**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Tuberkulosis**

**2.1.1 Definisi Tuberkulosis**

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman tuberkulosis (TB) yang dikenal dengan nama *M. tuberculosis*. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman TB berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2 –

0,6 mikron, kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Dengan paparan langsung terhadap sinar ultra violet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab (Kemenkes RI, 2016).

**2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis**

Menurut Kemenkes RI (2014) Tuberkulosis (TB) diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit:

a. Tuberkulosis paru:

Tuberkulosis paru adalah TB yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis TB dirongga dada (*hilus* dan atau *mediastinum*) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan

7

sebagai TB ekstra paru. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

b. Tuberkulosis ekstra paru:

Tuberkulosis ekstra paru adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan berdasarkan penemuan *Mycobacterium tuberculosis*. Pasien TB ekstra paru yang menderita TB pada beberapa organ, diklasifikasikan sebagai pasien TB ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran TB yang terberat.

2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis:

a. Tuberkulosis paru BTA positif

1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.

2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.

3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman Tb positif.

4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif

1) Kriteria diagnostik Tb paru BTA negatif harus meliputi:

2) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.

3) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.

4) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT

5) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

3. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:

1) Pasien baru TB

Pasien baru TB adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (˂ dari 28 dosis).

2) Pasien yang pernah diobati TB

Pasien yang pernah diobati TB adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (≥ dari 28 dosis). Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:

a. Pasien kambuh: adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).

b. Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir

c. Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*): adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat /default).

d. Lain-lain: adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

3) Pasien yang riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

4. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat

Pengelompokan pasien disini berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji dari

*Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT dan dapat berupa :

1) Mono resistan (TB MR): resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja

2) Poli resistan (TB PR): resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan

3) Multi drug resistan (TB MDR): resistan terhadap Isoniazid (H) dan

Rifampisin (R) secara bersamaan

4) *Extensive drug resistan* (TB XDR): adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin)

5) Resistan Rifampisin (TB RR): resistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).

**2.1.3 Penyebab Tuberkulosis**

*Tuberculosis* menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain: *M.tuberculosis, M.africanum, M. bovis, M. Leprae dsb*. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain Mycobacterium tuberculosis yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas

dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TB (Kemenkes RI, 2014)

Secara umum sifat kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) antara lain adalah sebagai berikut :

1. Berbentuk batang dengan panjang 1 – 10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron

2. Bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode Ziehl Neelsen.

3. Memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain Lowenstein Jensen, Ogawa. Kuman nampak berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.

4. Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C .

5. Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet.

6. Paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit.

7. Dalam dahak pada suhu antara 30 – 37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu.

8. Kuman dapat bersifat dormant (”tidur” / tidak berkembang)

**2.1.4 Cara Penularan**

Menurut Kemenkes RI (2014), penderita TB Paru dapat menularkan penyakit TB Paru melalui beberapa cara, yaitu :

1. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. Namun, bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil

pemeriksaan BTA negatif tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji ≤ dari 5.000 kuman/cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.

2. Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah

65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto Toraks positif adalah 17%.

3. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut.

4. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei / percik renik*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

**2.1.5 Patofisiologi**

Menurut Depkes RI (2008), Patofisiologi Tuberkulosis (TB) dibagi menjadi 2 proses antara lain:

1. Infeksi Primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman Tuberkulosis. *Droplet nuclei* yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan *muskuler bronkus*, dan terus berjalan sehingga sampai di *alveolus* dan menetap di sana. Infeksi dimulai saat kuman Tuberkulosis berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru, yang

mengakibatkan peradangan di dalam paru. Saluran *limfe* akan membawa kuman Tuberkulosis ke kelenjar *limfe* di sekitar *hilus* paru, dan ini disebut sebagai komplek primer yang memakan waktu sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi *tuberculin* dari negatif menjadi positif.

Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (*imunitas seluler*). Pada umumnya reaksi daya tahan tubuh tersebut dapat menghentikan perkembangan kuman TB Paru. Meskipun demikian ada beberapa kuman akan menetap sebagai kuman *persisten* atau *dormant* (tidur). Kadang-kadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TB Paru. Masa inkubasi yaitu waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan.

