

**HUBUNGAN HEALTH LOCUS OF CONTROL (HLC) TERHADAP
KUALITAS HIDUP PENDERITA TUBERKULOSIS DI KOTA
MAGELANG**

SKRIPSI



NOVI LIANAWATI

19.0603.0044

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2021**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyebab kematian teratas dan penyebab utama dari agen penyakit infeksi yang melebihi infeksi HIV/ AIDS adalah infeksi tuberculosis (TBC). Setiap tahunnya, jutaan orang menjadi penderita tuberculosis. Sekitar 10,0 juta (kisaran, 9,0–11,1 juta) 2 orang menjadi penderita TB pada tahun 2018, angka ini diperkirakan cukup stabil dalam beberapa tahun terakhir. Bagi negara yang memiliki penderita terbanyak, beban penyakit sangat bervariasi dari lima hingga lebih dari 500 kasus baru per 100.000 penduduk per tahun, dengan rata-rata sekitar 130 kasus secara global. Sekitar 1,2 juta (kisaran, 1,1-1,3 juta) kematian akibat TB di antara orang yang tidak terinfeksi HIV pada tahun 2018, dan tambahan 251.000 kematian (kisaran, 223.000-281.000) 3 di antara orang yang terinfeksi HIV (Sataloff, Johns and Kost, 2019).

Kasus Tuberkulosis terdapat di semua negara dan kelompok usia, tetapi secara umum, 90% kasus adalah orang dewasa (berusia ≥ 15 tahun), 9% adalah orang terinfeksi HIV (72% di Afrika) dan dua pertiga diantaranya ditemukan di delapan negara: 27% di India, 9% di China, 8% di Indonesia, 6% Filipina, 5% Pakistan, 4% di Nigeria, 4% di Bangladesh dan 3% di Afrika Selatan. Menurut WHO, negara-negara tersebut beserta 22 negara lain dari 30 negara dengan beban TB tinggi berkontribusi pada 87% dari kasus dunia. Di wilayah Eropa, 6% kasus tuberculosis terdeteksi secara global dan Wilayah 3% di wilayah Amerika (WHO, 2018).

Tuberkulosis selain menjadi masalah penyakit prioritas namun belum sepenuhnya teratasi menurut Renstra Kemenkes tahun 2015, ternyata menjadi penyebab kematian pada kelompok usia remaja, disamping penyakit demam berdarah dan tuberkulosis (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Indonesia memiliki angka insiden sebesar 319 pada tahun 2017 per 100.000 penduduk dan

angka kematian penderita tuberkulosis sebesar 40 per 100.000 penduduk (Global Tuberculosis Report WHO, 2018).

Pada tahun 2018 ditemukan sebanyak 566.623 kasus penderita tuberkulosis. Angka ini meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2017 yang sebesar 446.732 kasus. Jumlah kasus tertinggi berada di provinsi dengan populasi penduduk yang padat yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. 44% kasus tuberkulosis yang terjadi di seluruh Indonesia terdapat di tiga provinsi tersebut. Jumlah kasus tuberkulosis pada laki-laki 1.3 kali lebih tinggi daripada perempuan. Hal serupa juga terjadi pada masing-masing provinsi di seluruh Indonesia (Kemenkes RI, 2019).

Beberapa penelitian yang meneliti tentang kualitas hidup penderita tuberkulosis, salah satu yang mempengaruhi adalah kepatuhan minum obat. Hal ini didukung oleh penelitian yang berjudul Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Segiri Samarinda oleh Muflihatin et al 2014 dengan hasil dari 46 orang responden didapatkan 19 orang responden dengan kategori kepatuhan minum obat rendah yaitu 13 orang (68.4%) memiliki kualitas hidup dengan kategori buruk, 6 orang (31.6%) dengan kualitas hidup kategori sedang dan tidak ada yang memiliki kualitas hidup baik, dari total 27 orang responden dengan kategori kepatuhan minum obat tinggi yaitu 9 orang (33.3%) memiliki kualitas hidup dengan kategori sedang, 18 orang (66.7%) mengalami kualitas hidup dengan kategori baik dan tidak ada yang mengalami kualitas hidup buruk. Berdasarkan hasil Uji Chi-Square didapatkan nilai pvalue (0.000) lebih kecil dari nilai signifikan (0.05) sehingga H_a diterima yang artinya ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pasien Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Segiri Samarinda (Muflihatin, Milkhatun and Hardianti, 2014).

Hasil Riskesdas tahun 2018 memaparkan bahwa proporsi penderita tuberkulosis yang tidak rutin minum obat selama 6 bulan pertama di Indonesia adalah 8.12%.

Di Jawa Tengah, data menunjukkan bahwa sebanyak 8.67% penderita tuberkulosis tidak rutin minum obat, hal ini menunjukkan bahwa penderita tuberkulosis di Jawa Tengah yang tidak patuh minum obat lebih tinggi daripada angka rata-rata di seluruh Indonesia. Selain itu, angka pengobatan lengkap tuberkulosis tahun 2019 di Kota Magelang adalah 46%, lebih rendah dibandingkan angka rata-rata pengobatan lengkap di seluruh Kabupaten Kota di Jawa Tengah yakni 51.50%. Angka kesembuhan tuberkulosis di Kota Magelang lebih rendah yakni 62.50%, dibandingkan dengan capaian rata-rata Provinsi Jawa Tengah yakni 67.30%. angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis di Kota Magelang adalah sebesar 83.00% angka ini masih dibawah capaian provinsi Jawa Tengah sebesar 85.10% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Magelang menunjukkan bahwa, di tahun 2018 sebanyak 15 dari 214 pasien tuberkulosis atau sekitar 15.50% mengalami putus obat di wilayah Kecamatan Magelang Selatan. Angka ini lebih tinggi dibandingkan 2 wilayah Kecamatan lain di Kota Magelang yakni 6.9% untuk Kecamatan Magelang Tengah, dan 6.7% untuk Kecamatan Magelang Utara. Di tahun 2019, trend putus obat pada penderita tuberkulosis di wilayah Kecamatan Magelang Selatan mengalami penurunan menjadi 7.8%. meskipun demikian, angka ini tetap lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah Kecamatan Magelang Tengah sebesar 1.5% dan wilayah Kecamatan Magelang Utara sebesar 5.8%. Hal serupa juga terjadi ditahun 2020 dimana terdapat penurunan angka penderita tuberkulosis yang putus obat yakni 6.5% untuk wilayah Kecamatan Magelang Selatan, 6.1% untuk wilayah Kecamatan Magelang Tengah dan 0% untuk wilayah Kecamatan Magelang Utara. Meskipun terdapat penurunan dari tahun ke tahun, namun data penderita putus obat di wilayah Kecamatan Magelang Selatan selalu menjadi yang tertinggi diantara dua wilayah kecamatan lainnya. Dari data yang diperoleh diatas dapat disimpulkan bahwa rendahnya kepatuhan minum obat di Jawa Tengah, Kota Magelang masih tergolong tinggi, dengan kata lain, kualitas hidup penderita TBC di Jawa Tengah khususnya Kota

Magelang masih tergolong rendah.

Health Locus of Control (HLC) adalah persepsi pada individu-individu yang mengacu pada pengalaman dan keyakinan yang mereka miliki tentang penyebab yang mendasari peristiwa-peristiwa dalam hidup mereka (Sumijah, 2015). *Health locus of control* juga memegang peranan penting dalam membentuk perilaku hidup sehat bagi penderita tuberkulosis, dalam hal ini perilaku sehat yang dimaksud yakni kemauan untuk mencapai kualitas hidup yang setinggi-tingginya. Kualitas hidup yang tinggi dapat dicapai salah satunya dengan patuh minum obat agar penderita TBC bisa mengalami tuntas pengobatan dan mencapai kualitas hidup yang tertinggi. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Anindita pada tahun 2018 yang menyatakan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara dimensi *Internal Health locus of control* (IHLC) terhadap kepatuhan minum obat dengan nilai korelasi $r = 0.576$ dan $p = 0.00$ $p < 0.05$) serta menyumbang 33.1% terhadap variabel kepatuhan minum obat. Artinya, dapat dikatakan bahwa nilai korelasi dimensi IHLC dan kepatuhan minum obat tergolong kuat. Semakin tinggi skor pada dimensi IHLC, maka akan semakin tinggi pula tingkat kepatuhan minum obat pada pasien DM Tipe 2. Individu yang memiliki orientasi internal akan lebih mematuhi rejimen pengobatan mereka sendiri daripada individu yang berorientasi eksternal (Pramesti, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas, tertarik untuk meneliti Hubungan *Health Locus Of Control* (HLC) Terhadap Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis Di Kota Magelang.

