksi kronik yang sudah sangat lama menyerang manusia. Penyakit ini dihubungkan dengan tempat tinggal daerah urban dan lingkungan yang padat, (Sudoyo dkk, 2007, hal.296). Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menyebar melalui paru – paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (Notoatmojo, 2011, hal.152).

2.1.2 Etiologi TBC

Penyebab dari penyakit Tuberculosis adalah oleh terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang sebagian besar (80%) menyerang paru-paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk basil gram positif, berbentuk batang, dinding selnya mengandung kompleks lipida-

glikopida serta lilin (wax) yang sulit di tembus zat kimia. (DAPKES RI, 2005).

Micobacterium tuberculosis yang merupakan kuman berbentuk batang dengan ukuran sampai 4 mycron dan bersifat anaerob. Sifat ini yang menunjukkan kuman lebih menyenangi jaringan yang tinggi kandungan oksigennya, sehingga paru-paru merupakan tempat prediksi penyakit tuberculosis. Kuman ini juga terdiri dari asal lemak (lipid) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Penyebaran mycobacterium tuberculosis yaitu melalui droplet nukles, kemudian dihirup oleh manusia dan menginfeksi (Depkes RI, 2002).

2.1.3 Patofisiologi

Ketika seorang pengindap TB paru aktif batuk, nersin, menyanyi, atau meludah, -orang ini dapat mengurangi titik-titik air liur kecil (*droplest*) keudara bebas. *Droplest* yang berisi *Mycobacterium tuberculosis* ini, apabila terhinhalasi orang lain akan masuk sampai di antara terminal alveoli paru. Organisme kemudian akan tumbuh dan berkembang biak dalam waktu 2-12 minggu sampai jumlahnya mencapai 1000-10.000. Jumlah tersebut akan cukup untuk mengeluarkan respon imun seluler yang mampu di deteksi melalui reaksi terhadap tes tuberculin. Namun, tubuh tidak tinggal diam, dan akan mengirimkan pertahan berupa sel-sel makrofag yang memakan kuman-kuman TB ini. Selanjutnya, kemampuan basil tahan asam ini untuk bertahan dan berproliferasi dalam sel-sel makrofak paru

menjadikan organisme ini mampu untuk menginfeksi parenkim, nodus-nodus limfatikus lokal, trakea, bronkus (*intrapulmonary TB*), dan menyebar ke luar jaringan paru (*ekstrapulmonary TB*). Organ di luar jaringan paru yang dapat di infeksi oleh *mycobacterium tuberculosis* diantaranya adalah sum-sum tulang belakang, hepar linpa, ginjal, tulang, dan otak. Penyebaran ini biasanya melalui rute hematogen.

Apabila terjadi ketrlibatan multi organ, maka TB paru akan memerlukan pengobatan yang lebih lama, hal ini biasanya sebagai konsekuensi terhadap ketidak patuhan penderita terhadap tata laksana pengobatan TB, atau keterlambatan diagnosis. Infeksi TB Primer Bila tubuh inang tidak mampu untuk menahan infeksi awal, penderita akan mengalami infeksi TB primer yang progresif. Eksudat berupa purulent disertai sejumlah besar basil tahan asam yang dapat di temukan dalam sputum dan jaringan paru. Granuloma subserosa dapat ruptur dan masuk ke dalam ruang plauera atau priordia, dan menimbulkan inflamasi ataupun efusi serosa. Keadaan ini menjadikan penatalaksanaan TB sangat sulit karena kemungkinan rekurensi penyakit setelah infeksi primer teratasi tetap tinggi. [3-5] (oleh dr. Riawati Jahja.

Sedangkan menurut Sylvia Anderson prince dan Lorraine McCarty Wilson pada buku 2 edisi 4 nya yang berjudul *Patofisiologi Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit*. Menjelaskan bahwa tempat masuk kuman *mycobacterium* adalah saluran pernafasan, infeksi tuberculosis terjadi melalui (*airborn*) yaitu melalui instalasi *droplet*

yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Basil *tuberkel* yang mempunyai permukaan *alveolis* biasanya diinstalasi sebagai suatu basil yang cenderung bertahan di saluran hidung atau cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit.

Setelah berada dalam ruangan alveolus biasanya di bagian lobus atau paru – paru atau bagian atas lobus bawah basil *tuberkel* ini membangkitkan reaksi peradangan, *leukosit polimortonuklear* pada tempat tersebut dan memfagosit namun tidak membunuh organisme tersebut. Setelah hari – hari pertama masa leukosit diganti oleh makrofag. *Alveoli* yang terserang akan mengalami konklidasi dan timbul gejala *pneumonia* akut. *Pneumonia* seluler ini dapat sembuh dengan sendiri, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat juga berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak dalam sel basal juga menyebar melalui gertasi bening reginal. (price & Wilson, 2005 : 852).

