

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG TUBERCULOSIS DENGAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA TUBERCULOSIS PARU DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS LEMPAKE SAMARINDA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan
Untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**



Disusun Oleh

Adinda Novita Saputri

17111024110402

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2018

LEMBAR PENGESAHAN

**Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberkulosis Dengan
Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja
Puskesmas Lempake Samarinda**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

Adinda Novita Saputri

17111024110402

Diseminarkan dan Diujikan

Pada Tanggal 7 Agustus 2018

Penguji I

Sholichin, S.Kp., M.Kep

NIDN. 3409047001

Penguji II

Ns. Aminuddin, S.Kep., Msc

NIDN. 3401017501

Penguji III

Ns.Siti Khoiroh M, M.Kep

NIDN. 1115017703

Mengetahui,

Ketua

Program Studi S1 Keperawatan

Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep

NIDN. 1119097601

Hubungan antara Tingkat Pengetahuan tentang Tuberkulosis dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis di Wilayah Kerja PUSKESMAS Lempake Samarinda

Adinda Novita Saputri¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

INTISARI

Latar Belakang: Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang menular secara langsung yang berasal dari kuman *Mycobacterium tuberculosis* (TBC). Tuberkulosis menimbulkan berbagai perubahan yang terjadi pada penderita salah satunya fisik, mempengaruhi kualitas hidup penderita. Salah satu upaya dalam meningkatkan kualitas hidup penderita Tuberkulosis paru dengan Pemberian informasi/pengetahuan mengenai proses penyembuhan Tuberkulosis.

Tujuan: Mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan tentang tuberkulosis dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda.

Metode: Rancangan penelitian ini menggunakan *Descriptive Colerative* dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan cara *Accidental sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 41 responden. Tingkat pengetahuan diukur dengan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitaskan dan kualitas hidup menggunakan kuesioner WHO QoL- BREF. Analisa statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*.

Hasil: Dari 41 orang responden responden didapatkan dari total 16 responden dengan kategori tingkat pengetahuan baik yaitu 13 orang (81.2%) mengalami kualitas hidup dengan kategori baik, 3 orang (18.8%) mengalami kualitas hidup dengan kategori sedang, dari total 25 orang responden dengan kategori tingkat pengetahuan kurang yaitu 14 orang (56.0%) mengalami kualitas hidup sedang dan 11 orang (44.0%) mengalami kualitas hidup dengan kategori kurang. Berdasarkan hasil didapatkan nilai *p*value (0.000) lebih kecil dari nilai signifikan (0.05) sehingga H_0 diterima.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang tuberkulosis dengan kualitas hidup pasien Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda

Kata Kunci: Tuberkulosis, Tingkat Pengetahuan, Kualitas Hidup

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah

Correlation between Knowledge Level about Tuberculosis with Tuberculosis Patient's Life Quality in Working Area of Community Health Clinic Lempake Samarinda

Adinda Novita Saputri³, Siti Khoiroh Muflihatin⁴

ABSTRACT

Background: Tuberculosis was disease which transmitted directly which came from *Myobacterium tuberculosis*. Tuberculosis caused various changing which happened to the sufferer's physical that it affected sufferer's life quality. Life quality was self-perception point of view to life significance value and satisfying sensation to life which they underwent. One of effort to improve lung tuberculosis sufferer's by giving information/knowledge about tuberculosis healing.

Aim: To know the correlation between knowledge level about tuberculosis with tuberculosis patient's life quality in working area of Community Health Clinic LempakeSamarinda.

Method: This research design used Descriptive Correlational with cross sectional approach. Sample collection used Accidental Sampling method with total sample of 41respondents. Knowledge level was measured by questionnaire which was tested on validity and reliability and life quality used WHO Qol-BREF questionnaire. Statistical analysis which was used Chi-Square test.

Result: From 41 respondents it was obtained from total 16 respondents with good knowledge category there were 13 persons (81.2%) had life quality with good category, 3 persons(18.8%) had life quality with moderate category, from total 25 respondents with bad knowledge category which were 14 persons (56.0%) with life quality with moderate category,11 persons (44.0%) had life quality with bad category,. result it was obtained p-value (0.000) smaller than significant value (0.05) with result that Ha was accepted which meant

Conclusion: There was correlation between knowledge level about tuberculosis with tuberculosis patient's life quality in working area of Community Health Clinic Lempake Samarinda

Keywords: Tuberculosis, Knowledge Level, Life Quality

³ Student Of Bachelor Nursing Program Of Muhammadiyah University Of East Kalimantan

⁴ Lecturer Of Bachelor Nursing Program Of Muhammadiyah University Of East Kalimantan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Peningkatan kesehatan merupakan hal terpenting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat termasuk sasaran pemberantasan penyakit infeksius seperti tuberkolosis paru (Depkes,2008). Tuberkolosis paru merupakan sebagian besar penyakit penyebab kematian.

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang menular secara langsung yang berasal dari kuman *Mycobacterium tuberculosis* (TBC) dengan cara penularan melalui batuk yang mengeluarkan partikel-partikel air liur yang menyerang terutama pada paru-paru dan juga menyerang organ-organ lain (Kemenkes RI, 2013, Depkes RI 2008). *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 menjadikan Tuberkulosis sebagai penyakit yang menular pembunuh terbesar di dunia.

Menurut WHO tahun 2015 ditemukan 9,6 juta kasus-kasus baru TB yang terdiri dari 5,4 juta orang laki-laki, 3,2 juta perempuan dan 1,0 juta terjadi pada anak dan menyatakan Indonesia menempati urutan ke 2 setelah India dengan 10% dari global TB. Berdasarkan Depkes RI (2017) menemukan 1928 orang penderita Tb di Provinsi Kalimantan Timur dengan 4023 merupakan kasus baru dan BTA positif sejumlah 1920 kasus. Data di puskesmas Lempake Samarinda pada tahun 2016 tercatat 190 TBC klinis

tanpa pemeriksaan BTA, 252 TBC paru BTA (+) tanpa biakan, hingga bulan November 2017 ditemukan kasus TB paru dengan 46 kasus

Jumlah penderita TB yang masih tinggi di Indonesia, menjadi tugas bagi pemerintah dan petugas kesehatan untuk menanggulangi bertambahnya penderita tuberkulosis yang juga harus didukung dari kesadaran masyarakat untuk menjaga kesehatan. Menderita TB paru menimbulkan berbagai perubahan yang terjadi pada penderita baik mental, fisik maupun sosial, seperti penurunan Berat badan, batuk, sesak nafas dan lemah yang mempengaruhi kehidupan sehari-hari penderita (Wijaya, 2013).

Perubahan tersebut berpengaruh pada pandangan penderita terhadap dirinya sendiri dan juga pandangan orang lain terhadap keadaan penderita sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Kualitas hidup merupakan pandangan persepsi diri terhadap nilai kehidupan dan rasa kepuasan terhadap kehidupan yang mereka jalani (Sarafino, 2011).

Penderita tuberkulosis mengalami berbagai perubahan pandangan terhadap diri sendiri seperti yang dipaparkan dalam hasil penelitian Saraswati, dkk (2016) bahwa pada pasien TB paru dengan konsep diri dengan kategori Citra tubuh dengan rata-rata nilai pada 83,9% dengan kategori kurang baik,. Identitas pribadi sebanyak 58,1% dengan kategori kurang serta pada Peran diri dengan kategori kurang mendekati angka 54,8%, Harga diri dengan kategori kurang 51,6%.

