

Perbedaan perkembangan kualitas hidup penderita Tb paru menggunakan instrumen *indonesianwhoqol-breffquestionaire* terhadap fase pengobatan tuberculosis

Pariyana¹, Iche Andriyani Liberty¹, Bahrin Indawan Kasim¹, Achmad Ridwan¹

¹Bagian IKM-IKK, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang
pariyana07@gmail.com

Abstrak

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Kualitas hidup pasien tuberkulosis merupakan hal penting untuk dinilai karena penurunan kualitas hidup penderita TB paru berhubungan dengan status kesehatan yang menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan pengobatan sehingga menyebabkan pengobatan menjadi terputus atau tidak tuntas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup penderita Tb paru terhadap fase pengobatan. Penelitian ini dilakukan pada 116 pasien Tb paru yang berobat ke Puskesmas Kota Palembang. Analisis data menggunakan analisis deskriptif dan analisis inferensial (*uji t test*). Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan kesehatan psikologis penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan ($p=0,036$) dan tidak terdapat perbedaan kualitas hidup domain 1 (kesejahteraan fisik) $p=0,201$, domain 3 (hubungan sosial) $p=0,283$, domain 4 (hubungan dengan lingkungan) $p=0,633$ dan total domain ($p=0,307$) penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan. Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita TB paru di Kota Palembang pada dimensi/domain kesejahteraan fisik, sosial dan lingkungan kualitas hidup penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan tidak berbeda bermakna, namun pada domain psikologis didapatkan ada perbedaan bermakna kualitas hidup penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan, kualitas hidup Penderita Tb paru pada fase awal lebih buruk/kurang baik dibandingkan dengan kualitas hidup penderita Tb pada fase lanjutan.

Kata kunci : Kualitas Hidup, Penderita Tb, fase Pengobatan

Abstract

Quality of Life in the Phase of Treatment among Tuberculosis Patients. Tuberculosis is an infectious disease caused by infection with the *mycobacterium tuberculosis* bacteria. The quality of life of tuberculosis patients is important to be assessed because the decline in the quality of life of pulmonary TB patients is related to health status which causes delay in treatment and has a negative impact on the continuity of treatment so that the treatment becomes disconnected or incomplete. The purpose of this study was to determine the difference in the quality of life of pulmonary tuberculosis patients in the treatment phase. This study was conducted on 116 pulmonary tuberculosis patients who were treated at Palembang City Health Center. Data analysis uses descriptive analysis and inferential analysis (*t test*). The results showed that there were differences in psychological health of pulmonary tuberculosis patients undergoing treatment in the early and advanced phases ($p = 0.036$) and there was no difference in the quality of life in domain 1 (physical welfare) $p = 0.201$, domain 3 (social relations) $p = 0.283$, domain 4 (relationship with the environment) $p = 0.633$ and the total domain ($p = 0.307$) of pulmonary tuberculosis patients undergoing treatment for the initial and advanced phases. The conclusion of this study shows that the quality of life of pulmonary TB patients in Palembang City in the dimensions / domain of physical, social and environmental well-being of the quality of life of pulmonary tuberculosis patients undergoing treatment at the initial and advanced phases is not significantly different, but in the psychological domain there is a significant difference in the quality of life of sufferers. Pulmonary tuberculosis undergoing treatment for the initial and advanced phases, the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis in the early phase is worse / less than the quality of life of Tb patients in the advanced phase.

Keywords: Quality of Life, Tuberculosis, Phase Treatment

1. Pendahuluan

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit TB dapat melalui droplet inhalasi ketika bersin atau batuk dan masuk ke organ manusia terutama paru-paru menyebabkan destruksi struktur paru sehingga menimbulkan kelainan faal paru. Beberapa organ yang dapat terserang di luar paru adalah kelenjar getah bening, kulit, usus atau saluran pencernaan, selaput otak, dan sebagainya. Seseorang yang terjangkit infeksi TB akan mengalami penurunan sistem imun yang akan menyebabkan gangguan kesehatan lainnya.