2.1.4 Klarifikasi

2.1.4.1 Berdasarkan hasil pemeriksaan sputum (BTA), TB paru diklasifikasikan menjadi beberapa, yaitu (Konsensus TB, 2006):

1) TB Paru BTA (+)

a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif.

- b. Hasil pemeriksaan satu specimen dahak menunjukkan BTA positif dan kelainan radiologik menunjukkan gambaran tuberculosis aktif.
- c. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif

2) TB Paru BTA (-)

- a. Hasil pemeriksaan dahak tiga kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinik dan kelainan radiologic menunjukkan tuberculosis aktif serta tidak respon terhadap antibiotik spektrum luas.
- b. Hasil pemeriksaan dahak tiga kali menunjukkan BTA negatif dan biakan M.tuberculosis positif.

2.1.4.2 Berdasarkan riwayat pengobatan penderita, klasifikasi TB paru dibagi menjadi (Setiati, 2014) :

1) Kasus Baru

Kasus baru adalah pasien yang belum pernah mendapatkan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sebelumnya atau riwayat mendapatkan OAT <1 bulan.

2) Kasus dengan Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Kasus dengan riwayat pengobatan sebelumnya adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT 1 bulan yang diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan terakhir, yaitu :

- a. Kasus Kambuh, adalah pasien yang dulunya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan sembuh atau pengobatan

lengkap dan pada waktu sekarang ditegakkan diagnosis TB episode rekuren.

- b. Kasus setelah pengobatan gagal, adalah pasien yang sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan gagal pada akhir pengobatan.
- c. Kasus setelah putus berobat, adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT 1 bulan dan tidak lagi meneruskannya selama >2 bulan berturut-turut atau dinyatakan tidak dapat dilacak pada akhir pengobatan.
- d. Kasus dengan riwayat pengobatan lainnya, adalah pasien yang sebelumnya mendapatkan pengobatan OAT dan hasil pengobatannya tidak diketahui atau didokumentasikan.
- e. Pasien pindah, adalah pasien yang dipindah registrasi TB untuk melanjutkan pengobatannya.
- f. Pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, adalah pasien yang tidak dapat dimasukkan dalam salah satu kategori di atas.

2.1.4.3 Berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan antibiotik, klasifikasi

TB terbagi menjadi : (Kemenkes RI, 2014)

1) Mono Resisten (TB MR)

TB MR adalah TB yang resisten terhadap satu jenis OAT lini pertama saja.

2) Poli Resisten (TB PR)

TM PR adalah TB yang resisten terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.

3) Multi Drug Resisten (TB MDR)

TB MDR adalah TB yang resisten terhadap isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.

4) Extensive Drug Resisten (TB XDR)

TB XDR adalah TB TB MDR yang sekaligus juga resisten terhadap salah satu OAT golongan florokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (kanamisin, kapreomisin, dan amikasin).

5) Resisten Rifampisin (TB RR)

TB RR adalah TB yang resisten terhadap rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).

2.1.5 Faktor Resiko

a. Umur

Lingkungan kerja yang padat serta berhubungan dengan banyak orang menjadi faktor risiko bagi usia produktif untuk menderita TB paru. Hal tersebut disebabkan meningkatnya peluang bagi usia produktif untuk terpapar dengan *M.tuberculosis*. Sedangkan anak dengan usia <2 tahun berisiko menderita TB paru

yang ditularkan melalui kehidupan rumah tangga. Lamanya kontak atau terpapar dengan penderita TB paru adalah faktor risiko untuk tertular (Dotulong, 2015; Narasimhan, 2013).

b. Jenis Kelamin

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa laki-laki yang menderita TB paru lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan laki-laki lebih banyak merokok dan mengonsumsi alkohol yang merupakan faktor risiko terjadinya infeksi, termasuk TB paru (Dotulong, 2015; Lin HH, 2007).

c. Status Gizi



Seseorang yang malnutrisi dua kali lebih berisiko menderita TB. Pasien dengan TB paru sering ditemukan dengan keadaan kekurangan nutrisi seperti vitamin A, B complex, C dan E, dan selenium yang mendasar dalam integritas respon imun. Studi menunjukkan, kadar serum vitamin D yang menurun meningkatkan risiko TB paru. Hal ini secara signifikan mempercepat konversi kultur dahak selama fase intensif pengobatan anti mikroba TB paru (Narasimhan, 2013; Miyata, 2013).