Salah satu upaya dalam meningkatkan kualitas hidup penderita TB paru adalah dengan Pemberian informasi/pengetahuan mengenai proses penyembuhan TB paru. Penelitian yang dilakukan oleh Miranti (2012) menyatakan umur, olahraga, waktu tidur, pengetahuan, kepatuhan berobat, dukungan keluarga, diet merupakan suatu ikatan yang mempengaruhi keadaan status kualitas hidup seseorang.

Pengetahuan merupakan informasi yang di ketahui seseorang dengan pengindraan terhadap objek tertentu. Kurang pengetahuan pasien terhadap penyakit dan penggunaan obat untuk terapi mengakibatkan ketidakpahaman pasien terhadap terapi yang dijalani sehingga menyebabkan ketidak patuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya (Gonzalez-Barcalana, *dkk.*, 2012). Dari hasil penelitian pira mitha (2011) pada table tingkat tahu penderita TB paru tentang TB paru dengan kategori sangat kurang sebanyak 44.19%, kurang 32.56%, baik 16.28%, sangat baik 6.98%. sedangkan pada table tingkat pemahaman penderita TB paru tentang TB paru menunjukkan hasil bahwa sebagian besar penderita memahami dengan baik tentang penyakit TB paru sebanyak 46.51%.

Hasil wawancara peneliti dengan perawat yang menangani penyakit TB di peskesmas lempake. Dari kasus di puskesmas di dapatkan data bahwa dari 46 penderita tuberculosis 50% yang belum memahami secara detail tentang tuberculosis dan dari 63% yang memiliki pendidikan tinggi 41,30% merasa lebih tahu dari pada petugas kesehatan di lempake sehingga membuat pola

pikir mereka enggan untuk mematuhi pengobatan. Pada saat wawancara dengan penderita sebanyak 5 orang dan sebanyak 4 orang mengatakan bahwa dirinya malu untuk bersosialisasi dengan warga lain karna penyakit yang dideritanya . Fenomena ini menggambarkan bahwa masih banyak masyarakat yang tidak mengerti atau tidak tahu tentang tuberculosis paru dan kesejahteraan psikologis yang masih mengganggu dirinya. Kurangnya pengetahuan tentang tuberculosis paru mengakibatkan penderita terlambat mencari pengobatan atau bahkan tidak berobat sama sekali. Hal ini membuat peneliti tertarik mengambil judul tentang hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pada penderita tuberculosis paru di puskesmas lempake samarinda.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang tuberculosis dengan kualitas hidup penderita tuberculosis paru di wilayah kerja puskesmas lempake?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahuai hubungan antara tingkat pengetahuan tentang tuberculosis dengan kualitas hidup penderita tuberculosis paru di wilayah kerja puskesmas Lempake Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden penderita tuberculosis paru di wilayah kerja puskesmas Lempake Samarinda
- b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan penderita tuberculosis paru di wilayah kerja puskesmas Lempake Samarinda
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pada penderita tuberculosis paru di wilayah kerja puskesmas Lempake Samarinda
- d. Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup penderita tuberculosis paru di wilayah kerja puskesmas Lempake Samarinda

D. Manfaat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak yaitu :

1. Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan mampu memotivasi responden untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan diharapkan agar bisa mempengaruhi kualitas hidup responden.

2. Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan pengalaman yang bermanfaat bagi peneliti karena peneliti dapat secara langsung mengaplikasikan teori kualitas hidup pada penderita tuberculosis.

3. Bagi institusi pendidikan kesehatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi yang tertarik pada penelitian tuberculosis.

4. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pihak puskesmas sebagai referensi dalam meningkatkan kualitas hidup penderita tuberculosis.

E. Keaslian penelitian

1. Mitha (2011), meneliti tentang “hubungan pengetahuan dan sikap penderita tb paru Dengan kepatuhan minum obat anti tuberculosis Di puskesmas lidah kulon Surabaya”. penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 43 orang yang melakukan berobat jalan di puskesmas lidah kulon Surabaya subjek diambil secara *simple random sampling*. Sedangkan peneliti meneliti hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup dengan sample yang diambil pada satu tempat penelitian serta menggunakan kuesioner yang baku, peneliti juga menggunakan uji analisis *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel.

2. Dwi (2014), meneliti tentang “hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada penderita tuberculosis paru di balai kesehatan kerja masyarakat provinsi jawa barat”. Penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jenis penelitian menggunakan rancangan studi potong lintang dengan populasi 46 orang, sampel

berjumlah 32 orang dengan teknik purposive sampling. Teknik pengumpulan data dengan kuesioner. Sedangkan peneliti meneliti hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup, menggunakan kuesioner yang baku WHOQOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup, peneliti juga menggunakan uji analisis *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel.

3. Diana (2016), meneliti tentang “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Kepatuhan Berobat pada Pasien TB Paru yang Rawat Jalan di Jakarta”. Teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Analisis data menggunakan uji *Chi-square*. Populasi penelitian adalah semua pasien TB baru yang berobat ke RSUD di Jakarta. Sampel penelitian adalah pasien dewasa TB kategori I yang akan diobservasi pengobatannya selama 6-8 bulan dengan jumlah 10 orang setiap RSUD di masing-masing wilayah Jakarta. Penelitian berlangsung di 5 RSUD di Jakarta. Sedangkan peneliti meneliti hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup dengan sample yang diambil pada satu tempat penelitian serta menggunakan kuesioner yang baku, peneliti juga menggunakan uji analisis *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Penyakit Tuberkolosis

a. Pengertian

Tuberkolosis atau yang dulu sering di kenal dengan sebutan TBC merupakan penyakit infeksius yang di sebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. Tuberkolosis bukan merupakan penyakit keturunan dan dapat menyerang siapa saja termasuk orang yang masih produktif / masih aktif bekerja dan anak-anak (depkes RI 2009).

TB atau tuberkolosis adalah suatu penyakit infeksi yang di sebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang dapat menular melalui percikan dahak. Tuberkolosis bukan penyakit keturunan atau kutukan dan dapat di sembuhkan dengan pengobatan yang teratur, diawasi oleh pengawas minum obat (kemenkes RI,2016), tuberkolosis merupakan penyakit menular yang berbahaya, sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ lainnya seperti kelenjar getah bening, selaput otak, kulit, tulang, dan persendian, usus, ginjal dan organ tubuh lainnya (PPTI,2010).

Kuman tuberkolosis pertama kali di temukan oleh Robert Koch pada tahun 1882. Jenis kuman tersebut adalah *mycobacterium*

tuberculosis, *mycobacterium africanum* dan *mycobacterium bovis*, suatu anggota dari family dan masuk dalam *ordo actinomycetales* (PPTI,2012).

Mycobacterium tuberculosis menyebabkan sejumlah penyakit berat pada manusia dan juga penyebab terjadinya infeksi tersering basil-basil turbekel di dalam jaringan, tampak sebagai mikroorganisme berbentuk batang, dengan panjang bervariasi antara 1 – 4 mikron dan diameter 0,3 – 0,6 mikron. Bentuknya sering agak melengkung dan kelihatan seperti manik-manik atau bersegmen. Basil tuberkolosis dapat bertahan hidup selama beberapa minggu dalam sputum kering, dan mampu resistensi tinggi terhadap antiseptic, tetapi dengan cepat menjadi inaktif oleh cahaya matahari, sinar ultraviolet atau suhu lebih tinggi dari 60°C (Depkes RI, 2011).

