

**HUBUNGAN SELF-CARE DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN TBC
DI KABUPATEN MAGELANG**

SKRIPSI



RAHMAN HAKIM JATI

13.0603.0044

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

**HUBUNGAN SELF-CARE DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN TBC
DI KABUPATEN MAGELANG**

SKRIPSI



Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang

Disusun Oleh :

RAHMAN HAKIM JATI

13.0603.0044

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN SELF-CARE DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN TBC
DI KABUPATEN MAGELANG**

Telah disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Skripsi
Program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, Februari 2018

Pembimbing I


Ns. Sigit Priyanto, M.Kep

NIDN : 0611127601

Pembimbing II


Ns. Priyo, M.Kep

NIDN : 0611107201

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Rahman Hakim Jati
NPM : 13.0603.0044
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Self Care dengan Kualitas Hidup
Pasien TB di Kabupaten Magelang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penguji I : Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)

Penguji III : Ns. Priyo, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal :

**LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN HALAMAN
PERNYATAAN ORISINALITAS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Rahman Hakim Jati

NPM : 13.0603.0044

Tanggal : Februari 2018

Dibuat di: Magelang
Pada tanggal: Februari 2018
Yang menyatakan



(Rahman Hakim Jati)
13.0603.0044

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rahman Hakim Jati

NPM : 13.0603.0044

Program Studi: Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang *Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (Non exclusive-Royalty-Fee Right)* atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan Self Care dengan Kualitas Hidup Pasien TB di Kabupaten Magelang Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalti Non Eksklusive* ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan yang saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Magelang
Pada tanggal: Februari 2018
Yang menyatakan



(Rahman Hakim Jati)
13.0603.0044

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah irabbil alamin Yang Utama Dari Segalanya

Sembah sujud syukur kepada Allah SWT atas kasih dan sayangmu serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kepada junjungan kita baginda Rasulullah Muhammad SAW

Bismillahirrohmanirrohim

Dengan rahmat Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang

Dengan ini saya persembahkan karya mungil ini untuk orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Teristimewa kedua orang tua ku, untuk Bapak (Isnurdin) & Ibu (Nuriyah) yang selalu kirim aku kekuatan dengan iringan do'a. Tak ada keluh kesah di wajah dalam mengantar anakmu ke gerbang masa depan untuk raih harapan & impian menjadi kenyataan.

Kepada kedua kakakku (Susilo & Teguh) serta keluarga besar Terimakasih atas dukungan dan motivasi yang membuatku semakin semangat untuk cepat lulus

Tak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada kedua pembimbing skripsi bapak Sigit priyanto dan bapak Priyo yang selalu sabar membimbing, memotivasi serta memberikan arahan supaya skripsi ini menjadi tulisan yang lebih baik

Terimakasih juga buat yang selalu memberi semangat dan selalu membantu dalam pengerjaan karya tulis ini Mutia ariesca

Terimakasih buat sahabatku yang selalu menyemangati, menghibur & selalu membantu dalam kesulitan (Roni, Faisal, Satria, Ari) dan paling sering ketemu (Yuliawan, Ricky)

Temen-temen seperjuangan S1 Keperawatan terima kasih buat kekompakannya, dukungannya terutama kelas B

Terima kasih semua pihak yang tidak disebutkan satu-persatu yang mendukung dalam bentuk apapun itu

"Bukanlah suatu aib jika kamu gagal dalam suatu usaha, yang merupakan aib adalah jika kamu tidak bangkit dari kegagalan itu" (Ali bin Abu Thalib)

"Jangan takut salah, kamu akan tahu mengenai kegagalan. Lanjutkan usahamu" (Benjamin Franklin)

Nama : Rahman Hakim Jati
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Self Care dengan Kualitas Hidup Pasien
Tuberkulosis Kabupaten Magelang

ABSTRAK

Latar belakang: Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit kematian nomor tiga di Indonesia dan nomor satu untuk kategori penyakit infeksi. Tuberkulosis merupakan penyakit yang menular dan membutuhkan pengobatan yang cukup lama selama 6-8 bulan, Sehingga pasien tuberkulosis membutuhkan perawatan diri (*self care*). **Tujuan:** Untuk mengetahui hubungan self care dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Kabupaten Magelang. **Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *crosssectional* dengan rancangan *descriptive correlational*. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 91 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportional random sampling* sebanyak 53 responden. Uji statistik yang digunakan adalah uji korelasi *spearman rank* dengan $\alpha < 0,05$. **Hasil:** ada hubungan yang signifikan antara self care dengan kualitas hidup dengan $p = 0,00$ ($p < 0,05$), $r = 0.569$. **Kesimpulan:** terdapat hubungan yang signifikan self care dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis di Kabupaten Magelang. **Saran:** Diharapkan agar pasien TB dapat meningkatkan aktivitas self care sehingga dapat menjalankan kehidupan secara normal. **Kata Kunci:** *Self Care*, Kualitas Hidup, Tuberkulosis

Name : Rahman Hakim Jati
Study Program: S1 Nursing Science
Thesis Title : The Relationship of Self Care with Tuberculosis Patients' Quality of Life in Magelang Regency

ABSTRACT

Background: Tuberculosis is one of the top three death diseases in Indonesia and the number one in the category of infectious diseases. Tuberculosis is a contagious disease and requires long treatment for 6-8 months, so that tuberculosis patients need doing self care. **Purpose:** To know the relationship of self care with the tuberculosis patients' quality of life in Magelang District. **Method:** The method used in this research was crossectional with descriptive correlational design. The population in this study amounted to 91 respondents. The sampling technique was using proportional random sampling counted 53 respondents. The statistic test used was spearmen rank correlation test with $\alpha < 0,05$. **Result:** there was a significant correlation between self care with quality of life with $p = 0,00$ ($p < 0,05$), $r = 0. 0.569$. **Conclusion:** There is a significant relationship of self care with the tuberculosis patients quality of life in Magelang District. **Suggestion:** It is expected that TB patients can increase self-care activities so that they can live a normal life.

Keywords: Self Care, Quality of Life, Tuberculosis

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya, penulis mampu menyelesaikan skripsi “Hubungan Self Care dengan Kualitas Hidup Pasien TB di Kabupaten Magelang”. Skripsi ini dibuat sebagai persyaratan memperoleh gelar sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Penulis menyadari bahwa ini bukan tujuan akhir dari belajar karena belajar akan terus dilakukan sampai akhir hayat kita. terselesainya skripsi ini tentunya tidak lepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menghaturkan terima kasih yang tulus kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang
2. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang sekaligus selaku Dosen Pembimbing I, yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan, dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ns. Priyo, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan masukan, motivasi, dan arahan selama penyusunan skripsi.
4. Kepala Puskesmas Tegalrejo, Muntilan 1 dan Salam yang telah memberikan ijin serta membantu dalam skripsi ini.
5. Seluruh Jajaran pegawai Puskesmas Tegalrejo, Muntilan 1 dan Salam yang telah turut serta membantu dalam skripsi ini.
6. Segenap dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
7. Keluarga besar kami yang telah memotivasi dan mendukung selama penyusunan skripsi ini.

8. Teman-teman angkatan 2013 Program S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan masukan, motivasi, dan bantuan selama ini.
9. Semua pihak yang telah membantu saya dan tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari skripsi ini jauh dari sempurna, baik dalam tata laksana ataupun tata cara penyajiannya. Oleh karena itu, semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Magelang, Februari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Keaslian Penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Tuberkulosis	9
2.1.1 Pengertian Tuberkulosis	9
2.1.2 Penyebab Tuberkulosis	9
2.1.3 Penularan Tuberkulosis	10
2.1.4 Diagnosis Tuberkulosis.....	10
2.1.5 Pencegahan Tuberkulosis	13
2.1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan	14
2.1.7 Komplikasi	14
2.1.8 Penatalaksanaan	15
2.2 Konsep <i>Self Care</i>	19
2.2.1 Pengertian <i>Self Care</i>	19
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Self Care</i> TB	20
2.3 Kualitas Hidup	25
2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup	25

2.3.2 Dimensi Kualitas Hidup	25
2.3.3 Alat Ukur Kualitas Hidup	30
2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien TB	31
2.4 Kerangka Teori.....	35
2.5 Hipotesis.....	36
BAB III. METODE PENELITIAN.....	37
3.1 Rancangan Penelitian	37
3.2 Kerangka konsep	37
3.3 Definisi Operasional Penelitian	38
3.4 Populasi Dan Sampel	39
3.5 Waktu dan Tempat	42
3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data	42
3.7 Metode Pengolahan dan Analisa Data	44
3.8 Etika Penelitian	49
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	51
4.1 Hasil Penelitian	51
4.2 Pembahasan.....	57
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	61
BAB V. SIMPULAN DAN SARAN	62
5.1 Simpulan	62
5.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN	68

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	6
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian	38
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin	52
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia	52
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Tingkat Pendidikan	53
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Status Perkawinan	53
Tabel 4.5 Distribusi <i>Self Care</i>	54
Tabel 4.6 Distribusi Kualitas Hidup	55
Tabel 4.7 Hubungan <i>Self Care</i> dengan Kualitas Hidup	56

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	35
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Penelitian	69
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	70
Lampiran 3 Lembar Kuesioner Penelitian	71
Lampiran 4 Out Data Spss	77
Lampiran 5 Surat Penelitian	90
Lampiran 6 Dokumentasi	101

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit paling mematikan di dunia. Tuberkulosis merupakan penyakit berbahaya yang menular. Penderita tuberkulosis dapat menularkan penyakitnya pada orang lain yang berada di sekelilingnya (Amiruddin, Jaorana, dkk : 2009). Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular bahkan bisa menyebabkan kematian, penyakit ini menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis (Depkes RI, 2013).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013 terdapat 9 juta penduduk dunia telah terinfeksi kuman tuberkulosis (WHO, 2014). Pada tahun 2014 terdapat 9,6 juta penduduk dunia terinfeksi kuman TB (WHO, 2015). Pada tahun 2014, jumlah kasus tuberkulosis paru terbanyak berada pada wilayah Afrika (37 %), wilayah Asia Tenggara (28 %), dan wilayah Mediterania Timur (17 %) (WHO, 2015). Di Indonesia penyakit tuberkulosis paru merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan pada semua kelompok usia serta nomor satu untuk golongan penyakit infeksi. Korban meninggal akibat tuberkulosis paru di Indonesia diperkirakan sebanyak 61.000 kematian tiap tahunnya (Depkes RI, 2011). Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Departemen Kesehatan RI (2013) menyebutkan bahwa prevalensi tuberkulosis (0.4 %), Lima provinsi dengan tuberkulosis Paru tertinggi adalah Jawa Barat (0.7), Papua (0.6 %), Jakarta (0.6 %), Gorontalo (0.5 %), Banten (0.4 %), dan Papua Barat (0.4 %), Jawa Tengah (0,4 %). Di Jawa Tengah tahun 2015 tercatat kasus TB sebesar 115,7 per 100.000 penduduk, hal ini berarti penemuan kasus tuberkulosis di Jawa Tengah pada tahun 2015 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2014 yaitu 55,99 per 10.000 penduduk (profil kesehatan provinsi Jawa Tengah Tahun 2015). Sedangkan menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang (2016) penderita tuberkulosis di Kabupaten Magelang sebanyak 734 jiwa. Di Puskesmas Tegalrejo terdapat penderita sebanyak 30

penderita di Puskesmas Muntilan terdapat 34 penderita dan di Puskesmas Salam terdapat 27 penderita tuberkulosis.

Penyakit tuberkulosis adalah penyakit seumur hidup yang dapat mempengaruhi seluruh aspek kehidupan termasuk emosi, kegiatan yang berhubungan dengan pekerjaan, hubungan seksual, hubungan sosial kemasyarakatan dan tingkat kemerdekaan yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. 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. Beberapa orang dapat hidup lebih lama, namun dengan membawa beban penyakit menahun atau kecacatan. Sehingga kualitas hidup menjadi perhatian pelayanan kesehatan (Yunianti, 2012). Penyakit tuberkulosis dapat mempengaruhi kualitas hidup dari penderitanya, seperti kesehatan psikologi, fungsi fisik, dan peranan sosial (Dhuria dkk, 2008).