2. Tuberkulosis Pasca Primer

TB pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh lemah akibat terinfeksi HIV atau gizi yang buruk. Ciri khas dari terjadinya TB pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya *kavitas* atau *efusi pleura*.

**2.1.6 Diagnosis Tuberkulosis**

Diagnosis TB Paru menurut Kemenkes RI (2014) adalah sebagai berikut:

1. Dalam upaya pengendalian TB secara Nasional, maka diagnosis TB Paru pada orang dewasa harus ditegakkan terlebih dahulu dengan pemeriksaan

bakteriologis. *Pemeriksaan bakteriologis* yang dimaksud adalah pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan dan tes cepat.

2. Semua terduga TB harus diperiksa 2 spesimen dahak idealnya dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu Sewaktu-Pagi (SP).

3. Apabila pemeriksaan secara bakteriologis hasilnya negatif, maka penegakan diagnosis TB dapat dilakukan secara klinis menggunakan hasil pemeriksaan klinis dan penunjang (setidak-tidaknya pemeriksaan *foto toraks*) yang sesuai dan ditetapkan oleh dokter yang telah terlatih TB.

4. Pada sarana terbatas penegakan diagnosis secara klinis dilakukan setelah pemberian terapi antibiotika spektrum luas (Non OAT dan Non kuinolon) yang tidak memberikan perbaikan klinis.

5. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB dengan pemeriksaan *serologis.*

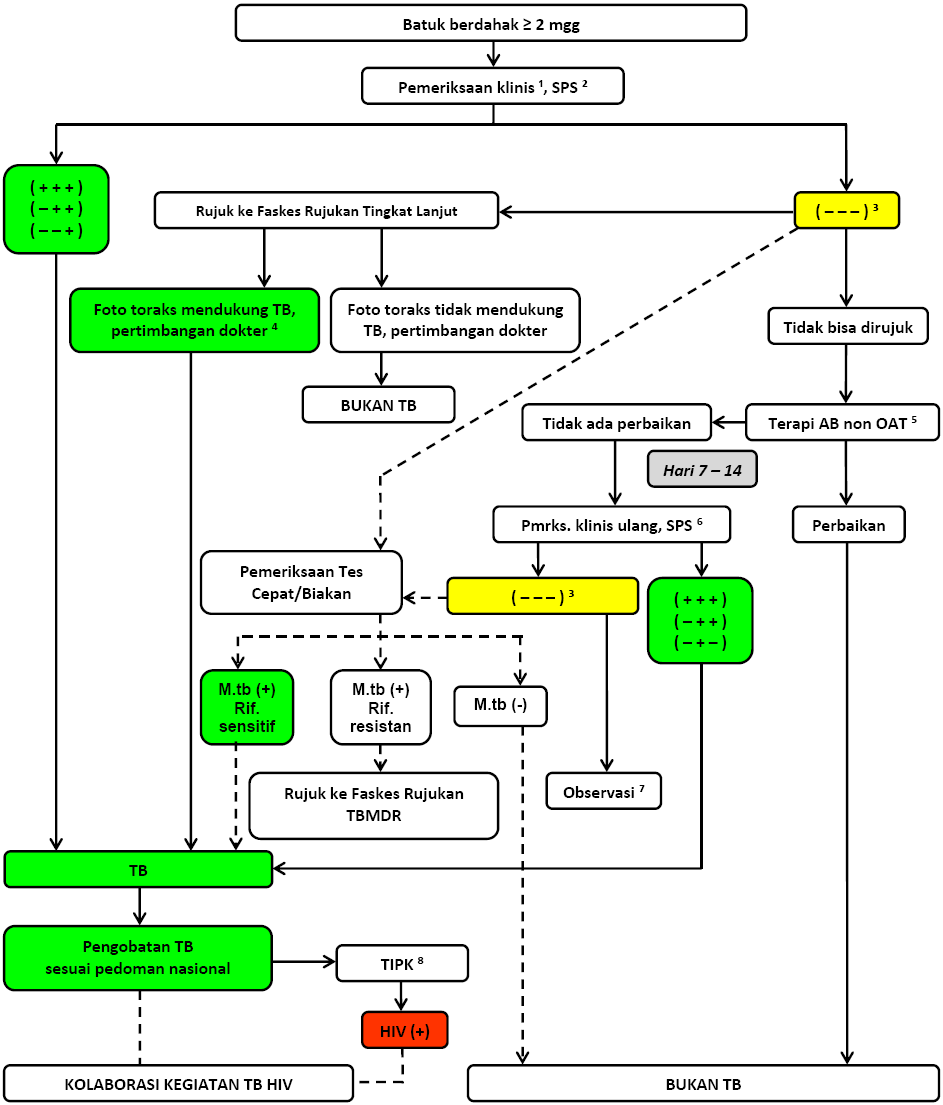
6. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya dengan pemeriksaan *uji tuberkulin*

7. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang spesifik pada TB paru, sehingga dapat menyebabkan terjadi *overdiagnosis* atau pun *underdiagnosis*.

Pemeriksaan Dahak Mikroskopis Langsung:

1. Untuk kepentingan diagnosis dengan cara pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung, terduga pasien TB diperiksa contoh uji dahak SP (Sewaktu–Pagi)

2. Ditetapkan sebagai pasien TB apabila minimal 1 (satu) dari pemeriksaan contoh uji dahak SP hasilnya BTA positif.



**Gambar 2.1 Alur diagnosis dan tindak lanjut TB Paru pada pasien Dewasa**

**(Kemenkes RI, 2014)**

Pemeriksaan penunjang TB paru adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Bakteriologik.

Pemeriksaan ini untuk menemukan kuman tuberkulosis mempunyai arti yang sangat penting dalam menegakkan diagnosis. Bahan untuk pemeriksaan bakteriologik ini dapat berasal dari dahak, cairan pleura, *liquor cerebrospinal*,

bilasan bronkus, bilasan lambung, kurasan bronkoalveolar (*bronchoalveolar lavage*/BAL), urin, feses dan jaringan biopsi (termasuk biopsi jarum halus/BJH).

2. Pemeriksaan Radiologik

Pemeriksaan standar ialah foto toraks PA dengan atau tanpa foto lateral. Pemeriksaan lain atas indikasi : foto *apiko-lordotik*, oblik, CT-Scan. Pada pemeriksaan foto toraks, tuberkulosis dapat memberi gambaran bermacam-macam bentuk (*multiform*)*.* Gambaran radiologik yang dicurigai sebagai lesi TB aktif : Bayangan berawan atau nodular di segmen apikal dan posterior lobus atas paru dan segmen superior lobus bawah, kaviti, terutama lebih dari satu, dikelilingi oleh bayangan opak berawan atau nodular, bayangan bercak milier, efusi pleura *unilateral* (umumnya) atau bilateral (jarang).

3. Pemeriksaan cairan pleura

Pemeriksaan analisis cairan pleura & uji Rivalta cairan pleura perlu dilakukan pada penderita efusi pleura untuk membantu menegakkan diagnosis. Interpretasi hasil analisis yang mendukung diagnosis tuberkulosis adalah uji Rivalta positif dan kesan cairan eksudat, serta pada analisis cairan pleura terdapat sel limfosit dominan dan glukosa darah.

4. Pemeriksaan darah

Hasil pemeriksaan darah rutin kurang menunjukkan indikator yang spesifik untuk tuberkulosis. Laju endap darah (LED) jam pertama dan kedua sangat dibutuhkan. Data ini sangat penting sebagai indikator tingkat kestabilan keadaan nilai keseimbangan biologik penderita, sehingga dapat digunakan untuk salah satu respon terhadap pengobatan penderita serta kemungkinan sebagai predeteksi

tingkat penyembuhan penderita. Demikian pula kadar limfosit bisa menggambarkan biologik/ daya tahan tubuh penderida yaitu dalam keadaan supresi / tidak. LED sering meningkat pada proses aktif, tetapi laju endap darah yang normal tidak menyingkirkan tuberkulosis. Limfositpun kurang spesifik.

5. Uji tuberkulin

Pemeriksaan ini sangat berarti dalam usaha mendeteksi infeksi TB di daerah dengan prevalensi tuberkulosis rendah. Di Indonesia dengan prevalensi tuberkulosis yang tinggi, pemeriksaan uji tuberkulin sebagai alat bantu diagnostik kurang berarti, apalagi pada orang dewasa. Uji ini akan mempunyai makna bila didapatkan konversi dari uji yang dilakukan satu bulan sebelumnya atau apabila kepositifan dari uji yang didapat besar sekali atau bula (PDPI, 2006).

