

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Landasan Teori

1. Tuberkulosis

a. Definisi TB

Tuberculosis paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Sebagian besar kuman tuberculosis menyerang paru tetapi juga dapat menyerang organ tubuh lainnya (Depkes, 2008).

Tuberkulosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang pada berbagai organ tubuh mulai dari paru dan organ di luar paru seperti kulit, tulang, persendian, selaput otak, usus serta ginjal yang sering disebut dengan ekstrapulmonal TBC (Chandra, 2012).

b. Etiologi dan Patogenesis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Myctobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar (80%) kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2009). *Myctobaterium tuberculosis* termasuk basil gram positif, berbentuk batang, dinding selnya mengandung kompleks lipida-glikolipida serta lilin (wax) yang sulit ditembus zat kimia.

Tuberkulosis (TB) paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-0,6/um. Sebagian besar dinding kuman terdiri dari asam lemak (lipid), kemudian peptidoglikan dan arabinomannan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga disebut bakteri tahan asam (BTA).

Kuman dapat tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat *dormant*. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan penyakit tuberkulosis menjadi aktif lagi. Di dalam jaringan, kuman hidup sebagai parasit intraselular yakni dalam sitoplasma makrofag. Makrofag yang semula ipid (Amin & Bahar, 2009).

Mycobacterium tuberculosis mempunyai sifat khusus, yakni tahan terhadap asam pada pewarnaan, hal ini dipakai untuk indentifikasi dahak secara mikroskopis. Sehingga disebut sebagai Basil Tahan Asam (BTA). *Mycobacterium tuberculosis* cepat mati dengan matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup pada tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh, kuman dapat *dormant* (tertidur sampai beberapa tahun). TB timbul berdasarkan kemampuannya untuk memperbanyak diri di dalam sel-sel fagosit.

Resiko terinfeksi TB sebagian besar adalah faktor eksternal,

terutama adalah faktor lingkungan seperti rumah tak sehat, pemukiman padat dan kumuh. Sedangkan resiko menjadi sakit TB, sebagian besar adalah faktor internal dalam tubuh penderita sendiri yang disebabkan oleh terganggunya sistem kekebalan tubuh penderita seperti kurang gizi, infeksi HIV/AIDS, pengobatan dengan immunosupresan dan lain sebagainya.

c. Klasifikasi TB

Departemen Kesehatan RI (2005), ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam mengklasifikasikan penyakit TB, yaitu:

- 1) Organ tubuh yang sakit: paru atau ekstra paru
- 2) Hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung: BTA positif atau BTA negatif
- 3) Riwayat pengobatan sebelumnya: baru atau sudah pernah diobati
- 4) Tingkat keparahan penyakit: ringan atau berat.

Berdasarkan tempat/organ yang diserang oleh kuman, maka Tuberkulosis dibedakan menjadi Tuberkulosis Paru dan Tuberkulosis Ekstra Paru (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Tuberkulosis Paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan parenchym paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). Tuberkulosis Ekstra Paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung

(pericardium), kelenjar limphe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. TB ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

1) TB Ekstra Paru Ringan

Misalnya: TB kelenjar limphe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

2) TB Ekstra Paru Berat

Misalnya: meningitis, milier, pericarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa duplex, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kencing dan alat kelamin.

d. Penularan TB

Mycobacterium tuberculosis merupakan kuman yang hidup sebagai parasite intraselular dan berkembang biak di dalam tubuh. Penularannya dapat terjadi dari penderita ke orang lain melalui percik renik. Percik renik berdiameter 1-5 $\frac{1}{4}$ m yang terhisap dan menginfeksi paru. Percik renik di keluarkan oleh penderita sebagai sumber infeksi pada saat bicara atau batuk dan menular ke orang lain saat terjadi kontak dan dapat bertahan di udara selama berjam-jam bahkan beberapa hari sampai akhirnya ditiup angin (Luthfi & Putro, 2012).

Selama kuman TB masuk kedalam tubuh manusia melalui

pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru-paru kebagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung kebagian tubuh lainnya (Epi, 2005).

TB ekstra paru dapat menular, tapi penularannya tidak seperti TB paru yang melalui kontak langsung lewat udara yang tercemar bakteri tuberkulosis. TB ekstra paru menular melalui darah dan cairan tubuh yang terinfeksi bakteri tuberkulosis. Biasanya penularan terjadi melalui transfusi darah (Wahyuningsih, 2010).