d. Diabetes Mellitus

Seseorang dengan diabetes mellitus (DM) lebih berisiko menderita TB paru dibandingkan dengan yang tidak menderita DM. Hal ini disebabkan karena DM secara langsung merusak respon imunitas innate dan adaptif, dengan demikian proliferasi bakteri penyebab TB semakin meningkat. Pasien dengan DM

menurunkan produksi IFN- dan sitokin lainnya sehingga sel T berkurang dan reduksi chemotaxis netrofil (Narasimhan, 2013).

e. Status Imunitas

Seseorang dengan status imunitas yang rendah, misalnya pada pasien HIV/AIDS sangat berisiko untuk menderita TB, menurunnya imunitas meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Cell mediated immunity adalah komponen penting pertahanan tubuh yang dilemahkan oleh HIV sehingga meningkatkan risiko reaktivasi TB paru dan pada umumnya juga meningkatkan risiko penyebaran yang luas dan menyebabkan extra pulmonary tuberculosis. Individu dengan penyakit autoimun yang telah menerima pengobatan tumor necrosis faktor – alpha(TNF) inhibitor juga berisiko tinggi menderita TB karena TNF sangat berperan penting dalam respon imun terhadap bakteri, jamur, parasit dan mikroba lainnya(Sulis, 2014; Narasimhan, 2013).

f. Merokok

Merokok meningkatkan risiko terjadinya TB paru sebab mengganggu pembersihan sekresi mukosa, menurunkan kemampuan fagosit makrofag alveolar, dan menurunkan respon imun dan atau limfopenia CD4+ akibat kandungan nikotin dalam rokok (Narasimhan, 2013).

g. Alkohol

Mengonsumsi alkohol menjadi faktor risiko TB paru karena mengganggu sistem imun, khususnya dalam pensinyalan molekul

yang bertanggung jawab untuk produksi sitokin (Narasimhan, 2013).

h. Lingkungan

Lingkungan lembab, ventilasi yang buruk dan kurangnya sinar ultraviolet berperan penting dalam rantai penularan TB paru. *M.tuberculosis* merupakan bakteri yang tidak tahan terhadap sinar ultraviolet, sehingga lingkungan yang lembab dan sinar ultraviolet kurang menjadi risiko seseorang untuk menderita TB (Setiati, 2014; Rab, 2010).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Widoyono dalam buku penyakit tropis (2011,hal.6) infeksi aktif dari penularan biasanya memperhatikan gejala sebagai berikut:

1. Demam Umumnya subfebris, kadang-kadang 40-41 0C, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.
2. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk radang. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif). Keadaan setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum atau dahak). Keadaan yang lanjut berupa batuk darah haematoemesis karenaterdapat pembuluh darah yang cepat. Kebanyakan batuk darah pada TBC terjadi pada dinding bronkus.

3. Sesak nafas Pada gejala awal atau penyakit ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru-paru.
4. Nyeri dada Gejala ini dapat ditemukan bila infiltrasi radang sudah sampai pada pleura, sehingga menimbulkan pleuritis, akan tetapi, gejala ini akan jarang ditemukan.
5. Malaise Penyakit TBC paru bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan anoreksia, berat badan makin menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot dan keringat malam. Gejala semakin lama semakin berat dan hilang timbul secara tidak teratur.

2.1.7 Diagnosis Tuberculosis

Diagnosa tuberkulosis pada orang dewasa dapat ditegakan dengan ditemukan BTA pada pemeriksaan sputum secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga specimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yaitu dengan foto rontgen dada (Danusantoso,2012,hal.155) :

- 1) Jika hasil rontgen mendukung TB , maka penderita didiagnosis sebagai BTA (+)
- 2) Jika hasil rontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan specimen dapat diulangi
- 3) Jika hasil spesimen dahak positif, didiagnosa sebagai penderita TB BTA (+)
- 4) Jika hasil spesimen dahak tetap negatif, lakukan pemeriksaan rontgen dada untuk mendukung diagnosa.

- 5) Jika hasil rontgen mendukung, maka didiagnosis sebagai penderita TB BTA negatif rontgen positif
- 6) Bila hasil rontgen tidak mendukung, penderita tersebut bukan Tuberkulosis.

Gejala umum TB pada anak sebagai berikut:

1. Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut, tanpa sebab yang jelas dan tidak naik dalam 1 bulan meski sudah mendapat penanganan gizi yang baik.
2. Nafsu makan tidak ada, dengan gagal tumbuh dan berat badan tidak naik dengan memadai.
3. Demam lama dan atau berulang tanpa sebab yang jelas, disertai keringat malam, tanpa sebab-sebab lain yang jelas. Misalnya infeksi saluran napas bagian atas yang akut, malaria, tipus, dan lain-lain.
4. Pembesaran kelenjar limpa superfisial yang tidak sakit. Pembesaran ini biasanya *multiple*, paling sering di daerah leher, ketiak dan lipatan paha.
5. Batuk lama lebih dari 30 hari, disertai tanda adanya cairan di dada.
6. Gejala dari saluran pencernaan, misalnya adanya diare berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan diare, adanya benjolan massa di daerah dan adanya tanda-tanda cairan abdomen.