**2.1.7 Manifestasi Klinis**

Biasanya terduga TB datang ke Fasilitas Kesehatan dengan berbagai keluhan dan gejala yang mungkin akan menunjukkan bahwa yang bersangkutan termasuk terduga (Kemenkes RI, 2014)

1. Gejala utama: batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Gejala tambahan yang sering dijumpai: dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas dan rasa nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat pada malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang yang berulang lebih dari sebulan.

2. Gejala-gejala tersebut dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronik, asma, kanker paru, dan lain-lain.

3. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi maka setiap orang yang datang ke Faskes dengan gejala tersebut diatas dianggap sebagai terduga pasien TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung. Seseorang yang menderita TB ekstraparu mungkin mempunyai keluhan / gejala terkait dengan organ yang terkena, misalnya :

a. Pembesaran pada getah bening yang kadang juga mengeluarkan nanah b. Nyeri dan pembengkakan sendi yang terkena TB

c. Sakit kepala, demam, kaku kuduk dan gangguan kesadaran apabila selaput otak atau otak terkena TB.

**2.1.8 Pengobatan Tuberkulosis**

Menurut Kemenkes RI (2014), 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 kominasi 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:

1) 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.

2) 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.

2. Paduan minum OAT

Dalam buku Perhimpunan Dokter, pengobatan tuberkulosis dibagi menjadi:

1) 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. Selama 2 bulan minum obat INH, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol setiap hari (tahap intensif), dan 4 bulan selanjutnya minum obat INH dan rifampisin tiga kali dalam seminggu (tahap lanjutan).

**Tabel 2.1.** Dosis untuk paduan 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 |

2) Kategori 2 : HRZE/5H3R3E3

Kategori 2 diberikan kepada :

a. Penderita kambuh.

b. Penderita gagal terapi.

c. Penderita dengan pengobatan setelah lalai minum obat.

**Tabel 2.2** 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 20 minggu |
| Selama 56 hari | Selama 28 hari |
| 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) Kategori 3 : 2HRZ/4H3R3

Diberikan kepada penderita BTA (+) dan rontgen paru mendukung aktif

4) Kategori 4: RHZES

Diberikan pada kasus Tb kronik .

**2.1.9 Komplikasi Tuberkulosis**

Penyakit Tuberkulosis (TB) bila tidak segera diobati dengan benar akan menimbulkan banyak komplikasi, yaitu komplikasi dini antara lain *Pleuniritis, Efusi Pleura, Empiema, Laryngitis*, menjalar ke organ lain, (usus) dan komplikasi

lanjut antara lain obstruksi jalan nafas, kerusakan parenkim paru, kanker paru, sindrom gagal nafas dewasa (Suyono, 2001).

**2.1.10 Dampak Tuberkulosis**

Menurut Suryani (2014) dampak yang dapat ditimbulkan oleh penyakit tuberkulosis paru adalah sebagai berikut **:**

1. Dampak fisik

Dampak fisik yang dialami penderita TB paru, antara lain menjadi sangat lemah, pucat, nyeri dada, berat badan turun, demam dan berkeringat.

2. Dampak Psikososial

Dampak psikososial yang dapat ditimbulkan oleh Tuberkulosis adalah adanya masalah emosional berhubungan dengan penyakitnya seperti merasa bosan, kurang motivasi, sampai kepada gangguan jiwa yang cukup serius seperti depresi berat. Masalah psikososial lainnya adalah adanya stigma di masyarakat, merasa dikucilkan dan tidak percaya diri, serta masalah ekonomi. Sebuah penelitian kualitatif di India menemukan bahwa penderita TB paru mengalami berbagai masalah psikososial akibat penyakit TB paru yang mereka derita seperti ketakutan atau depresi, syok ketika mengetahui bahwa mereka menderita TB paru atau tidak percaya bahwa mereka menderita TB, malu dan takut mati. Dalam menghadapi atau menjalani kehidupannya selama menderita penyakit TB paru, masing- masing individu akan mempunyai respon yang bervariasi tergantung dari koping yang dimiliki dan dukungan dari keluarga, masyarakat sekitar dan pemerintah.

**2.2 Konsep Kualitas Hidup**

**2.2.1 Definisi Kualitas Hidup**

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri,

2009).

