



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS
HIDUP PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI POLI
RAWAT JALAN RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

SKRIPSI

oleh:

**Ana Miftahul Jannah
NIM 112310101026**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS
HIDUP PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI POLI
RAWAT JALAN RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana (S1) Keperawatan (S.Kep)

oleh:

**Ana Miftahul Jannah
NIM 112310101026**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Chusnul Ma'arif dan Ibunda Sholichah yang telah menjadi sumber motivasi utama dalam pencapaian gelar sarjana saya yang tiada pernah bosan mencurahkan perhatian, doa, serta pengorbanan baik moral maupun material
2. Kakak-kakak saya Eni Wati Ningsih, Ida Rahmawati, dan Trio Efendy serta adik saya Defi Faizatun Ni'mah yang telah memberi semangat dan selalu mendorong saya untuk terus berusaha
3. Teman-teman seperjuangan Program Studi Ilmu Keperawatan angkatan 2011 yang senantiasa memberi dorongan, motivasi, kritik, dan saran dalam proses penelitian ini
4. Bapak Ibu guru saya di TK Dharma Wanita, MI Islahul Ummah, MTsN Tanjung Tani Prambon, dan SMA Wachid Hasyim 2 Taman, serta seluruh dosen Alamamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, terima kasih atas ilmu yang telah Bapak dan Ibu guru berikan selama ini.

MOTTO

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri (terjemahan QS. Al-Ra'd 11)*)

Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan (terjemahan QS. Al-Sharh 5-6)**)

Kehidupan ini bukanlah untuk menunggu hujan reda, tapi untuk bergembira dan menari dalam hujan jika harus, dan mensyukuri setiap harinya sebagai rahmat yang lebih indah (Mario Teguh***)

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. *Al Qur'an dan Terjemahannya Al Jumanatul A'li*. Bandung: CV. Penerbit J-Art.

**) Teguh, Mario. 2013. *Mario Teguh Golden Ways*.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Ana Miftahul Jannah

NIM : 112310101026

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 15 Desember 2015

Yang menyatakan,

Ana Miftahul Jannah

NIM 112310101026

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP
PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI POLI RAWAT JALAN
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

oleh:

**Ana Miftahul Jannah
NIM 112310101026**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Wantiyah, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Murtaqib, S.Kp., M.Kep.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Selasa, 22 Desember 2015

tempat : Ruang Sidang Program Studi Ilmu Keperawatan

Tim Penguji

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Wantiyah, M.Kep.

NIP 1981 0712 2006 04 2 001

Murtaqib, S.Kp., M.Kep

NIP 1974 0813 2001 12 1 002

Penguji I

Penguji II

Ns. Nur Widayati, MN.

NIP 1981 0610 2006 04 2 001

Ns. Rondhianto, M.Kep

NIP 1983 0324 2006 04 1 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi,

Ns. Lantin Sulistyorini S.Kep., M.Kes
NIP 1978 0323 2005 01 2 002

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember (Factors Influencing Patients's Quality of Life with Lung Tuberculosis at Polyclinic of Jember Lung Hospital)

Ana Miftahul Jannah

School of Nursing, The University of Jember

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease which affects physical health, mental condition, and social life so that it can decrease patients's quality of life. This study was done to identify factors that influence patients's quality of life. The design of study was correlation analitic with cross-sectional approach involving 52 patients as a sample. Data were collected by using questionnaires of SF 36 quality of life, Kessler Psychological Distress Scale, and social support questionnaire. Data were analyzed by pearson product moment, contingency coefficient, somers'd, spearman's rho, and multiple logistic regression. The results of bivariate analysis showed that sex, occupational status, income, and commodities disease were not significantly associated with quality of life ($p > 0,05$). There were significant relationship between age ($p = 0,049$), education ($p = 0,042$), duration of treatment ($p = 0,000$), depression ($p = 0,000$), and social support ($p = 0,000$) with quality of life. Multivariate analysis indicated that age and duration of treatment were the factors that significantly affect patients's quality of life, with duration of treatment as the dominan factor that influence quality of life. Therefore, nurses can improve patients's quality of life by providing health education or giving cognitive behavior therapy.

Keywords: *Lung Tuberculosis, Quality of Life, Duration of Treatment*

RINGKASAN

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember; Ana Miftahul Jannah, 112310101026; 2015; 250 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menjadi permasalahan di dunia karena menyebabkan kematian terbesar. Meskipun pengobatan yang efektif sudah tersedia, jumlah kasus tuberkulosis semakin meningkat dan banyak kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Menurut WHO, pada tahun 2011 terdapat 8,7 juta orang didiagnosis tuberkulosis dan 1,4 juta meninggal karena tuberkulosis. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi tuberkulosis di Indonesia adalah 0,4 %.

Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi kronik dan menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru. Tuberkulosis paru merupakan penyakit yang berdampak bukan hanya pada kesehatan fisik, tetapi juga pada keadaan psikis (mental) dan sosialnya. Secara fisik, pasien akan mengalami batuk berdahak lama, dapat disertai batuk darah, sesak nafas, penurunan berat badan, berkeringat malam, dan demam meriang. Dampak psikis dan sosial dirasakan pasien akibat adanya stigma terkait tuberkulosis dan perubahan sikap orang di sekitarnya. Dampak akibat tuberkulosis paru dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan dan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember. Desain penelitian menggunakan analitik korelasi pendekatan *cross-sectional* dengan teknik *simple random sampling*, yang melibatkan 52 pasien sebagai sampel penelitian. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner karakteristik responden, kuesioner kualitas hidup *Short Form 36* (SF 36), kuesioner depresi dari *Kessler Psychological Distress Scale* (K 10), serta kuesioner dukungan sosial yang diadopsi dan dimodifikasi dari Wantiyah (2010). Analisis data

menggunakan korelasi *Pearson product moment*, *Contingency coefficient*, *Somers' d*, *Spearman's rho*, dan regresi logistik berganda.

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pasien tuberkulosis paru berjenis kelamin laki-laki, dengan rata-rata usia 40,60 tahun dan tingkat pendidikan paling banyak tamat SD. Lebih dari separuh pasien memiliki pekerjaan dengan tingkat pendapatan sebagian besar di bawah UMK Kabupaten Jember (kurang dari Rp. 1.460.000 per bulan). Rata-rata lama pengobatan adalah 3,94 bulan dan sebagian besar pasien tidak memiliki penyakit penyerta kronik. Rata-rata skor depresi adalah 21,21 (tergolong depresi ringan) dan lebih dari separuh pasien memiliki dukungan sosial yang adekuat. Rata-rata skor kualitas hidup pasien adalah 63,85 yang tergolong dalam kategori kualitas hidup yang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan jenis kelamin, status pekerjaan, pendapatan, dan penyakit penyerta kronik tidak berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup. Terdapat hubungan yang signifikan antara usia ($p = 0,049$), tingkat pendidikan ($p = 0,042$), lama pengobatan ($p = 0,000$), depresi ($p = 0,000$), dan dukungan sosial ($p = 0,000$) dengan kualitas hidup ($p < \alpha$, $\alpha = 0,05$). Analisis multivariat menghasilkan pemodelan multivariat dari kualitas hidup yaitu:

$$g(\text{kualitashidup}) = -5,593 + (-0,256)(\text{usia}) + 4,999(\text{lama pengobatan}) + 0,073(\text{depresi}) + 4,111(\text{dukungan sosial})$$

Variabel lama pengobatan adalah faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup dengan nilai OR sebesar 46,829 ($p = 0,012$).

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah variabel lama pengobatan merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pengobatan yang lebih lama dapat menyebabkan semakin baiknya kualitas hidup pasien. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, diharapkan ke depannya perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang sifatnya komprehensif dan menyeluruh meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, untuk mencapai kesembuhan yang optimal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang kepatuhan pengobatan atau terapi kognitif behavior.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan ridho-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun guna menyelesaikan tugas akhir dan memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan (S1) di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

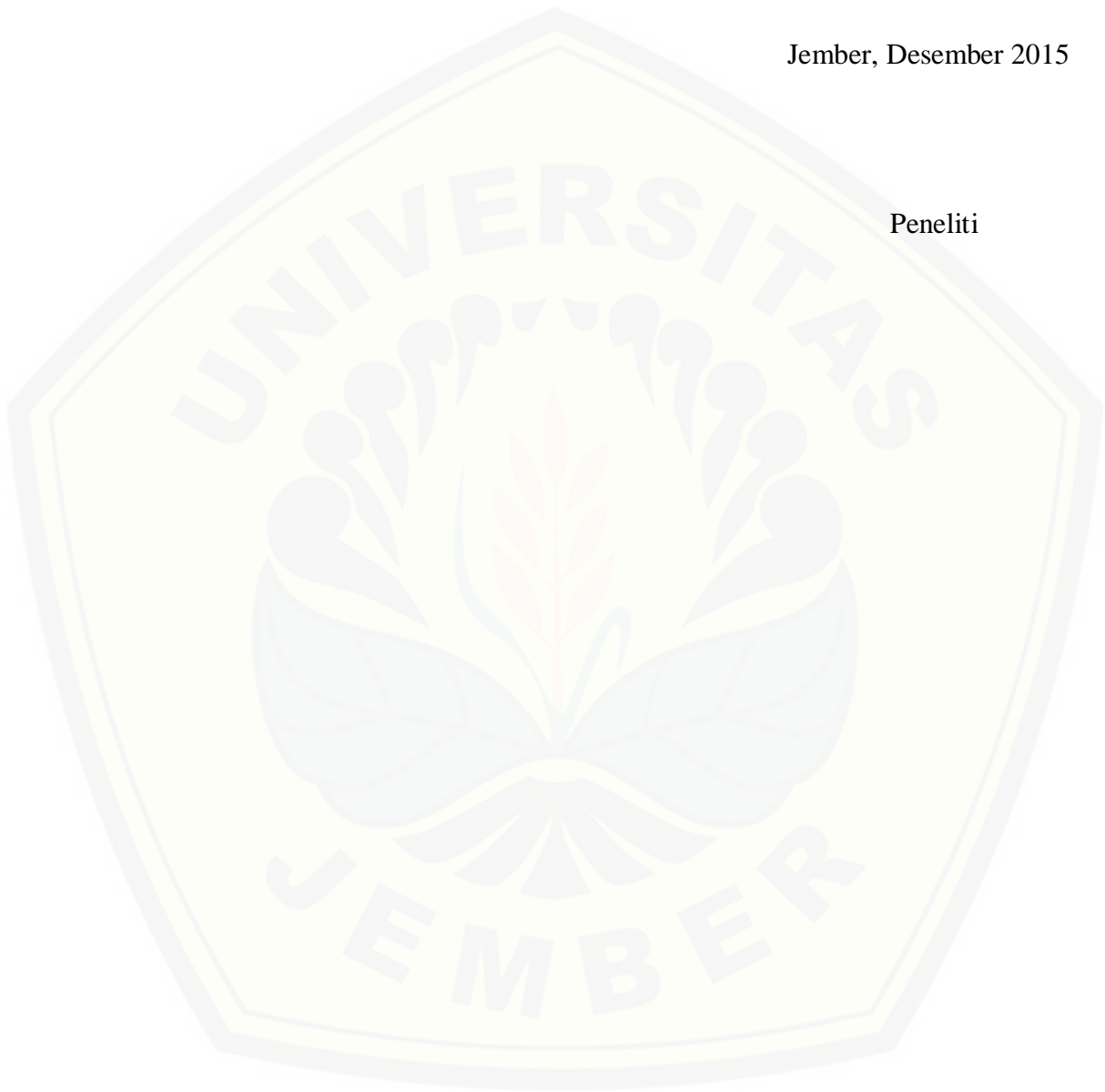
Peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini, yaitu:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Wantiyah, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Murtaqib, S.Kp., M. Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan arahan, masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Nur Widayati, MN., selaku Penguji I dan Ns. Rondhianto, M.Kep., selaku Penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan, motivasi, dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
5. seluruh staf dan petugas Rumah Sakit Paru Jember yang memberikan ijin, data, dan informasi, serta membantu proses penelitian;
6. kedua orang tuaku Chusnul Ma'arif dan Sholichah, serta kakak dan adikku yang selalu mendoakan dan menjadi sumber motivasi demi terselesaikannya skripsi ini;
7. teman-teman seperjuangan PSIK angkatan 2011 yang telah mendukung dan memberikan motivasi;
8. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat. Amin.