Tanda-tanda spesifik lain, tergantung bagian tubuh mana yang terserang TB, misalnya kalau kulit yang terkena akan tampak

scrofloderma, sendi (lutut, panggul, punggung) akan terpincang-pincang jalanya, TB mata, TB otak, dan lain-lain.

Uji tuberkulin dilakukan dengan cara menyuntikkan secara intrakutan (yakni di dalam kulit), dengan tuberkulin PPD RT 23 kekuatan 2 TU (*Tuberculin Unit*). Pembacaan dilakukan 48-72 jam setelah penyuntikan, dan diukur diameter dari peradangan atau indurasi yang dinyatakan dalam milimeter. Dinyatakan positif bila indurasi sebesar $r > 10$ mm pada anak dengan gizi baik, dan pada anak-anak dengan gizi buruk. (Depkes RI, Pedoman penanggulangan Tuberkulosis 2011)

2.1.8 Pengobatan

2.1.8.1 Tujuan Pengobatan

Tujuan pengobatan TB adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2014) :

- 1) Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup
- 2) Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya
- 3) Mencegah terjadinya kekambuhan TB
- 4) Menurunkan penularan TB
- 5) Mencegah terjadinya dan penularan TB resisten obat

2.1.8.2 Prinsip Pengobatan

Menurut Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2014, pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip :

- 1) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi
- 2) Diberikan dalam dosis tepat
- 3) Ditelan secara teratur dan diawasi langsung oleh pengawas minum obat (PMO) sampai selesai pengobatan
- 4) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan

2.1.8.3 Tahapan Pengobatan

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, pengobatan TB terbagi menjadi tahap awal dan tahap lanjutan. Pada tahap awal, pengobatan diberikan setiap hari selama 2 bulan agar secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Sedangkan, tahap lanjutan bertujuan untuk membunuh sisa kuman yang masih ada dalam tubuh sehingga dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2014).

2.1.9 Pencegahan

a. Vaksinasi BCG

Vaksin BCG yang digunakan berupa vaksin yang berisi *M.bovis* hidup yang dilemahkan. Dari beberapa penelitian, vaksinasi BCG yang dilakukan pada anak-anak hanya memberikan

proteksi terhadap TB yakni 0-80%. BCG merupakan kontraindikasi anak yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang bergejala (Setiati, 2014).

b. Kemoprofilaksis

Anak yang tinggal dengan pasien TB BTA positif berisiko tertular BTA. Untuk mencegah menjadi sakit TB, maka diperlukan pemberian kemoprofilaksis. Terapi profilaksis dengan INH menurut IUALTD diberikan selama 1 tahun dan ini dapat menurunkan insidensi TB (Setiati, 2014).

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup

Dalam istilah umum, kualitas hidup dianggap sebagai suatu persepsi subjektif multidimensi yang dibentuk oleh individu terhadap fisik, emosional, dan kemampuan sosial termasuk kemampuan kognitif (kepuasan) dan komponen emosional/ kebahagiaan (Goz *et al.*, 2007).

Renwinck dan Brown mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat dimana seseorang dapat menikmati segala peristiwa penting dalam kehidupannya atau sejauh mana seseorang merasa bahwa dirinya dapat menguasai atau tetap dapat mengontrol kehidupannya dalam segala kondisi yang terjadi (Angriyani, 2008). Gill dan Feinstein mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita – cita, penghargaan, dan pandangan – pandangnya, yang merupakan pengukuran

multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun psikologis pengobatan (Rachmawati, 2013).

Sedangkan menurut (Herman Silitonga, 2007) definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, dan emosional, serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

2.2.2 Hubungan TBC Dengan Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurun seiring peningkatan umur. Penderita dengan umur produktif merasa termotivasi untuk sembuh, mempunyai harapan hidup yang tinggi, dan menjadi tulang punggung keluarga. Sementara, penderita umur tua menyerahkan keputusan kepada keluarga. Umur termasuk salah satu faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup karena prognosis penyakit dan harapan hidup.

Penelitian empiris di Amerika menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, atau janda/duda akibat pasangan meninggal. Perbedaan kualitas hidup dipengaruhi oleh layanan kesehatan. Penelitian Anhar menyebutkan perbedaan pemanfaatan layanan kesehatan di desa dan kota.

Tingkat pendidikan termasuk salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup (12). Kualitas hidup akan meningkat seiring tingkat pendidikan individu.

Penderita berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan lebih luas sehingga dapat mengontrol diri dalam mengatasi masalah yang dihadapi.

Kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat memburuk karena dukungan sosial kurang, terutama kasih sayang, emosional, material. Semua penderita kehilangan pekerjaan, mengalami keretakan rumah tangga. Dinas kesehatan bekerja sama dengan Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, lembaga swadaya masyarakat (LSM) bidang psikososial untuk melakukan upaya peningkatan kualitas hidup dan dukungan sosial melalui per support group sebagai wadah untuk konseling, KIE, motivasi, pelatihan keterampilan dan dukungan sosial. (BKM Journal of Community Medicine and Public Health).

2.2.3 Kuesioner Short Form >36

Short Form >36 (SF-36) merupakan salah satu instrumen baku untuk menilai kualitas hidup terutama untuk pasien penderita penyakit kronis.

Instrumen penelitian kualitas hidup secara garis besar dibagi menjadi 2 macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) yang digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan, kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita, dan instrumen khusus yang digunakan untuk

mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit. *Short Form>36* merupakan salah satu contoh instrumen kualitas hidup yang umum yang bila dibandingkan dengan instrumen lainnya penggunaan *SF>36* telah dipergunakan secara luas untuk berbagai penyakit kronis dan telah dikembangkan oleh beberapa peneliti.

Kuesioner *SF>36* ini telah dilakukan validasi dengan metode konvergen dan deksriminan. Validasi konvergen memperlihatkan semua item pertanyaan menghasilkan nilai 0,40 dan uji validitas diskriminan menunjukkan setiap pertanyaan pada masing-masing domain yang diujikan menghasilkan nilai yang lebih besar dibandingkan nilai pada domain lain (Rachmawati, 2014). Uji reabilitas instrumen *SF>36* menggunakan nilai cronbach alpha yang mempersentasikan bahwa kuesioner tersebut reliable dan dilakukan oleh profesoor judgement.

2.2.4 Domain Kualitas Hidup

Dalam kuesioner *SF>36* kualitas hidup mencakup domain sebagai berikut (Galloway S et al, 2006).

1. Fungsi fisik (*physical functioning*) meliputi fungsi dan kemampuan dalam melakukan serta pemenuhan kebutuhan sehari-hari secara mandiri, termasuk hobi dan rekreasi
2. Keterbatasan akibat masalah fisik (*role of physical*) adalah keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan dan menikmati hidup akibat adanya masalah fisik.

3. Perasaan sakit/nyeri (*bidily pain*) adalah sensasi tidak nyaman pada tubuh yang mengganggu.
4. Persepsi kesehatan umum (*general health*) adalah penilaian individu terhadap kondisi atau kesehatannya saat ini.
5. Energi/fatigue (*vitality*) adalah ketersediaan energi untuk melakukan sehari-hari.
6. Fungsi sosial (*social functioning*) merupakan partisipasi serta peran dalam masyarakat dan lingkungan.
7. Keterbatasan akibat masalah emosional (*role emotional*) adalah keterbatasan akibat kurangnya kepuasan, suasana hati kurang mendukung, gangguan pada konsep diri dan kondisi stress.
8. Kesehatan mental (*mental healt*) merupakan kondisi dengan kepuasan, konsep diri sesuai dan tidak terdapat stress.

2.2.5 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yang dijelaskan oleh Avis (2005, dalam Lase 2011) Yaitu :

a) Faktor Sociodemografi :

Yang meliputi jenis kelamin, umur, suku, atau etnik pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan:

b) Faktor Medis :

Yang meliputi lama penderita penyakit, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani.

Beberapa faktor yang juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah kesehatan, ekonomi, lingkungan, dan keamanan (Heal & Sigelman, 1996).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Pradono & Putri (2007) mengenai angka kualitas hidup pada penduduk Indonesia menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Individu, di antaranya usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penyakit atau masalah kesehatan, kebiasaan buruk (negative), dan jarak akses ke pelayanan kesehatan. Selain faktor – faktor tersebut, kualitas hidup seseorang juga dapat dipengaruhi oleh status ekonomi, gangguan mental emosial, dan interaksi penyakit, terutama penyakit menular dengan faktor resikonya (Pradono & Putri, 2007).

2.2.6 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari faktor – faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien tuberculosi paru. Beberapa penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi dan mengevaluasi dampak sosiodemografi dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosi, di antaranya jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, status pekerjaan, dan pendapatan. Dhuria, dkk (2008) dan Cruz, et al., (2011) menyatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis, laki-laki memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada perempuan. Nilai

rata-rata kualitas hidup perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki pada keseluruhan kualitas hidup dan domain sosial Penelitian Cruz, et al., (2011) Louw, et al., (2012) membuktikan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosis.

Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki nilai kualitas hidup yang lebih baik daripada individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan pendapatan juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien tuberculosis. Usia, status pekerjaan, dan pendapatan merupakan faktor predictor yang mempengaruhi rendahnya kualitas hidup pada pasien tuberculosis, terutama pada domain fisik dan sosialnya (Adeyeye, et al., 2014).

Selain faktor sosiodemografi, lama pengobatan juga mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosis (Unalan, et al., 2008). Proses pengobatan tuberculosis membutuhkan waktu minimal 6 Bulan (Depkes RI, 2008). Hasil penelitian Unala et al., (2008) menunjukkan bahwa lama telah menjalani pengobatan berkorelasi positif terhadap kualitas hidup pasien tuberculosis ($p < 0,05$). Artinya pasien yang telah mengobati pengobatan lebih lama memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien yang baru menjalani pengobatan (Unala, et al., 2008).

Adanya penyakit penyerta yang bersifat kronik juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien tuberculosis (Unala et al., 2008; Louw et al., 2012). Pasien dengan penyakit penyerta (kronik) mempunyai kualitas hidup yang rendah hampir pada keseluruhan

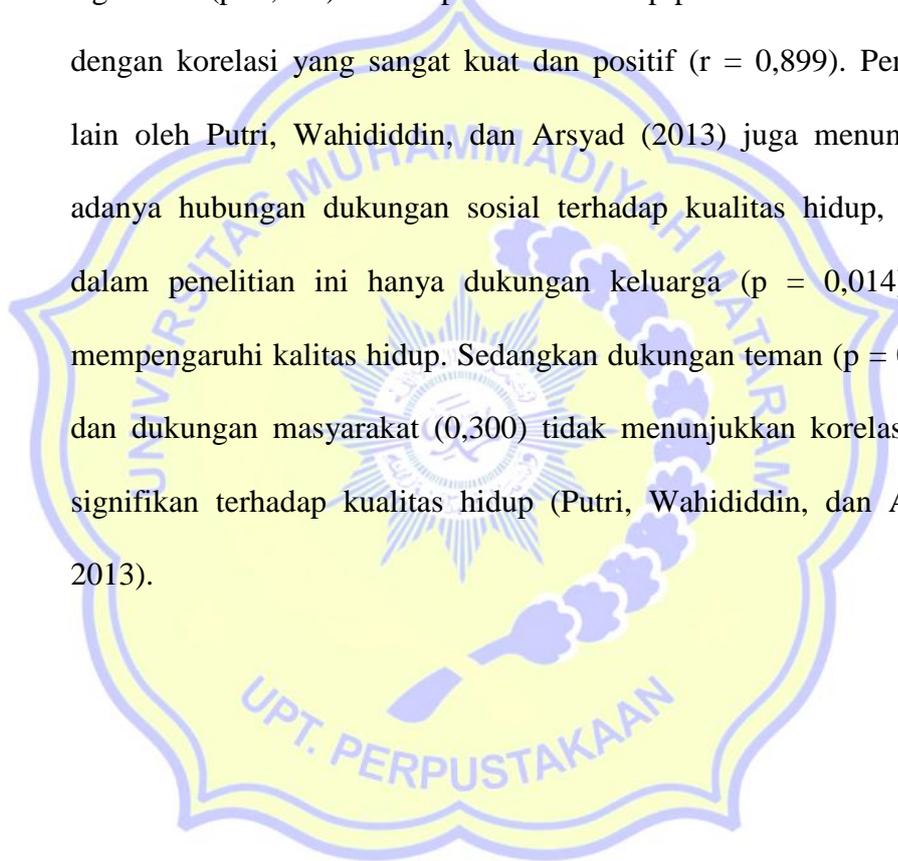
domain kualitas hidup ($p = 0,001$, $p < 0,05$). Beberapa penyakit yang sering ditemui menjadi penyakit penyerta pada pasien tuberculosis di antaranya hipertensi, diabetes mellitus, dan PPOK (penyakit Paru Obstruktif Kronik) (Unala et al., 2008). Sejumlah 16,3% dari pasien tuberculosis paru memiliki paling sedikitnya satu penyakit penyerta (kronik). Banyaknya jumlah penyakit penyerta (kronik) yang diderita juga dapat mempengaruhi kualitas hidup. Semakin banyak jumlah penyakit penyerta kronik semakin rendah kualitas hidupnya (Louw et al., 2012).

Depresi juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosis (Unala, et al., 2008; Louw, et al., 2012). Hasil penelitian Unala, et al. (2008) menunjukkan bahwa depresi memiliki kolerasi yang negative secara signifikan terhadap semua dimensi pada kualitas hidup. Artinya semakin tinggi depresi, semakin rendah kualitas hidup seseorang. Haal ini sesuai dengan hasil penelitian Louw et al., (2012) yang menyatakan bahwa semakin banyak distress psikologi (depresi) yang dimiliki, semakin rendah kualitas hidup seseorang.