1.2 Rumusan Masalah

Pada beberapa penelitian yang meneliti tentang kualitas hidup penderita tuberkulosis, salah satu yang mempengaruhi adalah kepatuhan minum obat. Hal ini didukung oleh penelitian yang berjudul Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Segiri

Samarinda oleh Muflihatin et al 2014 dengan hasil dari 46 orang responden didapatkan 19 orang responden dengan kategori kepatuhan minum obat rendah yaitu 13 orang (68.4%) memiliki kualitas hidup dengan kategori buruk, 6 orang (31.6%) dengan kualitas hidup kategori sedang dan tidak ada yang memiliki kualitas hidup baik, dari total 27 orang responden dengan kategori kepatuhan minum obat tinggi yaitu 9 orang (33.3%) memiliki kualitas hidup dengan kategori sedang, 18 orang (66.7%) mengalami kualitas hidup dengan kategori baik dan tidak ada yang mengalami kualitas hidup buruk. Berdasarkan hasil Uji Chi-Square didapatkan nilai pvalue (0.000) lebih kecil dari nilai signifikan (0.05) sehingga H_a diterima yang artinya ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pasien Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Segiri Samarinda (Muflihatin, Milkhatun and Hardianti, 2014).

Dapat disimpulkan bahwa kepatuhan minum obat memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita, data yang ada menunjukkan penderita tuberkulosis di Jawa Tengah yang tidak patuh minum obat lebih tinggi daripada angka rata-rata di seluruh Indonesia. Angka pengobatan lengkap tuberkulosis tahun 2019 di Kota Magelang lebih rendah yakni hanya 62.5% dibandingkan angka rata – rata pengobatan lengkap di Kabupaten Kota di Jawa Tengah sebesar 67.3%. Angka kepatuhan berobat dapat dinilai dari angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis. Menurut Profil Kesehatan Jawa Tengah 2019 angka keberhasilan berobat di Kota Magelang lebih rendah dari angka rata-rata di Kabupaten Kota Jawa Tengah yakni hanya sebesar 83% terhadap 85.1%. Kepatuhan minum obat pada penderita Tuberkulosis harus dipastikan untuk mencegah resistensi obat dan terpenuhinya prinsip pengobatan tuberkulosis. Tuntasnya pengobatan tuberkulosis menjadi salah satu factor penting untuk mencapai kualitas hidup yang maksimal bagi penderita tuberkulosis.

Berdasarkan fenomena tersebut maka pertanyaan yang muncul adalah adakah hubungan Health Locus of Control terhadap Kualitas Hidup pada penderita Tuberkulosis di Kota Magelang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.1.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara *Health Locus of Control* terhadap Kualitas Hidup penderita Tuberkulosis di Kota Magelang.

1.1.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Mengidentifikasi *Health Locus of Control* (HLC) penderita Tuberkulosis di Kota Magelang
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup penderita Tuberkulosis di Kota Magelang
- d. Menganalisa hubungan *Health Locus of Control* dan Kualitas Hidup penderita Tuberkulosis di Kota Magelang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.1.3 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat dioperasionalkan sebagai bahan-bahan informasi untuk penelitian selanjutnya dan untuk menambah referensi perpustakaan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

1.1.4 Bagi Profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan kesadaran keluarga dan penderita Tuberkulosis agar bahu membahu dalam penyelesaian pengobatan Tuberkulosis bagi penderita

1.1.5 Bagi klien dan keluarga

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi kepada klien dan keluarga mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan *Health Locus Control* terhadap Kualitas hidup Penderita Tuberkulosis di Kota Magelang.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1.1.6 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini akan dilakukan pada Bulan Agustus 2021.

1.1.7 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di Kota Magelang, yaitu di wilayah Kecamatan Magelang Utara, Kecamatan Magelang Tengah, Kecamatan Magelang Selatan.

1.1.8 Ruang Lingkup Materi

Berdasarkan materi penelitian hubungan *Health Locus of Control* terhadap Kualitas Hidup pada penderita Tuberkulosis berkaitan dengan ilmu Kesehatan khususnya pada bidang Ilmu Keperawatan Medikal Bedah di Komunitas.

1.6 Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang sejenis dengan penelitian ini, antara lain yaitu :

Tabel 1.1 Tabel Keaslian Penelitian

NO	PENELITI TAHUN	JUDUL	METODE PENELITI AN	HASIL	PERBEDAAN
1	Irnawati, 2016	Hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis	Jenis penelitian korelasional, design cross sectional, Teknik sample purposive sampling, variable bebas : dukungan keluarga, variable terikat kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis	Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB paru di Puskesmas Tapanuli Utara (p=0,002). Pada penelitian	Pada penelitian sebelumnya menggunakan variable bebas variable terikat kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis, sedangkan pada penelitian ini menggunakan variable bebas dukungan keluarga dan <i>Health Locus of Control</i> dan variable terikat kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis. Desain penelitian menggunakan desain

NO	PENELITI TAHUN	JUDUL	METODE PENELITI AN	HASIL	PERBEDAAN
				ini, dukungan keluarga yang baik meningkatk a n kepatuhan penderita TB untuk minum obat anti tuberculosi s (OAT)	cross sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah teknik purposive sampling.
2.	Anindit a Dwi Prames ti Rr. Indahria Sulistyarini , 2018	Hubungan Antara Health Locus Of Control Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kota Semarang	Jenis penelitian korelasiona l, design cross sectional, Teknik sample menggunak an purposive sampling, variable bebas : HLC, variable terikat kepatuhan minum obat pasien DM tipe 2	Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB paru di Puskesmas Tapanuli Utara (p=0,002). Pada penelitian ini, dukungan keluarga yang baik meningkatka n kepatuhan penderita TB untuk minum obat anti tuberkulosis (OAT)	Pada penelitian sebelumnya menggunakan variable terikat kepatuhan minum obat penderita DM, pada penelitian ini menggunakan variable terikat kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis. Desain penelitian menggunakan desain cross sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah teknik purposive sampling
3	Khairin a Febrianti, 2020	Hubungan Antara Health Locus Of	Jenis penelitian korelasiona l, design	Hasil uji hipotesis ditemukan terdapat	Pada penelitian sebelumnya menggunakan variable bebas <i>Health Locus of</i>

NO	PENELITI TAHUN	JUDUL	METODE PENELITI AN	HASIL	PERBEDAAN
		Control Dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi	menggunakan cross sectional, Teknik sampling menggunakan purposive sampling, variable bebas adalah HLC dan variable terikat adalah kepatuhan minum obat pada pasien Hipertensi	hubungan positif yang signifikan pada dimensi IHLC dengan kepatuhan minum obat ($r = 0.344$, $p = 0.005$) serta hubungan negatif namun tidak signifikan pada dimensi CHLC ($r = -0.066$, $p = 0.316$) dan hubungan positif yang signifikan pada dimensi PHLC ($r = 0.397$, $p = 0.001$) terhadap kepatuhan minum obat pasien hipertensi.	<i>Control</i> dan variable terikat Kepatuhan minum obat penderita hipertensi, pada penelitian ini penulis menambahkan dukungan keluarga sebagai variable bebas dan variable terikat yaitu kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis. Desain penelitian menggunakan desain cross sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah teknik purposive sampling

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Health Locus of Control (HLC)

2.1.1 Pengertian

Peristiwa-peristiwa yang baik atau buruk dalam hidup seseorang memiliki pengaruh untuk merubah persepsi atau cara pandang seseorang dalam mengendalikan sumber/penyebab peristiwa tersebut sesuai keyakinan dirinya, hal ini merupakan definisi dari Locus of control menurut Rotter 1966 dan dimuat kembali dalam Jurnal Telaah dan Riset Akuntansi oleh Nadirsyah dan Zuhra et al tahun 2009 (Nadirsyah and Zuhra, 2009).