Menurut Herman (1993 dalam Silitonga, 2007) definisi kualitas hidup dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antar harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain. Dengan demikian peneliti menyimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kondisi kehidupannya saat ini dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standart yang ditetapkan dan perhatian seseorang mencakup dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Sedangkan *World Health Organization* (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi kehidupan individu dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana mereka hidup berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan

kekhawatiran yang dihadapinya. Kualitas hidup menyangkut dimensi yang lebih luas termasuk kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan tentang penyakit yang diderita dan lingkungan. Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat dimana seseorang menikmati kepuasan dalam hidupnya. Untuk mencapai kualitas hidup maka seseorang harus dapat menjaga kesehatan tubuh, pikiran dan jiwa. Sehingga seseorang dapat melakukan segala aktivitas tanpa ada gangguan (Rarani , 2014).

Kualitas hidup pada penderita tuberkulosis paru dapat ditingkatkan dengan peran keluarga sebagai *motivator, edukator, fasilitator, inisiator, pemberi perawatan, koordinator dan mediator* terhadap anggota keluarganya yang menderita tuberkulosis paru (Friedman 2010). Pada penderita tuberkulosis paru, peran keluarga sangat dibutuhkan khususnya dalam memberikan perawatan, tidak hanya perawatan secara fisik akan tetapi juga perawatan secara psikososial (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2007). Oleh karena itu, perawatan yang baik akan membantu mempercepat penyembuhan. Namun, apabila perawatan kurang baik akan beresiko menularkan kepada anggota keluarga lain. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain : peran, pengetahuan keluarga dalam memberikan perawatan pada penderita tuberkulosis paru. Pada penderita tuberkulosis wajib dilakukan pengontrolan pengobatan yang dilakukan 6-8 bulan secara ketat. Penderita dapat sembuh jika memiliki pengetahuan dan kemampuan yang cukup dalam melakukan *self care*.

Self care merupakan suatu proses untuk menempatkan/mempertahankan fungsi seseorang dalam peningkatan, pencegahan penyakit dan deteksi penyakit serta pengobatannya (Levin et all, 1979). Teori keperawatan *self care* dikemukakan oleh Dorothea Orem dengan definisi asuhan keperawatan yang lebih memfokuskan pada kebutuhan klien terhadap perawatan diri sendiri. Filosofi tentang teori *self care* yang dikemukakan oleh Orem menggambarkan tindakan perawatan diri sendiri secara terus-menerus dengan tujuan untuk mempertahankan kualitas hidup, mengatasi ketidakberdayaan yang dihadapi oleh klien. Ketika klien tidak

mampu melakukan *self care* secara mandiri, perawat akan membantu klien dalam pemenuhan *self care*, akan tetapi tidak seluruh prosedur, melainkan dengan memberikan instruksi dan pengawasan yang berkala hingga klien mampu melakukan *self care* secara mandiri (Potter, 2005). Tujuan dalam aplikasi teori ini adalah perawat berupaya untuk meningkatkan kemandirian pasien sehingga pasien dapat berfungsi secara optimal. Menurut orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempelajari kemampuan untuk merawat dirinya sendiri sehingga membantu individu untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan (Tomey & Alligod, 2006).

Self care yang dilakukan secara efektif dan menyeluruh dapat membantu menjaga integritas struktur dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan individu. Pada penderita tuberkulosis melakukan perawatan diri sesuai tingkat kemampuannya adalah salah satu dari bentuk *selfcare*. *Self care* yang dilakukan pasien tuberkulosis yaitu kepatuhan minum obat, meningkatkan asupan nutrisi, pola tidur, pencegahan penularan, latihan fisik, tidak merokok.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Juli 2017 karakteristik masyarakat penderita tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Tegalrejo, Puskesmas Muntilan 1, dan Puskesmas Salam cenderung belum memahami *Selfcare*. Hasil wawancara terhadap 12 pasien tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Tegalrejo, Puskesmas Muntilan 1, dan Puskesmas Salam didapatkan 7 dari 12 pasien mengatakan bahwa dampak dari tuberkulosis yang diderita mempengaruhi kemandirianya, sehingga menyebabkan mereka tidak yakin akan kemampuan melakukan perawatan pada dirinya. Pada penelitian sebelumnya tentang hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien DM tetapi belum ada penelitian pada pasien tuberkulosis. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis.

1.2 Rumusan Masalah

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit paling mematikan di dunia. Angka kejadian tuberkulosis di wilayah kerja puskesmas Tegalorejo yaitu 30 penderita, di puskesmas muntalan 1 yaitu 34 penderita dan di puskesmas Salam terdapat 27 penderita. Penderita tuberkulosis dapat menularkan penyakitnya pada orang lain yang berada disekelilingnya. Penderita tuberkulosis akan menjalani hidup dengan kondisi kesehatan yang cenderung menurun. Gejala dan dampak dari tuberkulosis akan berpengaruh terhadap semua aspek kehidupan termasuk fisik, psikologis dan sosial. Hal ini akan mempengaruhi penderita untuk melakukan perawatan diri. Penderita tuberkulosis wajib dilakukan pengontrolan pengobatan yang dilakukan 6-8 bulan secara ketat, hal ini membuat penderita tuberkulosis cenderung bosan untuk melanjutkan pengobatan.

Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan pertanyaan penelitian pada studi ini adalah “ Apakah ada hubungan *selfcare* dengan kualitas hidup pada pasien TB di Kabupaten Magelang ? ”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan antara *self care* terhadap kualitas hidup penderita TB di Kabupaten Magelang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Untuk mengidentifikasi *selfcare* pada pasien TB di Kabupaten Magelang
- c. Untuk mengidentifikasi kualitas hidup pasien TB di Kabupaten Magelang
- d. Untuk menganalisis hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien TB di Kabupaten Magelang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi klien, keluarga dan masyarakat:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan tentang hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien TB.

1.4.2 Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai alternatif untuk mengetahui hubungan *selfcare* dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis dan dapat dijadikan sebagai pedoman tenaga kesehatan di puskesmas untuk menangani penderita tuberkulosis.

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan dan masukan penelitian keperawatan selanjutnya khususnya tentang hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien tuberkulosis.

1.5 Keaslian Penelitian

1.1 Tabel Keaslian Penelitian

No	Pengarang	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Penelitian
1.	Inge Ruth S,putu.,Yasa.I.D.P.G. Putra.,Sui ndrayasa I Made tahun 2014	Hubungan Selfcare dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Badung	Penelitian ini menggunakan model penelitian kualitatif, yang menggunakan jenis penelitian non eksperimental.Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i>	Diketahui nilai signifikansi (p) sebesar 0,000 yang berarti $p < \alpha$ atau $0,000 < 0,05$ sehingga H_0 ditolak, maka dapat dinyatakan ada hubungan yang signifikansi antara self care diabetes dengan kualitas hidup responden di Poliklinik Interna Rumah Sakit	Responden yang digunakan dalam penelitian tersebut adalah Pasien DM Tipe 2 di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Badung Sedangkan dalam

				Umum Daerah Badung.	penelitian ini adalah pasien TB di kabupaten Magelang, model penelitian pada penelitian ini adalah kualitatif sedangkan dalam penelitian ini adalah kuantitatif
2.	Nazidah Plminatin Nafi'ah tahun 2014	Hubungan self-care assistance dengan kualitas hidup pada pasien penyakit kardiovas kular di ruang rawat inap RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupate n Malang Tahun 2014	Penelitian ini penelitian descriptive analitic analitik dengan metode yang digunakan adalah survei dengan rancangan <i>cross sectional</i> . Penghitungan besarsampel penelitian ini dengan rumus penghitungan besar <i>sampel cross sectional two proportions populations</i> . Adapun teknik pengumpulan data adalah pengukuran non test.	Uji chi square didapatkan x hitung adalah 8,64 dan x table adalah 3,841, sehingga x dihitung > x table untuk taraf kesalahan @ 5% dengan demikian H1 diterima yaitu selfcare assistance berhubungan dengan kualits hidup pada pasien penyakit Kardiovaskular di Ruang inapRSUD Kanjuruhan kepanjen Kabupaten Malang	Desain yang digunakan dalam penelitian tersebut adalah descriptive analitic dengan pendekatan study cross sectional sedangkan dalam penelitian ini adalah desain diskripsi korelasional dengan pendekatan cross sectional,
3.	Riane Maharani Putri,Wahiduddin, Dian Sidiq Arsyad	Hubungan dukungan social dengan kualitas hidup	Penelitian ini merupakan penelitian obaservasional analitik dengan desain cross	Hasil uji statistic dengan chi square diperoleh p value=0,962>a=0,05 dengan demikian Ho diterima dan Ha	Penelitian tersebut penelitian obaservasional analitik, desain cross sectional

tahun 2013	pada penderita TB Paru di BBKPM Kota Makasar tahun 2013	sectional study,	ditolak.Hal ini tidak berarti tidak ada hubungan antara dukungan social dengan kualitas hidup penderita TB paru di BBKPM Makasar	study,sedangk an penelitian ini desain diskripsi korelasional dengan pendekatan cross sectional,
---------------	---	------------------	---	--

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan di seluruh dunia dan menyebabkan angka kematian yang tinggi. Tuberkulosis adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Secara umum bakteri ini berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron dan lebar 0,2-0,6 mikron. (Kemenkes RI, 2014).

Terdapat dua jenis tuberkulosis yaitu tuberkulosis laten dan tuberkulosis aktif. Tuberkulosis laten yaitu manusia pembawa bakteri tidak mengalami sakit dan tidak menularkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* kepada orang lain, sedangkan tuberkulosis aktif yaitu penderita yang terinfeksi mengalami sakit dan menularkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* kepada orang lain melalui droplet.

2.1.2 Penyebab Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman tuberkulosis (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman tuberkulosis menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Kemenkes, 2011). Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula Basil Tahan Asam (BTA). Kuman tuberkulosis cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat *dormant*, tertidur lama selama beberapa tahun (Depkes, 2008).

2.1.3 Penularan Tuberkulosis

Sumber penularan adalah pasien Tuberkulosis paru BTA positif yang ditularkan melalui penderita tuberkulosis yang batuk, bersin atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain. Basil Tuberkulosis tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat dan bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui peredaran darah pembuluh limfe atau langsung ke organ terdekat. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak dengan masa inkubasinya selama 3-6 bulan (Kemenkes RI, 2014). Namun pada pasien dengan hasil pemeriksaan BTA negatif pula mampu menularkan penyakit Tuberkulosis. Tingkat penularan tuberkulosis pada pasien tuberkulosis BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% dan bila dibandingkan dengan tuberkulosis BTA negative dengan hasil negatif yaitu 17%.

2.1.4 Diagnosis Tuberkulosis

Diagnosis tuberkulosis paru ditegakkan melalui pemeriksaan gejala klinis, mikrobiologi, radiologi, dan patologi klinik. Pada program tuberkulosis nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti radiologi, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Tidak dibenarkan mendiagnosis tuberkulosis hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada tuberkulosis paru, sehingga sering terjadi overdiagnosis.

A. Gejala Klinis Tuberkulosis Paru

Gejala utama pasien tuberkulosis paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik dan demam meriang lebih dari satu bulan. Mengingat prevalensi tuberkulosis di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang dengan gejala tersebut, dianggap sebagai

seorang tersangka (suspek) pasien tuberkulosis dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.

B. Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa sewaktu-pagi-sewaktu (SPS).

1. S (sewaktu): dahak dikumpulkan pada saat suspek tuberkulosis datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pada pagi hari kedua.
2. P (pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas.
3. S (sewaktu): dahak dikumpulkan pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

2.1.5 Klasifikasi Tuberkulosis

Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena:

a. Tuberkulosis paru

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

b. Tuberkulosis ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopik:

1) Tuberkulosis paru BTA positif.

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

- b) Spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan 3 gambaran tuberkulosis.
- c) Spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman tuberkulosis positif.
- d) Atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negative.