Lingkungan yang sangat padat dan pemukiman di wilayah perkotaan kemungkinan besar telah mempermudah proses penularan dan berperan sekali atas peningkatan jumlah kasus TB. Proses terjadinya infeksi oleh *M. tuberculosis* biasanya secara inhalasi, sehingga TB paru merupakan manifestasi klinis yang paling sering dibandingkan dengan organ lain. Penularan penyakit ini sebagian besar melalui inhalasi basil yang mengandung *droplet nuclei*, khususnya yang didapat dari pasien TB paru dengan batuk berdarah atau berdahak yang mengandung Basil Tahan Asam (Amin & Bahar, 2009).

e. Gejala klinis

Gejala TB pada orang dewasa umumnya penderita mengalami gejala (Departemen Kesehatan RI, 2005), yaitu:

- 1) Batuk dan berdahak terus-menerus selama 3 minggu atau lebih.
- 2) Batuk darah atau pernah batuk darah.
- 3) Sesak nafas dan nyeri dada.
- 4) Badan lemah.
- 5) Nafsu makan dan berat badan menurun
- 6) Rasa kurang enak badan (malaise)
- 7) Berkeringat malam, walaupun tanpa kegiatan
- 8) Demam meriang lebih dari satu bulan

Gejala dan keluhan TB ekstra paru tergantung organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada TB meningitis, nyeri dada pada TB pleura (pleuritis), pembengkakan kelenjar limfe superfisialis pada TB limfadenitis, dan deformitas tulang belakang (gibbus) pada TB spondylitis dan lain-lainnya (Epi, 2012).

f. Prinsip Pengobatan TB

Obat-obatan yang digunakan dalam pengobatan tuberkulosis dapat dibagi kedalam 2 kategori yaitu OAT (Obat Anti Tuberkulosis) primer dan OAT sekunder. OAT primer lebih tinggi kemanjurannya dan lebih baik keamanannya dari OAT sekunder. OAT primer adalah isoniazid, rifampin, ethambutol, pyrazinamide. Dengan keempat macam OAT primer itu kebanyakan penderita tuberkulosis dapat disembuhkan. Penyembuhan penyakit umumnya terjadi setelah

pengobatan selama 6 bulan. Keempat macam OAT primer itu diberikan sekaligus setiap hari selama 2 bulan, kemudian dilanjutkan dengan dua macam obat (isoniazid dan rifampin) selama 4 bulan berikutnya. Bila dengan OAT primer timbul resistensi, maka yang resisten itu digantikan dengan paling sedikit 2-3 macam obat OAT sekunder yang belum resisten, sehingga penderita menerima 5 atau 6 macam obat sekaligus (Muchtart, 2006).

Berdasarkan berbagai penelitian, terbukti bahwa paling banyak hanya $\frac{1}{3}$ dari penderita yang minum atau melakukan pengobatan persis seperti yang dianjurkan. Penelitian yang dilakukan oleh Sujayanto (2000), yang mengatakan pengobatan yang tidak teratur bukan hanya tidak menyembuhkan penderita namun juga menyebabkan kekebalan terhadap obat (Asmariansi, 2012).

Menurut Amin (Asmariansi, 2012) kegagalan penderita TB Paru dalam pengobatan dapat diakibatkan oleh banyak faktor, seperti obat, penyakit dan penderitanya sendiri. Faktor obat terdiri dari panduan obat yang tidak adekuat, dosis obat yang tidak cukup, tidak teratur minum obat, jangka waktu pengobatan yang kurang dari semestinya, dan terjadinya resistensi obat. Faktor penyakit biasanya disebabkan oleh lesi yang terlalu luas, adanya penyakit lain yang mengikuti, adanya gangguan imonologis, faktor terakhir adalah masalah penderita sendiri seperti kurangnya pengetahuan mengenai TB Paru, kekurangan biaya, malas berobat, dan merasa sudah

sembuh.

Strategi pengobatan yang dianjurkan oleh WHO adalah DOTs (*directly observed treatment, short course*) untuk penggunaan OAT primer dan DOTS-plus untuk penggunaan OAT sekunder. OAT sekunder adalah asam para-aminosalisilat, ethionamide, thioacetazone, fluorokinolon, aminoglikosida dan capreomycin, cycloserine, penghambat beta-laktam, clarithromycin, linezolid, thioacetazone, dan lain-lain.

Prinsip-prinsip yang dipakai untuk memperoleh efektifitas pengobatan yang di sesuaikan dengan sifat dari kuman TB (Departemen kesehatan RI, 2005) adalah:

- 1) Menghindari penggunaan monoterapi. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) diberikan dalam bentuk kombinasi dan beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Hal ini untuk mencegah timbulnya kekebalan terhadap OAT. Untuk menjamin kepatuhan penderita dalam menelan obat, pengobatan dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- 2) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Tahap Intensif

- 1) Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.
- 2) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- 3) Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif (konvensi) dalam dua bulan.

Tahap Lanjutan

- 1) Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama.
- 2) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* (*dormant*) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Menurut dr. Zulkifli (Wahyuningsih, 2010), penggunaan obat anti tuberkulosis pada penderita TB ekstra paru sama persis dengan TB paru. Namun pada beberapa keadaan perlu modifikasi, yaitu apabila TB menginfeksi organ vital seperti pada efusi pleura, perkardial, TB spinal, TB genito urinaria, dan meningitis tuberculosis.