Jember, Desember 2015

Peneliti



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN SKRIPSI	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.3.1 Tujuan Umum	10
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan	11
1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan	11
1.4.3 Bagi Keperawatan	12
1.5 Keaslian Penelitian	12

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Konsep Tuberkulosis Paru (TB Paru)	14
2.1.1 Definisi	14
2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko	14
2.1.3 Patofisiologi	15
2.1.4 Tanda dan Gejala	17
2.1.5 Penegakan Diagnosis.....	18
2.1.6 Pengobatan	19
2.1.7 Dampak	25
2.2 Asuhan Keperawatan pada Pasien Tuberkulosis Paru (TB Paru)	27
2.2.1 Pengkajian	28
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	31
2.2.3 Tujuan Keperawatan (NOC)	32
2.2.4 Intervensi Keperawatan (NIC)	33
2.3 Konsep Kualitas Hidup	36
2.3.1 Definisi Kualitas Hidup	36
2.3.2 Dimensi Kualitas Hidup	39
2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup	40
2.3.4 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup	46
2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru	47
2.5 Kerangka Teori	50
BAB 3. KERANGKA KONSEP	51
3.1 Kerangka Konseptual	51
3.2 Hipotesis Penelitian	51
3.2.1 Hipotesis Mayor	52
3.2.2 Hipotesis Minor	52

BAB 4. METODE PENELITIAN	54
4.1 Jenis Penelitian	54
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	54
4.2.1 Populasi Penelitian	54
4.2.2 Sampel Penelitian	55
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	56
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian	57
4.3 Lokasi Penelitian	58
4.4 Waktu Penelitian	58
4.5 Definisi Operasional	59
4.6 Pengumpulan Data	62
4.6.1 Sumber Data	62
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	63
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	65
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	69
4.6.5 Kerangka Operasional	73
4.7 Pengolahan Data	74
4.7.1 <i>Editing</i>	74
4.7.2 <i>Coding</i>	74
4.7.3 <i>Data Entry</i>	76
4.7.4 <i>Cleaning</i>	77
4.8 Analisis Data	77
4.8.1 Analisis Univariat	77
4.8.2 Analisis Bivariat	79
4.8.3 Analisis Multivariat	80
4.9 Etika Penelitian	84
4.9.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan)	85
4.9.2 <i>Anonymity</i> (Asas Keanoniman)	85
4.9.3 <i>Confidentiality</i> (Asas Kerahasiaan)	85
4.9.4 <i>Beneficiency</i> (Asas Kemanfaatan)	86
4.9.5 <i>Justice</i> (Asas Keadilan)	86

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	87
5.1 Hasil Penelitian	88
5.1.1 Analisis Univariat	88
5.1.2 Analisis Bivariat	92
5.1.3 Analisis Multivariat	101
5.2 Pembahasan	106
5.2.1 Karakteristik Kualitas Hidup	106
5.2.2 Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Kualitas Hidup	107
5.2.3 Hubungan Lama Pengobatan dengan Kualitas Hidup ..	117
5.2.4 Hubungan Penyakit Penyerta Kronik dengan Kualitas Hidup	119
5.2.5 Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup	121
5.2.6 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup ...	123
5.2.7 Pembahasan Analisis Multivariat	126
5.3 Keterbatasan Penelitian	139
5.4 Implikasi Hasil Penelitian Bagi Keperawatan	131
5.4.1 Pelayanan Keperawatan	131
5.4.2 Pendidikan Keperawatan.....	131
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	133
5.1 Simpulan	133
5.2 Saran	134
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	134
5.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan	135
5.2.3 Bagi Keperawatan.....	136
DAFTAR PUSTAKA	137
LAMPIRAN	145

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Tabel Perbedaan Penelitian	13
Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian	59
Tabel 4.2 Kisi-Kisi Instrumen Dukungan Sosial	66
Tabel 4.3 Kisi-Kisi Instrumen Kualitas Hidup SF-36	68
Tabel 4.4 Hasil Uji Validitas Instrumen Penelitian	71
Tabel 4.5 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian	73
Tabel 4.6 Uji Statistik Analisis Data Bivariat	80
Tabel 5.1 Distribusi Pasien Tuberkulosis Paru menurut Usia di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember	88
Tabel 5.2 Distribusi Pasien Tuberkulosis Paru menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Pekerjaan dan Pendapatan di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember	89
Tabel 5.3 Distribusi Pasien Tuberkulosis Paru menurut Lama Pengobatan dan Skor Depresi di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember	90
Tabel 5.4 Distribusi Pasien Tuberkulosis Paru menurut Penyakit Penyerta Kronik dan Dukungan Sosial di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember	91
Tabel 5.5 Distribusi Pasien Tuberkulosis Paru menurut Skor Kualitas Hidup di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember	92
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Usia dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	93
Tabel 5.7 Analisis Hubungan Jenis Kelamin dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	93

Tabel 5.8 Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	94
Tabel 5.9 Analisis Hubungan Status Pekerjaan dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	95
Tabel 5.10 Analisis Hubungan Pendapatan dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	96
Tabel 5.11 Analisis Hubungan Lama Pengobatan dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	97
Tabel 5.12 Analisis Hubungan Penyakit Penyerta Kronik dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	98
Tabel 5.13 Analisis Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	99
Tabel 5.14 Analisis Hubungan Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember Mei–Oktober 2015	100
Tabel 5.15 Hasil Uji Bivariat Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat ...	101
Tabel 5.16 Hasil Analisis Multivariat Variabel Usia, Lama Pengobatan, Depresi, dan Dukungan Sosial dengan Variabel Kualitas Hidup	102
Tabel 5.17 Analisis Multivariat Variabel Usia, Lama Pengobatan, dan Dukungan Sosial dengan Variabel Kualitas Hidup	104
Tabel 5.18 Analisis Multivariat Variabel Usia dan Lama Pengobatan dengan Variabel Kualitas Hidup	103

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Domain dan Variabel yang Terlibat dalam Penilaian Kualitas Hidup.....	41
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	50
Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian	51
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian	74
Gambar 4.2 Kerangka Konsep Regresi Logistik Berganda Model Prediksi	82

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar <i>Informed</i>	146
Lampiran B. Lembar <i>Consent</i>	147
Lampiran C. Kuesioner A: Data Responden	148
Lampiran D. Kuesioner B: Depresi.....	149
Lampiran E. Kuesioner C: Dukungan Sosial	151
Lampiran F. Kuesioner D: Kualitas Hidup SF-36.....	153
Lampiran G. Waktu Pelaksanaan Skripsi	158
Lampiran H. Surat Perizinan	159
Lampiran I. Lembar Hasil	169
Lampiran J. Kartu Bimbingan Skripsi	173
Lampiran K. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	176
Lampiran L. Hasil Uji Normalitas Variabel Numerik	180
Lampiran M. Hasil Analisis Univariat, Bivariat, dan Multivariat	185
Lampiran N. Dokumentasi Penelitian	230

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menjadi permasalahan di dunia karena menyebabkan kematian terbesar (Soedarto, 2009). *World Health Organization* (WHO) mendeklarasikan tuberkulosis sebagai kegawatan global (*Global Emergency*) sejak tahun 1993 karena situasinya yang semakin memburuk (Kemenkes RI, 2011). Meskipun pengobatan yang efektif sudah tersedia, jumlah kasus tuberkulosis semakin meningkat dan banyak kasus yang tidak berhasil disembuhkan (Depkes RI, 2011). Menurut WHO, pada tahun 2011 terdapat 8,7 juta orang didiagnosis tuberkulosis dan 1,4 juta meninggal karena tuberkulosis. Angka kejadian tuberkulosis di Indonesia dari tahun 2000 sampai 2010 menempati urutan kelima, setelah Vietnam, Uganda, Malawi, dan Bangladesh (Kemenkes RI, 2013). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi tuberkulosis di Indonesia adalah 0,4% (Kemenkes RI, 2013).

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi kronik dan menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Muttaqin, 2008), biasanya menyerang paru (tuberkulosis paru), dapat pula menyerang organ tubuh lainnya (tuberkulosis ekstra paru) (Smeltzer & Bare, 2002). Tuberkulosis paru merupakan penyakit yang berdampak bukan hanya pada kesehatan fisik, tetapi juga pada

keadaan psikis (mental) dan sosialnya (Rajeswari, dkk, 2005; Darmanto, 2007). Secara fisik, pasien tuberkulosis akan mengalami batuk berdahak lama, dapat disertai batuk darah, sesak nafas, penurunan berat badan, berkeringat malam, dan demam meriang (Depkes RI, 2008). Dampak psikis dan sosial dirasakan pasien tuberkulosis paru akibat adanya stigma terkait tuberkulosis dan perubahan sikap orang di sekitarnya (Ramachandran, dkk, 2008; Wagner, *et al.*, 2010).

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (2007, dalam Rohman, 2012) menyatakan bahwa pasien ketika didiagnosis tuberkulosis paru timbul ketakutan dalam dirinya, berupa ketakutan akan pengobatan, kematian, efek samping obat, menularkan penyakit ke orang lain, kehilangan pekerjaan, ditolak dan didiskriminasikan masyarakat, perasaan rendah diri, serta selalu mengisolasi diri karena malu dengan keadaan penyakitnya. Sekitar 50% pasien merasa takut setelah mendapat diagnosis tuberkulosis paru, 60% menyembunyikan penyakitnya dari teman dan tetangganya (Rajeswari, dkk, 2005), 54% pasien merasa rendah diri, 47% memiliki pengalaman terhadap perubahan sikap orang-orang di lingkungannya (Ramachandran, dkk, 2008), dan 9% berpikir untuk bunuh diri (Dhingra & Khan, 2010). Pasien tuberkulosis paru sering mendapatkan pengalaman penolakan dan isolasi sosial dari masyarakat, yang menyebabkan pasien merasa tertekan dan dikucilkan sehingga menarik diri dari lingkungan sosial (Courtwright & Turner, 2010). Hal ini dapat mengakibatkan stres psikologis, mempengaruhi keberhasilan pengobatan, dan semakin menurunkan kualitas hidup pasien tuberkulosis (Ratnasari, 2012).

Perubahan akibat penyakit dapat mempengaruhi berbagai aspek dalam kehidupan manusia dan menyebabkan penurunan kualitas hidup. Guo, Marra, dan Marra, (2009) menyatakan tuberkulosis paru mempunyai dampak yang besar dan menyeluruh pada kualitas hidup pasien. Dampak tuberkulosis pada kualitas hidup juga terbukti dari penelitian Dhuria, dkk (2008) yang menunjukkan bahwa pasien tuberkulosis paru memiliki kualitas hidup yang rendah. Putri, Wahiduddin, dan Arsyad (2013) dalam penelitiannya di BBKPM Makasar menunjukkan sekitar 55,6% (dari 90 orang) pasien tuberkulosis paru memiliki kualitas hidup yang rendah dan sisanya memiliki kualitas hidup yang baik. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Juliandari, Kusnanto, dan Hidayati (2014) di Puskesmas Perak Timur Surabaya juga membuktikan rendahnya kualitas hidup pada pasien tuberkulosis paru. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 pasien tuberkulosis yang diteliti, 30% (9 orang) memiliki kualitas hidup baik, 37% (11 orang) memiliki kualitas hidup sedang, dan 33% (10 orang) memiliki kualitas hidup yang buruk.