Individu-individu mengacu pada persepsi yang mereka miliki tentang penyebab yang mendasari peristiwa-peristiwa dalam hidup mereka. Hal tersebut merupakan salah satu konsep yang menjadi acuan HLC. Konsep psikologis berkaitan dengan beberapa aspek kecerdasan yang ada dalam diri manusia. Kecerdasan ganda (*Multiple Intelligence/MI*) memiliki hubungan dengan LOC dan merupakan konstruksi dari kemampuan membaca, bahasa, visual, dan lain- lain. Di antara domain kecerdasan yang berbeda, visual intelijen membuat kontribusi terbesar dalam memprediksi kemampuan membaca . Hubungan antara LOC dan kemampuan membaca juga sangat signifikan . Dengan kata lain, korelasi positif yang signifikan ditemukan antara orientasi internal dan kemampuan membaca serta kecerdasan visual dan skor membaca . Hal ini dapat disimpulkan bahwa LOC dan MI adalah variabel yang signifikan mengenai kemampuan membaca dan harus sangat dipertimbangkan.

Health locus of control mencakup segala aktivitas yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan. Beberapa orang memiliki lokus eksternal kontrol kesehatan, seperti dokter, kebetulan dan takdir bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri status. Sebaliknya, orang dengan internal health locus control percaya tanggung jawab mereka untuk kesehatan mereka. Oleh karena itu, keyakinan pasien berpengaruh pada kepatuhan terhadap rejimen pengobatan. *Health locus of control* dianggap sebagai keyakinan penting (Taher et al., 2015).

Perilaku kesehatan bisa dipengaruhi oleh kepercayaan tentang pembangunan pribadi sehat (Locus control) bisa mempengaruhi perilaku kesehatan dan berdampak pada penyakit dan pengobatan. Hal tersebut diungkapkan oleh Singh tahun 2011 yang kemudian dimuat dalam jurnal karangan Obadiora tahun 2019.

2.1.2 Jenis Health Locus of Control

Pada dasarnya, individu dapat membedakan sumber control internal atau eksternal mereka. Hal ini diungkapkan dalam teori pembelajaran sosial Rotter (Lynam et al., 2009) . Dimensi *Health Locus of Control* terdiri dari :

a. *Internal Health Locus of Control (IHLC)*

Kesehatan internal LOC dikaitkan dengan pengetahuan dan sikap, keadaan psikologis, perilaku sehat, dan kesehatan yang lebih baik kondisi. Orang dengan LOC internal menerima tanggung jawab dan keputusan tanpa pengaruh apapun dari tubuh luar. Studi juga menunjukkan bahwa orang dengan internal-LOC lebih cenderung mematuhi yang ditentukan rejimen pengobatan karena mereka percaya pada kemampuannya mempengaruhi kesehatan mereka sendiri hal ini diungkapkan oleh Burkhart dan Rayens, 2005; Omeje dan Nebo, 2011 dalam Obadiora 2016.

Individu yang memiliki locus of control internal cenderung menghubungkan hasil atau outcome dengan usaha-usaha mereka atau mereka percaya bahwa kejadian-kejadian adalah di bawah pengendalian atau kontrol mereka dan mereka memiliki komitmen terhadap tujuan organisasi yang lebih besar dibandingkan dengan individu yang memiliki locus of control eksternal (Nadirsyah and Zuhra, 2009).

b. *Eksternal Health Locus of Control (IHLC)*

Sebaliknya, individu dengan LOC eksternal cenderung menempatkan diri mereka dan kesehatan mereka ke dalam kekuatan eksternal seperti kebetulan, takdir atau orang lain. Kesehatan eksternal LOC dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang negatif dan memiliki keadaan psikologis yang lemah , hal ini dimuat dalam Malcame tahun 2005 dan dibahas oleh Obadiora tahun 2016. Orang yang didorong oleh HLC eksternal cenderung tidak patuh pada ketentuan pengobatan/terapi karena keyakinan bahwa tindakan mereka mungkin tidak sangat mempengaruhi hasil kesehatan.

Individu yang memiliki locus of control eksternal adalah individu yang percaya bahwa

mereka tidak dapat mengontrol kejadian-kejadian dan hasil atau outcome (Spector, 1982 dalam Donnelly et al., 2003). Mudrack dalam Donnelly et al. (2003) menyimpulkan bahwa penggunaan manipulasi, penipuan atau taktik menjilat atau mengambil muka dapat menggambarkan suatu usaha dari locus of control eksternal untuk mempertahankan pengaruh mereka terhadap lingkungan yang kurang ramah dan memberikan kepada mereka sebuah pendekatan berorientasi internal seperti kerja keras (Nadirsyah and Zuhra, 2009).

Eksternal Health Locus of Control terdiri dari dua dimensi yaitu *Chance Health Locus of Control* (CHLC) dan *Powerful Others Health Locus of Control* (PHLC). CHLC diartikan sebagai keyakinan individu dimana yang terjadi dalam hidupnya ditentukan sesuatu yang tidak konkret, misalnya takdir atau nasib. Sedangkan PHLC diartikan sebagai keyakinan bahwa sehat atau tidaknya individu disebabkan adanya factor yang berasal dari orang lain atau factor eksternal (Anindita, 2019).

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian

Posisi seseorang dalam kehidupan akan menentukan persepsi dirinya, hal ini bila ditinjau dari konteks budaya, sistem nilai yang mereka anut dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar dan hal lain yang terkait didefinisikan sebagai kualitas hidup. Kualitas hidup mencakup kompleksitas masalah yang cukup luas karena menyangkut kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan social dan lingkungan dimana mereka berada (WHO, 2012 dalam Jacob and Sandjaya, 2018).

Kualitas hidup disebut juga sebagai kehidupan yang baik. Kehidupan yang baik dideskripsikan sebagai kehidupan yang memiliki kualitas tinggi/baik. Mungkin hal ini terlihat sebagai keterangan / klarifikasi tetapi sudah jelas untuk sebuah klarifikasi sederhana, definisi ini sudah memenuhi, karena bagaimanapun, jargon kesehatan sering menggunakan konsep yang terbatas terutama dalam mendefinisikan konsep, dan efek samping. Kualitas hidup dapat disimpulkan sebagai level tertinggi dan paling umum yang harus dicapai oleh manusia (Ventegodt *et al.*, 2005).

2.2.2 Jenis Kualitas Hidup

2.2.2.1 Kualitas Hidup Subjektif

Kualitas hidup subjektif adalah seberapa baik kehidupan yang dirasakan dan dijalani

oleh setiap individu. Setiap individu secara pribadi mengevaluasi bagaimana dia memandang sesuatu dan perasaannya terhadap suatu gagasan. Apakah seorang individu puas dengan hidup dan bahagia adalah aspek yang mencerminkan kualitas hidup subjektif.

2.2.2.2 Kualitas Hidup Eksistensial

Kualitas hidup eksistensial berarti seberapa baik hidup seseorang pada tingkat yang lebih tinggi. Ini diasumsikan bahwa individu memiliki sifat yang lebih dalam yang layak untuk dihormati dan bahwa individu dapat hidup harmonis dengan masyarakat. Kita mungkin berpikir bahwa sejumlah kebutuhan dalam diri yang bersifat biologis harus dipenuhi, seperti kondisi pertumbuhan yang harus dioptimalkan, atau bahwa kita semua harus menjalani hidup sesuai dengan spiritualitas tertentu dan cita-cita agama yang ditetapkan oleh sifat keberadaan kita.