Dalam Depkes (2013), pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman

terhadap obat anti tuberkulosis (OAT).

1) Obat Antituberkulosis (OAT)

OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah yang cukup dan dosis yang tetap sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu:

a) Tahap awal (intensif)

Pada tahap ini penderita mendapatkan obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, kemungkinan besar pasien dengan BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

b) Tahap lanjutan

Pada tahap ini penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Tabel 2.1. Pengelompokan OAT

Golongan dan Jenis	Obat	
Golongan-1 Obat Lini pertama	- Isoniazid (H) - Ethambutol (E)	- Pirazinamid - Rifampicin - Streptomycin (S)
Golongan-2 / Obat suntik/Suntikan lini kedua	- Kanamycin (Km)	- Amikacin - Capreo (Cm)
Golongan-3 / Golongan Floroquinolone	- Ofloxacin (Ofx) - Levofloxacin	Moxifloxacin
Golongan-4 / Obat Bakteriostatik lini kedua	-Ethionamide (Eto) -Prothionamide (Pto) - Cycloserine (Cs)	- Para amino salisilat (PAS) - Terizidone (Trd)
Golongan-5 / Obat yang belum terbukti efikasinya dan direkomendasikan oleh WHO	- Clofazimine - Linezolid - Amoxilin-Clavulanate (Amx-Clv)	- Thioacetazone (Thz) - Clarthromycin (Clr) - Imipenem (Ipm)

2) Panduan minum OAT

Dalam buku Perhimpunan Dokter, pengobatan tuberkulosis dibagi menjadi:

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

Paduan ini dianjurkan untuk TB paru kasus baru dengan BTA

positif, pasien TB paru BTA negatif foto thoraks positif, dan pasien TB ekstra paru.

Tabel 2.2 Dosis Untuk Panduan OAT-KDT kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 Minggu
30-37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38-54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55-70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2 KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

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

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya, seperti pasien kambuh, pasien gagal, dan pasien dengan pengobatan setelah putus obat (*default*).

Tabel 2.3

Dosis untuk paduan OAT-KDT kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT+500 mg Streptomisin Inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2 KDT + 2 tab Etambutol

38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin Inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 100 mg Streptomisin Inj.	4 tab 4KDT	4tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥71 kg	5 tab + 100 mg Streptomisin Inj	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

3) PMO (Pengawas Minum Obat)

Dalam Depkes 2013, salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Adapun persyaratan untuk menjadi PMO adalah sebagai berikut :

- a) Seseorang yang dikenal, dipercaya, dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien.
- b) Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien.
- c) Bersedia membantu pasien dengan sukarela.
- d) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien.

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekary, sanitarian, juru imunisasi, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

Tugas seorang PMO adalah mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur, mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan, memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan. Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.

Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya adalah sebagai berikut:

- a) TB disebabkan kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan.
- b) TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur.
- c) Cara penularan TB, gejala – gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya.
- d) Cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan).
- e) Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat secara teratur.
- f) Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera memintapertolongan ke UPK.

g. Diagnosis TB

Diagnosis TB dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisis, pemeriksaan bakteriologi yang mempunyai arti yang sangat penting dalam menegakkan diagnosis. Bahan untuk pemeriksaan bakteriologi ini dapat berasal dari dahak, cairan pleura, cairan serebrospinal, bilasan bronkus, bilasan lambung, kurasan bronkoalveolar (*bronchoalveolar lavage*/BAL), urin, feses dan jaringan biopsi (termasuk biopsi jarum halus/BJH). Pemeriksaan radiologi dengan pemeriksaan standar foto toraks PA (posteroanterior), pemeriksaan radiologi lain adalah foto lateral, *top-lordotic*, oblik atau CT-Scan. Pemeriksaan penunjang lainnya diantaranya analisis cairan pleura, pemeriksaan histopatologi jaringan dan pemeriksaan darah (Wijaya, 2012).

2. Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Terdapat beberapa definisi kualitas hidup dalam berbagai literatur yang dibuat untuk mendapat dukungan luas. Semuanya menyatakan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi psikologis individu tentang hal-hal nyata dari aspek- aspek dunia (Rapley, 2003). Menurut *World Health Organization Quality of Life Group* (*WHOQOL Group*) dalam Rapley (2003) kualitas hidup didefinisikan sebagai : Persepsi individual terhadap posisinya

dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan dalam berhubungan dengan tujuannya, pengharapan, norma-norma dan kepedulian menyatu dalam hal yang kompleks kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, level kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan-kepercayaan personal dan hubungannya dengan hal-hal yang penting pada lingkungan... Kualitas hidup merujuk pada evaluasi subjektif yang berada di dalam lingkup suatu kebudayaan, sosial dan konteks lingkungan...kualitas hidup tak dapat secara sederhana disamakan dengan istilah status kesehatan kepuasan hidup keadaan mental, atau kesejahteraan. Lebih daripada itu, kualitas hidup merupakan konsep multidimensional. Definisi kualitas hidup ini memiliki kelebihan dari cakupannya dan upaya untuk menghubungkan gagasan dengan konteks budaya, sosial dan lingkungan serta nilai local.