Kualitas hidup yang menurun pada pasien tuberkulosis dapat menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan pengobatan sehingga menyebabkan pengobatan menjadi terputus atau tidak tuntas (*drop out*) (Ratnasari, 2012). Angka *drop-out* pengobatan tuberkulosis paru secara nasional diperkirakan tinggi, yaitu sebesar 4% pada tahun 2008 dan meningkat menjadi 4,1% pada tahun 2009 (Depkes RI, 2009). Pengobatan tuberkulosis yang tidak teratur dan tidak tuntas dapat menyebabkan resistensi pengobatan OAT atau disebut *Multiple Drug Resistance* (MDR) (PDPI

2006). Data survei resistensi OAT di Indonesia menunjukkan angka MDR tuberkulosis paru yang rendah pada kasus baru dengan prevalensi 1–2%, tetapi angka MDR ini meningkat pada pasien yang pernah diobati sebelumnya (kasus kambuh/*relaps*, kasus gagal, dan kasus lalai pengobatan) dengan prevalensi 15%. Diperkirakan terdapat sekitar 6.300 kasus resisten OAT setiap tahunnya (Depkes RI, 2009).

Provinsi Jawa Timur memiliki prevalensi tuberkulosis paru sebanyak 0,2% berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 (Kemenkes RI, 2013). Kabupaten Jember merupakan kabupaten/kota penyumbang kasus tuberkulosis paru terbanyak di Jawa Timur, menempati urutan pertama pada tahun 2013, dengan 1.996 orang BTA positif dan 785 orang BTA negatif. Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, angka temuan kasus tuberkulosis paru di Kabupaten Jember pada tahun 2014 tercatat sebanyak 2.048 orang BTA positif dan 782 orang BTA negatif.

Rumah Sakit Paru Jember adalah rumah sakit spesialis di Kabupaten Jember yang memfokuskan pengobatan dan perawatan penyakit pernapasan, salah satunya adalah tuberkulosis paru. Data laporan tahunan Rumah Sakit Paru Jember pada tahun 2014 menunjukkan jumlah kasus tuberkulosis paru (BTA positif dan BTA negatif) di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru sebanyak 721 kasus. Jumlah kejadian tuberkulosis paru pada bulan Januari, Februari, dan Maret 2015 berturut-turut adalah 50, 51, dan 49 orang. Berdasarkan data tersebut, rata-rata jumlah kejadian tuberkulosis paru dalam sebulan sekitar 50–60 orang.

Studi pendahuluan dilakukan peneliti pada 9–18 April 2015 di poli TB Rumah Sakit Paru Jember dengan mewawancarai 12 pasien tuberkulosis paru yang berkunjung di Poli TB Rumah Sakit Paru Jember. Hasil wawancara menunjukkan sebanyak 9 pasien tuberkulosis paru (75%) melaporkan adanya beberapa keluhan atau gangguan fisik akibat penyakitnya. Gangguan fisik yang paling sering dikeluhkan pasien tuberkulosis paru adalah batuk (88,89%), keluhan lainnya di antaranya sesak napas, nyeri dada, mual, dan gangguan tidur. Selain dampak fisik, 6 pasien (50%) juga mengalami gangguan mental dan emosional, seperti merasa murung, sedih, takut atau cemas akibat penyakitnya, takut tidak bisa sembuh, takut dijauhi oleh orang di sekitarnya, yang akhirnya juga berdampak dalam aktivitas hariannya. Sebanyak 8 orang pasien (66,67%) juga mengalami gangguan pada kehidupan sosialnya sehingga pasien yang lebih suka menyendiri di rumah dan mengurangi interaksi dengan orang lain di sekitarnya karena malu akan penyakitnya. Alasan yang dikemukakan pasien terkait pengurangan aktivitas sosial adalah dikarenakan malu dengan penyakitnya (75%) dan perasaan lemah/lelah (25%). Adanya masalah pada fisik, mental (emosional), dan sosial akibat penyakit atau gangguan kesehatan dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup (Darmanto, 2007).

Dari 12 pasien tuberkulosis paru yang diwawancarai, sebanyak 7 orang (58,33%) menjalani pengobatan tahap intensif (1–2 bulan) dan sebanyak 5 orang (41,7%) menjalani pengobatan tahap lanjutan (3–6 bulan). Usia pasien bervariasi, mulai dari 17 tahun hingga 65 tahun. Beberapa pasien tuberkulosis paru memiliki

penyakit penyerta kronik lain, seperti hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung (kardiomegali).

Kualitas hidup menjadi salah satu tujuan terapi pengobatan tuberkulosis dalam fase rehabilitasi, selain peningkatan status kesehatan pasien secara umum (*American Thoracic Society*, 1999). Kualitas hidup didefinisikan WHO sebagai persepsi individu terhadap kedudukannya dalam konteks kehidupan, berupa budaya dan sistem nilai yang berhubungan dengan tujuan, harapan, ukuran dan kepentingan individu tersebut (WHO, 1997). Kualitas hidup merupakan konsep yang luas yang mempengaruhi secara kompleks dan subyektif pada berbagai dimensi kehidupan yang berhubungan dengan penyakit dan terapi. Secara umum, terdapat lima domain pada kualitas hidup menurut WHO, yang meliputi domain kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan sekitar (Hermann, 1993). Pengukuran kualitas hidup dapat menggunakan instrumen seperti *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, dan *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*. Pengukuran kualitas hidup berguna untuk menilai dampak atau akibat dari masalah kesehatan atau penyakit kronik dan efek dari suatu terapi atau pengobatan (Gupta & Kant; 2009).

Patrick & Erickson (1996, dalam Gupta & Kant, 2009) menyatakan bahwa kualitas hidup individu dipengaruhi oleh penyakit, cedera, pengobatan atau kebijakan lainnya. Sedangkan Avis (2005 dalam Lase 2011) menyatakan bahwa kualitas hidup individu dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi dan faktor medis. Faktor sosiodemografi meliputi usia, jenis kelamin, suku atau etnik, pendidikan,

pekerjaan, dan status perkawinan. Faktor medis meliputi lama mengalami penyakit, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani. Keparahan penyakit, penggunaan obat-obatan, dan ancaman kematian juga merupakan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Awan, *et al.*, 2012).

Kualitas hidup pasien yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Hal ini dikarenakan kualitas hidup akan mempengaruhi kelangsungan hidup pasien itu sendiri terkait dengan harapan hidupnya (Glasier dan Gebbie, 2006). Kualitas hidup pasien tuberkulosis merupakan hal yang penting untuk dinilai karena tuberkulosis dapat mempengaruhi hidup seseorang dalam segala aspek, baik fisik, fungsional, psikologis, maupun sosialnya di masyarakat (Rajeswari, dkk, 2005).

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien tuberkulosis paru. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sosiodemografi dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis, di antaranya adalah 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. Penelitian Cruz, *et al.*, (2011) Louw, *et al.*, (2012) membuktikan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki nilai kualitas hidup yang lebih baik daripada individu dengan tingkat pendidikan yang rendah. Selain itu, usia, status pekerjaan, dan pendapatan juga

dapat menjadi faktor prediktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis (Adeyeye, *et al.*, 2014).

Selain faktor sosiodemografi, faktor-faktor seperti lama pengobatan dan penyakit penyerta kronik juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis (Unalan, *et al.*, 2008; Louw *et al.*, 2012). Unalan, *et al.*, (2008) menyatakan bahwa lama telah menjalani pengobatan berkorelasi positif terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis ($p < 0,05$). Sebaliknya, adanya penyakit penyerta kronik berkorelasi negatif terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis ($p = 0,001$) (Unalan, *et al.*, 2008; Louw *et al.*, 2012). Beberapa penyakit penyerta pada pasien tuberkulosis paru adalah Hipertensi, Diabetes melitus, dan PPOK (Unalan, *et al.*, 2008). Jumlah penyakit penyerta kronik juga mempengaruhi kualitas hidup, semakin banyak jumlah penyakit penyerta kronik semakin rendah kualitas hidupnya (Louw, *et al.*, 2012).

Faktor lain yang juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru adalah depresi dan dukungan sosial. Hasil penelitian Unalan, *et al.* (2008) dan Louw, *et al.* (2012) menunjukkan bahwa depresi memiliki korelasi negatif terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis paru, artinya semakin tinggi depresi, semakin rendah kualitas hidup seseorang. Hal ini berkebalikan dengan faktor dukungan sosial yang memiliki korelasi positif terhadap kualitas hidup (Terok, Bawotong, dan Untu, 2012; Ratnasari, 2012; Putri, Wahiduddin, dan Arsyad, 2013; Juliandari, Kusnanto, dan Hidayati, 2014). Dukungan sosial mempunyai hubungan signifikan ($p = 0,000$) terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis paru yang sifatnya sangat kuat dan positif ($r = 0,899$). Artinya

semakin besar dukungan sosial yang diterima, semakin tinggi pula kualitas hidup yang dimiliki (Juliandari, Kusnanto, dan Hidayati, 2014).

Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan beberapa faktor yang berhubungan dan mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru, di antaranya faktor sosiodemografi, lama pengobatan, penyakit penyerta kronik, depresi, dan dukungan sosial (Dhuria, dkk 2008; Unalan, *et al.*, 2008; Cruz, *et al.*, 2011; Louw, *et al.*, 2012; Adeyeye, *et al.*, 2014; Terok, Bawotong, dan Untu, 2012; Ratnasari, 2012; Putri, Wahiduddin, dan Arsyad, 2013; Juliandari, Kusnanto, dan Hidayati, 2014). Namun hingga saat ini, belum ada penelitian di Indonesia yang secara spesifik mengidentifikasi faktor yang paling mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru. Oleh karena itu, peneliti bermaksud mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, meliputi sosiodemografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan pendapatan), lama pengobatan, penyakit penyerta kronik, depresi, dan dukungan sosial, serta menganalisis faktor yang dinilai paling mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru. Diharapkan dapat diupayakan tindakan peningkatan kualitas hidup pasien tuberkulosis dalam fase rehabilitasi melalui pemberian terapi atau intervensi keperawatan, misalnya *coping enhancement*.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, peneliti merumuskan masalah penelitian, yaitu “faktor-faktor apakah yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah menganalisis faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien tuberkulosis paru yang menjalani terapi di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, lama pengobatan, penyakit penyerta kronik, depresi, dan dukungan sosial
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru yang menjalani terapi di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember
- c. Mengidentifikasi hubungan sosiodemografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan pendapatan) dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember
- d. Mengidentifikasi hubungan lama pengobatan dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember
- e. Mengidentifikasi hubungan penyakit penyerta kronik dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember
- f. Mengidentifikasi hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember

- g. Mengidentifikasi hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember
- h. Mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi, studi literatur, serta pengembangan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru sehingga dapat meningkatkan kompetensi peserta didik, terutama calon perawat di institusi pendidikan. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan materi tambahan terkait kualitas hidup yang dapat menambah khasanah keilmuan di bidang pendidikan keperawatan.

1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar informasi atau sumber rujukan dalam memberikan asuhan keperawatan secara lebih komprehensif dan berkualitas, khususnya pada pasien tuberkulosis paru. Hasil penelitian ini diharapkan juga memberi masukan perawat dalam menyusun program rehabilitasi dengan memfokuskan pada kualitas hidup pasien tuberkulosis paru sehingga mencapai kesembuhan yang optimal.