2.2.2.3 Kualitas Hidup Objektif

Kualitas hidup objektif berarti bagaimana hidup seseorang dipersepsikan oleh dunia luar. Pandangan ini dipengaruhi oleh budaya di mana seseorang tinggal. Kualitas hidup objektif mengungkapkan dirinya dalam kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan nilai-nilai budaya dan memberi tahu kita sedikit tentang kehidupan orang itu. Contohnya mungkin status sosial atau simbol status yang seharusnya harus menjadi anggota yang baik dari budaya itu. (Tujuan digunakan di sini dalam arti fakta nonsubjektif atau objektif nonsubjektif berkaitan dengan eksternal dan mudah kondisi kehidupan yang mapan yang dapat dinilai oleh banyak pengamat secara identik.) (Ventegodt *et al.*, 2005).

2.2.3 Instrumen

Kualitas hidup dinilai dengan *World Health Organization Quality of Life Bref* (WHOQOL-BREF) versi Indonesia. Banyak instrumen penilaian kualitas hidup telah dirancang yang bersifat umum atau spesifik penyakit tertentu. Instrumen penilaian kualitas hidup yang paling populer digunakan adalah WHOQOL- BREF. WHOQOL-BREF merupakan instrumen penelitian yang dikembangkan oleh WHO. Instrumen ini telah divalidasi dalam berbagai bahasa termasuk Indonesia. Instrumen ini terdiri dari 26 *item* dengan 4 domain kualitas hidup seperti yang disajikan pada Tabel 2.1

Tabel 2.1 Domain WHOQOL-BREF

Domain	Keterangan
Kesehatan fisik	Domain ini mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa nyeri dan tidak nyaman, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.
Psikologi	Domain ini mencakup kesan diri dan penampilan, perasaan positif, perasaan negatif, <i>self-esteem</i> , spiritualitas/ agama/ kepercayaan, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
Hubungan Sosial	Domain ini mencakup hubungan personal, dukungan sosial, aktivitas seksual
Lingkungan	Domain ini mencakup sumber keuangan, kebebasan, keamanan, dan keselamatan fisik, layanan kesehatan dan sosial (termasuk aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi maupun ketrampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk berekreasi dan beraktivitas di waktu luang, lingkungan fisik (termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim), serta transportasi

2.3 Penderita Tuberkulosis

2.3.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis biasanya disingkat menjadi TB atau TBC adalah penyakit menular disebabkan oleh kuman tuberkulosis (*Mycobacterium Tuberculosis*). Umumnya menyerang paru, tetapi bisa juga menyerang bagian tubuh lainnya seperti kelenjar getah bening, selaput otak, kulit, tulang dan persendian, usus, ginjal dan organ tubuh lainnya (PPTI, 2010).

Tuberkulosis merupakan penyakit sistem respirasi dan menular. Bakteri akan keluar dari sistem respirasi dan menginfeksi individu yang lain melalui percikan (droplet) sputum yang dibatukkan atau dibersinkan. Droplet yang dikeluarkan, dapat melayang di udara selama beberapa menit sampai beberapa jam karena partikelnya berukuran 1–5 μm . Resiko infeksi bergantung pada beberapa faktor, seperti seberapa infeksiusnya sumber infeksi, kontak terhadap sumber infeksi, jumlah basil yang terdapat pada droplet, dan yang paling penting adalah imunitas penjamu. Jalur utama infeksi melalui paru- paru

Droplet yang terhirup dapat menghindari sistem pertahanan di bronkus karena diameter droplet yang kecil, yang kemudian droplet akan masuk ke alveolus terminalis. Pada individu yang tidak dapat menghancurkan seluruh kuman, makrofag alveolus akan memfagosit kuman TB yang sebagian besar dihancurkan. Akan tetapi, sebagian kecil kuman TB yang tidak dapat dihancurkan akan terus berkembang biak di dalam makrofag dan akhirnya menyebabkan lisis makrofag. Selanjutnya, kuman TB membentuk lesi di tempat tersebut, yang dinamakan fokus primer ghon. Dari fokus primer ghon, kuman TB menyebar melalui saluran limfe menuju kelenjar limfe regional. Penyebaran ini menyebabkan terjadinya limfangitis dan limfadenitis. Jika fokus primer terletak di lobus bawah atau tengah, kelenjar limfe yang akan terlibat adalah kelenjar limfe parahilus (perihiler), sedangkan jika fokus primer yang terletak di apeks paru, yang akan terlibat adalah kelenjar paratrakeal. Gabungan antara fokus primer, limfangitis, dan limfadenitis dinamakan kompleks primer. Waktu yang diperlukan sejak masuknya kuman TB hingga terbentuknya kompleks primer secara lengkap disebut sebagai masa inkubasi (Marlinae *et al.*, 2019).

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis

2.3.2.1 Dukungan keluarga

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia makna dari dukungan adalah sesuatu yang didukung, sokongan; bantuan, hasil mendukung, sedangkan keluarga adalah orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional) (Hanson 2001, dalam Doane & Varcoe, 2005 dalam Kholifah, 2016).

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga ketika keluarga memiliki masalah dengan system dukungan social yang ada, sehingga akan muncul saran, bimbingan yang akan dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga tempat untuk menciptakan lingkungan penuh kasih sayang yang berfungsi mengarahkan dan menemukan sumber perawatan, bantuan keuangan yang menjadi bentuk umum yang biasa dilakukan sebagai dukungan keluarga. Dukungan-dukkungan ini memungkinkan individu untuk meningkatkan kesadaran agar penggunaan pelayanan kesehatan meningkatkan kepatuhan perawatan (Osamor 2015 dalam Yeni, Husna and Dachriyanus, 2016).

Salah satu studi dilakukan di distrik Pune di Maharashtra mengungkapkan bahwa pasien tuberkulosis memiliki pendekatan dan definisi sendiri untuk perawatan dan dukungan yang akan diberikan oleh anggota keluarga. Responden berpendapat bahwa dukungan dan kepeduliannya baik harus terdiri dari :

- a. bantuan dalam kegiatan rutin
- b. bantuan keuangan
- c. dukungan emosional dan moral,
- d. motivasi untuk menyelesaikan pengobatan.
- e. menyertai pasien untuk pengobatan
- f. mengingatkan untuk minum obat
- g. membiarkan mereka istirahat
- h. menyediakan makanan dan kebutuhan dukungan jika diperlukan.

Selanjutnya menurut pasien, dalam menghadapi konsekuensi yang tidak diinginkan bila terdeteksi dengan tuberkulosis di beberapa kalangan masyarakat yang masih berkembang dan penghapusan beberapa hak dalam kehidupan bermasyarakat. Tidak jarang pasien menghadapi berbagai hambatan dalam hidup, yang meliputi isolasi dan penolakan dari keluarga dan komunitas.

Hal diatas memperkuat persepsi bahwa peran keluarga tidak bisa diabaikan begitu saja dalam perawatan tuberkulosis, karena tuberkulosis adalah penyakit menular kronis dan membutuhkan perawatan yang berlarut-larut. Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan dan dukungan tuberkulosis, yang dimulai dengan infeksi, berlanjut dengan manifestasi tanda dan gejala dan perilaku pencarian kesehatan, dan diakhiri dengan hasil pengobatan. Perhatian dan dukungan keluarga sangat penting dalam kepatuhan pengobatan, kualitas perawatan, dan penyelesaian pengobatan pada pasien tuberkulosis.

Dalam *Perspective of tuberculosis patients on family support and care in rural Maharashtra*, responden mengungkapkan perhatian harus mencakup berbicara tentang kata-kata dorongan, memberikan motivasi untuk melawan penyakit, dan mencegah pikiran negatif seperti mencoba bunuh diri dan meninggalkan rumah (Samal, 2017).