Felce dan Perry (Rapley, 2003) membuat definisi kualitas hidup sebagai suatu fenomena psikologis, yaitu kualitas hidup merupakan kesejahteraan umum secara menyeluruh yang mana termasuk penguraian objektif dan evaluasi subjektif menyangkut kesejahteraan fisik, materi, sosial dan emosional bersama dengan perluasan perkembangan personal dan aktivitas bertujuan yang ditekankan pada seperangkat nilai-nilai personal.

Renwinck dan Brown (Angriyani, 2008) mendefinisikan

kualitas hidup sebagai tingkat dimana seseorang dapat menikmati segala peristiwa penting dalam kehidupannya atau sejauh mana seseorang merasa bahwa dirinya dapat menguasai atau tetap dapat mengontrol kehidupannya dalam segala kondisi yang terjadi.

Gill & Feinstein (Rachmawati, 2013) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, penghargaan, dan pandangan-pandangannya, yang merupakan pengukuran multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun psikologis pengobatan.

Menurut Kemp (Karangora, 2012) kualitas hidup adalah bagaimana seseorang menilai pengalaman-pengalaman hidupnya secara keseluruhan dengan positif atau negatif. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lain akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Sedangkan menurut Hilderley (2001) bagi sebagian orang, mereka menganggap kualitas hidup mereka baik atau positif apabila mereka mempunyai pekerjaan, keluarga dan teman-teman.

Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health-related quality of life*) dikemukakan oleh Testa dan Nackley (Rapley, 2003), bahwa kualitas hidup berarti suatu rentang

antara keadaan objektif dan persepsi subjektif dari mereka. Testa dan Nackley menggambarkan bahwa kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup lima dimensi yaitu kesempatan, persepsi kesehatan, status fungsional, penyakit, dan kematian.

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

Dari definisi-definisi kualitas tersebut, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi atau penilaian subjektif dari individu yang mencakup beberapa aspek sekaligus, yang meliputi kondisi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari.

b. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Raeburn dan Rootman (Angriyani, 2008) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu:

- 1) Kontrol, berkaitan dengan kontrol terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembatasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
- 2) Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.
- 3) Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat, maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
- 4) Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
- 5) Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stres yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.

- 6) Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
- 7) Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
- 8) Perubahan politik, berkaitan dengan masalah negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

Sedangkan menurut Lindstrom (Bulan, 2009) kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

- 1) Kondisi Global, meliputi lingkungan makro yang berupa kebijakan pemerintah dan asas-asas dalam masyarakat yang memberikan perlindungan anak.
- 2) Kondisi Eksternal, meliputi lingkungan tempat tinggal (cuaca, musim, polusi, kepadatan penduduk), status sosial ekonomi, pelayanan kesehatan dan pendidikan orang tua.
- 3) Kondisi Interpersonal, meliputi hubungan sosial dalam keluarga (orangtua, saudara kandung, saudara lain serumah dan teman sebaya).
- 4) Kondisi Personal, meliputi dimensi fisik, mental dan spiritual pada diri anak sendiri, yaitu genetik, umur, kelamin, ras, gizi, hormonal, stress, motivasi belajar dan pendidikan anak serta

pengajaran agama.

Berdasarkan uraian singkat tersebut dapat diketahui bahwa pada suatu keadaan, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh lebih dari satu faktor. Jika dalam kehidupannya seseorang mengalami situasi yang menekan atau terjadi perubahan kondisi (menjadi buruk), namun bila ia memiliki kemampuan serta kesempatan untuk menghadapi dan mengontrol keadaan yang dialaminya maka orang tersebut dapat mempertahankan kondisi kualitas hidupnya pada arah yang lebih positif.

c. **Domain Kualitas Hidup**

Dalam definisi kualitas hidup yang dibuat oleh *WHOQOL Group* terdapat domain-domain yang merupakan bagian penting untuk mengetahui kualitas hidup individu. Domain-domain tersebut adalah kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Berikut ini adalah hal-hal yang tercakup dalam 4 domain tersebut:

- 1) Domain kesehatan fisik, hal-hal yang terkait didalamnya meliputi: aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bahan-bahan medis atau pertolongan medis, tenaga dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas bekerja.
- 2) Domain psikologis terkait dengan hal-hal seperti *body image* dan penampilan; perasaan-perasaan negatif dan

positif; *self-esteem*; spiritualitas/kepercayaan personal; pikiran, belajar, memori dan konsentrasi.