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada tuberkulosis paru BTA positif. Kriteria diagnostic TB paru BTA negatif harus meliputi:

- a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- b) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit :

- 1) Tuberkulosis paru BTA negatif foto toraks positif
Dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas.
- 2) Tuberkulosis ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:
 - a) Tuberkulosis ekstra paru ringan, misalnya: tuberkulosis kelenjar limfe, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.
 - b) Tuberkulosis ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, tuberkulosis tulang belakang, tuberkulosis usus, tuberkulosis saluran kemih dan alat kelamin.

Klasifikasi berdasarkan tipe pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe pasien yaitu:

1. Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

2. Kasus kambuh(relaps)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh tetapi kambuh lagi.

1) Kasus setelah putus berobat (default)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

2) Kasus setelah gagal (failure)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

3) Kasus Lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan (Depkes RI, 2008).

2.1.6 Pencegahan Tuberkulosis

Sejauh ini cara pencegahan tuberkulosis paru yang terbaik adalah dengan melakukan deteksi sedini mungkin dan memberikan pengobatan yang sesuai sampai dinyatakan sembuh. Strategi lainnya adalah dengan penambahan vaksinasi BCG (Bacille Calmette Guerin) dan pemberian obat profilaksis pada orang yang beresiko tinggi terkena atau berkembang menjadi tuberkulosis aktif. Tindakan pencegahan Tuberkulosis paru merupakan upaya pencegahan agar penyakit ini tidak menyebar dan menulari orang lain. Upaya tersebut yaitu pengobatan Tuberkulosis paru dan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Depkes (2008) terdapat sepuluh indikator gaya hidup sehat yaitu membuka jendela pada pagi hari sampai sore hari agar rumah mendapat sinar matahari dan udara yang cukup, menjemur kasur, bantal, dan guling secara teratur sekali seminggu, kesesuaian luas lantai dengan jumlah hunian, menjaga kebersihan diri, rumah, dan lingkungan sekitar rumah, lantai dipleset atau dipasang keramik, bila batuk dan bersin mulut ditutup serta membuang tisu dengan tepat, mencuci tangan dengan baik, tidak meludah disembarang tempat tapi menggunakan tempat khusus, istirahat cukup dan tidak tidur larut malam, makan makanan bergizi dan seimbang dan hindari polusi udara dalam rumah seperti asap dapur dan asap rokok.

2.1.7 Faktor – Faktor yang mempengaruhi kesembuhan tuberkulosis

Menurut pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis tahun 2010, faktor-faktor yang mempengaruhi angka kesembuhan antara lain adalah keberadaan Pengawas Minum Obat (PMO), dan pelayanan kesehatan.

Sedangkan menurut teory green modifikasi Nizar menyatakan:

1. Faktor yang mempermudah (*presdisposing factor*) yaitu faktor pencetus yang mempermudah terjadinya kesembuhan terwujud dalam perilaku kesehatan.
2. Faktor yang memungkinkan (*enabling factor*) yaitu faktor yang memungkinkan terjadinya perubahan status kesehatan dikarenakan antara lain adalah pemakaian OAT, Pelayanan kesehatan dan peran PMO.
3. Faktor penguat (*reinforcing factor*) terwujud dalam sikap dan perilaku kelompok yaitu baik dukungan keluarga maupun PMO.
4. Dari 3 faktor yaitu *presdisposing factor*, *enabling factor* dan *reinforcing factor* menimbulkan kepatuhan minum obat.
5. *Environment* terwujud dalam lingkungan fisik rumah penderita tuberkulosis.

Menurut Dwiyaniti 2015 Faktor lain yang berpengaruh terhadap kesembuhan pasien tuberkulosis adalah kemandirian pasien kurang dilakukan oleh pasien pada penderita tuberkulosis. Hal ini disebabkan karena pasien merasa bosan dan jenuh untuk minum obat, karena waktu yang lama. Kemandirian pasien itu meliputi

minum obat, makan, tidur, pencegahan penularan, latihan dan mengatasi gejala fisik

2.1.8 Komplikasi

Tuberkulosis paru apabila tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi-komplikasi yang terjadi pada penderita tuberkulosis paru dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Komplikasi dini: pleuritis, efusi pleura, empiema, laryngitis, usus.
2. Komplikasi yang sering terjadi pada penderita stadium lanjut adalah:
 - a. Hemoptisis masif (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena sumbatan jalan nafas atau syok hipovolemik
 - b. Kolaps lobus akibat sumbatan duktus Bronkietaksis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru
 - c. Pnemotoraks spontan, yaitu kolaps spontan karena bula/blep yang pecah
 - d. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, sendi, ginjal, dan sebagainya

2.1.9 Penatalaksanaan

Pengobatan Tuberkulosis paru bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Pengobatan tuberculosi paru dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut yaitu OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan, Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung, (DOT =Directly Observed Treatment) oleh seorang Pengawas Menelan Obat(PMO), pengobatan tuberkulosis paru diberikan dalam dua tahap yaitu tahap intensif, pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk

mencegah terjadinya resistensi obat. Kemudian Tahap lanjutan, pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit namun dalam jangka waktu yang lebih lama, Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan. Panduan pengobatan Anti tuberkulosis (OAT) yang direkomendasikan IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2007) ada 3 kategori antara lain :

1) Kategori 1 pada Tahap intensif terdiri dari Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol. Obat-obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniazid dan Rifampisin, diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita baru tuberkulosis paru BTA positif, penderita tuberkulosis paru Ekstra paru berat.

2) Kategori 2 pada Tahap intensif diberikan selama 3 bulan yang terdiri dari 2 bulan dengan Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, etambutol dan suntikan streptomisin setiap hari dari Unit Pelayanan Kesehatan (UPK). Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, dan Etambutol setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Obat ini diberikan untuk penderita kambuh (relaps), penderita gagal (failure), penderita dengan pengobatan setelah lalai (after default).

3) Kategori 3 pada Tahap intensif terdiri dari Isoniazid, Rifampisin dan Pirazinamid diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan tiga kali seminggu (4H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita baru BTA negatif dan rongent positif sakit ringan, Penderita ekstra paru ringan, yaitu Tuberkulosis kelenjar limfe (limfadenitis), pleuritis eksudativa unilateral, Tuberkulosis kulit, Tuberkulosis tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

a. Perencanaan Makan/Terapi Gizi Medis

Suplai protein dan kalori serta konsumsi makanan mempengaruhi kepada morbiditas dan mortalitas tuberkulosis paru. Adanya tambahan protein terutama

protein hewani akan meningkatkan gizi pasien tuberkulosis paru. Kebutuhan kalori protein perkilogram berat badan adalah 1,2-1,5 gr/kgbb atau 15 % energi total asupan harian atau 75-100 gr/hari. Kalori yang dibutuhkan penderita tuberkulosis meningkat, kebutuhan kalori yang direkomendasikan 35-40 kkal/kgbb ideal. Kebutuhan mikronutrien seperti vitamin dan mineral juga sangat diperlukan seperti vitamin E yang kebutuhannya 140 mg dan selenium 200 ug yang fungsinya menekan oksidasi stress dan meningkatkan antioksidan pada pasien tuberkulosis paru bersamaan dengan pemberian Obat Anti Tuberkulosis (IUATLD.Tuberculosis & Nutrition, 2007).

b. Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan adalah rangkaian dari kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan (Depkes, 2008).

Penyuluhan tuberkulosis paru perlu dilakukan agar pasien tuberkulosis mampu meningkatkan penanggulangan tuberkulosis paru. Dalam penanggulangan tuberkulosis paru, penyuluhan langsung perorangan sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan penderita. Penyuluhan langsung perorangan dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, para kader dan Pengawas Minum Obat. Penyuluhan dengan menggunakan bahan cetak dan media massa dilakukan untuk dapat menjangkau masyarakat yang lebih luas, untuk mengubah persepsi masyarakat tentang tuberkulosis paru sebagai suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan menjadi suatu penyakit yang berbahaya tapi dapat disembuhkan. Bila penyuluhan ini berhasil, akan meningkatkan penemuan penderita (Depkes, 2008).

c. Komunikasi terapeutik

Penerapan komunikasi terapeutik dalam pelayanan perawatan mempunyai peran yang besar terhadap kemajuan kesehatan pasien. Komunikasi terapeutik meningkatkan hubungan interpersonal dengan klien sehingga akan tercipta suasana yang kondusif dimana klien dapat mengungkapkan perasaan dan harapan-harapannya (Potter & Pery, 2005). Agar penderita mau minum obat dengan teratur dan patuh perlu adanya komunikasi, informasi, edukasi yang berkesinambungan oleh petugas kesehatan, sehingga termotivasi minum obat secara teratur. Komunikasi yang cukup efektif dalam bentuk edukasi lisan pada pasien maupun Pengawas Minum Obat akan membuat pasien lebih mengerti, memahami dan menyadari tentang penyakitnya sehingga patuh mengikuti anjuran petugas kesehatan untuk berobat teratur sampai selesai.

d. Edukasi

Edukasi dapat dilakukan oleh dokter ketika memeriksa pasien dilanjutkan oleh petugas kesehatan yang sekaligus memberikan obat sesuai dengan ketentuan serta edukasi efek samping obat. Komunikasi yang efektif antara petugas kesehatan dan pasien akan membentuk persepsi tentang penyakitnya sehingga timbul keyakinan dan harapan bahwa penyakitnya dapat disembuhkan. Sikap petugas kesehatan mempengaruhi tingkat pengetahuan dari pasien, dapat dijelaskan bahwa sikap petugas kesehatan yang kurang baik akan berisiko enam kali terhadap rendahnya tingkat pengetahuan pasien.

e. Pengawasan pengobatan

Dalam pengawasan pengobatan, petugas kesehatan sebaiknya mengikut sertakan keluarga dalam pengawasan pengobatan agar pasien dapat berobat secara berkesinambungan. Tujuan diadakan pengawasan pengobatan adalah untuk menjamin ketekunan dan keteraturan pengobatan sesuai dengan jadwal, menghindari penderita putus berobat sebelum waktunya serta mengurangi

kemungkinan kegagalan pengobatan dan resisten terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

2.2 Self Care

2.2.1 Pengertian Self Care

Self care merupakan salah satu teori keperawatan yang dikembangkan oleh Dorothea E Orem. Pengertian *self care* menurut Orem ialah kegiatan yang dilakukan oleh pasien itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahterannya sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. Orang dewasa dapat merawat diri sendiri, sedangkan orang sakit memerlukan bantuan dalam pemenuhan aktivitas *self care*. Manusia memiliki hak masing-masing untuk memenuhi kebutuhan mereka. Perawat mengupayakan agar pasien mampu mandiri dalam memenuhi kebutuhan mereka sendiri. Sama halnya dengan pasien tuberkulosis, mereka diharapkan dapat melakukan *self care* secara mandiri (Tomey & Alligood 2006).

Self care adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk prilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia (Abi M & Irdawati 2010).

Self care sering diartikan sebagai *self management* pada pasien TB, *self care* tuberkulosis adalah program yang harus dijalankan sepanjang hidup dan menjadi tanggungjawab penuh bagi pasien tuberkulosis. Dalam kamus kesehatan, *self care* tuberkulosis diartikan sebagai tindakan mandiri untuk mengontrol tuberkulosis yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi.