Dukungan sosial juga terbukti dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosis (Terok, Bawotong, dan Untuk, 2012 : Ratnasari, 2012: Putri, Wahiddin, dan Arsyad 2013: Juliandari, Kusnanto, dan Hidayati, 2014). Kurangnya dukungan sosial dan keluarga juga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Penelitian Terok, Bawotong, dan Untu (2012) di poli paru BLU RSUP Prof dr. R. D Kandou Manado menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara

dukungan sosial dengan kualitas hidup sosial ($r = 0,01$; $p = 0,000$; $p < 0,01$).

Penelitian Ratnasari (2012) menunjukkan bahwa dukungan sosial juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosis. Hal ini sesuai dengan penelitian Juliandari, Kusnanto, dan Hidayati (2014) yang menyatakan dukungan sosial mempunyai hubungan yang signifikan ($p=0,000$) terhadap kualitas hidup pasien tuberculosis paru dengan korelasi yang sangat kuat dan positif ($r = 0,899$). Penelitian lain oleh Putri, Wahididdin, dan Arsyad (2013) juga menunjukkan adanya hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup, namun dalam penelitian ini hanya dukungan keluarga ($p = 0,014$) yang mempengaruhi kualitas hidup. Sedangkan dukungan teman ($p = 0,962$) dan dukungan masyarakat ($0,300$) tidak menunjukkan korelasi yang signifikan terhadap kualitas hidup (Putri, Wahididdin, dan Arsyad, 2013).



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metode *observasional* dengan rancangan *Cross sectional*. *Cross sectional* adalah penelitian non eksperimental untuk mempelajari dinamika kolerasi antara factor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoadmodjo,2010).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada periode bulan Mei 2019. Di wilayah Narmada dan akan menggunakan Dua Pakesmas yaitu puskesmas Narmada dan Puskesmas Suranadi.

3.3 Jenis dan Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung, pada penelitian ini data primer yaitu data yang didapatkan langsung dari responden, berupa pengukuran kualitas hidup pasien TBC dengan kuisisioner *SF-36*.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari sumber yang sudah ada, pada penelitian ini digunakan data rekam medik di masing-masing puskesmas. Data ini berupa umur, alamat, jenis kelamin, dan penyaki TBC.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

a. Populasi

1. Populasi target adalah seluruh pasien TBC di wilayah Narmada.
2. Populasi terjangkau adalah pasien TBC yang berobat di puskesmas Narmada dan puskesmas Suranadi.

b. Sampel

Semua responden yang memenuhi kriteria *inklusi* selama periode penelitian, dengan jumlah populasi sebanyak 44 pasien dinamakan di Puskesmas Narmada Terdapat 24 pasien dan di Puskesmas Suranadi terdapat 20 pasien TBC. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *Sampling Jenuh* karena teknik sampling ini menggunakan semua populasi sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil atau kurang dari 100 orang (Prof.Dr.Sugiono,2012).

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

1. Bersedia mengikuti penelitian dengan menanda tangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*).
2. Pasien dengan diagnosa TBC yang berobat di Puskesmas Narmada dan puskesmas Suranadi selama kurun waktu penelitian.
3. Pasien yang mendapatkan terapi obat TBC.

b. Kriteria Eksklusi

1. Pasien buta huruf
2. Pasien bisu
3. Pasien tuli

3.6 Variabel Penelitian

Variable dan penelitian ini terdiri dari :

1. Variabel bebas (Independent)

Variable bebas dalam penelitian ini adalah kuisisioner *SF-36* yang diberikan kepada pasien TBC.

2. Variabel Terikat (Dependent)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien TBC.

3.7 Instrumen Penelitian

1. Kuesioner *SF-36* (*Short Form-36*), digunakan untuk menilai kualitas hidup penyakit TBC.
2. Rekam Medik, digunakan apabila pewawancara melupakan pertanyaan pada saat melakukan wawancara untuk pengisian kuesioner pada pasien agar data yang terlewatkan bisa didapatkan melalui data rekam medik.

3.8 Definisi Operasional Penelitian

1. Pasien adalah penderita TBC berdasarkan diagnosa Dokter dan yang mendapatkan terapi TBC serta pada saat penelitian berlangsung sedang menjalani kontrol di Puskesmas Narmada dan Puskesmas Suranadi.
2. Kuisisioner *Short Form 36* (*SF-36*) yang terdiri dari 36 pertanyaan dengan 8 elemen, yaitu fungsi fisik yang terdiri dari 10 item, keterbatasan peran yang disebabkan masalah fisik terdiri dari 4 item, nyeri tubuh terdiri dari 2 item, kesehatan secara umum terdiri dari 6 item, vitalitas terdiri dari 4 item, fungsi social terdiri dari 2 item, keterbatasan emosional terdiri dari 3 item, dan kesehatan mental terdiri dari 5 item digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien Tuberculosis.