- 3) Domain sosial meliputi hubungan personal, hubungan sosial serta dukungan sosial dan aktivitas seksual. Dukungan sosial menurut Sarason (1995) adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai, dan menyayangi kita (Karangora, 2012). Dukungan sosial yang diterima seseorang dalam lingkungannya, baik berupa dorongan semangat, perhatian, penghargaan, bantuan maupun kasih sayang membuatnya akan memiliki pandangan positif terhadap diri dan lingkungannya.
- 4) Domain lingkungan berhubungan dengan sumber-sumber finansial; kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik; perawatan kesehatan dan sosial (aksesibilitas dan kualitas); lingkungan rumah; kesempatan untuk memperoleh informasi dan belajar keterampilan baru; berpartisipasi dan kesempatan untuk rekreasi atau memiliki waktu luang; lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim); serta transportasi.

d. Kualitas Hidup Penderita TB

Kualitas hidup merupakan persepsi atau penilaian subjektif dari individu yang mencakup beberapa aspek sekaligus, yang meliputi kondisi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan menurut Hermann (Silitonga, 2007) definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, social dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Myctobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar (80%) kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2009). *Myctobaterium tuberculosis* termasuk basil gram positif, berbentuk batang, dinding selnya mengandung kompleks lipida-glikolipida serta lilin (wax) yang sulit ditembus zat kimia.

Dalam penelitian dengan judul Kualitas Hidup Seorang Penderita Tuberkulosis (TB) ini peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup seorang penderita TB. Sebagian besar penderita TB merasakan perubahan yang signifikan dalam

kehidupannya, dalam hal ini setiap penderita akan membutuhkan penyesuaian yang berbeda-beda tergantung pada persepsi, sikap serta pengalaman pribadi terkait penerimaan diri terhadap perubahan yang terjadi. Hal ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya dari segi kesehatan fisik, kondisi psikologis, sosial dan lingkungan. Maka kondisi inilah yang akan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB (Fitriani & Ambarini, 2012).

Penelitian lain dari Ratnasari (2012) yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita TB paru. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif. Jumlah sampel 50 orang penderita TB paru. Hasil penelitian ini yaitu ada hubungan yang sangat bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita TB paru. Semakin tinggi dukungan sosial maka semakin tinggi kualitas hidup.

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda-beda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapinya dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapinya dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Kualitas hidup pasien seharusnya menjadi perhatian penting bagi para petugas kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan/intervensi atau terapi.

Disamping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi/tindakan yang tepat bagi pasien.

3. Tingkat Spiritual

a. Pengertian Spiritual

Spiritualitas merupakan bagian dari kualitas hidup berada dalam domain kapasitas diri atau being yang terdiri dari nilai-nilai personal, standar personal dan kepercayaan (University of Toronto, 2010). Spiritualitas memegang peranan penting dalam pengobatan TB. Penelitian tentang pentingnya spiritualitas pada penyakit kronis termasuk TB telah banyak dilakukan.

Berdasarkan kuisisioner DSES terdapat 15 item kuesioner pertama diukur pada 6 point jenis skala Likert:

- 1) Tidak pernah
- 2) Jarang
- 3) Kadang-kadang
- 4) Hampir setiap hari
- 5) Setiap hari
- 6) Sering kali

(Ferrell et al, 2009) mengatakan bahwa 100% dari sampel sebanyak 145 orang dengan penyakit TB-HIV menyatakan nyaman dengan terapi komplementer yang dilakukan yang didalamnya

terdapat komponen rohani. Klien melaporkan bahwa praktek-praktek spiritual membantu meringankan gejala/symptom dan dalam beberapa kasus dapat merubah prognosis penyakit. Domain spiritualitas adalah termasuk dalam lingkup keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pada penyakit kronis. Spiritualitas merupakan hal yang unik dan bersifat individual, dipengaruhi oleh budaya seseorang, status perkembangan, pengalaman hidup, nilai-nilai dan ide-ide tentang kehidupannya (Potter & Perry, 2005).

(Potter & Perry, 2005) mengatakan ada empat hal yang diakui sebagai kebutuhan spiritual yaitu proses mencari makna baru dalam kehidupan, pengampunan, kebutuhan untuk dicintai, dan pengharapan. Proses mencari makna baru adalah proses yang unik dan bukanlah hal yang mudah karena akan menimbulkan stress dan perasaan marah, perasaan menyesal atau perasaan bersalah.

Penemuan makna baru dalam kehidupan ini akan memfasilitasi klien TB untuk pengampunan terhadap dirinya sendiri. Pemenuhan kebutuhan spiritual bisa merupakan hal yang sangat sulit pada klien-klien TB oleh karena itu perawat dapat mengambil peran penting. Hal yang dapat dilakukan perawat untuk menumbuhkan harapan klien dan dapat mencapai hal tersebut yaitu dengan bersifat jujur dan membangun hubungan saling percaya, perawat hadir dan mendampingi klien selama klien mengalami periode stress dan kacau, mendengarkan dan memberikan opini kepada klien, dan pada

akhirnya memberikan harapan baru pada klien HIV/AIDS untuk menjalani kehidupannya (Potter & Perry, 2005).