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Self Care Tuberkulosis

Adapun beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan *self care* tuberkulosis yaitu:

a. Usia

Usia memiliki hubungan yang positif terhadap *self care* tuberkulosis. Semakin bertambah usia, pola pikir seseorang akan semakin rasional mengenai manfaat yang akan dicapai jika mereka melakukan *self care* tuberkulosis dalam kehidupan sehari-hari.

b. Sosial ekonomi

Tingkat sosial ekonomi seorang berpengaruh positif terhadap tingkah laku *self care* seseorang. Dengan status sosial ekonomi yang tinggi maka perilaku *self care* akan meningkat. Penyakit tuberkulosis memerlukan perawatan dengan biaya yang cukup mahal. Jika status ekonomi klien kurang memadai, akan menyebabkan klien mengalami kesulitan dalam melakukan kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan secara teratur.

c. Lama menderita tuberkulosis

Klien dengan waktu tuberkulosis lebih lama memiliki skor *self care* yang lebih tinggi dibandingkan klien dengan durasi tuberkulosis lebih pendek. Waktu tuberkulosis yang lebih lama pada umumnya memiliki pemahaman yang adekuat tentang pentingnya *self care* sehingga dapat dijadikan sebagai dasar untuk mencari informasi mengenai perawatan tuberkulosis.

d. Aspek emosional

Masalah emosional yang dialami oleh klien tuberkulosis ialah stres, sedih, khawatirakan kehidupan kedepan, memikirkan bahwa penyakitnya menular, perasaan takut hidup dengan tuberkulosis, merasa tidak semangat dengan program yang harus dijalani, rasa bosan dengan pengobatan rutin yang harus dijalani. Perubahan emosional tersebut dapat mempengaruhi perilaku *self care* klien. Ketika seseorang mampu menyesuaikan emosional yang tinggi, maka ia pun dapat beradaptasi dengan kondisi penyakitnya dan menerima konsekuensi perawatan yang harus dijalani.

e. Motivasi

Motivasi merupakan faktor terpenting bagi pasien tuberkulosis karena mampu memberikan dorongan untuk melakukan perilaku *self care*

f. Komunikasi dengan petugas kesehatan

Tenaga kesehatan memiliki kontribusi yang penting dalam meningkatkan kemandirian pasien dengan cara memberikan edukasi. Dengan adanya edukasi, dapat membantu pasien dalam menetapkan tujuan yang jelas dan realistis untuk merubah perilaku dan mempertahankan dukungan serta dorongan emosional yang berkelanjutan. Hubungan yang baik antara pasien dengan petugas kesehatan dapat memfasilitasi pasien dalam melakukan *selfcare*. Peningkatan komunikasi dengan petugas kesehatan akan meningkatkan kepuasan, kepatuhan terhadap perencanaan pengobatan yang harus dijalankan dan meningkatkan status kesehatan. Aspek komunikasi yang dibutuhkan yaitu penjelasan yang berhubungan dengan *self care* tuberkulosis.

g. Pengetahuan

Seseorang dengan tingkat pengetahuan yang tinggi, mampu berfikir kritis dan mampu mengambil keputusan bagi dirinya sendiri. Ketika seseorang mampu melakukan *self care* secara mandiri, ia merasa membutuhkan tindakan tersebut untuk melakukan pengobatan sebelum semakin parah. Pasien dengan tingkat pengetahuan yang tinggi, mampu melakukan *self care* secara mandiri dengan baik. Sedangkan pasien dengan tingkat pengetahuan rendah, *selfcare* pun rendah pula (Saleh, Farzana, 2012).

Self care dapat dilakukan sesuai dengan kemampuan yang masih dimiliki individu sehingga pasien tuberkulosis dapat ditingkatkan kemandiriannya dan pada akhirnya membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan serta kesejahteraannya (dalam Dwidiyanti 2015) . *Self care* yang dapat dilakukan oleh pasien tuberkulosis adalah :

a. Kepatuhan minum obat

Ketika seseorang didiagnosis menderita infeksi tuberkulosis, dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk memusnahkan kuman ini dari dalam tubuh. Seseorang dengan infeksi tuberkulosis, membutuhkan minimal 6 bulan pengobatan, di mana 2 bulan pertama bertujuan mematikan kuman tuberkulosis, dan 4 bulan setelahnya untuk mengendalikan bibit-bibit kuman yang bersembunyi agar tidak aktif. Belum lagi, bila kuman tuberkulosis terlanjur menyebar ke organ lain, waktu pengobatan dapat lebih panjang yaitu 9-12 bulan. Waktu yang lama dan jenis obat yang banyak membuat banyak pasien tuberkulosis tidak patuh menjalani pengobatan. Hasilnya, kuman menjadi kebal dan pengobatan harus diulang. Pengobatan penyakit tuberkulosis paru dapat dilakukan selama enam sampai sembilan bulan dan diberikan melalui dua tahap yakni tahap awal 3 kemudian tahap lanjutan (Kemenkes RI, 2010). Pengobatan ini bertujuan menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup, mencegah terjadinya kematian, mencegah terjadinya kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya penularan tuberkulosis resisten obat (Kemenkes RI, 2014).

b. Meningkatkan asupan nutrisi

Penderita tuberkulosis membutuhkan lebih banyak tenaga dibanding orang sehat sehingga gizi harus cukup, agar tenaga lebih kuat. Oleh karena itu penderita tuberkulosis harus meningkatkan intake nutrisi. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO, penderita tuberkulosis yang aktif dan tidak menerima pengobatan akan menulari rata-rata 10-15 orang setiap tahun. Dengan pengobatan dan suplemen gizi yang tepat, pasien tuberkulosis dapat hidup normal dengan berat badan ideal. Penting untuk berkonsultasi dengan ahli gizi bersertifikat atau terdaftar agar mendapat asupan makanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Berikut adalah panduan makanan seimbang yang dianjurkan bagi penderita tuberkulosis adalah :

1. Makanlah berbagai macam buah segar dan sayuran setiap hari, tetapi tetap dalam jumlah kalori yang direkomendasikan dokter.
2. Susu atau produk susu harus di konsumsi setidaknya 3 kali sehari

3. Untuk produk daging, pilihlah daging tanpa lemak atau rendah lemak. 10 persen asupan kalori harian harus berasal dari lemak jenuh dan sekitar 200 mg kolesterol.
4. Makanlah berbagai macam makanan yang kaya protein seperti kacang-kacangan dan biji-bijian.
5. Makanan untuk pasien tuberkulosis harus sederhana, dipersiapkan dengan baik dan mudah dicerna. Makanan yang lebih berat baru dapat diberikan kepada pasien setelah kondisinya sangat membaik.

c. Pengaturan pola tidur

Gangguan tidur yang terjadi pada pasien tuberkulosis terjadi karena penurunan energi dan peningkatan kebutuhan istirahat. Penanganan gangguan tidur yang dapat dilakukan oleh pasien tuberkulosis diantaranya dengan meningkatkan waktu tidur dan kualitas tidur melalui perilaku *sleep hygiene*.

d. Pencegahan penularan

Sumber penularan adalah penderita tuberkulosis BTA positif. Pada waktu batuk dan bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman tuberkulosis masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tuberkulosis tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya (Depkes, 2002).

Pencegahan penularan penyakit tuberkulosis yang dapat dilakukan oleh penderita diantaranya adalah :

Tidak membuang sekret sembarangan, penggunaan APD, tidak terlalu dekat kontak dengan orang lain.

e. Latihan fisik

Tidak dapat dipungkiri, bahwa olahraga merupakan cara terbaik untuk mendapatkan tubuh sehat. Hal itu berlaku pada semua orang, tidak terkecuali para

penderita penyakit paru atau paru kronis memang dapat merasakan keterbatasannya dalam melakukan beberapa aktivitas. Keterbatasan tersebut dirasakan dalam bentuk sesak napas atau rasa tidak nyaman pada pernapasan, penderita juga dapat merasakan kelelahan ototnya, hingga pada stadium lanjut penderita tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari dan selalu memerlukan pertolongan orang lain. Ada perawatan penderita penyakit Infeksi tuberkulosis yang semestinya dilakukan dengan cara komprehensif maka akan menurunkan angka mortalitas dan akan menangani penderita sesuai dengan derajat fungsionalnya, maka penderita akan melaksanakan gerakan sehari-hari bersama tak memunculkan rasa rendah diri. Dalam rangka perawatan inilah peranan olahraga bagi penderita penyakit tuberkulosis amat sangat mutlak artinya.

f. Tidak merokok

Hasil penelitian ternyata menghubungkan kebiasaan merokok dengan terjadinya serta proses perjalanan penyakit tuberkulosis paru. Penelitian menunjukkan adanya hubungan bermakna antara prevalensi reaktifitas tes tuberkulin (tes untuk mengetahui seseorang terinfeksi tuberkulosis) dan kebiasaan merokok. Mereka yang merokok 3-4 kali lebih sering positif tesnya, artinya 3-4 kali lebih sering terinfeksi tuberkulosis daripada yang tidak merokok. Penelitian lain menunjukkan hubungan antara kebiasaan merokok dengan aktif tidaknya penyakit tuberkulosis, serta faktor risiko terjadinya tuberkulosis paru pada dewasa muda, dan terdapat dose-response relationship dengan jumlah rokok yang dihisap per harinya. Penelitian lain menemukan bahwa anak yang terpapar asap rokok (perokok pasif) ternyata juga lebih sering mendapat tuberkulosis nantinya.

Juga ditemukan bahwa tuberkulosis pada perokok lebih menular daripada penderita tuberkulosis yang tidak merokok, kebiasaan merokok juga merupakan faktor dalam progresivitas tuberkulosis paru dan terjadinya fibrosis. Secara umum, perokok ternyata lebih sering mendapat tuberkulosis dan kebiasaan merokok memegang peran penting sebagai faktor penyebab kematian pada tuberkulosis. Kebiasaan merokok membuat seseorang jadi lebih mudah terinfeksi

tuberkulosis, dan angka kematian akibat tuberkulosis akan lebih tinggi pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Di India tuberkulosis adalah salah satu penyebab utama kematian para perokok. Sekitar 20 persen kematian akibat tuberkulosis di India berhubungan dengan kebiasaan merokok mereka. Kita belum punya angka serupa untuk Indonesia, tetapi diperkirakan masalahnya tentu juga akan besar pula.

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

World Health Organization (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi kehidupan individu dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana mereka hidup berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran yang dihadapinya. Kualitas hidup menyangkut dimensi yang lebih luas termasuk kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan tentang penyakit yang diderita dan lingkungan. Kualitas hidup juga merupakan kriteria yang sangat penting dalam penilaian hasil medis dari pengobatan penyakit kronis. Persepsi individu tentang dampak dan kepuasan tentang derajat kesehatan dan keterbatasannya menjadi penting sebagai evaluasi akhir terhadap pengobatan (Reis, 2013).

Kualitas hidup menurut Curtis (2000) didefinisikan sebagai penilaian yang dirasakan individu tentang bagaimana individu puas dengan kehidupannya termasuk tentang kesehatan dan status kesehatan fisik individu yang sebenarnya. Kualitas hidup menunjukkan sejauh mana penilaian individu terhadap kepuasan dan kebermaknaan kehidupan mereka (Sarafino dan Smith, 2011).

2.3.2 Dimensi Kualitas Hidup

Dimensi-dimensi dari kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat dalam WHOQOL-BREF (dalam Tambunan M, 2014). Menurut WHOQOL Group kualitas hidup memiliki 6 dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat

kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan dan keadaan spiritual. WHOQOL ini kemudian dibuat lagi menjadi instrumen WHOQOL-BREF dimana enam dimensi tersebut kemudian dipersempit lagi menjadi empat dimensi yaitu dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Berikut pemaparan mengenai keempat dimensi tersebut, yaitu:

a. Dimensi Fisik

Berdasarkan konsep WHOQOL – BREF yang dikembangkan WHO (1994 dalam Sekarwiri, 2008) mengatakan bahwa dimensi fisik terdiri dari tujuh aspek. Pertama yaitu aktivitas sehari-hari, merupakan aspek yang menggambarkan kesulitan dan kemudahan yang dirasakan individu pada saat melakukan kegiatan sehari-hari. Aspek kedua sakit dan ketidaknyamanan, merupakan item yang menggambarkan sejauh mana perasaan keresahan yang dirasakan individu terhadap hal-hal yang menyebabkan individu merasa sakit. Tekanan psikologis seperti kecemasan dan depresi yang memberikan kontribusi besar pada kualitas hidup. Kondisi cemas lebih banyak disebabkan oleh karena gangguan fungsi fisik seperti dispnue, vitalitas tubuh untuk beraktifitas yang terus menurun dan kesehatan secara umum yang berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit yang dialami oleh pasien tuberkulosis paru (Aditama, 2000).