Mycobacterium tuberculosis masuk ke dalam jaringan paru melalui saluran nafas (*droplet infection*) sampai *alveoli*, terjadi infeksi primer.Selanjutnya menyebar ke getah bening setempat dan terbentuklah primer kompleks. Infeksi primer dan kompleks di namakan TB primer, yang perjalanan lanjut akan mengalami penyembuhan (PPTI, 2012)

b. Pathogenesis

Penularan biasanya melalui udara, yaitu secara inhalasi “*droplet nucleus*” yang mengandung basil TB.Droplet dengan ukuran 1 – 5

mikron yang dapat melewati atau menembus sistem mukosilier saluran nafas kemudian mencapai dan bersarang di bronkiolus dan alveolus. Beberapa penelitian menyebutkan 25% - 50% angka terjadinya infeksi pada kontak tertutup, karena di dalam tubuh pejamu belum ada kekebalan awal, hal ini memungkinkan basil TB tersebut berkembang biak dan menyebar melalui saluran limfe dan aliran darah(PPTI, 2012).

Bagian besar TB di fagositosis oleh makrofag di dalam alveolus tapi belum mampu membunuh basil tersebut, sehingga basil dalam makrofag umumnya dapat tetap hidup dan berkembang biak. Basil TB yang menyebar melalui saluran limfe mencapai kelenjar limfe regional, sedangkan yang melalui aliran darah akan mencapai berbagai organ tubuh, dan di dalam organ tersebut akan terjadi proses dan transfer antigen ke limfosit (wahyu,2008).

Kuman TB hampir selalu dapat bersarang di dalam sumsum tulang, hati, kelenjar limfe, tetapi tidak selalu dapat berkembang biak secara luas, sedangkan TB di bagian atas paru, ginjal, tulang dan otak lebih mudah berkembang biak terutama sebelum imunitas terbentuk. Infeksi yang alami, setelah sekitar 4 sampai 8 minggu tubuh melakukan mekanisme pertahanan secara cepat. Pada sebagian anak-anak atau orang dewasa mempunyai pertahanan alami terhadap infeksi primer sehingga secara perlahan dapat sembuh (PPTI,2012).

1) Infeksi primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan basil *M. tuberculosis*. Adanya infeksi dapat di buktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberculin dari negative menjadi positif. Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (PPTI,2012).

Setelah melalui barrier mukosilier saluran nafas, basil TB akan mencapai alveoli dan mengalami multiplikasi (*focus ghon*). Melalui aliran limfe, basil akan membentuk kompleks primer dan melalui pembuluh darah dapat menyebar ke seluruh tubuh. Kompleks primer akan mengalami salah satu hal sabagai berikut :

- a) Penderita sembuh dengan tidak meninggalkan cacat
- b) Sembuh dengan meninggalkan bekas
- c) Menyebar dengan cara :
 - (1) Perkontinuitatum ke jaringan sekitar
 - (2) Penyebaran bronkonogen ke paru bersangkutan atau paru sebelahnya atau tertelan bersama dahak sehingga terjadi penyebaran ke usus.
 - (3) Penyebarannya secara hematogen dan limfogen ke organ lain seperti TB milier, tulang, ginjal, dan genitalia (Amin,2007).

Kompleks primer ini dapat lebih progresif dan membesar yang pada akhirnya akan muncul menjadi penyakit tuberkulosis setelah 12 bulan. Kurang lebih 10% individu yang terinfeksi TB akan menderita penyakit TB dalam beberapa bulan atau beberapa tahun setelah infeksi.

Fokus primer yang terjadi dapat melebur dan menghilang. Lesi-lesi ini akan pulih spontan, melunak, mencair, atau multifikasi basil tuberkulosis dihambat oleh kekebalan tubuh dan pengobatan yang di berikan, maka lesi akan dibungkus oleh fibroflas dan serat kolagen. Proses terakhir yang terjadi adalah hialinasi dan perkapuran. Jika lesi berkembang, maka darah pekejukan akan membesar secara lambat dan seringkali terjadi perforasi ke dalam bronkus, mengakibatkan pengosongan bahan setengah cair tersebut sehingga terbentuk rongga di dalam paru-paru. Sebagian besar orang yang telah terinfeksi (80-90%), belum tentu menjadi sakit tuberkulosis. Kuman yang ada dalam tubuh berada dalam keadaan *dormant* (tidur), dan keberadaan kuman *dormant* tersebut diketahui hanya dengan tes tuberculin. Mereka menjadi sakit (menderita tuberkulosis) paling cepat setelah 3 bulan terinfeksi, dan mereka yang sakit tetap mempunyai resiko untuk menderita tuberkulosis sepanjang hidupnya (PPTI, 2012).

2) TB pasca primer

TB pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat HIV atau status gizi. Ciri khas dari TB pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya *kavitasi* (rongga) atau efusi pleura pada selaput paru. TB pasca primer dimulai dari sarang dini yang umumnya pada segmen *apical lobus superior* atau *inferior*. Awalnya berbentuk sarang *pneumonik* kecil. Sarang ini dapat mengalami salah satu keadaan sebagai berikut:

- a) Diresorpsi dan sembuh dengan tidak meninggalkan cacat
- b) Sarang meluas, tetapi segera mengalami penyembuhan berupa fibrosis dan perkapuran. Sarang dapat aktif kembali membentuk jaringan keju dan bila di batukkan menimbulkan kaviti.
- c) Sarang pneumonik meluas membentuk jaringan keju yang bila di batukkan akan menimbulkan kaviti yang lama kelamaan membentuk kaviti sklerotik. Kaviti tersebut akan mengalami :
 - (1) Meluas dan menimbulkan sarang pneumonik baru
 - (2) Memadat dan membungkus diri (tuberkolosis)
 - (3) Menyembuh (*open healed cavity*).

c. Cara penularan

Sumber penularan adalah penderita TB paru BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam

bentuk percikan dahak (doplet nuclei). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu lama (Depkes RI,2007)

Doplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau doplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan, kuman TB paru tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Depkes RI,2007)

Daya penularan dari seseorang penderita di tentukan oleh banyaknya kuman yang di keluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak negative (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut di anggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB paru di tentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

d. Manifestasi klinis

Menurut depkes (2009), TB paru memberikan gejala berupa batuk terus menerus dan berdahak selama berminggu-minggu. Gejala lainnya sebagai berikut:

- 1) Dahak bercampur darah
- 2) Sesak nafas dan nyeri dada

- 3) Badan lemah, nafsu makan menurun. Berat badannya menurun, berkeringat malam hari walaupun tanpa adanya kegiatan, dan mengigil.

Menurut werdhani (2007), gejala penyakit TBC dapat di bagi menjadi gejala umum dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat :

- 1) Gejala umum

- a) Batuk-batuk selama lebih dari 3 minggu (dapat di sertai darah).
- b) Demam yang terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya di rasakan malam hari di sertai keringat malam. Kadang-kadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul.
- c) Penurunan nafsu makan dan berat badan
- d) Perasaan tidak enak (malaise),lemah.