1.4.3 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dan masukan tentang pentingnya kualitas hidup, terutama pada pasien tuberkulosis paru. Diharapkan perawat dapat mengkaji lebih dalam terkait kualitas hidup pasien tuberkulosis paru dan memberikan terapi/intervensi dengan menekankan pada modifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup untuk peningkatan kualitas hidup pada pasien tuberkulosis paru selama program rehabilitasi. Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah *coping enhancement* atau intervensi keperawatan lainnya sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah penelitian Masood Sarwar Awan, Muhammad Waqas, Muhammad Amir Aslam (2012) yang berjudul *Factor influencing quality of life in patients with active tuberculosis in Pakistan*. Tujuan penelitian tersebut adalah menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien tuberkulosis dengan menggunakan alat ukur kualitas hidup SF-36. Jenis penelitian adalah kuantitatif korelasional dengan teknik pengambilan sampel secara acak, yang melibatkan 120 sampel.

Adapun perbedaan penelitian saat ini dengan penelitian sebelumnya dapat dilihat pada tabel 1.1 tentang tabel perbedaan penelitian berikut.

Tabel 1.1 Tabel Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1.	Judul penelitian	<i>Factor influencing quality of life in patients with active tuberculosis in Pakistan</i>	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember
2.	Peneliti	Masood Sarwar Awan, Muhammad Waqas, Muhammad Amir Aslam	Ana Miftahul Jannah
3.	Tahun Penelitian	2012	2015
4.	Tempat	Divisional TB hospital of Sargodha	Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember
5.	Rancangan penelitian	Penelitian kuantitatif jenis korelasional dengan teknik pengambilan sampel secara acak, melibatkan 120 pasien TB sebagai objek penelitian, dengan menggunakan SF-36 sebagai alat ukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan	Penelitian kuantitatif jenis deskriptif analitik korelasi melalui pendekatan <i>cross sectional</i> dengan menggunakan teknik pengambilan sampel <i>simple random sampling</i> , melibatkan 52 pasien tuberkulosis paru, dengan instrumen kualitas hidup SF-36
6.	Variabel penelitian	a. Variabel dependen: kualitas hidup pasien tuberkulosis b. Variabel independen: 1) jenis kelamin 2) area tempat tinggal 3) usia 4) keparahan penyakit 5) penggunaan obat-obatan 6) estimasi pendapatan 7) ancaman kematian	a. Variabel dependen: kualitas hidup pasien tuberkulosis paru b. Variabel independen: 1) sosiodemografi a) usia b) jenis kelamin c) tingkat pendidikan d) status pekerjaan e) pendapatan 2) lama pengobatan 3) penyakit penyerta kronik 4) depresi 5) dukungan sosial

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis paru (TB Paru)

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan bawah yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Alsagaff & Mukti, 2002; Muttaqin, 2008). Sebagian besar bakteri ini menyerang paru (tuberkulosis paru) terutama parenkim paru, tetapi dapat pula menyerang organ tubuh lainnya (tuberkulosis ekstra paru) seperti pleura, meningen, ginjal, kelenjar *lymphe*, tulang, dll (Smelzer & Bare, 2002; Somantri, 2007; Aditama, 2008).

2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Penyebab penyakit tuberkulosis paru adalah *Mycobacterium tuberculosis*, yaitu bakteri berbentuk batang (basil) dengan ukuran panjang 1–4 mm dan tebalnya 0,3–0,6 mm, tidak berspora dan tidak berkapsul (Price & Wilson, 2006). Bakteri ini bersifat aerob gram positif, yang senang hidup di daerah dengan kandungan oksigen tinggi, terutama di apeks paru atau di berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan partial oksigen yang tinggi. Bakteri jenis lain yang juga dapat menyebabkan penyakit tuberkulosis adalah *Mycobacterium bovis* dan *Mycobacterium avium*, namun hal ini jarang terjadi (Smeltzer & Bare, 2002).

Sebagian besar komponen *Mycobacterium tuberculosis* berupa lemak atau lipid sehingga bakteri ini sangat tahan terhadap asam, zat kimia, dan faktor fisik (Somantri, 2007). Kuman *Mycobacterium tuberculosis* ini mudah mati pada air mendidih dalam waktu 5 menit dengan suhu 80⁰C dan mati dalam waktu 20 menit pada suhu 60⁰C (Alsagaff & Mukti, 2002; Muttaqin, 2008). Bakteri ini juga tidak tahan dan mudah mati apabila terkena sinar matahari (*ultraviolet*) sehingga penyebarannya terjadi pada malam hari (Alsagaff & Mukti, 2002; Somantri, 2007). Beberapa faktor seperti kondisi kurangnya ventilasi, tidak adanya sinar matahari yang masuk, serta keadaan ruangan yang gelap dan lembab dapat menjadi faktor risiko yang menyebabkan kejadian penularan tuberkulosis (Depkes RI, 2007).

2.1.3 Patofisiologi

Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dapat masuk ke dalam tubuh melalui saluran pernapasan, saluran pencernaan (gastrointestinal), dan luka terbuka pada kulit. Sebagian besar infeksi tuberkulosis terjadi oleh transmisi melalui udara (*airbone infection*), yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung basil basil tuberkel dari orang yang terinfeksi (*droplet nuclei*) (Price & Wilson, 2006). Umumnya penularan yang terjadi dalam ruangan melalui percikan dahak (droplet) saat individu yang terinfeksi tuberkulosis mengalami batuk, bersin, berbicara, tertawa atau bernyanyi sehingga mengeluarkan droplet besar dan kecil, berisi kuman yang bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam (Smeltzer & Bare, 2002; Muttaqin, 2008). Droplet besar (berukuran lebih dari 100 μ) akan

menetap di ruangan tersebut, sedangkan droplet kecil (berukuran 1–5 μ) akan tertahan di udara dan terhirup, terutama oleh individu yang rentan, seperti individu dengan immunosupresif (lansia, kanker, HIV, terapi kortekosteroid), individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (diabetes, gagal ginjal), individu yang tinggal di daerah perumahan substandar kumuh, dan individu yang kontak dengan individu yang terinfeksi tuberkulosis aktif, termasuk petugas kesehatan (Smeltzer & Bare, 2002; Asih & Effendy, 2004).

Individu rentan yang menghirup droplet berisi basil tuberkel akan menjadi terinfeksi tuberkulosis (Tambayong, 2000; Smeltzer & Bare, 2002). Droplet kecil dapat melewati atau menembus sistem mukosilier saluran nafas sehingga dapat mencapai dan bersarang di bronkiolus dan alveolus. Setelah kuman tuberkulosis masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya, seperti ginjal, tulang, dan korteks serebri (Smeltzer & Bare, 2002; Depkes RI, 2008).

Sistem imun tubuh akan berespon terhadap kuman tuberkulosis dalam tubuh dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) akan menelan bakteri, limfosit spesifik tuberkulosis akan melisis atau menghancurkan basil tuberkel dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkan bronco-pneumonia. Infeksi awal biasanya 2 sampai 10 minggu setelah pemaparan atau kontak dengan individu yang terinfeksi tuberkulosis aktif. Basil yang masih hidup

dan yang sudah mati membentuk gumpalan massa jaringan baru yang disebut granulomas, dikelilingi oleh makrofag yang membentuk dinding protektif. Granulomas diubah menjadi massa jaringan fibrosa dengan bagian sentral yang disebut tuberkel Ghon. Massa (bakteri dan makrofag) menjadi nekrotik dan membentuk massa seperti keju, yang dapat mengalami kalsifikasi dan membentuk skar kolagenosa. Bakteri dapat menjadi dorman tanpa perkembangan penyakit tuberkulosis aktif (Smeltzer & Bare, 2002).

Setelah pemajanan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang tidak adekuat dari respon sistem imun tubuh. Penyakit tuberkulosis aktif dapat juga terjadi dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman. Tuberkel Ghon akan memecah, melepaskan massa seperti keju ke dalam bronkus yang mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh bila bakteri tersebar di udara. Tuberkel Ghon yang pecah akan menyembuh dan membentuk jaringan parut yang menyebabkan paru membesar dan terjadinya bronko-pneumonia lebih lanjut. Selanjutnya, terjadi penyebaran secara lambat mengarah ke bawah menuju hilum paru-paru dan meluas ke lobus paru yang berdekatan yang disebut sebagai kompleks primer (Tambayong, 2000; Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Gejala utama yang dialami pasien tuberkulosis adalah batuk selama 2–3 minggu atau lebih (Depkes, 2007). Batuk pada awalnya bersifat nonproduktif, tetapi dapat berkembang ke arah pembentukan sputum mukopurulen dengan

hemoptisis (batuk berdahak bercampur darah) (Smeltzer & Bare, 2002). Dapat diikuti gejala tambahan seperti sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam tanpa melakukan aktivitas fisik, dan demam meriang lebih dari satu bulan (Depkes RI, 2007). Gejala tambahan lain yang juga dapat timbul adalah sesak nafas yang disertai nyeri dada (Smeltzer & Bare, 2002; Asih & Effendy, 2004). Setiap orang dengan gejala tersebut dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien tuberkulosis dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis (Depkes RI, 2007).

2.1.5 Penegakan Diagnosis

Diagnosis tuberkulosis paru dapat ditegakkan dengan pemeriksaan spesimen dahak pada pasien yang diduga suspek tuberkulosis. Pemeriksaan mikroskopik ini dilakukan pada 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu – pagi – sewaktu (SPS) dengan rincian dahak sewaktu/spot (dahak sewaktu saat kunjungan), dahak pagi hari (keesokan harinya), dan dahak sewaktu/spot (pada saat mengantarkan dahak pagi). Diagnosis tuberkulosis paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman *Mycobacterium tuberculosis* (BTA positif) (Depkes RI, 2007).

Penemuan BTA positif melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang merupakan diagnosis utama tuberkulosis paru. Pemeriksaan lain yang dilakukan untuk menunjang penegakan diagnosis adalah foto toraks (*rontgent dada*), biakan kuman, dan uji kepekaan yang disesuaikan dengan indikasi. Pendiagnosisan tuberkulosis hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja tidak dibenarkan

karena hasil foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada tuberkulosis paru sehingga sering terjadi *overdiagnosis*. Hal ini dikarenakan gambaran kelainan radiologik paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit tuberkulosis paru. Pendiagnosian tuberkulosis ekstra paru didasarkan pada gejala dan keluhan pada organ atau bagian tubuh yang terkena, misalnya kaku kuduk pada tuberkulosis meningitis, nyeri dada pada tuberkulosis pleura (*Pleuritis*), pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada tuberkulosis limfadenitis, dan deformitas tulang belakang (*gibbus*) pada tuberkulosis spondilitis (Depkes RI, 2007).