World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa saat ini ditemukan 8 hingga 10 juta kasus baru di seluruh dunia dan dari jumlah kasus tersebut 3 juta mengalami kematian pertahunnya, hal ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada penderita menular.¹ Terdapat sekitar 8,6 juta orang terkena TB paru dan 1,3 juta meninggal akibat TB Paru dan Indonesia menempati urutan kelima terbesar di dunia sebagai penyumbang penderita TB setelah India, Cina, Nigeria, dan Pakistan. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660.000 dan estimasi insidensi berjumlah 430.000 kasus per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61.000 kematian per tahunnya.^{2,3}

Diperkirakan dari 9,6 juta kasus TB baru, 3,2 juta kasus diantaranya adalah perempuan pada tingkat global dan terdapat 480.000 kasus perempuan dari 1,5 juta kematian. Dalam kasus TB tersebut ditemukan 1,1 juta (12%) HIV positif dengan kematian 320.000 orang (140.000 orang adalah perempuan) dan 480.000 TB Resistan Obat (TB-RO) dengan kematian 190.000 orang. Dan dari 9,6 juta kasus TB baru, diperkirakan 1 juta kasus TB Anak (di bawah usia 15 tahun) dan 140.000 kematian/tahun. WHO juga melaporkan jumlah kasus TB di Indonesia pada tahun 2015 yaitu diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru pertahun (399 per 100.000 penduduk) dengan

100.000 kematian pertahun (41 per 100.000 penduduk). Diperkirakan 63.000 kasus TB dengan HIV positif (25 per 100.000 penduduk).⁴

Setelah seseorang didiagnosis TB paru timbul ketakutan berupa takut akan kematian, pengobatan, takut menularkan penyakit kepada orang lain, takut dikucilkan, takut ditinggalkan, takut kehilangan pekerjaan, perasaan rendah diri dan mengisolasi diri karena malu yang menyebabkan pasien merasa tertekan secara psikologis, mempengaruhi keberhasilan pengobatan, dan semakin menurunkan kualitas hidup pasien TB.⁵ Penurunan kualitas hidup penderita TB paru berhubungan dengan status kesehatannya karena menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan pengobatan sehingga menyebabkan pengobatan menjadi terputus atau tidak tuntas.⁶ Ketidapatuhan untuk meminum obat akan menyebabkan resistensi terhadap OAT atau disebut *Multiple Drug Resistance (MDR)*.⁷

Kualitas hidup pasien tuberkulosis merupakan hal penting untuk dinilai karena tuberkulosis dapat mempengaruhi hidup seseorang dalam segala aspek, baik fisik, fungsional, psikologis, maupun sosialnya di masyarakat.⁸ Pengukuran kualitas hidup berguna untuk menilai dampak atau akibat dari masalah kesehatan atau penyakit kronik dan efek dari suatu terapi atau pengobatan.⁹ Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan perkembangankualitas hidup menggunakan instrumen Indonesian *WHOQOL-BREF* *Questionnaire* penderita TB Paru terhadap fase pengobatan di Kota Palembang”.

2. Metode

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan menggunakan desain *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan perkembangan kualitas hidup penderita TB paruterhadap fase pengobatan di Kota Palembang. Penelitian dilakukan di Puskesmas Kota Palembang. Penelitian akan dilakukan

pada bulan Mei – Desember 2017. Populasi penelitian ini adalah semua penderita TB paru di Kota Palembang. Sampel pada penelitian ini sebanyak 116 sampel. Analisis data menggunakan analisis univariat dan inferensial (*uji t test*).