- 2) Gejala khusus

- a) Tergantung pada organ tubuh mana yang terkena, bila terjadi sumbatan sebagian bronkus (saluran yang menuju ke paru) akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara “mengi” suara nafas melemah yang disertai sesak.
- b) Kalau ada cairan di rongga pleura (lapisan paru) dapat disertai dengan keluhan sakit dada.

- c) Bila mengenai tulang, maka akan terjadi gejala seperti infeksi tulang yang pada suatu saat dapat membentuk saluran dan bermuara di atas lapisan kulit, akan keluar cairan berupa nanah.
- d) Pada anak-anak dapat mengenai otak (lapisan pembungkus otak) dan di sebut sebagai meningitis (radang selaput otak), gejalannya seperti demam tinggi, adanya penurunan kesadaran dan kejang-kejang.

e. Komplikasi

Ardiansyah (2012) membagikan komplikasi TBC dalam dua kategori:

1. Komplikasi dini

a) Pleuritis

Infeksi yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis yang menyerang lapisan paru (pleura) yang mengakibatkan terjadinya peradangan pada lapisan pleura.

b) Efusi pleura

Pada 6 – 12 minggu setelah infeksi primer terjadi pecahnya fokus kaseosa subpleura ke kavitas pleura. Antigen mikrobakterium TB memasuki kavitas pleura dan berinteraksi dengan sel T yang sebelumnya telah tersensitisasi mikrobakteria, hal ini berakibat terjadinya reaksi hipersensitivitas tipe lambat yang menyebabkan terjadinya eksudasi oleh karena meningkatnya permeabilitas dan

menurunnya klirens sehingga terjadinya akumulasi cairan di kavitas pleura. Cairan efusi ini secara umum adalah eksudat tapi dapat juga berupa serosanguineous.

c) Empiema

Penumpukan cairan berbentuk nanah pada lapisan pleura yang telah terinfeksi bakteri TB .

d) Laryngitis

Laryngitis tuberculosis biasanya terjadi pasca pengobatan, dimana TB paru sembuh tetapi *laryngitis tuberculosis* menetap. hal ini terjadi karena struktur mukosa laring yang melekat pada kartilago serta vaskularisasinya yang tidak sebaik paru sehingga bila infeksi sudah mengenai kartilago maka tatalaksananya dapat berlangsung lama.

e) TB usus

Bakteri TB yang terdapat pada dahak penderita akan ikut tertelan bersama sehingga terjadi penyebaran bakteri di usus.

2. Komplikasi lanjut berupa obstruksi jalan nafas, kor pulmonal, amiloidosis, karsinoma paru, sindrom gagal nafas.

f. Diagnose tuberkolosis paru pada orang dewasa

Diagnose tuberkolosis dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisik/jasmani, pemeriksaan bakteriologik, radiologic, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Diagnose TB paru pada orang dewasa

dapat ditegakkan juga dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua atau tiga specimen SPS BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS ulang.

- 1) Bila hasil rontgen mendukung TB paru, maka penderita didiagnosa sebagai penderita TB paru BTA positif.
- 2) Kalau hasil rontgen tidak mendukung TB paru. Maka pemeriksaan dahak SPS iulang kembali.

Apabila fasilitas memungkinkan, maka dapat dilakukan pemeriksaan lain, misalnya biakan. Bila ketiga spesimen dahak hasilnya negative, diberikan antibiotic spectrum luas (misalnya kotrimoksazol atau amoksisilin) selama 1 – 2 minggu. Bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetap mencugakan TB paru, ulangi pemeriksaan dahak SPS.

- 1) Hasil SPS positif, didiagnosa sebagai penderita TB paru BTA positif.
- 2) Hasil SPS tetap negative, lakukan foto rontgen dada untuk mendukung diagnose TB paru.
 - a) Bila hasil rontgen mendukung TB paru, didiagnosa sebagai penderita TB paru BTA negative rontgen positif

b) Bila hasil rontgen tidak mendukung TB paru, penderita tersebut bukan TB paru

Unit pelayanan kesehatan yang tidak memiliki fasilitas rontgen, penderita dapat dirujuk untuk foto rontgen dada. Di Indonesia pada saat ini uji tuberculin tidak mempunyai arti dalam menentukan diagnosis TB paru pada orang dewasa, sebab sebagian besar masyarakat sudah terinfeksi dengan *Mycobacterium tuberculosis* karena tingginya prevalensi TB paru (PPTI, 2012).

Suatu uji tuberculin positif hanya menunjukkan bahwa yang bersangkutan pernah terpapar dengan *Mycobacterium tuberculosis*. Di lain pihak, hasil uji tuberculin dapat negatif meskipun orang tersebut menderita tuberkulosis, misalnya pada penderita HIV/AIDS, malnutrisi berat, TB paru milier dan morbili (Depkes RI, 2011).

g. Klasifikasi penyakit dan tipe penderita

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita tuberkulosis memerlukan suatu definisi yang memberikan batasan baku setiap klasifikasi dan tipe penderita. Ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan definisi kasus, 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 (Depkes RI,2011)

Adapula klasifikasi penyakit menurut Depker RI (2011) yaitu sebagai berikut:

1. Klasifikasi penyakit

a) Tuberkolosis Paru

Tuberculosis paru adalah tuberculosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus. Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TB paru di bagi dalam :

(1). Tuberculosis paru BTA positive

Sekurang kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positive 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positive dan foto rontgen dad menunjukkan gambaran tuberculosis aktif. Satu specimen dahak SPS hasilnya BTA positive dan biakan kuman TB positif.Satu atau lebih specimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotic non OAT.

(2). Tuberculosis paru BTA negative

Kasus yang tidak memerlukan definisi pada TB paru BTA positive. Criteria diagnostic TB paru BTA negative harus meliputi paling tidak 3spesimen dahak SPA hasil BTA negative, fofo

rontgen abnormal menunjukkan gambaran TB, tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotic non OAT ditentukan (dipertimbangkan), oleh dokter untuk di berikan pengobatan. TB paru BTA negative rontgen positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto ronget dada menunjukkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses “far advanced” atau milier) dan atau keadaan umum penderita

b) Tuberculosis ekstra paru

Tuberculosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, 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 limfe, TB tulang (kecuali tulang belakang), pleuritis eksutiva unilateral, sendi, dan kelenjar adrenal

(2). TB ekstra paru berat

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

2. Tipe penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu:

a) Kasus baru

Penderita yang belum pernah di obati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan.

b) Kambuh (relaps)

Penderita TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberculosis dan telah di nyatakan sembuh. Kemudian kembali berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positive.

c) Setelah lalai (pengobatan setelah default / drop out)

Penderita yang sudah berobat paling kurang satu bulan dan berhenti dua bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak positive.

d) Pindahan (transfer in)

Penderita yang sedang mendapat pengobatan di puskesmas lain dan kemudian pindah berobat ke puskesmas ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindah.

e) Lainnya

(1). Gagal

Penderita BTA positive yang masih tetap positive atau kembali menjadi positive pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan atau lebih). Adalah penderita dengan hasil BTA negative rontgen positive menjadi BTA positive pada akhir bulan ke 2 pengobatan.