2.3.2.2 Aspek Biologis Kualitas Hidup

Aspek kualitas hidup ini menyangkut dasar, konstitusi biologis manusia. Dari sudut pandang biologis, manusia adalah organisme hidup, koloni sel yang, melalui pertukaran informasi yang intens, menyadari potensi biologis yang dalam untuk menciptakan manusia.

Ketika formula untuk menjadi seorang manusia yang utuh dan holistik, yang terkandung jauh di dalam sifat kita, telah terwujud dalam struktur organisme manusia, maka kehidupan dicirikan oleh keteraturan; biologis, psikologis, sosial, dan agama dipahami dalam arti luas sebagai apa yang kita percaya tentang kehidupan dan kenyataan.

Dilihat dari sudut ini, kesehatan fisik mencerminkan keadaan informasi biologis sistem, karena sel-sel tubuh membutuhkan informasi yang tepat untuk berfungsi dengan benar dan untuk menjaga tubuh sehat dan baik. Menurut pengertian ini, kualitas hidup terletak pada kesesuaian antara kehidupan yang sebenarnya hidup dan formula untuk menjadi orang yang terletak jauh di dalam organisme. Karena kesadaran dan pengalaman hidup kita juga dikondisikan secara biologis, pengalaman bahwa hidup memiliki atau tidak memiliki makna juga dapat dilihat sebagai dikondisikan oleh keadaan sistem informasi biologi. Jika komunikasi antara sel-sel organisme tidak optimal, keadaan pengalaman dan kehidupan sadar juga tidak dapat optimal.

Beberapa orang dengan artritis baik-baik saja dan beberapa orang yang tidak sakit bekerja dengan buruk. Pertanyaan yang menarik adalah apakah seseorang dapat menderita radang sendi dan masih memiliki kehidupan yang sepenuhnya? Jika ada hubungan antara kualitas hidup dan penyakit, itu mungkin terletak jauh di dalam diri manusia sehubungan dengan pusat eksistensial mereka (termasuk keadaan kesehatan dan "jiwa") dan bukan di permukaan sehubungan dengan seberapa baik perasaan mereka. Arti dalam hidup dan tatanan biologis berjalan beriringan dalam teori kehidupan seperti itu. Orang yang hidup sedemikian rupa sehingga makna hidupnya secara bertahap hilang juga baik hati orang yang rentan terhadap penyakit yang mempengaruhi penampilan fisik dan kesejahteraan tubuh, tampaknya tanpa sebab. Oleh karena itu, hubungan antara kualitas hidup dan penyakit adalah paling baik diilustrasikan dengan menggunakan teori individu sebagai sistem informasi biologis (Ventegodt, Merrick and Andersen, 2003).

2.3.2.3 Aspek Pemenuhan Kebutuhan

Konsep pemenuhan kebutuhan jauh lebih abstrak dibandingkan aspek-aspek sebelumnya. Ini juga lebih dangkal dan dikondisikan secara budaya. Ini digunakan dalam arti luas, juga populer. Kebutuhan secara tradisional berhubungan dengan kualitas hidup sehingga, ketika kebutuhan Anda terpenuhi, kualitas hidup Anda hidup itu tinggi. Kebutuhan adalah ekspresi dari sifat kita: yaitu, sesuatu yang dimiliki semua manusia bersama. Gagasan pemenuhan kebutuhan ada di mana-mana. Konsep ini digunakan jauh lebih ketat dalam istilah ilmiah karena melihat lebih dekat mengungkapkan bahwa makna konsep tidak jelas dan ambigu.

Maslow memberikan rumusan yang sangat penting tentang konsep kebutuhan. Selain itu kebutuhan yang terkenal sebagai makanan, seks, dan hubungan sosial, Maslow berbicara tentang kebutuhan yang lebih abstrak untuk menyadari diri sendiri. Ide ini telah menjadi bagian integral dari budaya kita. Sebagaimana diuraikan di atas, pengertian pemenuhan kebutuhan secara intuitif bermakna. Ini adalah sebuah panggung antara aspek yang dalam, sangat eksistensial dan fenomena objektif yang dangkal, dan kami karena itu telah memasukkannya ke dalam spektrum kami. Kebutuhan juga berkaitan erat dengan keinginan dan kebutuhan kepuasan yang kita semua capai dengan terpenuhinya kebutuhan kita.

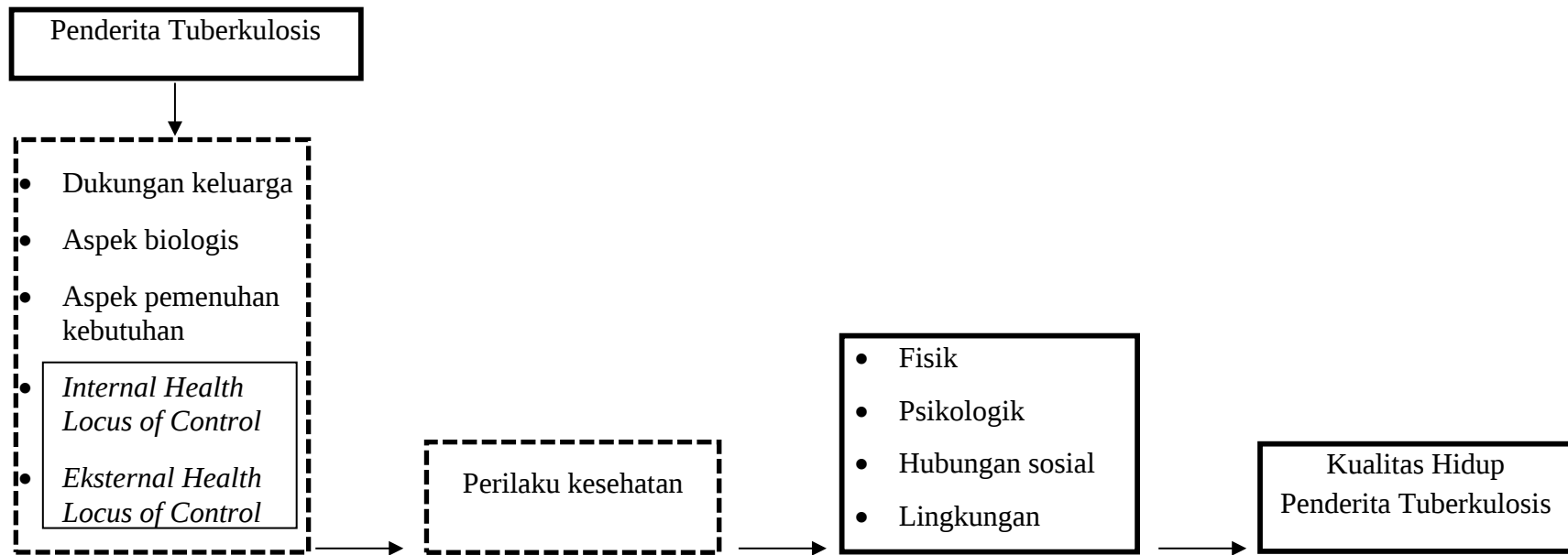
Pemenuhan kebutuhan tidak identik dengan kesejahteraan, karena kebutuhan berkaitan dengan aspek manusia alam. Namun, itu adalah bagian dari teori kebutuhan bahwa kita merasa baik setelah kebutuhan kita terpenuhi terpenuhi. Pemenuhan kebutuhan tidak sama dengan mewujudkan potensi hidup, yang mengambil jalan ekstrim pendirian bahwa hidup adalah tentang mewujudkan informasi biologis seseorang. Informasi ini ada sedemikian rupa bentuk kompleks yang hampir tidak dapat direduksi menjadi kebutuhan yang sederhana dan aktual. Jika kita mengambil kebutuhan Maslow secara abstrak, kebutuhan manusia untuk realisasi diri, definisi menjadi kabur dan tidak jelas. Kebutuhan bukan lagi sesuatu yang harus dipuaskan individu dari sumber luar seperti makanan dan tempat tinggal tetapi sesuatu yang harus disumbangkan oleh orang tersebut dan dicapai untuk dirinya sendiri (Ventegodt, Merrick and Andersen, 2003).