Penelitian Tuck & Thinganjana (2007) untuk mengetahui makna spiritualitas pada klien TB, menggunakan metode fenomenologi dengan pengumpulan data melalui focus group discussion. Didapatkan hasil ada enam tema inti pada partisipan perempuan sedang pada klien laki-laki ada lima tema spiritualitas, tetapi hasil akhir digabungkan menjadi 6 tema spiritualitas pada klien TB.

- 1) Spiritualitas adalah keterkaitan atau hubungan, dan percaya kepada Tuhan atau kekuatan lain yang lebih besar.
- 2) Spiritualitas adalah panduan atau membantu partisipan.
- 3) Spiritualitas adalah sumber inspirasi berupa harapan iman, dan kekuatan untuk memelihara hidup, atau menerima pemberian.
- 4) Spiritualitas dinyatakan dengan perbuatan atau tindakan seperti mendengarkan musik, pergi ke tempat ibadah, membaca kitab suci, terhubung dengan alam, meditasi, dsb.
- 5) Spiritualitas adalah perjalanan, pusat dan pencarian.
- 6) Spiritualitas adalah merasakan kehadiran Tuhan.

Sedangkan tema spiritualitas pada orang sehat adalah:

- 1) Kepercayaan dalam hubungan pribadi dengan Tuhan.
- 2) Keterkaitan dan hubungan dengan lainnya.
- 3) Perjalanan spiritual, panduan atau bertahan hidup.
- 4) Spiritual adalah inti dari diri.
- 5) Spiritualitas diekspresikan dengan tindakan.
- 6) Bagian integral dari diri individu.

Perawat memiliki pengetahuan bahwa klien memiliki kebutuhan spiritual, tetapi pada banyak kasus tidak semua perawat memberikan pelayanan untuk memenuhi aspek spiritual klien. Hal ini disebabkan perawat tidak disiapkan untuk menghadapi masalah spiritual klien dan perawat menganggap itu bagian dari psikososial dan merupakan tugas dari rohaniawan. Perawat berada pada posisi terbaik untuk memberikan asuhan keperawatan spiritual pada klien hanya dengan menjadi pendengar yang baik, membantu klien mengungkapkan keyakinan mereka dan mendampingi klien selama perjalanan penyakitnya serta menyediakan perawatan rohani untuk klien TB (Wensley, 2008). Hal ini juga didapatkan oleh peneliti berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada bulan November sampai dengan Desember tahun 2009 selama merawat klien TB-HIV di lantai 7 RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo perawat kurang memperhatikan kebutuhan spiritual klien, perawat lebih berfokus pada masalah fisik yang dihadapi oleh klien.

Spiritualitas pada klien dengan TB sangat penting karena

memberikan efek secara langsung yaitu sebagai memberikan perasaan nyaman, tenang dan sebagai koping positif untuk menghadapi penyakitnya dan memberikan efek secara tidak langsung untuk meningkatkan status kesehatan dalam hal ini meningkatkan kualitas hidup pasien TB.

B. Kuisisioner

1. Kuisisioner Daily Spiritual Experience Scale (DSES)

15 item laporan diri mengukur pengalaman spiritual. Secara khusus bertujuan untuk mengukur pengalaman spiritual yang biasa dilakukan atau sehari-hari, bukan pengalaman mistik (seperti, mendengar suara-suara) - dan bagaimana semua itu adalah bagian dari kehidupan sehari-hari individu. 15 item kuisisioner pertama diukur pada 6 point jenis skala Likert: beberapa kali sehari, setiap hari, hampir setiap hari, beberapa hari, sesekali, dan tidak pernah atau hampir tidak pernah. Item 16 diukur pada skala 4-point: Tidak Dekat ada di Semua, Sedikit Dekat, Sangat Dekat, jarak sedekat mungkin. Instrument self-deskripsi dibuat dan dirancang oleh Underwood dan Teresi (2002). Peneliti memungkinkan mengukur pengalaman spiritual sebagai aspek penting dari spiritualitas/religiusitas dalam kehidupan sehari-hari. Skala dengan 16 item termasuk konstruksi seperti rasa takut, rasa syukur, pengampunan, rasa persatuan dengan transenden, cinta kasih, dan keinginan untuk kedekatan dengan Allah.

Responden dengan skor 15-40 memiliki tingkat spiritual rendah, responden dengan skor 41-65 memiliki tingkat spiritual sedang, responden dengan skor 66-90 memiliki tingkat spiritual tinggi.