(2). Kasus kronis

Penderita dengan hasil pemeriksaan hasil BTA positive setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

h. Factor resiko

Suryo (2010) menjelaskan bahwa factor resiko yang menyebabkan penyakit TBC sebagai berikut:

1. Factor umur

Insiden tertinggi tuberculosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan kurang dari 70% penderita TBC merupakan kelompok usia produktif.

2. Jenis kelamin

Tuberculosis paru lebih banyak menyerang pada laki-laki di bandingkan perempuan karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TBC.

3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, diantaranya mengenai pengetahuan penyakit TBC, jika seseorang memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit TBC maka seseorang tersebut akan mencoba menerapkan pola hidup sehat bagi dirinya.

4. Pekerjaan

Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu, paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan pada umumnya TBC.

5. Kebiasaan merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatnya resiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronis dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan resiko untuk terkena TBC sebanyak 2,2 kali lebih besar.

6. Status gizi

Hasil penelitian suryo (2010) menunjukkan hasil bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai resiko 3,7 kali untuk menderita penyakit TBC berat di bandingkan dengan orang yang

status gizinya cukup atau lebih. Kekuranggizi pada seseorang akan berpengaruh pada kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit.

7. Keadaan social ekonomi

Berkaitan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan, penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk, akan menyebabkan kekebalan tubuh menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TBC.

8. Perilaku

Perilaku dapat terdiri atas pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan penderita TBC yang kurang tentang cara penularan, bahaya, dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penularan bagi orang di sekelilingnya

i. Pencegahan

Naga (2012) berpendapat bahwa tindakan yang dapat di lakukan untuk mencegah penularan penyakit TBC, yaitu :

- 1) Bagi penderita, pencegahan dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk, dan membuang dahak di tempat yang seharusnya.
- 2) Bagi masyarakat, dapat dilakukan dengan memberikan vaksinasi BCG pada bayi.
- 3) Bagi petugas kesehatan, dilakukan dengan cara melakukan pendidikan kesehatan tentang TBC. Pencegahan juga bisa dengan melakukan desinfeksi seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas apapun serta melakukan pemeriksaan pada orang-orang yang telah kontak langsung dengan penderita TBC. Pemberian informasi/pengetahuan tentang penyakit TBC akan berpengaruh baik terhadap perilaku dan gaya hidup seseorang.

2. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang ada di kepala kita. Kita dapat mengetahui sesuatu berdasarkan pengalaman yang kita miliki. Selain pengalaman, kita juga menjadi tahu karena kita diberitahu oleh orang lain. Pengetahuan juga dapat diperoleh dari tradisi (prasetyo.2007)

Menurut notoadmodjo (2010) pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan

sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang dipengaruhi melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata).

Pengetahuan adalah kesan yang ada dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya. Pengetahuan sangat berbeda dengan kepercayaan (beliefs), takhayul (superstition) dan penerangan-penerangan yang keliru (misinformasi). Pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia.

Pada dasarnya pengetahuan akan terus bertambah dan bervariasi sesuai dengan proses pengalaman manusia yang dialami. Menurut Bruner dalam Mubarak (2011), proses pengetahuan tersebut melibatkan tiga aspek, yaitu proses mendapatkan informasi, proses transformasi, dan proses evaluasi. Informasi baru yang didapat merupakan pengganti pengetahuan yang telah diperoleh sebelumnya atau merupakan penyempurnaan informasi sebelumnya. Proses transformasi adalah proses memanipulasi pengetahuan agar sesuai dengan tugas-tugas baru. Proses evaluasi dilakukan dengan memeriksa kembali apakah cara mengolah informasi telah memadai.

b. Pentingnya pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behavior). Perilaku yang di dasari oleh pengetahuan akan lebih bersatu daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (misalnya perilaku karena paksaan atau adanya aturan wajib) (Mubarak,2011).

Penelitian rogers (1974) dalam Mubarak (2011), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru seseorang mengalami proses yang berurutan, yakni:

- 1) Kesadaran (awareness), yaitu subjek menyadari atau mengetahui terlebih dahulu tentang stimulus.
- 2) Ketertarikan (interest), yaitu subjek merasa tertarik terhadap stimulus atau objek tersebut.
- 3) Evaluasi (evaluation), yaitu subjek mempertimbangkan baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini menunjukkan kemauan sikap responden.
- 4) Percobaan (trial), yaitu subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang di kehendaki oleh stimulus.
- 5) Adopsi (adaptation), yaitu dimana subjek berperilaku baru dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Apabila penerima perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana di dasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng/bersatu

(long lasting). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Jadi, pentingnya pengetahuan di sini adalah dapat menjadi dasar dalam merubah perilaku sehingga perilaku itu langgeng/besatu (notoadmodjo,2007).

c. Tingkat pengetahuan

Notoadmodjo 2012 menjabarkan tentang pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai tingkatan yaitu:

1) Tahu (know)

Tahu di artikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di peljari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima.

2) Memahami (comprehension)

Sebagai suati kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang stimulu yang di ketahui, dana dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (application)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada suatu aatau kondisi nyata.

4) Analisis (analysis)

Merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (evaluation)

Baerkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

d. Factor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Budiman (2013) menjelaskan tentang factor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, yaitu:

1) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin cepat untuk menerima informasi sehingga banyak juga pengetahuan yang di miliki.

2) Informasi/media massa

Informasi yang di dapat dari pendidikan baik formal ataupun non formal dapat berpengaruh jangka pendek sehingga menyebabkan perubahan ataupun peningkatan pengetahuan.

3) Social, budaya, lingkungan dan ekonomi

Kebiasaan yang ada di lingkungan sekitar seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang walaupun orang tersebut tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas informasi tertentu sehingga ini akan mempengaruhi pengetahuan orang tersebut.

4) Usia

Usia akan mempengaruhi daya tangkap serta pola pikir seseorang.

e. Pengukuran tingkat pengetahuan

Pengukuran dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan (Agus, 2013). Skala ini menggunakan data kuantitatif yang berbentuk angka-angka yang menggunakan alternatif jawaban serta menggunakan peningkatan yaitu kolom menunjukkan letak ini maka sebagai konsekuensinya setiap centangan pada kolom jawaban menunjukkan nilai tertentu. Dengan demikian analisa data dilakukan dengan mencermati banyaknya centangan dalam setiap kolom yang berbeda nilainya lalu mengalihkan frekuensi pada masing-masing kolom yang bersangkutan. Disini peneliti hanya menggunakan 2 pilihan yaitu: "Benar" (B) dan "Salah" (S).

Prosedur berskala atau (scaling) yaitu penentu pemberian angka atau skor yang harus diberikan pada setiap kategori respon perskalaan. Skor yang sering digunakan untuk mempermudah dalam mengategorikan jenjang/ peringkat dalam penelitian biasanya dituliskan dalam persentase. Misalnya, pengetahuan: baik = 76 – 100%; cukup = 56 – 75%; dan kurang < 56% (Nursalam, 2008).