3. Hasil

Karakteristik subjek penelitian meliputi umur, jenis kelamin, indeks massa tubuh, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan. Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik subjek penelitian disajikan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur

| Umur (tahun) | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---------------|------------|----------------|
| 16 - 23 tahun | 23 | 19,8 |
| 24 - 31 tahun | 29 | 25,0 |
| 32 - 39 tahun | 15 | 12,9 |
| 40 - 47 tahun | 18 | 15,5 |
| 48 - 55 tahun | 14 | 12,1 |
| 56 - 63 tahun | 10 | 8,6 |
| 64 - 71 tahun | 3 | 2,6 |
| 72 - 80 tahun | 4 | 3,4 |
| Total | 116 | 100 |

Tabel 1 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi berdasarkan umur dari 116 responden didapatkan umur responden banyak ditemukan pada usia 24 – 31 tahun sebanyak 29 orang (25%) sedangkan umur paling sedikit terdapat pada kelompok umur 64 – 71 tahun sebanyak 3 orang (2,6%). Jumlah responden laki-laki sebanyak 65 orang (56%) sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 51 orang (44%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT)

| Indeks Massa Tubuh (IMT) | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|--------------------------|------------|----------------|
| Underweight | 54 | 46,6 |
| Healthyweight | 46 | 39,7 |
| Overweight | 9 | 7,8 |
| Heavily Overweight | 6 | 5,2 |
| Obese | 1 | ,9 |
| Total | 116 | 100 |

Tabel 2. menunjukkan bahwa distribusi frekuensi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) dari 116 responden didapatkan sebanyak 54 orang (46,6%) responden memiliki indeks massa tubuh *underweight* sedangkan responden yang memiliki indeks massa tubuh *healthyweight* sebanyak 46 orang (39,7%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan

| Pekerjaan | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---------------|------------|----------------|
| Belum bekerja | 13 | 11,2 |
| Buruh | 15 | 12,9 |
| Swasta | 34 | 29,3 |
| Petani | 3 | 2,6 |
| Wiraswasta | 5 | 4,3 |
| Pedagang | 3 | 2,6 |
| PNS | 3 | 2,6 |
| IRT | 32 | 27,6 |
| Pensiunan PNS | 2 | 1,7 |
| Tidak bekerja | 6 | 5,2 |
| Total | 116 | 100 |

Tabel 3. menunjukkan bahwa distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan dari 116 responden didapatkan paling banyak ditemukan responden yang bekerja swasta sebanyak 34 orang (29,3%), pekerjaan responden sebagai Ibu rumah tangga sebanyak 32 orang (27,6%) dan pekerjaan responden sebagai buruh sebanyak 15 orang (12,9%).

Berdasarkan pendidikan terakhir dari 116 responden didapatkan paling banyak ditemukan responden berpendidikan SMA sebanyak 49 orang (42,2%), responden yang berpendidikan SMP sebanyak 32 orang (27,6%) dan responden yang berpendidikan SD sebanyak 20 orang (17,2%). Sedangkan Responden berpendidikan SMA sebanyak 49 (42,2%), responden yang berpendidikan SMP sebanyak 32 (27,6%) dan responden yang berpendidikan SD sebanyak 20 orang (17,2%).

Distribusi frekuensi fase pengobatan penderita Tb paru dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu fase awal dan fase lanjutan. Fase awal pengobatan 4 bulan pertama dan fase

lanjutan 2 bulan terakhir. Hasil analisis disajikan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Fase Pengobatan Penderita Tb Paru

| Fase Pengobatan Penderita Tb Paru | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|-----------------------------------|------------|----------------|
| Fase awal | 57 | 49,1 |
| Fase lanjutan | 59 | 50,9 |
| Total | 116 | 100 |

Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 116 responden didapatkan pasien Tb paru yang menjalani fase pengobatan awal sebanyak 57 orang (49,1%) sedangkan pasien Tb paru yang menjalani fase pengobatan lanjutan didapatkan sebanyak 59 orang (50,9%).