3. Kualitas hidup dikatakan rendah jika nilai 1-55, Sedang jika nilai 56-79, Tinggi jika nilai 80-90, dan dikatakan Sempurna jika nilai 100.

3.9 Metode Pengumpulan Data

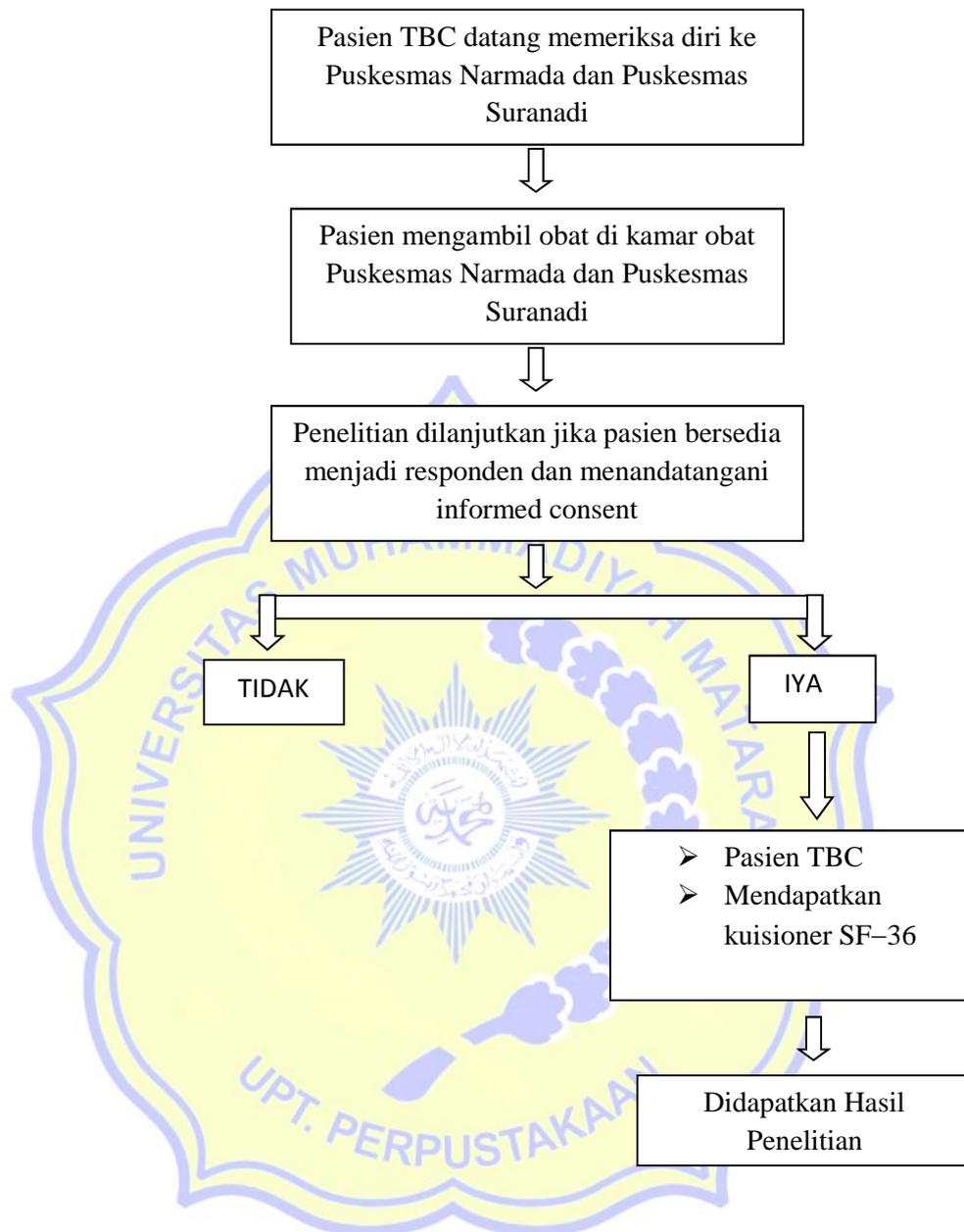
Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu metode observasi dan menggunakan kuisisioner *SF-36*.

3.10 Metode Analisis Data

Menggunakan metode Deskriptif teknik ini digunakan untuk menghitung data dengan cara menghitung jumlah rata-rata dari delapan subvariabel sehingga kita bisa mengetahui rating nilai kualitas hidup pasien TBC.



3.11 Skema Penelitian



Gambar 1. Skema Penelitian