Di dalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan (Wilson dkk dalam (Larasati, 2012). Adapun menurut Cohen & Lazarus dalam (Larasati,

2012) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya WHOQOL Group (1998) dalam (Larasati, 2012).

**2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup**

Menurut WHOQOL-BREF dalam Nimas (2012) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

1. Dimensi kesehatan fisik, mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur, istirahat, kapasitas kerja

2. Dimensi kesejahteraan psikologis, mencakup *bodily image appearance*, perasaan negative, perasaan positif, *self-esteem,* spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.

3. Dimensi hubungan sosial, mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual

4. Dimensi hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesbilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisispasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.

**2.2.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh WHOQOL dalam Power (2003), persepsi individu mengenai kualitas hidupnya dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal. Hal ini juga sesuai dengan apa yang dikatakan Fadda dan Jiron (1999) bahwa kualitas hidup bervariasi antara individu yang tinggal di kota/ wilayah satu dengan yang lain bergantung pada konteks budaya, sistem, dan berbagai kondisi yang berlaku pada wilayah tersebut.

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

1. Kontrol, berkaitan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.

2. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.

3. Keterampilan, berkaian dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.

4. 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 sehinga dapat menunjang kehidupan.

5. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress 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 krisi moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

**2.2.4 Pengukuran Kualitas Hidup**

*Skevington, Lotfy dan O’ Connell* (2004) dalam Sekarwiri (2008) pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu pengukuran kualitas hidup secara menyeluruh (kualitas hidup dipandang sebagai evaluasi individu terhadap dirinya secara menyeluruh atau hanya mengukur domain tertentu saja (kualitas hidup diukur hanya melalui bagian tertentu saja dari diri seseorang. Pengukuran kualitas hidup oleh para ahli belum mencapai suatu pemahaman pada suatu standar atau metoda yang terbaik. Pengukuran kualitas hidup menggunakan WHOQOL – BREF yang merupakan pengukuran yang menggunakan 26 item pertanyaan. Dimana alat ukur ini mengunakan empat dimensi yaitu fisik, psikologis, lingkungan dan sosial.

**2.3 Konsep Dukungan Sosial**

**2.3.1 Definisi Dukungan Sosial**

Dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasihat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Harnilawati, 2013).

Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterimanya individu dari orang lain ataupun dari kelompok (Gardner, 2004).

Dukungan sosial merupakan dukungan emosional yang berasal dari teman, anggota keluarga, bahkan pemberi perawatan kesehatan yang membantu individu ketika suatu masalah muncul (Kemenkes RI, 2011).

**2.3.2 Aspek Dukungan Sosial**

Terdapat dua aspek yang terlibat dengan dukungan sosial, yaitu (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983) :

1. Persepsi bahwa ada sejumlah orang yang cukup dapat diandalkan saat dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan. Aspek ini terkait dengan kuantitas dukungan yang diterima individu.

2. Derajat kepuasan individu terhadap dukungan yang didapatkan. Aspek ini terkait dengan kualitas dukungan yang dirasakan oleh individu yang bersangkutan.

**2.3.3 Bentuk Dukungan Sosial**

Menurut Harnilawati (2013), bentuk dukungan sosial dibagi ke dalam empat jenis, yaitu :

1. Dukungan Instrumental

Bantuan yang bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan yang dihadapi. bantuan dapat berupa bantuan langsung maupun bantuan materi. contohnya mengantar berobat

penderita TB paru, mengambilkan obat TB paru penderita pada waktunya, dan memberi uang untuk biaya berobat.

2. Dukungan Informasional

Bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan yang dihadapi. misalnya, memberikan nasehat tentang TB paru, menyampaikan informasi tentang penyakit TB paru dan petunjuk saran atau umpan balik dari pertanyaan penderita.

3. Dukungan Penilaian

Bentuk penghargaan yang diberikan berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi penderita. Contohnya dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita dengan orang-orang lain.

4. Dukungan Emosional

Dukungan ini membuat individu merasa nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh pemberi dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol. Dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta dan kepercayaan terhadap penderita Tb paru. Contohnya keluarga penderita ikut merasakan sakit penderita (empati) dan ikut peduli jika ada keluhan yang dirasakan.