Aspek ketiga tidur dan istirahat, merupakan aspek yang menggambarkan kualitas tidur dan istirahat yang dimiliki oleh individu. Istirahat dan tidur merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Aspek keempat mobilitas, merupakan aspek yang menggambarkan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dengan mudah dan cepat. Aspek kelima energi dan kelelahan, merupakan aspek yang mengeksplor tenaga, dan keinginan individu untuk dapat melakukan aktivitas. Kelelahan dapat membuat individu tidak mampu mencapai kekuatan yang cukup untuk merasakan hidup yang sebenarnya dan dapat mempengaruhi kehidupan individu (Potter dan Perry, 2005).

Aspek keenam ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, merupakan aspek yang menggambarkan seberapa besar kecenderungan individu dalam

menggunakan obat-obatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan aspek ketujuh yaitu kapasitas kerja, merupakan aspek yang menggambarkan kemampuan yang dimiliki oleh individu (WHOQOL – BREF dalam Sekarwiri, 2008).

b. Dimensi Psikologis

Psikologis merupakan dimensi yang menilai terhadap dirinya secara psikologis. Dimensi psikologis terdiri dari enam aspek. Pertama *Body image* dan *appearance* adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan seseorang tentang ukuran, bentuk, dan fungsi penampilan tubuh saat ini dan masa lalu. Aspek kedua *self-esteem*, merupakan aspek yang menggambarkan bagaimana individu menilai atau menggambarkan dirinya sendiri. *Self-esteem* ini menilai apa yang individu rasakan tentang dirinya. Hal ini dapat memiliki jarak dari perasaan positif hingga perasaan yang negatif tentang diri mereka sendiri.

Aspek ketiga perasaan positif, merupakan aspek yang mengacu kepada seberapa banyak pengalaman perasaan positif individu dari kesukaan, keseimbangan, kedamaian, kegembiraan, harapan, kesenangan dan kenikmatan dari hal-hal baik dalam hidup. Pandangan individu dan perasaan pada masa depan merupakan bagian penting dari segi ini. Dimensi psikologis keempat adalah perasaan negatif, merupakan dimensi yang berfokus pada seberapa banyak pengalaman perasaan negatif individu, termasuk patah semangat, perasaan berdosa, kesedihan, keputusasaan, kegelisahan, kecemasan, dan kurang bahagia dalam hidup. Segi ini termasuk pertimbangan dari seberapa menyedihkan perasaan negatif dan akibatnya pada fungsi keseharian individu.

Aspek kelima hidup berarti, merupakan aspek yang menggambarkan sejauh mana individu merasakan kehidupannya atau sejauh mana individu merasakan hidupnya berarti. Sedangkan item keenam yaitu berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi, merupakan pandangan individu terhadap pemikiran, pembelajaran, ingatan,

konsentrasi, dan kemampuannya dalam membuat keputusan. Hal ini juga termasuk kecepatan dan kejelasan individu memberikan gagasan (WHOQOL – BREF dalam Sekarwiri, 2008).

c. Dimensi Hubungan Sosial

Dimensi hubungan sosial merupakan penilaian individu terhadap hubungannya dengan orang lain (WHOQOL–BREF dalam Sekarwiri, 2008). Menurut Potter & Pery (2005), hubungan sosial merupakan hubungan timbal balik antara individu satu dengan individu lainnya yang saling mempengaruhi dan berdasarkan kesadaran untuk saling menolong. Berdasarkan konsep WHOQOL–BREF (dalam Sekarwiri, 2008) menyatakan bahwa dimensi hubungan sosial terdiri dari tiga aspek. Aspek pertama dukungan sosial, merupakan aspek yang mengacu pada apa yang dirasakan individu pada tanggung jawab, dukungan, dan tersedianya bantuan dari keluarga dan teman. Hal ini berfokus kepada apa yang dirasakan individu pada dukungan keluarga dan teman, faktanya pada tingkatan mana individu tergantung pada dukungan di saat sulit.

Kartika (2011) mengatakan bahwa dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Aspek kedua aktivitas seksual, merupakan aspek yang mengacu kepada tingkatan perasaan individu pada persahabatan, cinta, dan dukungan dari hubungan yang dekat dalam kehidupannya. Tingkat dimana individu merasa mereka bisa berbagi pengalaman baik senang maupun sedih dengan orang yang dicintai (WHOQOL–BREF dalam Sekarwiri, 2008). Sedangkan aspek ketiga yaitu relasi sosial, merupakan item yang menggambarkan hubungan individu dengan orang lain.

d. Dimensi Lingkungan

Dimensi lingkungan merupakan dimensi yang menilai hubungan individu dengan lingkungan tempat tinggal, sarana, dan prasarana yang dimiliki (WHOQOL –

BREF dalam Sekarwiri, 2008). Lingkungan adalah tempat pemukiman dengan segala sesuatunya dimana individu hidup beserta segala keadaan dan kondisi yang secara langsung maupun tidak dapat diduga ikut mempengaruhi tingkat kehidupan maupun kesehatan dari individu itu (Potter dan Perry, 2005). Berdasarkan konsep WHOQOL – BREF (dalam Sekarwiri, 2008), dimensi lingkungan terdiri dari delapan aspek. Aspek pertama sumber finansial, merupakan aspek yang mengeksplor pandangan individu pada sumber penghasilan. Fokusnya aspek ini adalah apakah individu dapat menghasilkan atau tidak yang berakibat pada kualitas hidup individu. Aspek kedua *Freedom, physical safety* dan *security*, merupakan aspek yang menggambarkan tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi kebebasan dirinya. Aspek ketiga perawatan dan perhatian sosial, merupakan dimensi yang menguji pandangan individu pada kesehatan dan perhatian sosial di kedekatan sekitar. Maksud dekat berarti berapa lama waktu yang diperlukan untuk mendapatkan bantuan. Aspek keempat lingkungan rumah, merupakan aspek yang menguji tempat yang terpenting dimana individu tinggal (tempat perlindungan dan menjaga barang-barang). Kualitas sebuah rumah dapat dinilai dari kenyamanan, tempat teraman individu untuk tinggal. Aspek kelima kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan, merupakan aspek yang menguji kesempatan individu dan keinginan untuk mempelajari keterampilan baru, mendapatkan pengetahuan baru, dan peka terhadap apa yang terjadi. Dalam hal ini termasuk program pendidikan formal, atau pembelajaran orang dewasa atau aktivitas pada waktu luang baik dalam kelompok maupun sendiri.

Aspek keenam partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi, merupakan item yang mengeksplor kemampuan individu, kesempatan, dan keinginan untuk berpartisipasi dalam waktu luang, hiburan, dan relaksasi. Aspek ketujuh lingkungan fisik, merupakan item yang menguji pandangan individu pada lingkungannya. Hal ini mencakup kebisingan, polusi, iklim, dan estetika lingkungan dimana pelayanan ini dapat meningkatkan atau memperburuk kualitas hidup. Sedangkan aspek kedelapan transportasi, merupakan item yang menguji

pandangan individu pada seberapa mudah untuk menemukan dan menggunakan pelayanan transportasi.

2.3.3 Alat Ukur Kualitas Hidup

Skevington, Lotfy, dan O'Connel (2004) mengatakan bahwa pengukuran mengenai 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 seorang individu). Skevington, Lotfy, dan O'Connel (2004) mengatakan bahwa alat ukur WHOQOL – BREF merupakan hasil pengembangan dari alat ukur WHOQOL. Alat ukur ini memiliki item pertanyaan yang lebih sedikit dibandingkan dengan alat ukur WHOQOL. Alat ukur WHOQOL memiliki 100 item, dan terdiri dari enam dimensi yaitu dimensi fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan dengan lingkungan sosial, kondisi lingkungan, dan keadaan spiritual. Sedangkan WHOQOL – BREF memiliki 26 item yang terdiri dari empat dimensi yaitu dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Skevington, Lotfy, dan O'Connel (2004) menambahkan bahwa alat ukur WHOQOL – BREF dikembangkan oleh WHO sebagai bentuk pendek dari alat ukur WHOQOL – 100 dan peneliti dapat melakukan modifikasi ataupun perubahan skala dan cara pengukurannya. Alat ukur ini digunakan pada situasi penelitian dimana waktu yang digunakan dalam penelitian sangat terbatas. Skevington, Lotfy, dan O'Connel (2004) juga menambahkan bahwa WHOQOL – BREF merupakan alat ukur yang paling mampu dalam mewakili dimensi, berkaitan erat dengan model WHOQOL secara umum, dan memiliki validitas diskriminan. Berdasarkan hasil penelitian O'Connel, Smith, Couston, Cossar, dan Hayes (2000 dalam Sekarwiri 2008), menunjukkan bahwa alat ukur WHOQOL – BREF merupakan alternatif alat ukur yang tepat dari WHOQOL – 100 dalam dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Dengan demikian alat ukur yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah alat ukur kualitas

hidup yang dikembangkan oleh WHO, yaitu WHOQOL – BREF yang mencakup dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru

a. Umur

Zahran (2005 dalam Rini, 2011) menyatakan sebuah survei tentang kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan di Amerika menyebutkan seiring dengan bertambahnya usia, jumlah hari yang sakit dan keterbatasan aktifitas semakin meningkat serta kualitas hidup semakin menurun. *Reported Tuberculosis in the United States (2008)* mengatakan insiden tertinggi tuberkulosis paru biasanya mengenai usia dewasa. Penyakit tuberkulosis paru sebagian besar terjadi pada orang dewasa yang telah mendapatkan infeksi primer pada waktu kecil dan tidak ditangani dengan baik. Usia dewasa dan di ikuti usia tua merupakan kelompok yang paling sering terkena tuberkulosis paru di Amerika Serikat pada tahun 2008. Jumlah kasus tuberkulosis paru paling tertinggi mengenai usia 25 sampai dengan 44 tahun (33% dari semua kasus). Keadaan ini diduga ada hubungannya dengan tingkat aktivitas dan pekerjaan sebagai tenaga kerja produktif yang memungkinkan untuk mudah tertular dengan kuman tuberkulosis paru setiap saat dari penderita, khususnya dengan BTA positif. Mobilitas dan interaksi sosial yang lebih tinggi pada orang usia 15-50 tahun, yang harus bekerja untuk memperoleh pemasukan guna memenuhi kebutuhan keluarga, memungkinkan mereka untuk terinfeksi dari orang lain menjadi lebih tinggi. Penurunan fungsi paru akan memperburuk berbagai perubahan fisiologis yang berkaitan dengan penuaan (Smeltzer & Bare, 2008). Pasien tuberkulosis paru dengan usia yang semakin bertambah menunjukkan kualitas hidup yang semakin buruk. Hal ini disebabkan karena banyak individu yang lebih tua menderita penyakit kronis karena terjadinya penurunan fungsi tubuh yang disebabkan kondisi degeneratif. Zahran (2005) dalam Rini (2011)

b. Jenis kelamin

Kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan berdasarkan perbedaan jenis kelamin menunjukkan bahwa pada pasien tuberkulosis paru laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih buruk dari pada perempuan. Hal ini dikarenakan kebiasaan merokok pada laki-laki. Perbedaan kebiasaan dalam mencari pertolongan medis yang menyebabkan deteksi yang buruk terhadap kejadian penyakit dikalangan wanita, stigma buruk yang ditempatkan terhadap wanita yang terdiagnosis positif tuberkulosis paru menyebabkan banyak wanita yang akhirnya enggan mencari pengobatan, jadi mereka tidak mencari pertolongan medis sampai penyakitnya menjadi berat (Waisbord, 2006)

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit tuberkulosis. Rendahnya tingkat pendidikan ini, akan berpengaruh pada pemahaman tentang penyakit tuberkulosis. Masyarakat yang tingkat pendidikannya tinggi, tujuh kali lebih waspada terhadap tuberkulosis paru (gejala, cara penularan, pengobatan) bila dibandingkan dengan masyarakat yang hanya menempuh pendidikan dasar atau lebih rendah. Tingkat pendidikan yang rendah dihubungkan dengan rendahnya tingkat kewaspadaan terhadap penularan tuberkulosis paru (Waisbord, 2006). Menurut Zahran (2005) dalam Rini (2011) menyatakan tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah dan lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaannya, perilaku kesehatan yang mendukung kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Individu dengan pendidikan sekolah menengah kebawah mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk bila dibandingkan dengan individu yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi dan berpengetahuan. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Dona (2006) dalam Rini