2.1.6 Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis bertujuan menyembuhkan pasien, mencegah terjadinya kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Depkes RI, 2011). Pengobatan tuberkulosis dibagi menjadi dua fase, yaitu fase intensif (2–3 bulan) dan fase lanjutan (4 atau 6 bulan). Pengobatan fase awal atau intensif menggunakan kombinasi obat-obatan HRZE yang bersifat *early bacterial activity* dan *preventing of drug resistance* yang bertujuan menekan pertumbuhan dan membunuh bakteri *M. tuberculosis* yang aktif dalam jumlah besar dengan cepat dan mencegah terjadinya resistensi obat. Pengobatan fase lanjutan menggunakan obat-obatan HRZ yang bersifat *sterilizing activity* yang bertujuan membunuh bakteri yang tidak aktif (inaktif) atau *semidormant* (Soedarsono, 2002). Pengobatan pada pasien tuberkulosis dewasa dibagi menjadi kategori 1

(2HRZE/4H3R3), kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3), kategori 3 (2HRZ/4H3R3), dan OAT sisipan (HRZE) (Depkes, 2007).

a. Kategori-1 (2HRZE/4H3R3)

Pada tahap intensif, pengobatan terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E). Obat-obatan (2HRZE) tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (56 hari). Kemudian diteruskan dengan pengobatan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniazid (H) dan Rifampisin (R), yang diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan atau 16 minggu (4H3R3). Panduan OAT ini diberikan untuk:

- 1) pasien baru tuberkulosis paru BTA positif;
- 2) pasien tuberkulosis paru BTA negatif foto toraks (rontgen) positif sakit berat;
- 3) pasien tuberkulosis ekstra paru berat, seperti tuberkulosis tulang belakang.

b. Kategori-2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3)

Pada tahap intensif, diberikan obat Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E) selama 3 bulan. Dua bulan pertama (56 hari) diberikan obat-obat (2HRZES) yaitu Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Ethambutol (E) yang diberikan setiap hari ditambah suntikan streptomisin setiap harinya di Unit Pelayanan Kesehatan. Kemudian diteruskan dengan konsumsi obat (HRZE) yaitu Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E) yang diberikan setiap hari selama 1 bulan (28 hari). Selanjutnya dilakukan pengobatan lanjutan (5H3R3E3) yang terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin (R) dan Ethambutol (E) yang diberikan tiga kali

dalam seminggu, obat-obat ini diberikan selama 5 bulan (20 minggu). Paduan OAT kategori 2 ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya, yaitu:

- 1) pasien kambuh (*relaps*);
- 2) pasien gagal (*failure*);
- 3) pasien dengan pengobatan setelah lalai (*after default*).

c. Kategori-3 (2HRZ/4H3R3)

Pada tahap intensif, diberikan obat HRZ, yaitu Isoniazid (H), Rifampisin (R), dan Pirazinamid (Z) setiap hari selama 2 bulan. Lalu diteruskan tahap lanjutan dengan obat HR, yaitu Isoniazid (H) dan Rifampisin (R), 3 kali seminggu selama 4 bulan. Panduan OAT kategori 3 ini diberikan untuk:

- 1) Pasien baru BTA negatif dan *rontgent* positif sakit ringan;
- 2) Pasien ekstra paru ringan, misalnya tuberkulosis kelenjar limfe (limfadenitis), pleuritis eksudativa unilateral, tuberkulosis kulit, tuberkulosis tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

d. OAT Sisipan (HRZE)

Paket sisipan KDT sama dengan paduan paket tahap intensif kategori-1 yang diberikan selama 28 hari. Pengobatan ini terdiri dari obat (HRZE) yaitu Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E) yang diberikan setiap hari selama 1 bulan (28 hari) (Depkes RI, 2011).

Selama menjalani pengobatan, pasien tuberkulosis akan dievaluasi secara kontinu untuk mengetahui keberhasilan pengobatan. Menurut PDPI (2006), terdapat lima evaluasi pengobatan pada pasien tuberkulosis, yaitu:

a. evaluasi klinis

- 1) pasien dievaluasi setiap 2 minggu pada 1 bulan pertama, pada pengobatan selanjutnya setiap 1 bulan;
- 2) evaluasi yang dilakukan meliputi respon pengobatan dan ada tidaknya efek samping obat serta ada tidaknya komplikasi penyakit;
- 3) evaluasi klinis yang dilakukan meliputi keluhan, berat badan, pemeriksaan fisik

b. evaluasi bakteriologis (0–2–6/9 bulan pengobatan)

- 1) bertujuan mendeteksi ada tidaknya konversi dahak;
- 2) pemeriksaan dan evaluasi pemeriksaan mikroskopis ini dilakukan saat:
 - a) sebelum pengobatan dimulai,
 - b) setelah 2 bulan pengobatan (setelah fase intensif),
 - c) dan pada akhir pengobatan
- 3) bila ada fasilitas biakan, dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi

c. evaluasi radiologi (0–2–6/9 bulan pengobatan)

meliputi pemeriksaan dan evaluasi foto toraks yang dilakukan pada saat sebelum pengobatan, setelah 2 bulan pengobatan (kecuali pada kasus yang kemungkinan diduga adanya keganasan dapat dilakukan pada 1 bulan pengobatan), dan dilakukan pada akhir pengobatan.

d. evaluasi efek samping secara klinis

evaluasi ini dilakukan bila pada evaluasi klinis dicurigai terdapat efek samping, maka dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk memastikannya dan dilakukan penanganan efek samping obat sesuai pedoman.

e. evaluasi keteraturan berobat

evaluasi ini dilakukan untuk memastikan keteraturan berobat mengenai diminum/tidaknya obat tersebut, dikarenakan ketidakteraturan berobat akan menyebabkan timbulnya masalah resistensi obat.

Setelah dilakukan evaluasi, dapat diketahui hasil pengobatan pasien tuberkulosis dan rencana tindak lanjutnya. Hasil pengobatan pasien tuberkulosis dapat dikategorikan menjadi sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah (*transfer out*), lalai (*defaulted*) atau DO (*drop out*), dan gagal (Depkes RI, 2007). Pengobatan dinyatakan berhasil (*treatment success*) apabila pasien sembuh dan tuntas melaksanakan pengobatan lengkap bagi pasien dengan BTA positif atau biakan positif.

a. Sembuh

Pasien dinyatakan sembuh bila telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan apusan dahak ulang (*follow-up*) paling sedikitnya 2 kali berturut-turut hasilnya negatif pada akhir pengobatan (AP) dan/atau pada satu bulan sebelum AP, dan pada satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya.

b. Pengobatan lengkap

Pasien dinyatakan pengobatan lengkap bila pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak ada hasil pemeriksaan apusan

dahak ulang 2 kali berturut-turut hasilnya negatif pada akhir pengobatan (AP) dan pada satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya. Tindak lanjutnya adalah pasien diinformasikan untuk segera memeriksakan diri dengan tetap mengikuti prosedur apabila gejala muncul kembali.

c. Meninggal

Pasien dinyatakan meninggal bila pasien yang dalam masa pengobatan tuberkulosis diketahui meninggal karena sebab apapun.

d. Pindah (*transfer out*)

Pasien dinyatakan pindah (*transfer out*) bila pasien yang pindah berobat ke daerah kabupaten/kota lain atau unit pencatatan dan pelaporan (*register*) lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui. Tindak lanjutnya adalah pasien yang ingin pindah dibuatkan surat pindah dan bersama sisa obatnya, dikirim ke unit pelayanan kesehatan yang baru.

e. Putus berobat (*defaulted*) atau DO (*drop out*)

Pasien dinyatakan putus berobat (*defaulted*) atau DO (*drop out*) adalah pasien yang tidak berobat selama 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai. Tindak lanjutnya adalah pasien dilacak dan diberi penyuluhan pentingnya berobat secara teratur. Apabila pasien akan melanjutkan pengobatannya, lakukan pemeriksaan dahak. Mulai pengobatan dengan kategori 2 bila hasil positif, lanjutkan pengobatan 1 bila hasil negatif.

f. Gagal (*failure*)

1) Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau satu bulan sebelum akhir

pengobatan atau pada akhir pengobatan. Tindak lanjutnya adalah pasien BTA positif baru dengan kategori 1 diberikan kategori 2 mulai dari awal. Pasien BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2 dirujuk ke unit pelaksana kesehatan spesialisik atau berikan INH seumur hidup.

- 2) Pasien BTA negatif yang hasil pemeriksaan dahaknya pada akhir bulan ke 2 menjadi positif. Tindak lanjutnya adalah diberikan pengobatan kategori 2 mulai dari awal.

2.1.7 Dampak

Setiap individu dapat memiliki reaksi perilaku dan emosi yang berbeda-beda saat dihadapkan pada suatu penyakit. Reaksi tersebut bergantung pada jenis penyakit yang dialami, sikapnya dalam menghadapi penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang dideritanya, dan lain-lain. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupan hanya sedikit menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi kehidupan individu. Sedangkan penyakit yang berat dan mengancam nyawa dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah, dan menarik diri (Darmanto, 2007).

Tuberkulosis paru merupakan contoh klasik penyakit yang tidak hanya menimbulkan dampak terhadap perubahan fisik, tetapi juga berdampak pada keadaan mental dan sosial (Darmanto, 2007). Dampak fisik yang ditimbulkan di antaranya kelemahan fisik secara umum, batuk terus menerus, sesak napas, nyeri dada, nafsu makan menurun, berat badan menurun, keringat pada malam hari, dan

kadang-kadang panas yang tinggi (Mansjoer, 2000). Adanya perubahan fisik ini dapat mengganggu pasien dalam melakukan aktivitas hariannya dan mempengaruhi keadaan mental dan sosialnya (Rajeswari, dkk, 2005).

Tuberkulosis paru juga dapat memberikan dampak pada keadaan psikis atau mental pasiennya. Tidak sedikit pasien yang ketika didiagnosis tuberkulosis paru merasa ketakutan dalam dirinya, berupa ketakutan akan pengobatan, kematian, efek samping obat, menularkan penyakit ke orang lain, kehilangan pekerjaan, ditolak dan didiskriminasikan, dan lain-lain (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2007*, dalam Rohman, 2012). Pasien tuberkulosis menjadi lebih mudah tersinggung, marah, dan putus asa dikarenakan batuk yang terus menerus sehingga kehidupan sehari-hari menjadi kurang menyenangkan (Mansjoer, 2000).

Selain kondisi dan proses penyakit, adanya stigma sosial yang sangat diskriminatif juga dapat menambah beban hidup individu menjadi lebih berat. Pasien tuberkulosis paru juga sering merasa rendah diri karena stigma yang berkembang dan dikucilkan oleh masyarakat sehingga pasien selalu mengisolasi diri karena malu dengan keadaan penyakitnya. Banyak masyarakat yang menghindari interaksi dengan pasien tuberkulosis paru karena takut tertular (Mansjoer, 2000). Akibatnya pasien tuberkulosis paru akan merasa bahwa dirinya tidak berguna, tidak ada harapan, takut, sedih, marah, dan muncul perasaan lainnya (Rachmawati, 2013). Pasien juga dapat mengalami distress spiritual, dengan menyalahkan Tuhan karena penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh atau menganggap penyakitnya yang menakutkan (Mansjoer, 2000).

Selain berdampak pada pasien, tuberkulosis paru juga dapat memberikan dampak atau pengaruh pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan tuberkulosis. Keluarga pasien tuberkulosis paru mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya penularan terhadap anggota keluarga yang lain. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan dari keluarga terhadap tuberkulosis paru, pengetahuan tentang penatalaksanaan pengobatan tuberkulosis paru, dan upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru. Produktivitas dan pendapatan keluarga juga menurun atau terganggu, terutama bila kepala keluarga atau anggota keluarga pencari nafkah yang menjadi pasien tuberkulosis paru. Akibatnya peran sebagai pemenuhan kebutuhan keluarga tidak dapat dijalankan dan akan menghambat biaya hidup sehari-hari, terutama untuk biaya pengobatan (Isselbacher, 2009).