Prosedur ini adalah untuk menghasilkan model dua faktor: Faktor 1 ditetapkan sebagai hubungan vertikal (Tuhan / Transenden), yang terdiri dari 12 item (misalnya, Pertemuan pada agama atau spiritualitas), $\alpha = 0,87$. Faktor 2 dicirikan sebagai hubungan horizontal (manusia / orang lain), yang terdiri dari tiga item (misalnya, Saya merasa peduli tanpa pamrih pada orang lain), $\alpha = 0,59$. Item 2 dan 10 karena tidak signifikan berkorelasi dengan salah satu faktor, maka tersingkir dari analisis. Hasil analisis menunjukkan beberapa skala konsisten dengan faktor pertama yang memiliki alpha Cronbach tinggi: 0,87 Dengan item 11 dan 16 adalah 0,92 tanpa item 16. Untuk koefisien Faktor-2 terletak di 0,59., tetapi tidak termasuk item 14 naik sampai ke 0,61, masih nilai dianggap rendah, tentu mencerminkan terbatasnya jumlah item. 15 item pertama biasanya dicetak bersama sebagai nilai skala penuh - skor disimpan terus menerus. Item 16 adalah mencetak gol secara terpisah.

2) **Kuisisioner WHOQOL**

Salah satu instrumen untuk menilai kualitas hidup pasien adalah kuesioner WHOQOL yang telah digunakan di berbagai negara, Sebanyak 56 responden ikut serta dalam penelitian ini dan diketahui bahwa 69,6% di antaranya adalah laki-laki. Melalui pendekatan *multi-trait scaling*

analysis, didapatkan nilai koefisien korelasi yang tinggi terhadap skor total domainnya, sehingga dapat dikatakan kuesioner tersebut memiliki validasi yang baik. Uji korelasi antar domain kuesioner WHOQOL dan domain kuesioner SF-36 menunjukkan bahwa terdapat enam domain yang signifikan bermakna ($p < 0,005$) dengan nilai koefisien korelasi kuat ($r = 0,60 - 0,79$). Keandalan kuesioner dinilai dengan *intra class correlation coefficient* masing-masing domain 0,401-0,484 dan nilai *Alpha Cronbach* 0,513- 0,798. Kualitas hidup sangat buruk (31), kualitas hidup buruk (32-62), kualitas hidup biasa-biasa saja (63-93), kualitas hidup baik (94-124), kualitas hidup sangat baik (125-155).

C. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkaitan dengan fenomena yang peneliti lakukan antara lain : Flora, S (2015). Judul Hubungan Dukungan keluarga Bagi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), penelitian ini mengambil lokasi di Klinik VCT Bethesda GMIM Tomohon. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember-januari tahun 2015. Populasi penelitian ini pasien yang aktif berobat dan mendapatkan pendampingan berjumlah 67 orang. Teknik penentuan sampel yang digunakan adalah *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan kesimpulan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kualitas hidup.

Melinda Ayu (2019). Hubungan tingkat spiritual dengan kualitas hidup pasien HIV. Penelitian ini mengambil responden di RS Abdoel Moeloek yang

dilakukan selama 3 bulan. Dari 100 responden didapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat spiritual dengan kualitas hidup pasien HIV-AIDS.

Kusnanto, dkk (2011). *Spiritual emotional freedom technique (SEFT)* terhadap kualitas hidup pasien TB. Penelitian ini menjelaskan pengaruh terapi SEFT terhadap peningkatan *Quality of Life (QoL)* pada penderita TB di Puskesmas Perak Timur Surabaya. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah quasi-eksperimental dengan jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 22 orang. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann Whitney* dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kualitas hidup pasien TB secara signifikan pada aspek kesehatan fisik ($p=0,003$), psikologis ($p=0,003$), dan sosial ($p=0,046$) setelah dilakukan intervensi SEFT. Sedangkan hasil tidak signifikan terdapat pada aspek lingkungan ($p=1,000$). Pada uji *Mann Whitney* didapatkan hasil signifikan pada aspek kesehatan fisik ($p=0,000$), aspek psikologis ($p=0,000$), dan aspek fungsi sosial ($p=0,015$). Hasil uji *Mann Whitney* tidak signifikan pada aspek lingkungan ($p=0,167$). Kesimpulan yang didapatkan adalah SEFT mampu meningkatkan kualitas hidup responden secara umum, karena mampu mengatasi “*psychological reversal*” dan karena pengaruh dari “*electrical active cells*”.

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Hastuti, et al pada tahun 2014, menunjukkan bahwa ada 24 orang penderita TB (75%) yang memiliki kualitas hidup yang sangat rendah dan hanya sekitar 8 orang (25%) yang

memiliki kualitas hidup yang tinggi (Hastuti et al., 2014). Sedangkan, penelitian yang dilakukan oleh Putri menunjukkan bahwa sekitar 47,6 % atau sekitar 10 orang yang memiliki kualitas hidup sedang, 5 orang (23,81%) memiliki kualitas hidup yang baik dan 6 orang (28,35%) yang memiliki kualitas hidup yang buruk (Putri, 2015).