Kualitas hidup pasien Tb paru terdiri dari 4 dimensi yaitu domain 1 domain 1 (kesejahteraan fisik), domain 2 (kesejahteraan psikologis), domain 3 (hubungan sosial), domain 4 (hubungan dengan lingkungan). Hasil analisis kualitas hidup pada masing-masing domain meliputi nilai rerata, standar deviasi, nilai median, nilai minimum, nilai maksimum. Hasil analisis disajikan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Fase Pengobatan Penderita Tb Paru

| Kualitas Hidup Pasien Tb Paru | Mean \pm SD | Median | Minimum - Maksimum |
|--|------------------|--------|--------------------|
| Domain I (Kesejahteraan Fisik) | 21,04 \pm 2,51 | 21 | 14 - 28 |
| Domain II (Kesejahteraan Psikologis) | 18,29 \pm 2,86 | 18 | 11 - 26 |
| Domain III (Hubungan Sosial) | 9,67 \pm 1,77 | 10 | 5 - 14 |
| Domain IV (Hubungan dengan Lingkungan) | 24,06 \pm 4,19 | 24 | 10 - 35 |
| Total Domain | 73,09 \pm 8,40 | 73 | 45 - 102 |

Tabel 5 menunjukkan bahwa kualitas hidup pada domain 1 (kesejahteraan fisik) didapatkan rerata skor $21,04 \pm 2,51$ dengan nilai minimum-maksimum (14-28). Domain II (kesejahteraan psikologis) didapatkan rerata skor $18,29 \pm 2,86$ dengan nilai minimum - maksimum (11-26). Domain III (hubungan sosial) didapatkan rerata skor $9,67 \pm 1,77$ dengan nilai minimum-maksimum (5-14). Domain IV (hubungan dengan lingkungan) didapatkan rerata skor $24,06 \pm 4,19$ dengan nilai minimum-maksimum (10 - 35) dan total domain didapatkan rerata skor $73,09 \pm 8,40$ dengan nilai minimum-maksimum (45-102).

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui distribusi data variabel kualitas hidup pasien Tb paru yang terdiri dari domain 1 (kesejahteraan fisik), domain 2 (kesejahteraan psikologis), domain 3 (hubungan sosial), domain 4 (hubungan dengan lingkungan). Hasil analisis uji normalitas data variabel kualitas hidup pada masing-masing domain sebagai berikut:

Tabel 6. Uji Normalitas Kualitas Hidup pasien TB Paru

| Kualitas Hidup | Kolmogorov-Smirnov (p) |
|--|------------------------|
| Domain I (Kesejahteraan Fisik) | 0,003 |
| Domain II (Kesejahteraan Psikologis) | 0,002 |
| Domain III (Hubungan Sosial) | 0,000 |
| Domain IV (Hubungan dengan Lingkungan) | 0,000 |
| Total Domain | 0,200 |

Tabel 6 menunjukkan bahwa uji normalitas pada tiap-tiap domain untuk menilai distribusi dari sampel penelitian. Hasil uji normalitas didapatkan distribusi pada domain 1 (p value = 0,003), domain 2 (p value = 0,002), domain 3 (p value = 0,000), dan domain 4 (p value = 0,000) menunjukkan bahwa data tidak terdistribusi normal ($p < 0,05$), maka uji komparasi yang digunakan yaitu uji *t test Mann Whitney U* sedangkan pada total domain didapatkan bahwa data terdistribusi normal ($p > 0,05$), sehingga uji komparasi menggunakan uji *independen t test*. Perbedaan kualitas hidup penderita Tb paru terhadap fase

pengobatan meliputi 4 domain yaitu domain 1 (kesejahteraan fisik), domain 2 (kesejahteraan psikologis, domain 3 (hubungan sosial), domain 4 (hubungan dengan lingkungan). Hasil analisis perbedaan kualitas hidup penderita Tb paru terhadap fase pengobatan disajikan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 7. Perbedaan Kualitas Hidup Domain 1 (Kesejahteraan Fisik) Penderita TB Paru Terhadap Fase Pengobatan di Kota Palembang

| Fase Pengobatan | n | Median (Minimum-Maksimum) | Nilai <i>p</i> |
|-----------------|----|---------------------------|----------------|
| Awal | 57 | 21 (14 - 28) | 0,210 |
| Lanjutan | 59 | 21 (16 - 27) | |