(2011) menyebutkan seseorang akan memiliki tingkat keyakinan diri lebih tinggi dalam berperilaku yang lebih baik bila mempunyai system pendukung pendidikan.

d. Pekerjaan

Orang yang sudah pensiun, menganggur kurang atau lebih dari 1 tahun, serta orang yang tidak mampu bekerja mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah bila dibandingkan dengan orang yang mempunyai pekerjaan. Orang-orang yang tidak bekerja melaporkan mempunyai hari yang secara fisik tidak sehat lebih banyak daripada yang bekerja. Zahran (2005) dalam Rini (2011). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Elisabeth, et al (2005) dalam Rini (2011) menyatakan bahwa status pekerjaan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien, pekerjaan berhubungan dengan aktualisasi diri seseorang dan mendorong seseorang lebih bertanggung jawab untuk menyelesaikan tugas. Namun responden yang bekerja kemungkinan besar mempunyai kegiatan yang lebih padat dan mengalami stress yang lebih tinggi terhadap pekerjaannya, sehingga dapat mempengaruhi *self care* seseorang.

e. Kondisi sosial ekonomi

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2011) menyebutkan bahwa penderita tuberkulosis paru pada umumnya adalah masyarakat yang tergolong miskin. Peneliti mengemukakan kemiskinan secara langsung menjadi faktor risiko menderita tuberkulosis paru dan cenderung akan menurunkan kualitas hidup pasien tuberkulosis paru, karena hal ini dapat memperberat kondisi pasien. Penyakit tuberkulosis paru sudah lama dihubungkan dengan kemiskinan dan sanitasi lingkungan yang buruk. Tuberkulosis paru adalah penyakit yang sering terjadi pada masyarakat miskin. Orang yang tidak bekerja mempunyai kondisi sosial ekonomi yang rendah serta mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah bila dibandingkan dengan orang yang mempunyai pekerjaan.

f. Status pernikahan

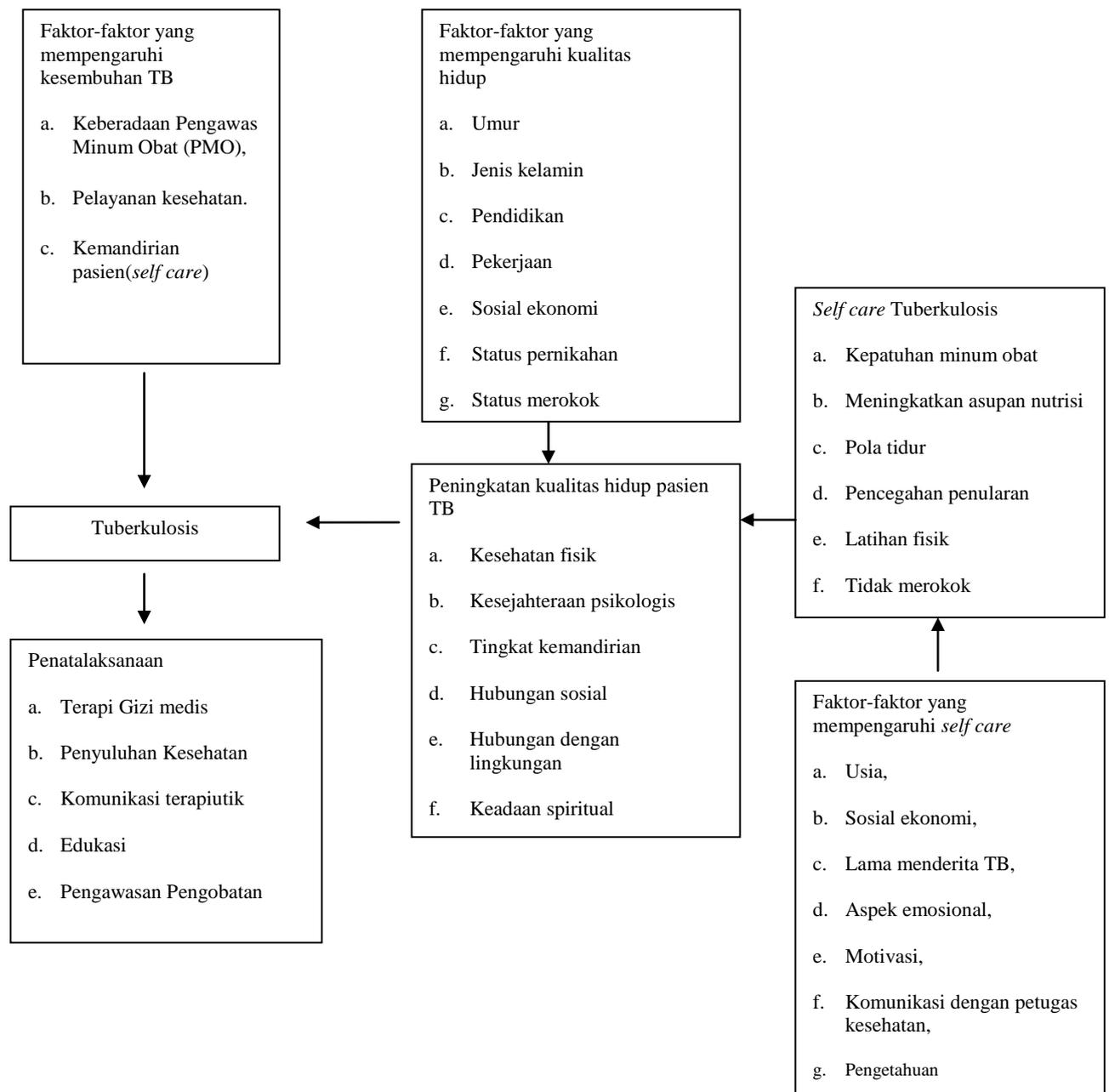
Menurut Delamater (2000) Orang yang menikah atau tinggal bersama pasangannya akan mempunyai kualitas hidup yang baik. Responden yang menikah dan tinggal bersama keluarga mempunyai keteraturan dalam menjalani pengobatannya. Peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memperhatikan pengobatan anggota keluarganya. Sehingga keluarga harus memberi dukungan agar penderita dapat menyelesaikan pengobatannya sampai sembuh. Peran keluarga yang baik merupakan motivasi atau dukungan yang ampuh dalam mendorong pasien untuk berobat teratur sesuai anjuran.

g. Status merokok

Merokok merupakan salah satu penyebab terjadinya tuberkulosis paru, dalam berbagai studi menunjukkan bahwa jumlah dan durasi merokok aktif berpengaruh terhadap risiko infeksi tuberkulosis paru sedangkan pada perokok pasif berhubungan dengan peningkatan kejadian tuberkulosis paru pada anak dan usia muda. Perokok mempunyai prevalensi yang lebih tinggi terjadinya kelainan fungsi paru. Asap rokok yang dihirup akan mengganggu fungsi endotel dan menyebabkan aliran udara menjadi terhambat, hal ini terjadi secara *progresid* dan *irreversible*. Asap rokok juga memiliki efek *pro inflamasi* dan *imunosupresi* pada system imun saluran pernapasan. Berhenti merokok telah dibuktikan untuk mengurangi gejala tuberkulosis paru seperti dispnue, batuk dan mengurangi kejadian tuberkulosis paru (Wijaya, 2012).

Berhenti merokok akan memperbaiki fungsi endotel dan meningkatkan secara substansial fungsi kardiovaskuler, mengurangi gejala tuberkulosis paru seperti dispnue ataupun batuk. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bentsen,et al (2010) menyatakan bahwa merokok secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup pasien, bila pasien dapat mengelola penyakitnya dengan baik dan melakukan perawatan diri dengan benar maka hal ini akan meningkatkan kualitas hidup pasien.

2.4 Kerangka Teori



Skema 2.1

Kerangka Teori “Hubungan Self Care dengan Kualitas hidup Pasien TBC”

Sumber : (Kemenkes 2011), (Depkes 2008), (Sekarwiri, 2008)

2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam rencana penelitian.

Ho: Tidak ada hubungan *selfcare* dengan kualitas hidup pasien TB

Ha: Ada hubungan *selfcare* dengan kualitas hidup pasien TB

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah suatu cara untuk mencapai tujuan penelitian yang berperan sebagai panduan yang akan menuntun peneliti dalam seluruh proses penelitian. Rancangan penelitian merupakan penelitian yang disusun sesuai penelitian yang akan dilakukan sehingga peneliti dapat menemukan jawaban atas pertanyaan penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2011).

Jenis atau rancangan penelitian ini adalah *descriptive correlational* yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antara variabel dependen dan variabel independen dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* (Sugiono, 2007). Metode penelitian dengan pendekatan *cross sectional* (potong lintang) yaitu rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan atau sekali waktu (Hidayat, 2007).

3.2 Kerangka Konsep

Variabel merupakan karakteristik yang berubah dari satu subyek ke subyek yang lainnya (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Variabel terdiri dari :

1. Variabel bebas (*independent*)

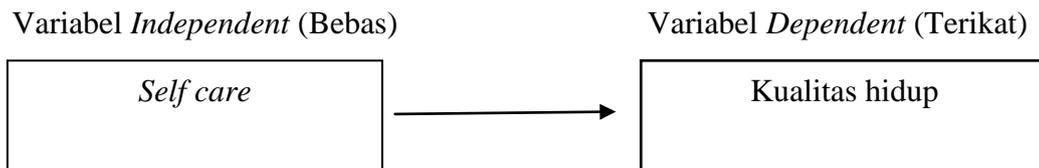
Variabel bebas adalah variabel yang menjadi penyebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *self care*.

2. Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien tuberkulosis.

Maka secara sistematis kerangka konsep pada penelitian dapat digambarkan dalam skema, sebagai berikut:

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.3 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional merupakan uraian penjelasan dari semua variabel yang akan diteliti dan akan digunakan untuk pengukuran. Definisi operasional ini dijadikan alat ukur dalam penelitian yang akan dijelaskan dalam tabel :

Tabel 3.1

Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1.	<i>Self care</i>	Pernyataan responden terkait kemampuan perawatan diri meliputi aktivitas dalam hal Kepatuhan minum obat, meningkatkan asupan nutrisi, pola tidur, pencegahan penularan, latihan fisik, tidak merokok.	Kuesioner yang terdiri dari 30 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban: 0. Tidak pernah 1. (Jarang) 2. (Sering) 3. (Selalu)	Skor total rentang skor 0-90, kategori dari rumus total 90 adalah: 0-30= <i>self care</i> kurang, 31-60= <i>self care</i> cukup, 61-90= <i>self care</i> baik	Ordinal
2.	Kualitas hidup pasien Tuberkulosis	Derajat seseorang menikmati kepuasan dalam hidupnya yang ditandai dengan adanya perubahan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, tingkat kemandirian, lingkungan dan spiritual.	Kuesioner yang terdiri dari 30 item pertanyaan dengan penilaian 0. (tidak pernah) 1. (jarang) 2. (sering) 3. (selalu)	Skor total rentang skor 0-90, kategori dari rumus total 90 adalah: 0-30= kurang, 31-60=cukup, 61-90=baik	Ordinal

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas beberapa subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang akan ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2007). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini laki-laki dan perempuan penderita tuberkulosis di Kabupaten Magelang yaitu sejumlah 91 pasien yang di dapat dari data pasien tuberkulosis yang berobat di Puskesmas Tegalrejo, Puskesmas Muntilan 1 dan Puskesmas Salam.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dihitung dengan estimasi proporsi (Sugiono, 2007). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *proportional random sampling*. *Proportional random sampling* adalah teknik pengambilan sampel secara acak sederhana (Notoatmodjo, 2010).