2.3.2.4 Health Locus of Control

Hasil penelitian Obadiora tahun 2016 berjudul *Comparative influence of health locus of control on medication adherence among tuberculosis and HIV-positive outpatients in Edo State, Nigeria* menyatakan bahwa persepsi pasien rawat jalan dengan infeksi TB dan HIV harus dinilai dan ditentukan keefektifannya melalui paket perawatan yang membutuhkan kepatuhan pengobatan yang ketat. Pesertanya 100 pasien rawat jalan menerima layanan tuberkulosis ($n = 30$) dan HIV / AIDS ($n = 70$) di tujuh fasilitas pengobatan terpilih melintasi Negara Bagian Edo, Nigeria. Responden dipilih dengan menggunakan teknik purposive sampling. Semua peserta secara individual diberikan dengan skala multidimensi health locus of control (MHLC) dan Morisky (8-Item) kuesioner kepatuhan pengobatan (MMAQ). Persentase dan statistik inferensial (ANOVA) digunakan untuk menganalisis data yang dikumpulkan dan diuji pada $p < 0,05$.

Lokus kontrol kesehatan menyajikan pengaruh yang sama pada kepatuhan pengobatan di antara pasien rawat jalan. Ada sebuah asosiasi antara ketidakpatuhan (27%) dan komplikasi kesehatan yang dilaporkan (27%) oleh pasien rawat jalan. Alasan dikutip untuk obat hilang bepercian (48%), jadwal kerja (14,8%), kegiatan agama (14,8%), efek samping obat (11,1%), kendala keuangan (7,4%) dan kehilangan (3,7%). Itu juga diamati internal-LOC [$F = (23, 76) = 0.469, P < 0.05$], Powerful others-LOC [$F = (26, 73) = 0.067, P < 0.05$] dan keberuntungan atau peluang-LOC [$F = (27, 72) = 0.136, P < 0.05$] menunjukkan pengaruh yang sama terhadap kepatuhan pengobatan di antara pasien tuberkulosis dan HIV- positif yang menjalani perawatan. Studi tersebut mengungkapkan bahwa LOC sebagai konstruksi kepribadian tidak ditentukan atau dipengaruhi oleh kondisi TB atau HIV / AIDS. Lebih jauh menunjukkan bahwa metode pengobatan seperti DOTS untuk pengobatan tuberkulosis dimana penggunaan obat secara langsung dikelola dan dipantau oleh penyedia layanan kesehatan dengan dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga terjamin pengaruh kepatuhan keyakinan LOC, terutama terhadap orang lain yang berkuasa (Obadiora, 2016).

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1.KerangkaTeori
(Departemen Kesehatan RI, 2006; Lynam et al., 2009)

: Tidak diteliti
 : Diteliti

2.5 Hipotesis penelitian

Hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris (Notoatmodjo, 2011).

2.5.1 Hipotesis kerja (H_a)

Hipotesis kerja dalam penelitian ini adalah ada hubungan *Health Locus of Control* terhadap kualitas hidup pada penderita Tuberkulosis di Kota Magelang.

2.5.2 Hipotesis nol (H_0)

Hipotesis nol dalam penelitian ini adalah tidak ada hubungan *Health Locus of Control* terhadap kualitas hidup pada penderita Tuberkulosis di Kota Magelang.

BAB 3

METODE PENELITIAN

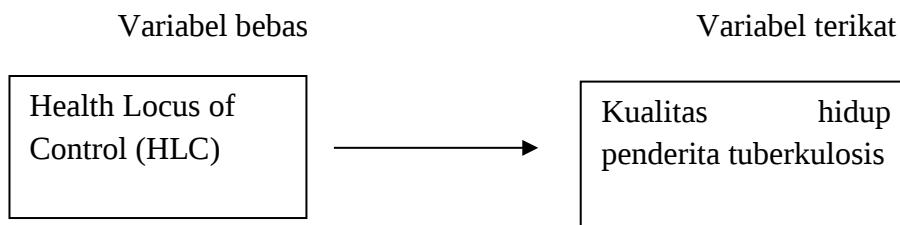
3.1 Rancangan Penelitian

Nursalam (2016) mengemukakan bahwa rancangan penelitian memungkinkan pengontrolan maksimal dari beberapa faktor yang dapat mempengaruhi suatu hasil. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasional. Penelitian deskriptif korelasional bertujuan mengungkapkan hubungan korelatif antara variable independent dan variable dependen dan menguji berdasarkan teori yang telah ada.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana data yang menyangkut variabel bebas dan terikat dikumpulkan dalam waktu bersama- sama. Tiap subyek penelitian hanya di observasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Sugiyono, 2015). Dalam penelitian ini data tentang *Health Locus of Control* (HLC), dan kualitas hidup Tuberkulosis diambil bersama – sama.

3.2 Kerangka Konsep

Konsep penelitian merupakan kerangka acuan yang akan digunakan oleh peneliti untuk mendesain instrument penelitian (Abdullah, 2015).



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	<i>Health Locus of Control</i> (variable bebas)	Sumber berasalnya control yang berperan ketika individu memprediksikan berbagai hal yang dapat mendukung untuk terciptanya keyakinan akan control yang dibagi menjadi 2 yakni IHLC (internal health locus of control) adalah pengetahuan dan sikap, keadaan psikologis, perilaku sehat, dan kondisi kesehatan yang lebih baik dan EHLC (external health locus control) adalah anggapam menempatkan diri mereka dan kesehatan mereka ke dalam kekuatan eksternal seperti kebetulan, takdir	Kuesioner <i>Multidimensional Helath Locus of Control Scales</i> (MHLC) oleh Wallston kemudian dimodifikasi oleh Pramesti (2019) berisi 17 item pertanyaan. 9 pertanyaan untuk dimensi IHLC dan 8 pernyataan untuk dimensi EHLC. Diukur menggunakan skoring pada setiap jawaban kuesioner. Terdapat jawaban alternatif yaitu : Sangat Tidak Setuju (1), Cukup Tidak Setuju (2), Sedikit Tidak Setuju (3), Sedikit Setuju (4), Cukup Setuju (5), Sangat Setuju (6).	Kriteria IHLC Baik skor > 44, Cukup bila skor > 39 dan ≤ 44, Kurang bila skor < 36 Kriteria EHLC Baik bila skor > 34, Cukup bila skor > 24 dan ≤ 34, Kurang bila skor < 24	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Kualitas hidup (variable terikat)	Persepsi individu terkait dengan kehidupannya. Kualitas hidup dibagi menjadi domain kesehatan fisik, psikologik, hubungan sosial, dan lingkungan	Kuesioner berisi 26 pertanyaan. Menggunakan instrumen <i>World Health Organization Quality of Life BREF</i> (WHOQOL-BREF) versi Indonesia. Terdapat jawaban alternatif yang memiliki rentang nilai 1-5 per pilihan jawaban dengan skor tertinggi adalah 130 dan terendah adalah 26	Kualitas hidup baik memiliki skor > 108 Kualitas hidup cukup memiliki skor ≥ 82 dan < 108 Kualitas hidup kurang memiliki skor < 82	Ordinal

3.4 Populasi Dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita Tuberkulosis di wilayah Kota Magelang yang masih menjalani pengobatan pada tahun 2021 sejumlah 80 orang.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Teknik *sampling* dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik sampling yang dimana pemilihan sampel memiliki tujuan, tidak berdasarkan

strata, random atau wilayah namun dipilih berdasarkan tujuan dan kriteria tertentu (Abdullah, 2015). Rumus untuk menghitung sampel menggunakan Rumus Slovin adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel yang dibutuhkan

N : Jumlah Populasi yang digunakan

e : Batas toleransi kesalahan. Batas kesalahan 5% yang berarti tingkat akurasi 95%.