Uji Mann-Whitney. Rerata skor domain 1 fase awal 20,70; fase lanjutan 21,37

Pada tabel 7 didapatkan nilai median domain 1 pada fase pengobatan awal sebesar 21 dengan nilai minimum 14 dan nilai maksimum 28, sedangkan pada fase lanjutan didapatkan nilai median 22 dengan nilai minimum 16 dan nilai maksimum 27. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann-Whitney pada data Domain 1, didapatkan *p value* sebesar 0,210 ($p > 0,05$) dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rerata yang bermakna antara kualitas hidup domain 1 (kesejahteraan fisik) penderita TB yang menjalani fase pengobatan awal dan fase pengobatan lanjutan.

Tabel 8. Perbedaan Kualitas Hidup Domain 2 (Kesejahteraan Psikologis) Penderita TB Paru Terhadap Fase Pengobatan di Kota Palembang

| Fase Pengobatan | n | Median (Minimum-Maksimum) | Nilai <i>p</i> |
|-----------------|----|---------------------------|----------------|
| Awal | 57 | 18 (11 - 23) | 0,036 |
| Lanjutan | 59 | 19 (13 - 26) | |

Uji Mann-Whitney. Rerata skor domain 1 fase awal 17,67; fase lanjutan 18,90

Pada tabel 8 didapatkan nilai median domain 2 pada fase pengobatan awal sebesar 18 dengan nilai minimum 11 dan nilai maksimum 23, sedangkan pada fase lanjutan didapatkan nilai

median 19 dengan nilai minimum 13 dan nilai maksimum 26. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann-Whitney pada data Domain 2, didapatkan *p value* sebesar 0,036 ($p < 0,05$) dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rerata yang bermakna antara kualitas hidup domain 2 (kesejahteraan psikologis) penderita TB yang menjalani fase pengobatan awal dan fase pengobatan lanjutan.

Tabel 9. Perbedaan Kualitas Hidup Domain 3 (Hubungan Sosial) dan Domain 4 (Hubungan dengan lingkungan)

| Fase Pengobatan | n | Median (Minimum-Maksimum) | Nilai <i>p</i> |
|-----------------|----|---------------------------|----------------|
| Domain 3 | | | |
| Awal | 57 | 10 (7 - 13) | 0,283 |
| Lanjutan | 59 | 10 (5 - 14) | |
| Domain 4 | | | |
| Awal | 57 | 24(18-32) | 0,633 |
| Lanjutan | 59 | 24 (10-35) | |

Uji Mann-Whitney Domain 3 (Rerata skor domain 1 fase awal 9,91; fase lanjutan 9,44); Domain 4 (Rerata skor domain 1 fase awal 23,96; fase lanjutan 24,15)

Tabel 10. Perbedaan Kualitas Hidup Total Domain Penderita TB Paru Terhadap Fase Pengobatan di Kota Palembang

| Fase Pengobatan | n | Rerata ± Simpangan Baku | Nilai <i>p</i> |
|-----------------|----|-------------------------|----------------|
| Awal | 57 | 72,28±6,47 | 0,307 |
| Lanjutan | 59 | 73,88±9,91 | |

Pada tabel 13. didapatkan nilai Rerata ± Simpangan Baku domain total pada fase pengobatan awal sebesar 72,28±6,47, sedangkan pada fase lanjutan didapatkan nilai Rerata ± Simpangan Baku 73,88±9,91. Didapatkan nilai *p value* 0,307. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Independent t test* didapatkan nilai $p = 0,307$ ($p > 0,05$) dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara rerata kualitas hidup penderita TB (total domain) yang menjalani fase pengobatan awal dan fase pengobatan lanjutan.