3.4.3. Besar Sampel Penelitian

Rumus perhitungan besar sampel penelitian yang digunakan oleh peneliti yakni dengan menggunakan rumus Slovin :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1+Ne^2} \\ n &= \frac{91}{1+91(0,1)^2} \\ n &= \frac{91}{1,91} \\ &= 47,64 \text{ atau } 48 \end{aligned}$$

Keterangan :

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

e : batas toleransi kesalahan (*error tolerance*) 10%

Jadi, sampel yang diteliti adalah 48 responden.

Berdasarkan perhitungan rumus diatas dikoreksi besar sampel untukantisipasi *drop out* (Sastroasmoso, 2011), dengan perhitungan sebagai berikut :

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{48}{1-0,1}$$

$$n' = 53,33 \text{ atau } 53$$

Keterangan :

n' : jumlah sampel koreksi

n : besar sampel yang dihitung sebelumnya

f : perkiraan posi *drop out* (0,1)

Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini berjumlah 53 responden, pengambilan sampel menggunakan teknik *proportional random sampling* dan telah dikoreksi besar sampel untukantisipasi *drop out*.

Menurut Machfoedz (2008), cara menentukan besar sampel proporsional dalam penelitian ini menggunakan rumus :

$$n = \frac{\text{Jumlah populasi per kelompok (Nx)}}{\text{Jumlah populasi Total (N)}} \times \text{Subjek sampel (S)}$$

Tabel 3.2
Perhitungan Sampel Proporsional

No.	Puskesmas	Perhitungan Sampel	Jumlah
1.	Tegalrejo	$n = \frac{30 \times 53}{91}$ $= 17,47$	17
2	Muntilan 1	$n = \frac{34 \times 53}{91}$ $= 19,8$	20
3.	Salam	$n = 27 \times 53 / 91$ 15,77	16
Jumlah			53

Jadi sampel pada masing-masing Puskesmas adalah 17 pada Puskesmas Tegalrejo, 20 di Puskesmas Muntilan 1 dan 16 di Puskesmas Salam. Penelitian ini diambil populasi terjangkau dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

3.4.3 Kriteria inklusi :

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi sampel penelitian pasien tuberkulosis di Kabupaten Magelang dengan kriteria antara lain:

1. Responden tuberkulosis
2. Responden yang masih menjalani pengobatan tuberkulosis
3. Usia produktif 15-65 tahun

3.4.4 Kriteria eksklusi :

Menurut Notoatmodjo (2010), kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. Kriteria eksklusi sampel penelitian ini antara lain :

1. Mengalami gangguan jiwa
2. Tidak bersedia menjadi responden
3. Responden TB dengan komplikasi

3.5 Tempat dan Waktu

3.5.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Tegal Rejo, wilayah kerja Puskesmas Muntilan 1 dan di wilayah kerja Puskesmas Salam.

3.5.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan dari bulan april sampai bulan september 2017. Dimulai dari pengajuan judul penelitian, pembuatan proposal penelitian, ujian proposal, revisi proposal penelitian. Pengolahan data dilakukan satu minggu setelah intervensi. Pelaporan hasil penelitian dilakukan setelah selesai pengolahan data.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data atau instrumen adalah alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2005). Penelitian ini menggunakan instrumen lembar kuesioner yang berisikan:

1. Data Demografi Responden

Kuesioner data demografi responden terdiri dari : nama, jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan status pernikahan.

2. Kuesioner *Self Care*

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah lembar kuesioner *self care* yang berisi kepatuhan minum obat, meningkatkan asupan nutrisi, pola tidur, pencegahan penularan, latihan fisik, tidak merokok. Terdiri dari 30 item pertanyaan dengan penilaian 0= (tidak pernah), 1= (jarang), 2= (sering), 3= (selalu). Dengan skor 0-30= *self care* kurang, 31-60= *self care* cukup, 61-90= *self care* baik.

3. Kuesioner Kualitas Hidup

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah lembar kuesioner kuesioner kualitas hidup yang terdiri dari 30 item pertanyaan dengan penilaian= 0= (tidak pernah), 1= (jarang), 2= (sering), 3= (selalu). Dengan total rentang skor 0-90, kategori dari rumus total 90 adalah: 0-30= kurang, 31-60= cukup, 61-90= baik.

1. Kisi-kisi kuesioner *self care*

Pengembangan instrument penelitian dalam kisi-kisi ini dibuat berdasarkan deskripsi teori. Butir item soal *self care* yang dijelaskan dalam tabel berikut :

No	Seksi	Indikator	Nomor Item	Jumlah
1.	Pertanyaan-pertanyaan berhubungan dengan kepatuhan minum obat	Deskripsi tentang Masalah kepatuhan minum obat yang berhubungan dengan kesembuhan pasien	1, 2, 3, 4, 5, dan 6	6
2.	Pertanyaan-pertanyaan mengenai peningkatan asupan nutrisi	Deskripsi tentang kebutuhan asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien TB	7,8,9,10 dan 11	5
3	Berbagai pertanyaan tentang pengaturan pola tidur	Pola tidur yang efektif untuk responden	12,13,14,15 dan 16.	5
4	Pertanyaan tentang pencegahan penularan	Tindakan yang dilakukan untuk mencegah penularan	17,18,19,20 dan 21.	5
5	Pertanyaan tentang latihan fisik.	Latihan fisik yang di lakukan	22,23,24,25 dan 26	5
6	Pertanyaan dibawah ini menyangkut kebiasaan merokok	Pertanyaan-pertanyaan tentang masalah merokok	27,28,29 dan 30	4

2. Kisi-kisi kuesioner kualitas hidup

Pengembangan instrument penelitian dalam kisi-kisi ini dibuat berdasarkan deskripsi teori. Butir item soal kualitas hidup yang dijelaskan dalam tabel berikut :

No	Seksi	Indikator	Nomor Item	Jumlah
1.	Pertanyaan-pertanyaan berhubungan dengan kondisi fisik	Deskripsi tentang masalah aktifitas sehari-hari	1, 2, 3, 4, 5 dan 6	6
2.	Pertanyaan-pertanyaan mengenai keadaan psikologi	Perasaan pasien tentang keadaanya saat ini	7,8,9,10 dan 11	5
3	Berbagai pertanyaan hubungan sosial.	Deskripsi tentang dukungan dari keluarga dan lingkungan	12,13 dan 14	3
4	Pertanyaan tentang lingkungan sekitar	Perasaan tinggal di lingkungan sekitar	15,16,17,18 dan 19	5
5	Pertanyaan tentang tingkat kemandirian	Kemandirian yang dapat dilakukan	20,21,22,23 dan 24	5
6	Pertanyaan dibawah ini menyangkut keadaan spiritual	Keadaan spiritual	25,26,27,28,29 dan 30	6

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam kegiatan penelitian mempunyai tujuan mengungkapkan fakta mengenai variabel yang diteliti dan mengetahui apakah terdapat hubungan antara 2 variabel. Proses pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahap diantaranya adalah sebagai berikut :

3.6.2.1 Tahap Persiapan

Dalam tahap ini peneliti melakukan berbagai kegiatan yaitu :

- a. Konsultasi kepada Dosen Pembimbing.
- b. Peneliti mengajukan surat studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

- c. Peneliti melakukan studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Tegalrejo, Puskesmas Salam dan Puskesmas Muntilan 1
- d. Peneliti mengajukan judul skripsi, setelah judul disetujui maka peneliti melakukan penyusunan proposal skripsi.
- e. Peneliti melakukan ujian proposal skripsi setelah proposal skripsi tersebut disetujui oleh kedua dosen pembimbing.
- f. Peneliti meminta surat dari kampus untuk melakukan uji validasi.
- g. Peneliti melakukan perijinan penelitian yang telah dilakukan dengan mengajukan surat perijinan ke Fakultas Ilmu Kesehatan, kemudian surat tersebut diajukan ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik (KESBANGPOL) yang ditujukan kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (BPMPPPT) dan Badan Pemerintah Daerah (BAPEDA). Surat balasan dari BPMPPPT akan ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. Surat balasan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang ditujukan kepada Kepala Puskesmas Tegalrejo, Puskesmas Muntilan 1 dan Puskesmas Salam. Setelah memperoleh perijinan peneliti melakukan penelitian.

3.6.2.2 Tahap pelaksanaan

Dalam tahap ini peneliti melakukan kegiatan diantaranya :

- a. Setelah alat ukur/kuesioner telah dinyatakan valid, maka peneliti meminta surat pengantar untuk melakukan penelitian di Puskesmas Tegalrejo, Puskesmas Muntilan 1 dan Puskesmas Salam
- b. Peneliti membagikan kuesioner secara mandiri di Puskesmas Tegalrejo Puskesmas Muntilan 1 dan Puskesmas Salam
- c. Apabila responden bersedia menjadi responden, berpartisipasi, peneliti memberikan lembar persetujuan (*inform consent*) kemudian ditandatangani.
- d. Peneliti menjelaskan cara pengisian kedua kuesioner penelitian, kepada responden atau keluarga responden.
- e. Peneliti memberikan waktu untuk responden mengisi kuesioner. Dan memberikan penjelasan kembali saat responden mengalami kesulitan.

- f. Setelah selesai, peneliti memeriksa kejelasan dan kelengkapan jawaban kuesioner.
- g. Setelah data terkumpul maka data tersebut diolah dan dianalisis hingga terselesainya laporan akhir di bawah bimbingan kedua dosen pembimbing.

3.6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan kevalidan atau kesahihan suatu instrument. Jadi pengujian validitas itu mengacu pada sejauh mana suatu instrument dalam menjalankan fungsi. Instrument dikatakan valid jika instrument tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang hendak diukur (Sugiyono, 2008).

Reliabilitas menurut Ghazali (2009) adalah sebuah indeks alat untuk mengukur suatu kuisisioner yang merupakan indikator variable atau konstruk. Suatu alat ukur dikatakan reliable jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten dan stabil dari waktu ke waktu. Sedangkan Uji reliabilitas adalah proses pengukuran terhadap ketepatan (konsisten) dari suatu instrumen. Pengujian ini dimaksudkan untuk menjamin instrumen yang digunakan merupakan sebuah instrumen yang handal, konsistensi, dan stabil, sehingga bila digunakan berkali-kali dapat menghasilkan data yang sama.

Uji validitas dan reliabilitas pada penelitian ini dilakukan di Puskesmas Dukun Magelang dengan jumlah responden sebanyak 30. Uji validitas dan reliabilitas tersebut dilakukan di Puskesmas Dukun dikarenakan Puskesmas Dukun memiliki jumlah dan karakteristik responden yang hampir sama juga yaitu kebudayaan, pekerjaan dan gaya hidup.

3.6.3.1 Uji Validitas

Kuesioner *selfcare* terdiri dari 32 item pertanyaan, dengan jumlah responden 30 dan nilai signifikansi 0.05. Berdasarkan jumlah responden uji validitas didapatkan r tabel sebesar 0,361. Setelah diuji validitas kuesioner *selfcare* terdapat 2 item soal

yang tidak valid yaitu nomer 12,18. Selain itu 30 item soal dikatakan valid karena r hitung lebih dari r tabel.

dan pada kuesioner kualitas hidup terdiri dari 33 item pertanyaan terdapat 3 item soal yang tidak valid yaitu nomer 12,16 serta 33 dikarenakan nilai r hitung kurang dari r tabel yaitu 0,361. Selain itu 30 item soal dikatakan valid karena r hitung lebih dari r tabel.

3.6.3.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan dengan rujukan oleh koefisien *alpha cronbach*. Uji reliabilitas dikatakan reliabilitas jika α lebih besar dari r tabel, sedangkan dikatakan tidak reliabilitas apabila hasil α lebih kecil dari r tabel. Kuesioner ini menggunakan nilai α 0,7. Hasil uji reliabilitas kuesioner *self care* adalah 0.751 dan kuesioner kualitas hidup adalah 0.748, maka kuesioner ini dikatakan reliabel dikarenakan melebihi 0,7.