Berikut perhitungannya :

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

$$n = \frac{80}{1 + 80 \times (0,05)^2}$$

$$n = \frac{80}{1 + 80 \times 0,0025}$$

$$n = \frac{80}{1 + 0,2}$$

$$n = \frac{80}{1,2}$$

$$n = 66,7 \text{ sampel}$$

$$n = 67 \text{ sampel}$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas diperoleh hasil sampel sebesar 67 sampel dengan taraf kepercayaan 95%.

Peneliti mengantisipasi apabila terdapat data kurang lengkap atau responden tidak mau berpartisipasi dalam penelitian, maka jumlah sampel ditambah. Koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel drop out dari penelitian. formula yang digunakan dalam koreksi jumlah sampel adalah

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

Keterangan :

n' : besar sampel setelah dikoreksi

n : jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f : prediksi prosentase sampel drop out

Berikut perhitungannya :

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

$$\square' = \frac{67}{1 - 0,1}$$

$$\square' = \frac{67}{0.9}$$

$$\square' = 74,4 \text{ sampel}$$

$$n' = 74 \text{ sampel}$$

Jadi sampel yang terlibat dalam penelitian adalah ini berdasarkan hasil perhitungan adalah 74 orang.

Kriteria inklusi yang diambil adalah sebagai berikut :

- a. Tinggal di wilayah Kota Magelang
- b. Penderita Tuberkulosis yang masuk dalam register program DOTs Kota Magelang
- c. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

- a. Tidak tinggal di Kota Magelang
- b. Tidak bersedia menjadi responden.

3.5 Waktu Dan Tempat

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2021. Penelitian ini dilakukan di wilayah di Kota Magelang.

3.6 Alat Dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data untuk meneliti variable dukungan keluarga, HLC dan kualitas hidup pada penderita tuberkulosis adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini berisi data demografi responden, data tentang HLC, serta data tentang kualitas hidup penderita Tuberkulosis. Data demografi pasien berisi data jenis kelamin, umur responden, pendidikan terakhir responden, dan pekerjaan responden.

Tabel 3.6 Kisi - Kisi Kuesioner

No		Materi Favorable	Unfavorable
<i>Health Locus of Control (HLC)</i>			
1	Internal	1, 3, 6, 11, 12, 16	2, 7, 14
2	Eksternal	4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 17	
<i>Kualitas hidup</i>			
1	Fisik	4, 7, 16, 18	3
2	Psikologi	1, 2, 5, 11, 19	26
3	Hubungan sosial	6, 10, 15, 17, 20, 21, 22	
4	Lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	
TOTAL		38	5

3.6.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.6.2.1 Uji Validitas

Penelitian ini untuk variable bebas *Health Locus of Control* (HLC) menggunakan kuesioner dari Pramesti (2019) yang sudah diuji validitasnya. Pada dimensi *Internal Health Locus of Control* (IHLC) dimana terdapat 6 item pernyataan yang valid. Pada dimensi *Eksternal Health Locus of Control* yang terdiri dari dimensi PHLC dan CHLC terdapat 11 item pernyataan yang telah diuji validitasnya dan dinyatakan valid. Sedangkan untuk variable terikat kualitas hidup menggunakan instrument WHOQOL-BREF yang umum digunakan untuk menilai kualitas hidup. WHOQOL-BREF merupakan instrumen penelitian yang dikembangkan oleh WHO. Instrumen ini telah divalidasi dalam berbagai bahasa termasuk Indonesia. Instrumen ini terdiri dari 26 *item* dengan 4 domain kualitas hidup.

3.6.2.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh hasil pengukuran tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap variable yang sama dengan menggunakan alat pengukur sama. Alat ukur yang digunakan menggunakan kuesioner yang telah dimodifikasi. Menurut Sujarweni (Sujarweni, 2014) uji reliabilitas dapat dilakukan secara bersama – sama terhadap seluruh butir atau item pertanyaan dalam kuesioner penelitian. dasar pengambilan keputusan dalam uji reliabilitas adalah jika nilai *Cronbach's alpha* $> 0,60$ maka kuesioner atau angket dinyatakan reliabel atau konsisten. Pada penilaian variable *Health Locus of Control*, hasil uji reliabilitas pada dimensi *Internal Health Locus of Control* (IHLC) adalah nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0.803. Pada dimensi *Eksternal Health Locus of Control* terdiri dari *Powerful other Health Locus of Control* (PHLC) dan *Chance Health Locus of Control* (CHLC). Nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0.886 untuk dimensi *Chance Health Locus of Control* (CHLC) dan 0.733 untuk dimensi *Powerful other Health Locus of Control* (PHLC).

3.6.3 Metode Pengumpulan Data

3.6.3.1 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner penelitian.

3.6.3.2 Metode Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan langkah – langkah :

1. Proses perijinan penelitian, peneliti melakukan ijin ke bagian tata usaha kampus untuk mendapatkan surat studi pendahuluan untuk kemudian di ajukan ke Badan Kesbangpolinmas Kota Magelang untuk mendapatkan ijin dilakukannya studi pendahuluan, kemudian melakukan studi pendahuluan tentang fenomena dan data pendukung di Dinas Kesehatan Kota Magelang
2. Peneliti melakukan pembuatan proposal skripsi berikut dengan fenomena isi dari studi pendahuluan yang didapatkan, mulai dari konsep latar belakang, teori dan metode penelitian, konsultasi, revisi, persamaam persepsi antara peneliti dengan pembimbing skripsi
3. Apabila proposal disetujui, peneliti mengajukan untuk dilakukannya uji proposal penelitian, revisi paska ujian proposal, konsultasi dan menunggu hasil persetujuan seluruh pembimbing dan penguji untuk dapat melaksanakan tahap selanjutnya, yaitu pengambilan data
4. Melakukan uji etik setelah mendapatkan rekomendasi berupa *ethical clearance* dari Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang sebagai kelayakan etik penelitian
5. Peneliti mengajukan permohonan ijin ke bagian tata usaha untuk mendapatkan surat pengambilan data untuk kemudian di bawa ke Badan Kesbangpolinmas Kota Magelang, kemudian melakukan pengambilan data ke responden yang digunakan untuk penelitian
6. Peneliti menyiapkan kuesioner karakteristik responden, *Health Locus of Control* (HLC) dan kualitas hidup dalam bentuk *google form*
7. Sebelum kuesioner di bagikan kepada responden, terlebih dahulu di uji coba kepada pasien agar mengetahui tingkat kesulitian pengisian kuesioner
8. Sebelum dilakukan pengambilan data, peneliti dalam penyebaran kuesioner dibantu oleh asisten peneliti. Peneliti dan asisten peneliti melakukan apersepsi (persamaan persepsi) dalam menentukan kriteria responden dan penyebaran kuesioner agar mendapatkan hasil yang maksimal. Asisten peneliti dalam hal ini adalah pemegang program Tuberkulosis di Kota Magelang
9. Peneliti ataupun asisten peneliti memberikan kuesioner berupa link *google form* kepada penderita tuberkulosis sejumlah rumus proporsi yang telah ditetapkan, sesuai kriteria inklusi dan eksklusi

10. Peneliti melakukan *informed consent* kepada responden guna menjelaskan apakah bersedia atau tidak menjadi responden, seandainya responden tersebut bersedia maka responden akan mengerjakan kuesioner hingga akhir, seandainya responden tidak bersedia maka jawaban akan otomatis terkirim
11. Peneliti mengecek kelengkapan pengisian kuesioner oleh responden, apakah data sudah tercukupi atau belum
12. Peneliti melakukan tabulasi data, dan kemudian melakukan Analisa menggunakan aplikasi SPSS
13. Peneliti melakukan interpretasi secara naratif dan dikembangkan dalam pembahasan lebih lanjut
14. Apabila intepretasi dan pembahasan sudah sempurna melewati konsultasi dengan pembimbing untuk selanjutnya dilakukan ujian hasil penelitian, proses revisi dan publikasi.

3.7 Metode Pengolahan Dan Analisa Data

3.7.1 Pengolahan data

Setelah data yang diperlukan terkumpul, kemudian dilakukan proses pengolahan data melalui tahap – tahap :

3.7.2 *Editing* atau mengedit data

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data dikumpulkan. Cara mengedit data yaitu dengan mengecek kembali data-data penelitian, bila ditemukan kesalahan pada data, maka dilakukan revisi.