Menurut Skinner (2007) didalam buku Agus (2013) pengukuran tingkat pengetahuan dilakukan bila seseorang mampu menjawab mengenai materi tertentu baik secara lisan maupun tulisan, maka dikatakan seseorang tersebut mengetahui bidang tersebut

3. Kualitas hidup (quality of life)

a. Definisi kualitas hidup

Kualitas hidup adalah subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dilaluinya (ulfah,2012). WHO (dalam Kurniawan, 2008) menggambarkan kualitas hidup sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan focus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas seperti kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan social dan lingkungan tempat tinggal

b. Factor-taktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Raebun dan rootman (dalam angriyani, 2008) mengatakan bahwa terdiri dari delapan factor, yaitu:

1) Control

Berhubungan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan seseorang, seperti kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.

2) Kesempatan yang potensial

Berhubungan dengan sudut pandang seseorang yang dapat menghasilkan peluang yang di miliki dirinya.

3) Keterampilan

Kemampuan seseorang yang melakukan kegiatan yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan kemampuan dirinya.

4) Sistem dukungan

Dukungan yang di dapatkan dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana yang lain yang dapat menunjang kehidupan.

5) Kejadian dalam hidup

Berhubungan dengan tugas perkembangan yang di jalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk memjalani tugas akan mengakibatkan tekanan tersendiri.

6) Sumber daya

Sumber daya yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu

7) Perubahan lingkungan

Perubahan yang terjadi pada lingkungan tempat tinggal seperti rusak, tertimpa bencana dan sebagainya.

8) Perubahan politik

Berhubungan dengan masalah Negara seperti kehilangan pekerjaan akibat krisis moneter.

Kualitas hidup seseorang juga dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti mengenali diri sendiri, adaptasi, perasaan kasih sayang, bersikap optimis dan sebagainya

c. Aspek-aspek kualitas hidup

Menurut WHO (dalam Kurniawan, 2008) empat aspek mengenai kualitas hidup, yaitu :

- 1) Kesehatan fisik, aktifitas sehari-hari, mobilitas, ketidaknyamanan, tidur dan istirahat serta kapasitas kerja.
- 2) Kesejahteraan psikologis, pandangan terhadap dirinya dan penampilan, serta perasaan yang dimiliki, harga diri dan pola pikir.
- 3) Hubungan sosial, dukungan sosial, aktivitas sosial, serta hubungan pribadi \ hubungan dengan lingkungan, kesehatan, keamanan dan perawatan sosial seperti aksesibilitas dan kualitas, kesempatan mendapatkan informasi, lingkungan rumah, lingkungan fisik seperti kebisingan, iklim, sarana transportasi, polusi dan lalu lintas.

d. Pengukuran kualitas hidup

1) WHO QoL-BREF

Konsep pengukuran kualitas hidup ini dikembangkan oleh WHO (the world health organization quality of life/WHOQoL) sejak tahun 1991. WHO QoL-BREF ini memiliki 4 domain, yang meliputi : fisik, psikologis, hubungan social, dan lingkungan. Instrument ini terdiri dari 26 item pertanyaan dan setiap item memiliki skor 1-5. 1) domain fisik terdiri dari rasa nyeri, energy, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan. 2) domain psikologi terdiri dari peranan positif dan negative, cara berfikir, harga diri, citra tubuh, dan spiritual. 3) domain hubungan social terdiri dari hubungan individu, dukungan social dan aktivitas seksual. 4) domain lingkungan meliputi keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, mudahnya mendapatkan informasi kesehatan, rekreasi dan transportasi. Uji reliabilitasnya dengan Alpha Cronbach 0,05 dan $r = 0,91$ (Kusuma, 2012).

Instrument kualitas hidup WHOQOL-BREF (world health organization quality of life-BREF) merupakan pengembangan dari instrument WHOQOL-100. Kedua instrument ini dibuat oleh tim dari world health organization (Sekarwati, 2008). Menurut Arifah (2015) dalam jurnal keperawatan tentang gambaran kualitas hidup pada pasien tuberculosis paru di Puskesmas Padasuka Kecamatan

cibeunying kidul kota bandung mengatakan bahwa alat ukur WHOQOL-BREF berbentuk kuesioner yang berisi 26 pertanyaan dari empat dimensi dari kualitas hidup adalah alat ukur yang *reliable* dalam mengukur kualitas hidup dengan nilai *valid* ($r=0.89-0.95$) dan *reliable* ($R=0.66-0.87$).

Jawaban skala pengukuran pada instrument ini menggunakan skala ordinal dari 1-5 untuk perhitungannya di lakukan scoring pada tiap domain, lalu skor tersebut di jumlahkan. Setelah itu di trasformasikan ke table menjadi skala 0-100. Nilai 0 untuk kualitas hidup terburuk dan nilai 100 untuk kualitas hidup terbaik (WHO,2004).

Anastasi dan urbina 1997 menginterpretasikan skor 0-100 menjadi beberapa kategori. Kualitas hidup sangat buruk jika jumlah nilai 0-20. Kualitas hidup buruk jika jumlah nilai 21-40. Kualitas hidup sedang jika jumlah nilai 41-60. Kualitas hidup baik jika jumlah nilai 61-80 dan kualita hidup sanagt baik jika jumlah nilai 81-100 (arifah,2015).

e. Kuesioner kualitas hidup

Kuesioner tentang kualit hidup di adopsi dari kuesioner World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)-BREF. Kuesioner ini terdiri dari 4 domain dengan 26 item pertanyaan. Semua pertanyaan berdasarkan skala linkert sebanyak 5 poin (1-5). Seluruh pertanyaan

dalam kuesioner ini adalah pertanyaan positif kecuali tiga pertanyaan yaitu nomor 3,4, dan 26 yang bernilai negative.

Tabel 2.1 kisi-kisi pertanyaan dalam kuesioner

WHOQOL-BREF	Nomor pertanyaan	Butir
Domain fisik	3,4,10,15,16,17,18	7
Domain psikologis	5,6,7,11,16,26	6
Domain hubungan sosial	20,21,22	3
Domain lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25	8

Semua jawaban akan di beri skor 1-5 untuk setiap pertanyaan .

- 1) Sangat tidak memuaskan diberi skor 1
- 2) Tidak memuaskan diberi skor 2
- 3) Cukup memuaskan diberi skor 3
- 4) Memuaskan diberi skor 4
- 5) Sangat memuaskan diberi skor 5

Hasil di presentasikan dengan cara pemberian skor dan di interpretasikan dengan menggunakan criteria sebagai berikut :

- 1) Kualitas hidup sangat buruk = 0 - 20
- 2) Kualitas hidup buruk = 21 - 40
- 3) Kualitas hidup sedang = 41 - 60