3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data

Dalam Hidayat (2007) mengatakan bahwa dalam sebuah penelitian, pengolahan data merupakan hal yang sangat penting. Data yang telah diperoleh peneliti masih dalam bentuk data yang mentah dan harus diolah agar dapat disajikan. Metode yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah :

3.7.1.1 *Editing* (Penyuntingan Data)

Editing merupakan kegiatan pemeriksaan kelengkapan data yang telah dikumpulkan, meliputi jawaban yang lengkap sampai keterbacaan dari tulisan yang ditulis oleh responden. Dengan cara melakukan pengecekan atas semua kuesioner yang telah diperoleh peneliti, yang perlu diperiksa mulai dari jawaban, jumlah kuesioner yang ada, dan memeriksa apabila responden yang tidak masuk kriteria inklusi.

3.7.1.2 Coding

Coding adalah suatu tehnik mengubah jawaban yang ada, yang awalnya berupa huruf menjadi angka agar dapat mempermudah dalam proses pengolahan data. Peneliti memberikan kode pada setiap variabel yang akan diteliti yaitu

a. Variabel independen (*Self care*)

Self care

Kode 3 : *self care* baik

Kode 2 : *self care* cukup

Kode 1 : *self care* kurang

b. Variabel dependen (Kualitas hidup pasien TB)

Kode 3 : baik

Kode 2 : cukup

Kode 1 : kurang

3.7.1.3 Processing

Processing merupakan tehnik memasukkan data yang telah diperoleh kedalam sebuah program komputer, untuk persiapan pengolahan data. Peneliti memindahkan jawaban yang telah diubah menjadi kode ke dalam sebuah program komputer dan kemudian dianalisis. Pemindahan semua data dengan cara meng-*entry* data dari lembar kuesioner ke dalam paket program komputer. Tahap *processing* data ini dilakukan oleh peneliti diharapkan dapat berjalan dengan lancar, karena kesalahan dalam memasukan data dalam program data dapat diminimalisir.

3.7.1.4 Cleaning

Cleaning merupakan suatu kegiatan pengecekan ulang semua data yang sudah ada dan telah dimasukkan dalam sebuah program komputer. Dengan cara peneliti mengecek ulang data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Hal ini bertujuan agar meminimalisir kesalahan pada saat peng-*entryan* data.

3.7.2 Analisa Data

Analisa data merupakan proses pengolahan, penyajian, interpretasi, dan analisis data yang diperoleh dari lapangan dengan tujuan agar data yang disajikan mempunyai makna (Martono, 2016). Untuk mengetahui hubungan *self care* dengan kualitas hidup, peneliti menggunakan program SPSS untuk menganalisa data yang didapat. Analisa data dalam penelitian ini antara lain:

3.7.2.1 Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Analisa univariat digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik demografi seperti nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan. Variabel yang bersifat kategorik yaitu jenis kelamin pendidikan dan pekerjaan sedangkan variabel yang bersifat numerik yaitu usia. Data kategorik menggunakan presentase dan frekuensi sedangkan data numerik menggunakan mean, standar deviasi dan nilai minimum maksimum.

3.7.2.2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmojo, 2010). Dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien TB. Analisa bivariat ini menggunakan korelasi *spearman*. Pengujian hipotesis pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Uji *Korelasi spearman rank* karena data variabel adalah kategorik. Hasil uji dikatakan terdapat hubungan jika nilai $p \leq 0,05$.

3.8 Etika Penelitian

Menurut (Dharma, 2012), sebelum seorang peneliti melakukan penelitian, sebelumnya peneliti harus membuat perijinan dan persetujuan kepada responden yang meliputi :

3.8.1 *Beneficence* (Manfaat)

Pada penelitian ini, responden mendapatkan manfaat yaitu tambahan pengetahuan mengenai perawatan diri pasien tuberkulosis dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Agar prinsip ini tercapai, peneliti memperkecil resiko dan memaksimalkan manfaat dengan memperhatikan hak yang dimiliki responden.

3.8.2 Prinsip menghormati Hak dan Martabat Manusia

Prinsip ini merupakan prinsip yang terdapat pada informed consent. Elemen besar dalam prinsip ini yaitu :

a. *The right to self determination*

Responden berhak untuk menentukan sendiri apakah akan berpartisipasi dalam penelitian atau tidak. Responden juga berhak untuk bertanya, menolak memberikan informasi atau mengakhiri keikutsertaan mereka dalam penelitian yang dilakukan. Selain itu, responden juga berhak untuk bebas dalam paksaan apapun.

b. *The right to full disclosure*

Responden berhak untuk menentukan sendiri apakah akan berpartisipasi dalam penelitian atau tidak. Responden juga berhak untuk bertanya, menolak memberikan informasi atau mengakhiri keikutsertaan mereka dalam penelitian yang dilakukan.

3.8.3 Prinsip Keadilan

Pada prinsip ini, peneliti tidak membedakan responden satu dengan yang lainnya. Setiap pasien memiliki kesempatan yang sama untuk dijadikan responden. Pada responden diberikan lembar persetujuan atau *inform consent*.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Berdasarkan karakteristik responden, menunjukkan bahwa jenis kelamin responden sebagian besar adalah laki-laki, berdasarkan karakteristik usia responden terbanyak adalah 26-45 tahun sedangkan berdasarkan tingkat pendidikan responden sebagian besar pendidikannya adalah SMP.

5.1.2 *Selfcare* pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa responden TB di Kabupaten Magelang banyak yang memiliki *Selfcare* baik.

5.1.3 Kualitas hidup pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa responden TB di Kabupaten Magelang banyak yang memiliki kualitas hidup baik.

5.1.4 Terdapat hubungan antara *self care* dengan kualitas hidup pasien TB di Kabupaten Magelang, dimana semakin baik *self care* maka kualitas hidup juga semakin baik yang dapat dilihat dari nilai r 0.569 dengan p value 0.000.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan dapat mempertahankan *selfcare* pasien TB dan mengembangkan untuk penyakit lain.

5.2.2 Bagi Pasien

Sesuai hasil penelitian diatas maka penderita TB diharapkan mampu mempertahankan atau meningkatkan *selfcare* yang dimiliki.

5.2.3 Bagi Keluarga

Dukungan dari keluarga dapat memotivasi penderita dalam melakukan *selfcare* dengan baik untuk meningkatkan kualitas hidup dan juga dalam pengobatan selama jangka waktu 6-8 bulan.

5.2.4 Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya supaya mampu mengembangkan penelitian selanjutnya berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti dan diharapkan pada penelitian selanjutnya untuk menggunakan sampel yang lebih banyak lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abi, M (2010). Teori *Self care* dari Orem dan Pendekatan dalam Praktek Keperawatan
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M, (2006), nursing theoritt and tehir work (6th edition), USA: Mosby Elsevier
- Atif, M., etal, (2012) *Health-Related Quality of Life (HRQoL) in Co Morbid Tuberculosis Relapse Patient : A Case Report from Malaysia*. Tropical Journal of Pharmacetical Research; 11 (4) : 651-655.
- Bentsen, et al. (2010) *Self efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation-an exploratory study*. *Patient Education*.81 (1):5-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20356>. Diperoleh tanggal 26 Januari 2017
- Departemen Kesehatan RI. (2002), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta: Depkes
- Departemen Kesehatan RI, (2008), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Cetakan Ke-2*, jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2011), *Pedoman penanggulangan nasional TBC*, Jakarta, Depkes RI.
- Departemen Kesehatan, (2013), Riset Kesehatan Dasar 2013. Diakses dari <http://depkes.go.id/download/riskesdas2013/hasil%20Riskesdas%202013.pdf> f diakses pada 12 february 2017
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2013), *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta, Pusat penelitian pengembangan kesehatan.
- Dharma. (2012). Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian, Jakarta
- Dhewi. (Nurhitha.2016). Hubungan anta Fungsi Keluarga menurut Nilai Apgar dengan Kepatuhan Minum Obat Anti TB Pada Penderita TB. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Dhuria M., Sharma N., and Ingle G.K., (2008), Impact of Tuberculosis on the Quality of Life, *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 33(1), 58
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, (2015), *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2015*, Semarang

- Dwidiyanti, M. (2015). *Disertasi. Efektivitas Keperawatan Holistik Program "SOWAN" Terhadap Kemandirian Pasien TB Paru*. 2015. Semarang. UNDIP
- Friedman, M, Marilyn, (2010), *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Ghozali, Imam. (2009). *Aplikasi Analisis Multivariate dengan program SPSS*. Edisi Ke empat. Universitas Diponegoro, Semarang.
- Hastuti. (Rahmawati. N. 2016). Hubungan Efikasi diri terhadap Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Hidayat, (2007), *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, Jakarta, Salemba Medika
- IUATLD. *Nutrition and Tuberculosis. A Review of the Literature and Considerations for TB Control Program*. (2007).
- Jang. (Yuliana, 2012). Hubungan Self care dan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Heart Failure di RSUP Prof DR.R. Kandoi Manado
- Kementerian kesehatan RI (2014). *Pusat Data dan Informasi*. Jakarta Selatan
- Kurniawan, (Nurhitha.2016). Hubungan antara Fungsi Keluarga menurut Nilai Apgar dengan Kepatuhan Minum Obat Anti TB Pada Penderita TB. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Kartika,S. (2011). *Konsep dukungan sosial*. <http://artidukungansosial>. Diperoleh tanggal 26 desember 2016
- Kementrian Kesehatan RI. (2010). *Modul Peserta Pelatihan Pendekatan Praktis Kesehatan Paru (Practical Approach To Lung Health/PAL)*, Jakarta: Kemenkes Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Paru.
- Mahfuznah I, Gambaran faktor risiko penderita TB paru berdasarkan status gizi dan pendidikan di RSUD dokter Soedarso. Universitas Tanjungpura Pontianak, 2014
- Martono, N. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Misandiarly & Sunarmo (2009). *Tuberkulosis Paru dan Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi tingginya angka kejadiannya di Indonesia Tahun 2007*

- Misnardiary. S (Sudiantara. K. 2013). Faktor faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Kasus TB paru
- Notoatmodjo, S, (2003), *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar, Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Edisi 2, Cetakan Pertama
- Panjaitan.F. (2011). *Skripsi Karakteristik Penderita Tuberkulosis Paru dewasa Rawat Inap di RSUD DR.Soedarsono Pontianak Periode September-November2010*
- Potter & Perry (2005). *Buku Ajar fundamental Keperawatan : konsep, Proses, dan praktik*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Power MJ. Quality of life. Dalam Lopez, Shane J. & Synder, C.R.(2004). *Positive Psychological Assessment:A Handbook of models and measures. Washington DC, American psychological Association*
- Rantung dkk, 2015. Hubungan Self care dengan Kualitas Hidup Pasien DM di Persatuan Diabetes Indonesia (Persadia) Cabang Cimahi
- Ratnasari. (Agus, M 2015). Faktor Resiko Terjadinya Tuberkulosis Paru di Indonesia.
- Reis. (Millah, N. (2013). Hubungan antara Optimisme dan Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Mellitus. Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya. Universitas Islam Indonesia.
- Reny, C. (2016). Hubungan *Self care* dengan Kualitas Hidup Pasien DM
- Rini, I.S. (2011). *Tesis Hubungan antara Efikasi diri dengan Kualitas hidup pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis dalam konteks Asuhan Keperawatan di RS Paru Batu dan RSUD DR. Syaiful Anwar Malang Jawa Timur*. <http://www.lontar.ui.ac.id>
- Sastroasmoro dan Ismail, (2011), *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, Jakarta, Sagung Seto
- Sekarwiri, E. (2008). *Hubungan Antara Kualitas Hidup Dengan sense of community*. Diambil tanggal 25 April 2016 dari <http://www.lontar.ui.ac.id>
- Smeltzer, S., & Bare. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & Suddarth*, vol 1 edisi 8, Jakarta: EGC
- Tambunan, F. (2014). *Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkolosis Paru di RSUD Haji Adam Malik Medan*. Fakultas Keperawatan. Universitas Sumatera Utara.

World Health Organization (WHO), (2015), *Global Tuberculosis Report 2015*. Switzerland.

Yunianti R.N., (2012), *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.