2.2 Asuhan Keperawatan pada Pasien Tuberkulosis paru (TB Paru)

Asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru sama seperti pada pasien lain, yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan dan implementasi intervensi keperawatan, hingga evaluasi. Tujuan asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru berfokus untuk mengurangi gejala, mencegah komplikasi, memperbaiki status kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Barnett, 2007).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien tuberkulosis paru meliputi pengkajian riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap, dengan fokus pengkajian pada fungsi pernapasan. Manifestasi klinis seperti batuk, pembentukan sputum, demam, anoreksia, penurunan berat badan, berkeringat malam, dan keletihan membutuhkan pengkajian fungsi pernapasan yang lebih menyeluruh. Setiap perubahan suhu tubuh atau frekuensi pernapasan, jumlah dan warna sekresi, frekuensi dan adanya batuk darah, serta nyeri dada perlu dikaji. Pengkajian terhadap konsolidasi paru juga perlu dilakukan untuk mengevaluasi bunyi napas (menghilang, bunyi bronkial, atau bronkovesikuler, krekles), fremitus, egofoni, dan hasil pemeriksaan perkusi (pekak). Pasien dapat juga mengalami pembesaran nodus limfe yang terasa nyeri. Kesiapan emosional pasien untuk belajar, persepsi terkait penyakit tuberkulosis dan pengobatannya juga perlu dikaji. Hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium, serta pemeriksaan penunjang lainnya juga perlu dilakukan telaah (Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil pengkajian pada pasien tuberkulosis paru tergantung pada tahap penyakit dan derajat keparahan penyakit. Pengkajian pada pasien tuberkulosis paru didapatkan hasil sebagai berikut (Asih & Effendy, 2004; Doenges, Moorhouse, dan Geissler, 2012).

a. Pernapasan

Gejala : Batuk, produktif atau tidak produktif, napas pendek

Riwayat menderita tuberkulosis sebelumnya atau terpajan pada individu yang terinfeksi tuberkulosis

Tanda : Peningkatan frekuensi pernapasan
Pembesaran dada saat bernapas tidak simetris
Perkusi pekak dan penurunan fremitus fokal
Karakteristik sputum: hijau/purulen, mukoid kuning, bercak darah
Deviasi trakeal

b. Aktivitas/Istirahat

Gejala : Kelelahan umum dan kelemahan
Napas pendek saat beraktivitas
Kesulitan tidur pada malam hari
Demam, menggigil dan/atau berkeringat pada malam hari

Tanda : Takikardia takipnea/dispnea saat beraktivitas
Kelelahan otot, nyeri, dan sesak (pada tahap lanjut)

c. Makanan/Cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan
Tidak dapat mencerna makanan
Penurunan berat badan

Tanda : Turgor kulit buruk, kulit kering/bersisik
Kehilangan otot atau kehilangan lemak subkutan

d. Nyeri/Kenyamanan

Gejala : Nyeri dada meningkat karena batuk berulang

Tanda : Berhati-hati pada area yang sakit
Perilaku distraksi, gelisah

e. Integritas ego

Gejala : Adanya faktor stres lama
Masalah keuangan, rumah
Perasaan tidak berdaya atau tidak ada harapan

Tanda : *Denial* atau menyangkal (khususnya pada tahap dini)
Ansietas, ketakutan, mudah tersinggung/marah
Perubahan mental (pada tahap lanjut)

f. Keamanan

Gejala : Adanya kondisi penekanan imun tubuh, seperti AIDS, kanker
Hasil tes HIV dinyatakan positif

Tanda : Demam rendah atau sakit panas akut

g. Interaksi sosial

Gejala : Perasaan isolasi/penolakan karena penyakit menular
Perubahan pola biasa dalam tanggung jawab/aktivitas
Perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran

h. Penyuluhan/Pembelajaran

Gejala : Riwayat keluarga tuberkulosis
Ketidakmampuan umum/status kesehatan buruk
Gagal untuk membaik/sembuh, kambuhnya tuberkulosis
Tidak berpartisipasi dalam terapi/pengobatan

i. Pemeriksaan Diagnostik

1) Kultur sputum: positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* pada tahap aktif
penyakit tuberkulosis

- 2) *Ziehl-Neelsen* (pemakaian asam cepat pada gelas kaca untuk usapan cairan darah): positif untuk basil asam-cepat (BTA +)
- 3) Tes kulit (PPD, Mantoux, potongan Vollmer): reaksi positif menunjukkan infeksi masa lalu dan adanya antibodi, tetapi tidak secara pasti menunjukkan bahwa penyakit aktif
- 4) Foto toraks: infiltrasi lesi awal pada area paru atas, efusi cairan
- 5) ELISA/*Western Blot*: dapat menyatakan adanya TB-HIV positif
- 6) Histologi atau kultur jaringan (CSS, biopsi kulit): positif untuk *Mycobacterium tuberculosis*
- 7) Biopsi jarum pada jaringan paru: positif untuk granuloma tuberkulosis, adanya sel raksasa menunjukkan adanya nekrosis
- 8) Elektrolit: dapat normal tergantung pada lokasi dan beratnya infeksi, misalnya hiponatremia pada tuberkulosis paru kronik luas
- 9) GDA: dapat normal tergantung lokasi, berat dan kerusakan sisa pada paru
- 10) Pemeriksaan fungsi paru: penurunan kapasitas vital, peningkatan ruang mati, peningkatan rasio udara residu dan kapasitas paru total, penurunan saturasi oksigen sekunder terhadap infiltrasi parenkim/fibrosis, kehilangan jaringan paru, dan penyakit pleural (pada tuberkulosis paru kronik luas).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien tuberkulosis paru adalah sebagai berikut (Smeltzer & Bare, 2002; Doengoes, Moorhouse, dan Geissler, 2012; *Nanda International*, 2013).

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi trakeobronkial yang tertahan/sisa sekresi (sekret kental, sekret darah), eksudat dalam alveoli akibat proses infeksi, edema bronkial/trakeal/faringeal, kelemahan atau upaya batuk buruk
- b. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membran alveolar-kapiler, penurunan permukaan efektif paru, edema bronkial
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan produksi sputum/sering batuk, dispnea, anoreksia
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, kelelahan, perubahan status nutrisi, demam, dispnea
- e. Ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan berhubungan dengan pengobatan lama, jumlah obat banyak, kurang pengetahuan
- f. Risiko tinggi infeksi (penyebaran/aktivasi ulang) berhubungan dengan pertahanan tubuh primer tidak adekuat (penurunan kerja silia/statis sekret), pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat (imunosupresi, penekanan respons inflamasi), malnutrisi, peningkatan pemajanan patogen lingkungan, kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen
- g. Defisiensi pengetahuan mengenai kondisi, proses penyakit, prognosis, terapi/regimen pengobatan, dan tindakan kesehatan preventif berhubungan dengan kurang terpajan pada informasi, salah interpretasi informasi, keterbatasan kognitif, tidak akurat/tidak lengkapnya informasi yang tersedia
- h. Ketidakefektifan coping berhubungan dengan ketidakadekuatan tingkat persepsi kontrol, ketidakadekuatan sumber dan dukungan sosial, krisis situasi

- i. Ansietas (kecemasan) berhubungan dengan dispnea, perubahan status kesehatan, infeksi/kontaminan interpersonal, situasi kritis

Masalah kolaborasi yang mungkin muncul adalah potensial malnutrisi, potensial efek samping terapi pengobatan (hepatitis, perubahan neurologis seperti ketulian atau neuritis, ruam kulit, dan gangguan GI (mual, muntah), potensial resistensi obat, dan potensial penyebaran infeksi tuberkulosis (tuberkulosis miliaris) (Smeltzer & Bare, 2002).

Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah sebagai berikut (*NANDA International*, 2011).

- a. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan hambatan kognitif, koping tidak efektif (individu, keluarga)
- b. Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan, kompleksitas sistem pelayanan kesehatan/regimen terapeutik, pola perawatan kesehatan keluarga, ketidakberdayaan
- c. Pengabaian diri berhubungan dengan pilihan gaya hidup, depresi, stres hidup tinggi, ketidakmampuan belajar
- d. Kesiapan meningkatkan manajemen diri

2.2.3 Tujuan Keperawatan (NOC)

Secara umum, tujuan asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru yang dijabarkan dalam *Nursing Outcomes Classification* (NOC) diprioritaskan pada (Moorhead, dkk, 2013):

- a. status respirasi adekuat: jalan napas paten (*respiratory status: airway patency*), ventilasi adekuat (*respiratory status: ventilation*), pertukaran gas adekuat (*respiratory status: gas exchange*)
- b. aspirasi dapat dicegah (*aspiration prevention*)
- c. tanda-tanda vital dalam batas normal (*vital signs status*)
- d. intake nutrisi adekuat (*nutritional status: food and fluid intake*)
- e. status imun atau pertahanan tubuh adekuat (*immune status*)
- f. pengontrolan infeksi (*risk control: infection control*)
- g. koping efektif dan adaptif (*coping*)
- h. kontrol kecemasan (*anxiety level*)
- i. peningkatan pengetahuan: tentang proses penyakit (*knowledge: disease process*), manajemen infeksi (*knowledge: infection management*), dan perilaku sehat (*knowledge: health behavior*).

2.2.4 Intervensi Keperawatan (NIC)

Menurut *Nursing Intervention Classification* (Bullechek, 2013), intervensi keperawatan pada pasien tuberkulosis paru difokuskan pada:

- a. *airway management* merupakan intervensi keperawatan untuk memfasilitasi kepatenan jalan napas pasien
- b. *airway suctioning* merupakan intervensi keperawatan untuk mengeluarkan sekret dengan cara memasukkan sebuah selang kateter suction pada jalan napas pasien melalui mulut, nasofaring, atau trakeal

- c. *respiratory monitoring* merupakan intervensi keperawatan dengan cara mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk memastikan kepatenan jalan napas dan keadekuatan pertukaran gas
- d. *aspiration precaution* merupakan intervensi keperawatan untuk mencegah atau meminimalisir faktor risiko pada pasien terhadap risiko aspirasi
- e. *vital signs monitoring* merupakan intervensi keperawatan dengan cara mengumpulkan dan menganalisis data kardiovaskular, respirasi, dan suhu tubuh untuk menentukan intervensi dan mencegah komplikasi
- f. *nutrition management* merupakan intervensi keperawatan dengan menyediakan dan mempromosikan asupan atau *intake* nutrisi yang seimbang
- g. *nutrition monitoring* merupakan intervensi keperawatan dengan cara mengumpulkan dan menganalisis data pasien mengenai asupan; atau *intake* nutrisi
- h. *anxiety reduction* merupakan intervensi keperawatan untuk mengurangi kecemasan pada pasien tuberkulosis paru
- i. *coping enhancement* merupakan intervensi keperawatan untuk memperkuat mekanisme koping pasien, melalui pendekatan individu maupun pemberian dukungan dari keluarga dan sosial
- j. *teaching: disease process* merupakan intervensi keperawatan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan mengenai proses penyakit dan penanganannya
- k. *teaching disease: prescribed medication* merupakan intervensi keperawatan dengan memberikan pendidikan kesehatan dan pengetahuan mengenai

pengobatan yang diberikan, berupa jenis, dosis, cara penggunaan, indikasi, dan efek sampingnya.

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Definisi kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini masih belum ada definisi yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang (Barofsky, 2012). Kualitas hidup merupakan ide yang abstrak tidak terikat oleh tempat dan waktu, bersifat situasional, dan meliputi berbagai konsep yang dapat saling tumpang tindih (Kinghron & Gamlin, 2004). Kualitas hidup merupakan salah satu bagian dari *Patient Report Outcome* (PRO) yang didefinisikan secara subyektifitas dan multidimensional. Subyektifitas mengandung arti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien sebagai individu yang unik, yang berbeda dengan orang lain. Multidimensi bermakna kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan individu secara holistik, meliputi aspek biologis atau fisik, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Kualitas hidup diartikan sebagai konsep multidimensional karena meliputi dimensi fisik, sosial, psikologis yang berhubungan dengan penyakit dan terapi (Cella 1992, dalam Panthee & Kritpracha, 2011). Kualitas hidup mengacu pada domain fisik, psikologis, dan sosial kesehatan yang unik pada setiap individu (Gupta & Kant, 2009).