- 4) Kualitas hidup baik = 61 - 80
- 5) Kualitas hidup sangat baik = 81 – 100

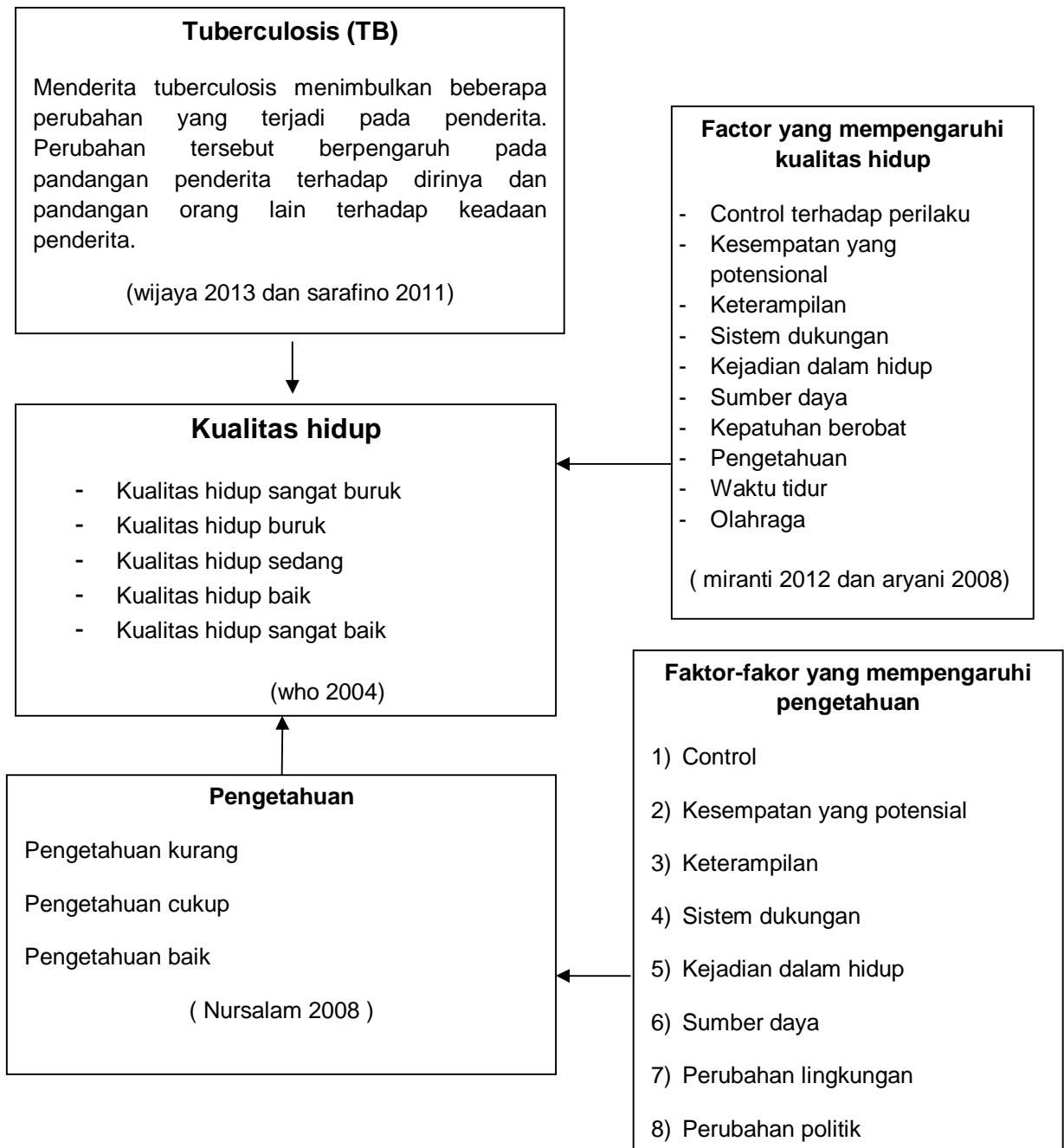
B. Penelitian Yang Terkait

1. Berdasarkan penelitian ida Diana, dkk (2016) yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Kepatuhan Berobat pada Pasien TB Paru yang Rawat Jalan di Jakarta”. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kepatuhan berobat pasien TB sebesar 72.2% dan tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dan pengetahuan pada pasien rawat jalan. Hasil uji analisis data menggunakan *chi square* dan pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas sebelumnya dan rekam medic pasien, dengan desain penelitian menggunakan cross-sectional dengan menggunakan *accidental sampling* yang diambil 10 orang darimasing-masing RSUD di Jakarta.
2. Berdasarkan penelitian astuti (2014) yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit tuberculosis di rw 04 kelurahan lagoan jakarta”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat memiliki upaya pencegahan penyakit TB yang baik sebesar 66.7% dan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap masyarakat dengan upaya pencegahan penyakit TB. Hasil uji analisis data menggunakan *chi square* dan pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas, dengan desain peneitian *cross sectional* dengan menggunakan *cluster*

sampling yang mengambil 6 RT dari 15 RT yang ada di RW 04 kelurahan lagoan Jakarta.

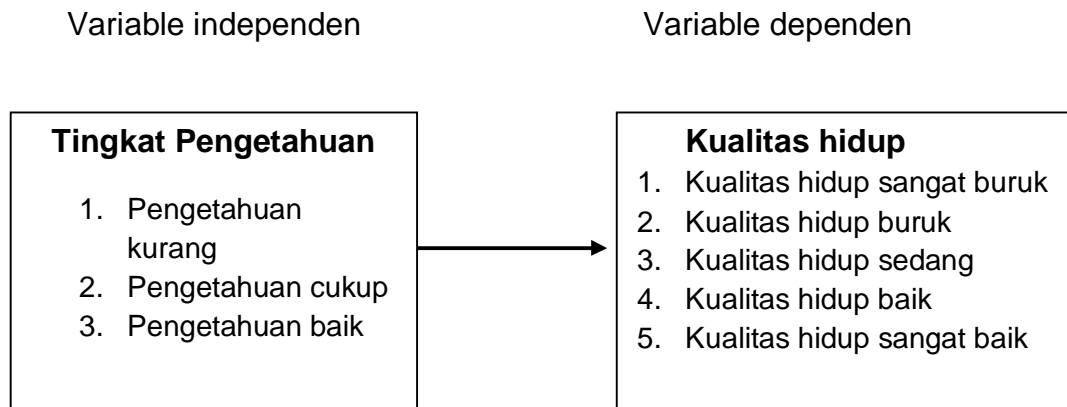
3. Berdasarkan penelitian hastuti (2015) yang judulnya “hubungan dukungan social dengan kualitas hidup pada penderita tuberculosis paru dibalai kesehatan kerja masyarakat provinsi jawa barat”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah masyarakat memiliki kualitas hidup yang rendah sebesar 75.0% dan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan social dengan tingkat kualitas hidup pada [enderita tuberculosis. Hasil uji analisis data menggunakan *chi square* dengan pengumpulan data dengan kuesioner, dengan desain penelitian *cross sectional* menggunakan potong lintang yang mengambil 32 orang dari 46 orang yang menderita TB paru dibalai kesehatan kerja masyarakat provinsi jawa barat.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 kerangka teori

D. Kerangka konsep



Gambar 2.2 kerangka konsep

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan penelitian yang sebenarnya masih harus diuji secara empiris. Adapun hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah “hubungan tingkat pengetahuan tentang tuberculosi dengan kualitas hidup penderita tuberculosi diwilayah kerja puskesmas lempake samarinda”

Dengan hipotesis :

1. Ha : ada hubungan tingkat pengetahuan tentang tuberculosi dengan kualitas hidup penderita tuberculosi diwilayah kerja puskesmas lempake samarinda tahun 2018

2. H_0 : tidak ada hubungan tingkat pengetahuan tentang tuberculosis dengan kualitas hidup penderita tuberculosis di wilayah kerja puskesmas lempake samarinda tahun 2018

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	43
B. Populasi dan Sampel.....	43
C. Waktu dan Tempat Penelitian	45
D. Definisi Operasional	46
E. Instrumen Penelitian.....	47
F. Uji Validitas dan Reabilitas	51
G. Teknik Pengumpulan Data	53
H. Teknik Analisa Data.....	55
I. Etika Penelitian.....	58
J. Jalannya Penelitian	59
K. Jadwal Penelitian.....	61

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	62
B. Pembahasan	70

**SILAHKAN KUNJUNGI
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari karakteristik responden diperoleh hasil :

Data dari 41 responden yang terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 39 orang (95.1%), 16 orang (39.0%) dikategorikan berusia lansia awal, berpendidikan SMA sebanyak 27 orang (65.9%), pekerjaan sebagai swasta yang menjadi pekerjaan terbanyak responden yaitu sebanyak 22 orang (53.7%).