4. Pembahasan

Penyakit Tuberkulosis dapat mempengaruhi kualitas hidup dari penderitanya, seperti kesehatan psikologi, fungsi fisik, dan peranan sosial.¹⁰ Kualitas hidup merupakan salah satu kriteria utama untuk mengetahui intervensi pelayanan kesehatan seperti morbiditas, mortalitas, fertilitas dan kecacatan. Di negara berkembang pada beberapa dekade terakhir ini, insidensi penyakit kronik mulai menggantikan dominasi penyakit infeksi di masyarakat. Sejumlah orang dapat hidup lebih lama, namun dengan membawa beban penyakit menahun atau kecacatan, sehingga kualitas hidup menjadi perhatian pelayanan kesehatan.¹¹ Berdasarkan jenis kelamin dari 116 responden didapatkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 65 orang (56%) sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 51 orang (44%). Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya yakni sebaran penderita TB berdasarkan jenis kelamin pada penelitian ini terdiri dari laki-laki 55 orang (60,4%) dan perempuan 36 orang (39,6%).¹² Kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan berdasarkan perbedaan jenis kelamin menunjukkan bahwa pada laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih buruk daripada perempuan.¹³

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa berdasarkan pendidikan terakhir dari 116 responden didapatkan paling banyak ditemukan responden berpendidikan SMA sebanyak 49 orang (42,2%), responden yang berpendidikan SMP sebanyak 32 orang (27,6%) dan responden yang berpendidikan SD sebanyak 20 orang (17,2%). Implikasi tingkat pendidikan terhadap kualitas hidup pasien dalam menjalani pengobatan adalah pada informasi yang berkaitan dengan penularan dan pengobatan TBC. Semakin tinggi pendidikan individu semakin mudah penerimaan informasi, tetapi semakin rendah pendidikan semakin sulit untuk menerima informasi jadi pendidikan mempengaruhi diri individu.¹⁴

Dari 116 responden pada penelitian ini didapatkan paling banyak ditemukan responden yang bekerja swasta sebanyak 34 orang (29,3%), pekerjaan responden sebagai Ibu rumah tangga sebanyak 32 orang (27,6%) dan pekerjaan responden sebagai buruh sebanyak 15 orang (12,9%). Lingkungan sekitar rumah yang padat hunian dan tempat bekerja yang buruk dapat mempermudah penularan penyakit TBC.¹⁵

Kualitas hidup merupakan keadaan dimana seseorang mendapatkan kepuasan atau menikmati dalam kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup tersebut menyangkut kesehatan fisik dan mental, hubungan sosial serta hubungan individu dengan lingkungan maka orang tersebut akan mencapai suatu kepuasan dalam hidupnya. Kualitas hidup itu dapat dinilai dari dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi hubungan sosial dan dimensi lingkungan. Kualitas hidup pasien yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif.¹⁶

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kesehatan psikologis penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan dan tidak terdapat perbedaan kualitas hidup domain 1 (kesejahteraan fisik), domain 3 (hubungan sosial) domain 4 (hubungan dengan lingkungan) $p = 0,633$ dan total domain penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan. Tuberkulosis adalah penyakit dengan implikasi sosial karena stigma yang melekat padanya yang terlihat dari hasil penelitian yang didapat dalam domain psikologis dan sosial.¹¹ Secara keseluruhan tampak bahwa dukungan sosial yang positif berkualitas tinggi dapat meningkatkan ketahanan terhadap stres, membantu melindungi terhadap pengembangan trauma terkait psikopatologi dan gangguan stres pasca trauma.¹⁷

Stres dapat mengurangi kesejahteraan psikologis jangka pendek dan menghasilkan gejala-gejala fisik, sehingga stres dikatakan dapat memperburuk kesehatan fisik dan

psikologis yang kemudian akan menurunkan kualitas hidup.¹⁸ Dukungan sosial sangat diperlukan bagi individu yang mengalami stres sebagai sumber untuk melindungi individu dari stres yang berat dan memungkinkan individu untuk mengatasinya secara lebih efektif.¹⁹