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai kepuasan atau kegembiraan individu dalam hidup pada hal yang dianggapnya penting. Berdasarkan batasan

ini, kualitas hidup merupakan suatu keseimbangan antara apa yang diinginkan dalam kehidupan dan apa yang telah dicapai atau dapat dicapai. Kualitas hidup merupakan celah antara keinginan (*expectation*) dengan pengalaman (*experience*) atau yang didapatkan individu selama ini atau disebut *Calman's gap*. Semakin sempit celah berarti individu mempunyai kualitas hidup yang tinggi, sebaliknya individu yang sedikit kemampuannya untuk merealisasikan keinginannya berarti mempunyai kualitas hidup yang buruk (Calman, 1984, dalam Silitonga, 2007).

Calman (1984) mengatakan bahwa celah antara keinginan dan pengalaman tersebut dapat bervariasi menurut waktu tergantung pada perbaikan dan memburuknya kesehatan pasien, yang berhubungan dengan hasil terapi atau pengobatan dan progresifitas suatu penyakit. Pada saat individu diberitahu mengenai suatu diagnosis penyakitnya, dampak dari penyakit dapat dirasakan bervariasi tergantung dari persepsi individu terhadap kualitas hidupnya. Pasien dengan keinginan yang berbeda akan melaporkan kualitas hidup yang berbeda, padahal pada keadaan klinis yang serupa. Pasien yang mempunyai perubahan kesehatan dapat melaporkan tingkat kualitas hidup yang sama bila diukur secara berulang kali (Calman, 1984, dalam Silitonga, 2007).

Schipper yang dikutip Ware & Sherbourne (1992) mendefinisikan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut persepsi atau perasaan pasien (Ware & Sherbourne, 1992). Donald yang dikutip Haan & Faronson (1993) menyatakan kualitas hidup berbeda dengan status fungsional. Kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan,

nilai, dan pengharapan individu. Sedangkan status fungsional memberikan suatu penilaian obyektif dari kemampuan fisik dan emosional pasien (Haan & Faronson, 1993). Kualitas hidup diartikan Hermann (1993) sebagai respon emosi dari pasien 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 (mental), serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Hermann, 1993).

Farquahar (1995, dalam Gupta & Kant, 2009) juga memberikan definisi tentang kualitas hidup, yaitu sebagai model konseptual yang menggambarkan perspektif individu terhadap dimensi kehidupan. Patrick & Erickson (1996) mengartikan kualitas hidup sebagai nilai yang diberikan individu selama hidupnya berlangsung yang dipengaruhi oleh penyakit, cedera, atau pengobatan, sehingga nilai kualitas hidup akan berbeda pada orang yang sehat dan orang yang sakit (Gupta & Kant, 2009). Sedangkan WHO sendiri mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kedudukannya dalam konteks kehidupan, berupa budaya dan sistem nilai yang berhubungan dengan tujuan, harapan, ukuran dan kepentingan individu tersebut. Kualitas hidup merupakan konsep yang luas yang mempengaruhi secara kompleks dari kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan diri, dan hubungan mereka dengan lingkungan sekitar (WHO, 1997).

Pengukuran kualitas hidup sangat tergantung pada individu karena definisi dan pengukurannya yang sulit dibuat dan terbatas sehingga hasil pengukuran tidak dapat distandarisasi dan dipergunakan untuk seluruh populasi secara umum.

Meskipun terdapat kesulitan dalam pengukuran, konsep kualitas hidup sangatlah berguna dan penting sebagai pendekatan dari rehabilitasi terhadap *impairmen* kehidupan pada pasien (*American Thoracic Society*, 1999). Penilaian kualitas hidup juga dapat digunakan untuk mengevaluasi *cost benefit* pada program dan intervensi baru dalam bidang kesehatan (Testa & Simonson, 1996). Tujuan meningkatkan kualitas hidup adalah untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan meningkatkan pentingnya promosi kesehatan. Tujuan tersebut sangat penting kaitannya dalam memenuhi kebutuhan individu, khususnya pada orang tua/lansia, penderita penyakit kronis, penyakit parah, dan populasi yang mengalami kecacatan (WHO, 1998).

2.3.2 Dimensi Kualitas Hidup

Testa dan Simonson (1996) membuat batasan kualitas hidup berdasarkan definisi sehat WHO (1947) yang mendefinisikan sehat sebagai suatu keadaan seseorang yang sehat secara fisik, mental, dan sosial, dan tidak hanya semata-mata bebas dari penyakit. Berdasarkan definisi tersebut, batasan kualitas hidup berisi dimensi sehat fisik, psikologi/mental, dan sosial yang untuk tiap-tiap orang berbeda-beda. Selain ketiga dimensi tersebut, ACCP/AACVPR (1997) menambahkan dimensi lain, yaitu dimensi fungsi sehari-hari dalam menjalankan aktivitas dan persepsi umum tentang kesehatan yang meliputi pengalaman, kepercayaan, keinginan/harapan, dan persepsi individu. Keempat komponen ini disebut sebagai persepsi sehat (*perception of health*). Tiap-tiap dimensi tersebut dapat diukur dengan penilaian yang objektif status fungsional atau status

kesehatannya dan penilaian yang subjektif terhadap persepsi kesehatannya (Ware & Sherbourne, 1952, dalam Testa & Simonson, 1996).

Secara umum, WHO (*World Health Organization*) menyatakan terdapat lima dimensi yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup, yang kemudian dikembangkan menjadi kuesioner kualitas hidup WHOQOL. Lima dimensi tersebut adalah (Hermann, 1993):

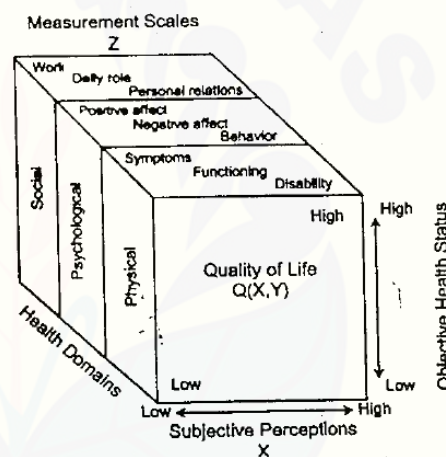
- a. kesehatan fisik (*physical health*): meliputi kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat;
- b. kesehatan psikologis (*psychological health*): meliputi cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi;
- c. tingkat aktivitas (*level of independence*): meliputi mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja;
- d. hubungan sosial (*social relationship*): meliputi hubungan sosial, dukungan sosial;
- e. lingkungan (*environment*): meliputi keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja.

2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan akan diukur semua domainnya dalam dua dimensi, yaitu persepsi subyektif individu tentang kesehatan atau *Subjective Perceptions* (aksis X) dan penilaian obyektif dari fungsional status kesehatan atau *Objective Health Status* (aksis Y) (Ware dan Sherbourne, 1952 dalam Testa & Simonson, 1996). Meskipun dimensi penilaian

obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, persepsi subyektif dan harapan individu dapat berubah menjadi penilaian yang lebih obyektif dan menggambarkan kualitas hidup individu yang sesungguhnya. Keinginan untuk sehat dan kemampuan menanggulangi keterbatasan dan ketidakmampuan dapat mempengaruhi persepsi sehat dan kepuasan terhadap hidup (*life satisfaction*) individu, sehingga dua orang dengan status kesehatan yang sama mungkin dapat memiliki kualitas hidup yang berbeda (Testa & Simonson, 1996). Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada gambar 2.1.

Aksis x, mewakili persepsi subjektif, aksis y mewakili status obyektif, Koordinat Q (X,Y) merupakan kualitas hidup sebenarnya. Aksis Z merupakan pengukuran kualitas hidup sebenarnya yang dihubungkan dengan komponen (contoh : Pekerjaan) atau domain tertentu (contoh : Sosial).



Gambar 2.1. Domain dan variabel yang terlibat dalam penilaian kualitas hidup (Ware dan Sherbourne, 1952 dalam Silitonga, 2007)

Pernyataan Guyatt dan Jaescke yang dikutip oleh Ware dan Sherbourne (1952) menyebutkan kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik (Silitonga, 2007). Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik, harus memiliki konsep, cakupan, reabilitas, validitas, dan sensibilitas yang baik pula. Secara garis besar, instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup secara umum

mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Instrumen khusus adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur suatu penyakit khusus pada populasi tertentu (misalnya pada lansia), atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi saluran pernapasan, fungsi emosional) (Testa & Simonson, 1996).

Sampai saat ini, masih belum terdapat instrumen khusus yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup khusus pada pasien tuberkulosis sehingga pengukuran kualitas hidup pada pasien tuberkulosis menggunakan instrumen umum yang sifatnya general. Berikut adalah jenis instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan status kesehatan.

a. *Sickness Impact Profile (SIP)*

Sickness Impact Profile (SIP) merupakan salah satu instrumen yang bersifat umum dan banyak digunakan. SIP dikembangkan oleh Berger pada tahun 1972 dan telah digunakan secara ekstensif dalam berbagai penelitian klinis. SIP berisi 136 item yang terbagi dalam 12 domain, yaitu:

- 1) tiga domain tentang kondisi fisik
 - a) ambulatori
 - b) mobilitas
 - c) perawatan tubuh dan gerakan;
- 2) empat domain tentang psikososial
 - a) interaksi sosial
 - b) perilaku kewaspadaan

- c) perilaku emosional
 - d) komunikasi;
- 3) lima domain tentang independen atau kemandirian
- a) tidur dan istirahat
 - b) makan
 - c) bekerja dan manajemen rumah
 - d) rekreasi
 - e) masa lalu

Kelemahan dari instrumen ini adalah memerlukan waktu yang relatif lama untuk menyelesaikan pengisian kuesioner, yaitu sekitar 20–30 menit (Gupta & Kant, 2009).

b. *Notingham Health Profile (NHP)*

Notingham Health Profile (NHP) merupakan instrumen general yang menggunakan pernyataan yang mengukur penyimpangan dari fungsi normal dengan menegaskan pernyataan khusus atau item yang menggambarkan status kesehatan. NHP terdiri dari dua bagian, meliputi:

- 1) bagian pertama: berisi 36 item yang dibagi menjadi enam domain, yaitu:
- a) mobilitas fisik
 - b) energi
 - c) tidur
 - d) sakit
 - e) isolasi sosial
 - f) reaksi emosional

2) bagian kedua: berisi 7 item yang menangani bidang kehidupan sehari-hari yang dipengaruhi oleh status kesehatan.

c. *Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*

MOS SF-36 adalah instrumen generik yang diterima secara universal dan luas dalam pengukuran kualitas hidup pada berbagai penyakit. SF-36 dikembangkan oleh DeDowell dan Nowell dari *Rand Corporation of Santa Monica* pada tahun 1970 dan distandarkan pada tahun 1990, SF-36 terdiri dari dua domain, yaitu kesehatan fisik (*Physical Component Summary, PCS*) dan kesehatan mental (*Mental Component Summary, MCS*). Setiap domain terdiri dari empat area. Setiap area terdiri dari empat subarea. Setiap subarea terdiri dari beberapa pertanyaan.

1) Domain kesehatan fisik (PCS)

- a) Fungsi fisik (*physical function*): terdiri dari 10 pertanyaan tentang aktivitas fisik, termasuk mandi dan berpakaian
- b) Keterbatasan akibat masalah fisik (*role physical*): terdiri dari empat pertanyaan tentang pekerjaan dan aktivitas sehari-hari
- c) Perasaan sakit/nyeri (*bodily pain*): terdiri dari dua pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan
- d) Persepsi kesehatan umum (*general health*): terdiri dari lima pertanyaan tentang kesehatan individu

2) Domain kesehatan mental (MCS)

- a) Kesejahteraan mental (*mental health*): terdiri dari lima pertanyaan tentang perasaan seperti sedih dan senang

- b) Keterbatasan akibat masalah emosional (*role emotinal*): terdiri dari tiga pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada emosi
- c) Fungsi sosial (*social function*): terdiri dari tiga pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan dengan masalah fisik dan emosi
- d) Vitalitas/Energi (*vitality*): terdiri dari empat pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan.