2. Tingkat pengetahuan tentang tuberculosis diperoleh hasil bahwa responden dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 16 orang (39.0%) dan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 25 orang (61.0%).

3. Kualitas hidup responden diperoleh hasil bahwa responden yang mengalami kualitas hidup dengan kategori baik sebanyak 13 orang (31.7%), kualitas hidup dengan kategori sedang sebanyak 17 orang (41.5%) dan yang mengalami kualitas hidup dengan kategori buruk sebanyak 11 orang (26.8%) dan tidak ada responden yang memiliki kualitas hidup sangat baik maupun kualitas hidup sangat buruk.

4. Diperoleh hasil dari data bivariat dari 41 orang responden didapatkan dari total 16 responden dengan kategori tingkat pengetahuan baik yaitu 13 orang (81.2%) mengalami kualitas hidup dengan kategori baik, 3 orang (18.8%) mengalami kualitas hidup dengan kategori sedang dan tidak ada yang mengalami kualitas hidup buruk, dari total 25 orang responden dengan kategori tingkat pengetahuan kurang yaitu 14 orang (56.0%) mengalami kualitas hidup sedang dan 11 orang (44.0%) mengalami kualitas hidup dengan kategori kurang dan tidak ada yang mengalami kualitas hidup baik.
5. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan tuberculosi dengan kualitas hidup penderita tuberculosi di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda, dengan nilai peluang (0.000) lebih kecil dari signifikan (0.05) sehingga H_0 diterima yang artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang tuberculosi dengan kualitas hidup penderita tuberculosi di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda.

B. Saran

Dalam penelitian ini ada beberapa saran yang dapat disampaikan yang kiranya bermanfaat yaitu sebagai berikut:

1. Bagi institusi

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi yang tertarik pada penelitian tuberculosi maupun kualitas hidup.

2. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pihak puskesmas sebagai referensi dalam meningkatkan kualitas hidup penderita tuberculosis.

3. Bagi responden dan keluarga

a. Diharapkan responden maupun penderita tuberculosis lebih aktif lagi mencari informasi mengenai penyakit ini sehingga lebih termotivasi untuk menjalankan program pengobatan yang dapat meningkatkan angka kesembuhan dan mengurangi resiko penularan.

b. Diharapkan kesadaran keluarga untuk memberikan dukungan baik internal maupun secara eksternal terhadap penderita tuberculosis.

4. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi upaya peneliti sebagai pemberian penyuluhan dan konseling guna membantu melaksanakan upaya preventif terhadap kejadian tuberculosis.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu adanya penelitian yang lebih mendalam lagi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien tuberculosis maupun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberculosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Zulkifli, dkk. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Edisi IV. Jakarta: FKUI
- Angriyani, D. (2008). Kualitas Hidup pada Orang dengan Penyakit Lupus Erythematotus (Odapus). Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Jogjakarta: Diva Press
- Arifah. (2015). Gambaran kualitas hidup pada pasien tuberculosis paru di puskesmas pada sukac kecamatan cibeunying kidul kota bandung. Universitas pendidikan indonesia
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi Revisi). Jakarta : Rineka Cipta
- Azwar, Saifuddin. (2009). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Budiman & Riyanto A. (2013). Kapita Selekta Kuisisioner Pengetahuan Dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta : Salemba Medika pp 66-69
- Budiman, dan Riyanto Agus. (2013). Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2009). Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Cetakan ke 8. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Pedoman penanggulangan nasional TBC. Jakarta: Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Program Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Depkes RI. (2009). Buku Saku Program Penanggulangan TB. Departemen Kesehatan Republik Indonesia; Ditjen P2PL.

Ghozali, Imam. (2007). Analisis Multivariate Dengan Program SPSS. Cetakan Empat. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang

Gonzalez-Barcala, F.-J., de la Fuente-Cid, R., Tafalla, M., Nuevo, J., & Caamano-Isorna, F. (2012). Factors associated with health related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(1), 32. <https://doi.org/10.1186/2049-6958-7-32>

Kemenkes RI. (2013). Profil Kesehatan Indonesia 2013. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan. (2012). Pedoman Penanggulangan Infeksi Saluran Pernafasan Akut. : Jakarta

Kurniawan. (2008). Gambaran Kualitas Hidup penderita diabetes Mellitus. Universitas Padjadjaran. Bandung

Mubarak, W. I. (2011). *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba medika

Naga, S.S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.

Notoatmodjo, (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

- Nursalam. (2008) .*Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan*. Edisi 2. Jakarta :Salemba Medika
- Nursalam.(2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta :Salemba Medika
- PPTI (Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia), (2010).Buku Saku PPTI. Jakarta, Website: www.ppti.info.
- PPTI. (2012). PerkumpulanPemberantasanTuberkulosis Indonesia, volume 8 : Jakarta
- Prasetyo.(2007). MPKT MODUL 1. Jakarta: LembagaPenerbitan FEUI.
- Riwidikdo, H., (2009) .Statistik Kesehatan. Cetakan3.Jogjakarta :MitraCendikia Press
- Riyanto, Agus, (2011). Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan. Nuha.Medika Yogyakarta
- Sarafino, E. P., (2011). *Health psychology : Biopsychosocial interactions United States of America* : John Willey & Sons Inc
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung :Alfabeta
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryo J (2010). Herbal penyembuh gangguan sistem pernafasan. Edisi pertama. Yogyakarta: B First (PT BentangPustaka).
- Ulfah. (2012) .Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2.Jurnal Keperawatan. Bandung Universitas Padjajaran.

Wahyu, G. (2008). *TBC pada Anak*. Jakarta :Dian Rakyat.

Werdhani RA (2009). Patofisiologi, diagnosis, dan klasifikasi tuberculosis departemen ilmu kedokteran komunitas, okupasi, dan keluarga. Jakarta: UI Press.

WHO (2014). Global tuberculosis report. [http:// www. who.int/tb/ publications/global_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), – Diakses desember2017 .

WHO (2014).World health statictics 2014 a wealth of information on global public health. <Http://apps.who.int/iris/>, – Diakses desember2017 .

WHO (2015). Global tuberkulosis report [http: // www. who. int/ tb/ publications/global_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), – Diakses desember 2017.

Wijaya, A.S. (2013). *Keperawatan medical bedah 2. Keperawatan dewasa teori dan contoh askep*. Yogyakarta : Nuha medika

Zulfikar dan Budiantara, I Nyoman.(2014). *Manajemen Riset dengan Pendekatan Komputasi Statistika*. Yogyakarta: Deepublish.