TB Paru dapat mengganggu keadaan fisik dan psikososial klien yang mempengaruhi harga diri pasien TB Paru. Pasien TB Paru dengan pengobatan lama akan mengalami tekanan psikologis dan merasa tidak berharga bagi keluarga dan masyarakat.²⁰ Penderita TB Paru dengan perubahan penampilan atau fungsi tubuh cenderung sangat sensitif terhadap respons verbal maupun nonverbal dari keluarga dan tenaga kesehatan. Pasien tuberkulosis mengalami penurunan harga diri yang disebabkan oleh kehilangan kepercayaan diri, memburuknya hubungan sosial dan menyerah melawan penyakit. Selain itu, hal yang dapat membuat harga diri rendah yaitu tidak memiliki pekerjaan, efek pada status ekonomi pasien, tidak memiliki harapan untuk pulih, perubahan hubungan keluarga dan tidak memiliki dukungan sosial.²¹

Selain itu, penyakit TB paru juga berpengaruh terhadap dukungan sosial masyarakat, fenomena di masyarakat sekarang adalah masih ada anggota keluarga yang takut apalagi berdekatan dengan seseorang yang disangka menderita TB paru, sehingga muncul sikap berhati-hati secara berlebihan, misalnya mengasingkan penderita, enggan mengajak berbicara, kalau dekat dengan penderita akan segera menutup hidung dan sebagainya. Hal tersebut akan sangat menyinggung perasaan penderita. Penderita akan tertekan dan merasa dikucilkan, sehingga dapat berdampak pada kondisi psikologisnya dan akhirnya akan mempengaruhi keberhasilan pengobatan. Hal ini berarti dukungan sosial yang sangat dibutuhkan tidak didapatkannya secara optimal.²² Bila dukungan sosialnya positif atau supportif, maka responden akan memiliki kualitas hidup yang tinggi atau baik pula. Hal ini disebabkan karena adanya dukungan dari keluarga berupa dukungan emosional,

dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan jaringan sosial bagi penderita Tuberkulosis Paru selama menjalani pengobatan. Begitupun sebaliknya, bila dukungan sosialnya negatif/non-supportif maka responden akan memiliki kualitas hidup yang rendah.²²

Dengan demikian, dukungan keluarga dari pasien Tb paru sangat diperlukan guna meminimalisasi implikasi psikologis yang diterima pasien pada ranah sosialnya. Dukungan keluarga merupakan bentuk pemberian dukungan terhadap anggota keluarga lain yang mengalami permasalahan.²³ Ada 4 jenis dukungan keluarga yaitu dukungan informasional dengan memberikan penjelasan tentang penyakit tuberkulosis dari cara pengobatan, Kedua ada dukungan penilaian dengan memberikan support dalam menjalani pengobatan, memperhatikan untuk selalu mengingatkan dalam minum obat serta mengikut sertakan setiap ada acara keluarga, yang ketiga ada dukungan instrumental diwujudkan berupa mengantarkan saat kontrol serta menyediakan alat makan, alat mandi dan menyediakan sarana prasarana kebutuhan responden. Terakhir ada dukungan emosional diwujudkan dengan mendengarkan keluh kesah responden yang dirasakan dalam menjalani pengobatan secara emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikososial.²⁴

5. Kesimpulan

Kualitas hidup penderita TB paru di Kota Palembang pada dimensi/domain kesejahteraan fisik, sosial dan lingkungan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kualitas hidup penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan. Namun pada domain psikologis didapatkan ada perbedaan bermakna kualitas hidup penderita Tb paru yang menjalani pengobatan fase awal dan fase lanjutan, kualitas hidup Penderita Tb paru pada fase awal lebih buruk/kurang baik dibandingkan

dengan kualitas hidup penderita Tb pada fase lanjutan.