Skala SF-36 ini kemudian dinilai dengan kemungkinan cakupan 0–100, dengan skor yang lebih tinggi menandakan kualitas hidup yang lebih baik (Jenkinson, dkk., 1999). Untuk memudahkan interpretasi dari kualitas hidup, Gandek (2002) mengkategorikannya menjadi dua, yaitu kualitas hidup baik bila skor ≥ 50 dan kualitas hidup kurang baik bila skor < 50 . Kuesioner SF-36 merupakan salah satu kuesioner generik yang banyak digunakan pada penelitian-penelitian tentang kualitas hidup. Kuesioner ini telah diterjemahkan dan divalidasi dalam versi bahasa Indonesia dan telah banyak digunakan pada berbagai penelitian di Indonesia (Perwitasari, 2012). Kuesioner ini dapat digunakan untuk subyek penelitian perempuan maupun laki-laki. Subyek yang dapat menggunakan kuesioner ini harus berusia di atas 14 tahun (AHOC, 2005), yang menurut William Kay termasuk dalam kategori usia remaja (dalam Jahja, 2011).

Menurut Conger (1991) dan Papalia & Old (2000) (dalam Jahja, 2011) menyatakan bahwa remaja mengalami perkembangan kognitif yang memadai untuk menentukan tindakannya. Piaget (dalam Jahja, 2011) menyatakan

bahwa remaja mengalami kematangan kognitif sehingga mereka mampu berpikir logis dan abstraks. Remaja mulai mampu berpikir secara hipotesis (rencana bayangan) (Santrock, 2001, dalam Jahja, 2011). Remaja mampu menerima dirinya seutuhnya, mampu berspekulasi tentang sesuatu, dan membayangkan apa yang diinginkannya di masa depan (Jahja, 2011), termasuk tentang kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatannya.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup

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

- a. faktor sosiodemografi: yang meliputi jenis kelamin, umur, suku atau etnik, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan;
- b. Faktor medis: yang meliputi lama menderita 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 & Puti (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 (negatif), dan jarak akses ke pelayanan kesehatan. Selain faktor-faktor tersebut, kualitas hidup seseorang juga dapat dipengaruhi oleh status ekonomi,

gangguan mental emosional, dan interaksi penyakit, terutama penyakit menular dengan faktor risikonya (Pradono & Puti, 2007).

2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien tuberkulosis paru. Beberapa penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi dan mengevaluasi dampak sosiodemografi pada kualitas hidup. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sosiodemografi dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis, 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 pada 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 tuberkulosis. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki nilai kualitas hidup yang lebih baik daripada individu dengan tingkat pendidikan yang rendah. Penelitian Adeyeye, *et al.*, (2014) membuktikan bahwa usia, status pekerjaan, dan pendapatan juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien tuberkulosis. Usia, status pekerjaan, dan pendapatan merupakan

faktor prediktor yang mempengaruhi rendahnya kualitas hidup pada pasien tuberkulosis, terutama pada domain fisik dan sosialnya (Adeyeye, *et al.*, 2014).

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

Adanya penyakit penyerta yang bersifat kronik juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien tuberkulosis (Unalan, *et al.*, 2008; Louw *et al.*, 2012). Pasien dengan penyakit penyerta (kronik) mempunyai nilai 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 tuberkulosis di antaranya hipertensi, diabetes melitus, dan PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) (Unalan, *et al.*, 2008). Sejumlah 16,3% dari pasien tuberkulosis 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).

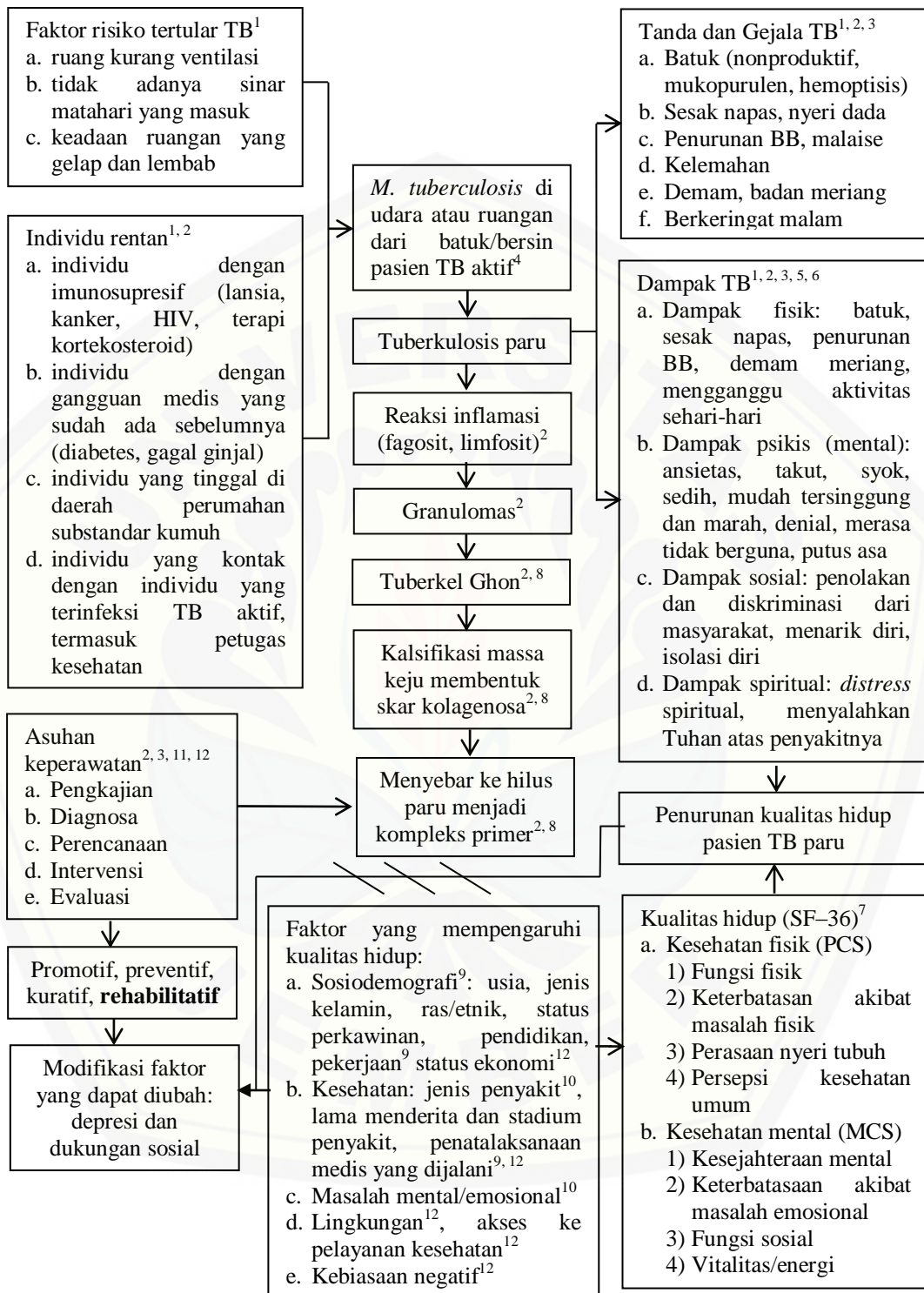
Depresi juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis (Unalan, *et al.*, 2008; Louw, *et al.*, 2012). Hasil penelitian Unalan, *et al.* (2008)

menunjukkan bahwa depresi memiliki korelasi yang negatif secara signifikan terhadap semua dimensi pada kualitas hidup. Artinya semakin tinggi depresi, semakin rendah kualitas hidup seseorang. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Louw, *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa semakin banyak distress psikologis (depresi) yang dimiliki, semakin rendah kualitas hidup seseorang.

Dukungan sosial juga terbukti dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis (Terok, Bawotong, dan Untu, 2012; Ratnasari, 2012; Putri, Wahiduddin, 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 ($\alpha = 0,01$; $p = 0,000$; $p < 0,01$).

Penelitian Ratnasari (2012) menunjukkan bahwa dukungan sosial juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis. 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 tuberkulosis paru dengan korelasi yang sangat kuat dan positif ($r = 0,899$). Penelitian lain oleh Putri, Wahiduddin, 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, Wahiduddin, dan Arsyad, 2013).

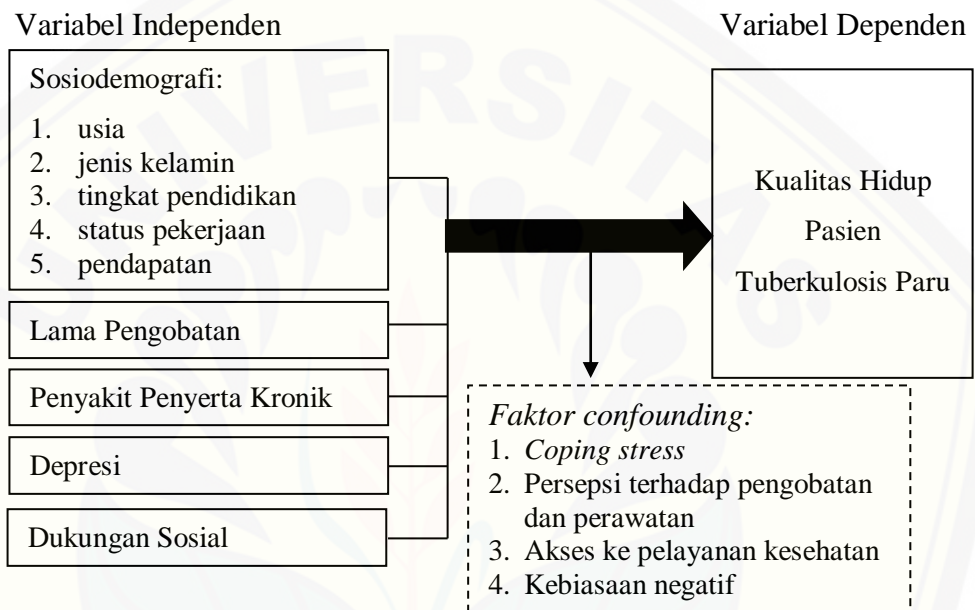
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori (¹Depkes RI, 2007; ²Smeltzer & Bare, 2002; ³Asih & Effendy, 2004; ⁴Price & Wilson, 2006; ⁵Darmanto, 2007; ⁶Mansjoer, 2000; ⁷Silitonga, 2007; ⁸Tambayong, 2000; ⁹Lase, 2011; ¹⁰Pradono & Puti, 2007; ¹¹Doenges, Moorhouse, dan Geissler, 2012; ¹²Heal & Sigelman, 1996)

BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara yang berkaitan dengan rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2014). Hipotesis penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_a), yang terdiri dari hipotesis mayor dan hipotesis minor.

3.2.1 Hipotesis Mayor

- a. Ada hubungan antara karakteristik sosiodemografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan) dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- b. Ada hubungan antara lama pengobatan dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- c. Ada hubungan antara penyakit penyerta kronik dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- d. Ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- e. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru

3.2.2 Hipotesis Minor

- a. Ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- b. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- c. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- d. Ada hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- e. Ada hubungan antara pendapatan dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru

- f. Ada hubungan antara lama pengobatan dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- g. Ada hubungan antara penyakit penyerta kronik dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- h. Ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru
- i. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru

Nilai perbandingan dalam penelitian ini menggunakan nilai $\alpha = 0,05$.

Hipotesis alternatif (H_a) gagal ditolak jika $p \leq \alpha$ (Budiarto, 2002).