**2.3.4 Sumber Dukungan Sosial**

Menurut Sarafino & Smith (2012), ada dua sumber dukungan sosial yaitu:

1. Sumber artifisial adalah dukungan yang dirancang ke dalam kebutuhan primer seseorang misalnya dukungan sosial akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial.

2. Sumber naturali adalah dukungan ini diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga teman dekat atau relasi.

**2.3.5 Pengaruh Dukungan Sosial**

Menurut Sarafino & Smith (2012), untuk menjelaskan bagaimana dukungan sosial mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu, ada dua model yang digunakan:

*1. Buffering Hypothesis*

Dukungan sosial mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu dengan melindunginya dari efek negatif yang timbul dari tekanan-tekanan yang dialami dan pada kondisi yang tekanannya lemah atau kecil, dukungan sosial tidak bermanfaat

*2. Main Effect Hypothesis/Direct effect Hypothesis*

Menunjukkan dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis individu dengan adanya ataupun tanpa tekanan. Manfaat yang diterima sama tanpa dipengaruhi oleh tekanan yang di dapat.

**2.3.6 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Sosial**

Menurut Sarafino (Sarafino & Smith, 2012) tidak semua individu mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang sekitarnya. Ada beberapa faktor yang menentukan seseorang menerima dukungan sosial, berikut adalah faktor- faktor yang mempengaruhi dukungan sosial yang diterima individu :

1. Penerima dukungan (*Recipients*)

Seseorang akan memperoleh dukungan sosial jika dia juga melakukan hal- hal yang dapat memicu orang lain untuk memberikan dukungan terhadap dirinya. Yang dimaksud dalam hal tersebut adalah individu harus memiliki proses sosialisasi yang baik dengan lingkungannya, termasuk didalamnya membantu orang lain yang butuh pertolongan atau dukungan, dan membiarkan orang lain tahu bahwa dirinya membutuhkan dukungan atau pertolongan jika memang membutuhkan.

2. Penyedia dukungan (*Providers*)

*Providers* yang dimaksud mengacu pada orang-orang terdekat individu yang dapat diharapkan menjadi sumber dukungan sosial. Ketika individu tidak mendapatkan dukungan sosial, bisa saja orang yang seharusnya memberikan dukungan sedang dalam kondisi yang kurang baik seperti tidak memiliki jenis bantuan yang dibutuhkan oleh *recipients*, sedang mengalami stress, atau kondisi-kondisi tertentu yang membuatnya tidak menyadari bahwa ada orang yang membutuhkan bantuannya.

3. Komposisi dan struktur jaringan sosial

Maksud dari komposisi dan struktur jaringan sosial adalah hubungan yang dimiliki individu dengan orang-orang dalam keluarga dan lingkungannya. Hubungan ini dapat dilihat dalam ukuran (jumlah orang yang sering berhubungan dengan individu), frekuensi hubungan (seberapa sering individu bertemu dengan orang-orang tersebut), komposisi (apakah orang-orang tersebut merupakan anggota keluarga, teman, rekan kerja dan sebagainya) dan intimasi (kedekatan hubungan individu dan kepercayaan satu sama lain).

**2.4 Kerangka Konsep**

Penderita Tuberkulosis

Dampak Fisik:

Sangat lemah, pucat, nyeri dada, berat badan turun, demam dan berkeringat.

Dampak Psikososial:

Stigma di masyarakat, merasa dikucilkan dan tidak percaya diri, ketakutan atau depresi, syok ketika mengetahui menderita TB paru, malu dan takut mati

Diberikan Dukungan

Sosial berupa:

1. Dukungan Instrumental

2. Dukungan Informatif

3. Dukungan Emosional

4. Dukungan Penghargaan

Mempengaruhi Kualitas

Hidup penderita TB

Dimensi Kualitas

Hidup:

1. Kesehatan Fisik

2. Kesejahteraan psikologis

3. Hubungan Sosial

4. Hubungan dengan

Lingkungan

1. Melindunginya dari efek negatif yang timbul dari tekanan-tekanan yang dialami

2. Meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis individu

Kualitas Hidup penderita TB kurang

Kualitas Hidup Meningkat

**Keterangan :**

Variabel yang tidak diteliti

Variabel yang diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep “Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Wlingi Kabupaten Blitar”

**2.5 Hipotesis**

Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Wlingi Kabupaten Blitar.