Daftar Pustaka

1. Crofton, J., Horne, N., & Miller, F. *Clinical Tuberculosis*. London: Macmillan Publishers. 2009.
2. Zumla A, George A, Sharma V, Herbert N, Ilton BMO. WHO's 2013 global report on tuberculosis: successes, threats, and opportunities. *The Lancet*. 2013;382(9907):1765–7.
3. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2014*. World Health Organization. 2014:7-31
4. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2015, 20th ed*. World Health Organization. 2015: 8-35
5. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Activity Report of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 2007: 8-17
6. Ratnasari, NY. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Tuberkulosis Paru (TB Paru) Di Balai Pengobatan Penyakit Paru (Bp4) Yogyakarta Unit Minggiran. *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*. 2012;8.
7. PDPI. *Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan TB di Indonesia*. PDPI. 2006
8. Muniyandi M, Rajeswari R, Balasubramanian R, Nirupa C, Gopi, PG, Jaggarajamma K, et al. Evaluation of posttreatment health-related quality of life (HRQoL) among tuberculosis patients. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*,2009;11: 887-892.
9. Kant S, Gupta H, Ahluwalia S. Significance of Nutrition in Pulmonary Tuberculosis. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2015;55(7):955–63.
10. Dhuria, M, S, Nandini, Ingle, GK. Impact of tuberculosis on the quality of life, *Indian Journal of Community Medicine*, 2008;33(1):58-59
11. Yunianti R.N. Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Penderita Tuberkulosis Paru (TB Paru) di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) Yogyakarta Unit Minggiran, *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*. 2012(2), 7-11
12. Hendrik, Dyah Aryani Perwitasari, Uly Adhie Mulyani², Jarir At Thobari. Pengukuran kualitas hidup pasien tuberkulosis menggunakan instrumen st george respiratory questionnaire (sgrq) di yogyakarta. *Prosiding Seminar Nasional Peluang Herbal Sebagai Alternatif Medicine*. Fakultas Farmasi Universitas Wahid Hasyim. 2015
13. Setyo, R. S. “Hubungan Antara Efikasi diri idengan Kualitas Hidup Pasien Paru Obstruktif Kronis dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Sakit Paru Batu Dan RSUD, DR. Saiful Anwar Malang JawaTimur”. Tesis Pasca sarjana Keperawatan UniversitasIndonesia.2011
14. Notoatmodjo. *Konsep Perilaku Kesehatan dalam:Promosi Kesehatan Teori Aplikasi Edisi Revisi 2010*. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.
15. Naga. *Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Diva Press.2012
16. WHO. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF*. Geneva: WHO. 2014
17. Ozbay. Social support and resilience to stress. *Psychiatry (Edgmont) MMC*. 2007; 4:35-44.
18. Serido, J., Almeida, D.M., Wethington, E. Chronic stressor and daily hassles: unique and interactive relationship with psychological distress, *Journal of Health & Social Behavior*, 2004;1:4
19. Pramudani, D. Kualitas hidup penderita penyakit jantung pasca serangan jantung ditinjau dari dukungan sosial dan interval waktu, *Skripsi, Semarang,*

- Universitas Katolik Soegijapranata. 1999.
20. Sulistiyawati, Kurniawati, T. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Stres pada Pasien Tuberkulosis Usia Produktif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Skripsi thesis, STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. 2012
 21. Erdem. Determination of self-esteem levels of patients with tuberculosis. *Tuberkuloz ve Toraks. Europe PMC.* 2003, 51(2):171-6
 22. Ina Dwi Hastuti, Ridwan Setiawan, Jahidul Fikri. Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada penderita tuberkulosis paru di balai kesehatan kerja masyarakat provinsi jawa barat tahun 2014. *Bhakti Kencana Medika,* 2014;4(1):1-74
 23. Potter, Perry. *Fundamental Keperawatan.* jakarta: Salemba Medika. 2009;1(7)
 24. Safarino. *Health Psychology.* Fifth Ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2006