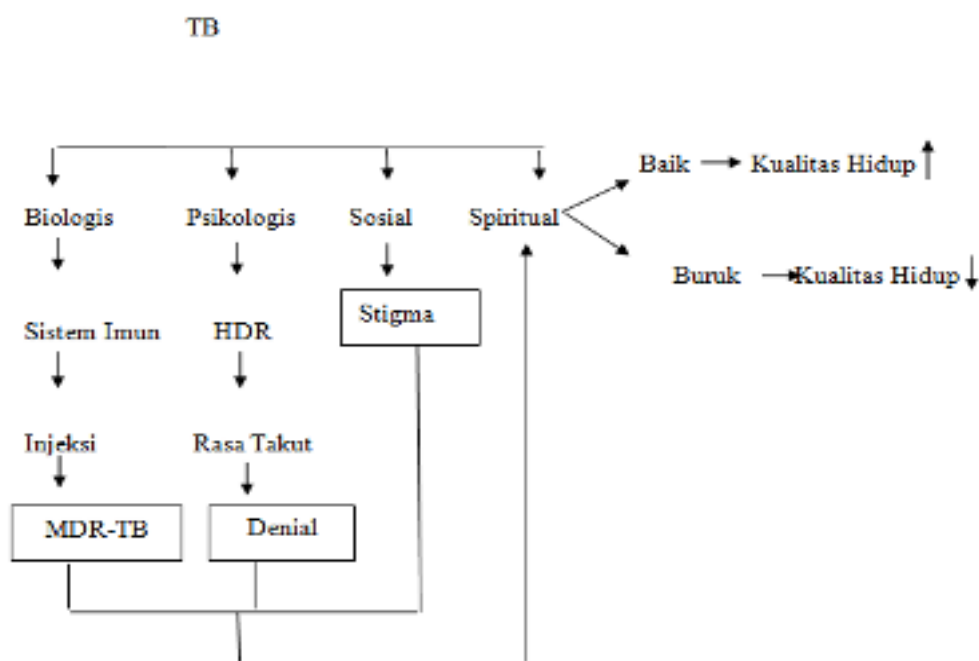
Berdasarkan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Putri, et al (2014), menyatakan bahwa dari 90 responden penderita TB Paru, responden yang paling banyak adalah yang berjenis kelamin laki-laki yaitu 56 orang (62,2%) daripada perempuan yaitu 34 orang (37,8 %). Hal ini disebabkan karena kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan, berdasarkan perbedaan jenis kelamin menunjukkan bahwa pada laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih buruk daripada perempuan (Putri et al., 2014). Hasil uji *chi square* dari penelitian yang dilakukan oleh Suryana (2015) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita tuberkulosis ($p\ value=0,002 < 0,05$) (Suryana, 2015).

Tingkat pendidikan juga menjadi faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aini, et al pada tahun 2013, menunjukkan setengah dari responden sebanyak 15 orang (50%) hanya berpendidikan SD, 9 orang (30 %) berpendidikan SMP, 4 orang (13,3 %) berpendidikan SMA dan 2 orang (6,7 %) tidak sekolah. Rendahnya tingkat pendidikan ini akan berpengaruh pada pemahaman tentang penyakit tuberkulosis (Aini et al., 2013).

D. Kerangka Teori

Menurut Notoadmojo (2010), kerangka teori adalah ringkasan dari tinjauan pustaka yang digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti (diamati) yang berkaitan dengan konteks ilmu pengetahuan yang digunakan untuk menggabungkan kerangka konsep penelitian.

Bagan 2.1 Kerangka Teori



(Sumber : Ferrel (2009); JohnWiley & sons limited, (2013))

E. Kerangka Konsep

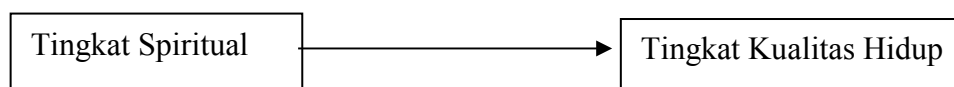
Menurut notoatmojo (2010), konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generasi dari hal-hal khusus. Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep

lainnya dari masalah yang diteliti.

Bagan 2.2 Kerangka Konsep

Variabel Independen

Variabel Dependen



F. Hipotesis

Berdasarkan perumusan masalah dan kerangka dasar teori yang telah dikemukakan diatas, maka hipotesis dalam penelitian ini dapat dirumuskan ada hubungan antara tingkat spiritual dengan tingkat kualitas hidup pasien TB. Semakin tinggi tingkat spiritual maka semakin meningkat tingkat kualitas hidup, sedangkan jika tingkat spiritual menurun maka tingkat kualitas hidup juga rendah.

Ha : ada hubungan antara tingkat spiritual dengan tingkat kualitas hidup pada pasien TB