3.7.3 *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer.

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Pada kuesioner A kode responden akan dikodekan dengan angka 1,2,3 dan seterusnya sesuai urutan. Pendidikan untuk jawaban tidak tamat SD

kode “1”, SD kode “2”, SMP kode “3”, SMA kode “4”, diploma kode “5”, serta perguruan tinggi kode “6”. Pada kuesioner B tentang HLC jawaban Sangat Tidak Setuju kode “1”, Cukup Tidak Setuju kode “2”, Sedikit Tidak Setuju kode “3”, Sedikit Setuju kode “4”, Cukup Setuju kode “5”, Sangat Setuju kode “6”. Pada kuesioner kualitas hidup rentang angka dari 1 sampai 5. Untuk pertanyaan favorable jawaban tidak pernah diberi kode “1” dan selalu/sangat diberi kode “5”. Sebaliknya pertanyaan unfavorable jawaban tidak pernah diberi kode “5” dan selalu diberi kode “1”.

3.7.4 Entri Data

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau software komputer. Entri data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memasukkan data hasil penelitian ke dalam komputer. Setelah kuesioner diisi oleh responden, peneliti memasukkan data kuesioner ke dalam program SPSS versi 21.

3.7.5 Melakukan Teknik Analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis menggunakan program komputer.

3.7.6 Analisis Data

3.7.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, menurut Notoatmodjo (2010) pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan prosentase dari masing-masing variabel. Gambaran tentang karakteristik subjek penelitian, dalam hal ini penderita tuberculosis, dijelaskan dalam bentuk distribusi frekuensi berdasarkan variabel dalam penelitian. Dalam analisis univariat ini akan didapatkan prosentase karakteristik responden, *health locus of control*, dan kualitas hidup penderita tuberculosis.

3.7.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, bila data terdistribusi normal

maupun tidak normal menggunakan teknik analisis data untuk menguji hubungan yaitu Kendall Tau pengujian ini digunakan untuk menguji dua variabel apakah ada hubungan atau tidak dengan jenis data ordinal dan tidak harus berdistribusi normal. Pengujian Kendall Tau menggunakan aplikasi computer (Sugiyono, 2015) dimana bila nilai P kurang dari 0.05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Analisis bivariat pada penelitian ini akan dilihat apakah hubungan antara *Health Locus of Control* (HLC) terhadap kualitas hidup pada penderita Tuberkulosis.

3.8 Etika Penelitian

Peneliti dalam menjalankan tugas meneliti hendaknya memegang teguh sikap ilmiah sercta berpegang teguh pada etika penelitian, meskipun mungkin penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan atau membahayakan bagi subjek penelitian (Notoatmodjo, 2012). Kewajiban peneliti :

3.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya (Hidayat, 2014). Dalam penelitian ini responden menandatangani *Informed consent* sebelum mengisi kuesioner.

3.8.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data penelitian yang akan digunakan (Hidayat, 2014). Dalam penelitian ini peneliti tidak menampilkan identitas responden. Peneliti hanya menuliskan nomor urut responden.

3.8.3 *Confidentially* (Menjaga kerahasiaan responden)

Informasi atau hal-hal yang terkait dengan responden harus dijaga kerahasiaannya. Peneliti tidak dibenarkan untuk menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui oleh peneliti tentang responden diluar untuk mencapai tujuan penelitian.

Dalam penelitian ini, data akan disimpan selama 5 tahun untuk menjaga kerahasiaan responden.

3.8.4 *Beneficence* (keuntungan)

Peneliti memperhatikan prinsip *beneficence*, yang artinya penelitian ini mengarah pada kebaikan yaitu dapat memberi manfaat baik secara langsung ataupun secara tidak langsung untuk responden. Di dalam penelitian ini diharapkan memiliki manfaat untuk responden bahwa terukurnya kualitas hidup pasien dikarenakan adanya peran HLC dapat bermanfaat bagi penyusunan program kesehatan TBC kedepannya.

3.8.5 *Nonmaleficence* (tidak merugikan)

Peneliti memperhatikan prinsip *nonmaleficence*, yang artinya penelitian ini tidak menimbulkan resiko masalah bagi responden karena responden hanya mengisi kuesioner yang didampingi oleh peneliti atau asisten peneliti.

3.8.6 *Justice* (keadilan)

Prinsip etik keadilan mengacu pada kewajiban etik untuk memperlakukan setiap orang (sebagai pribadi otonom) sama dengan moral yang benar dan layak dalam memperoleh haknya. Prinsip etik keadilan terutama menyangkut keadilan yang merata (*distributive justice*) yang mempersyaratkan pembagian seimbang (*equitable*), dalam hal beban dan manfaat yang diperoleh subjek dari keikutsertaan dalam penelitian. Ini dilakukan dengan memperhatikan distribusi usia dan gender, status ekonomi, budaya dan pertimbangan etnik. (Komisi Etik Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes RI, 2017). Peneliti menjelaskan prosedur penelitian dan menjamin bahwa responden penelitian memperoleh perlakuan yang sama tanpa membedakan gender, agama, etnis, dan sebagainya.

4.1 Pembahasan

4.1.1 Karakteristik Responden

Hasil analisis univariat pada karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin terdapat 32 (44.4%) responden laki-laki, serta 40 (55.6%) responden perempuan. Berdasarkan data ini, dapat diketahui bahwa responden penelitian ini (penderita tuberkulosis) didominasi oleh perempuan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dotulong, et al tahun 2015 yang menyatakan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu factor yang mempengaruhi kejadian penyakit TBC di Indonesia. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan antara kejadian tuberkulosis paru dengan jenis kelamin dimana analisis korelasi bivariat memiliki nilai p umur ($p = 0,012$) dan jenis kelamin ($p = 0,000$). Dari keseluruhan hasil penelitian bahwa faktor resiko yang diteliti yang berhubungan dengan kejadian tuberkulosis paru adalah umur dan jenis kelamin (Dotulong, Sapulete and Kandou, 2015).

Penelitian lain juga menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian penyakit TB paru di Naibonat Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang. Dengan hasil uji statistik $P = 0,020$, dimana laki-laki 2,7 kali lebih berisiko terkena TB paru (Mangngi, 2019).

Data dari Global TBC report juga melaporkan rasio penderita TBC laki-laki dibanding perempuan adalah 2:1 namun, ada beberapa factor mengapa pada penelitian kali ini, pasien yang menjadi responden perempuan lebih mendominasi. Proses fisiologis perempuan yang kompleks dalam siklus reproduksinya baik dalam kehamilan, persalinan, nifas melibatkan perubahan system hormonal, gizi yang dapat mempengaruhi imunitas ibu. Hal ini sejalan dengan paparan dari Marlinae tahun 2019 yang menyatakan bahwa, kejadian TB paru pada jenis kelamin wanita karena wanita mempunyai hormon dan keadaan gizi yang dapat melemahkan kekebalan tubuh pada saat usia reproduksi atau pada saat hamil, sehingga akan mengakibatkan risiko lebih tinggi untuk terkena infeksi TB dibanding dengan laki-laki dengan usia yang sama. Pada penelitian di RSUD A. Yani Metro menunjukkan hasil bahwa kejadian TB

anak perempuan memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan anak laki-laki (Marlinae *et al.*, 2019).

Berdasarkan usia, terdapat 42 responden (58.3%) berada pada rentang usia 21- 45 tahun, kemudian sebanyak 14 responden (19.4%) berada pada rentang usia 46-55 tahun, disusul dengan 8 (11.1%) responden berusia < 20 tahun, lalu sebanyak 7 responden (9.7%) berusia 56-65 tahun dan 1 responden (1.3%) berusia > 65 tahun. Disimpulkan bahwa penelitian ini didominasi oleh responden berusia 21-45 tahun.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mangingi, 2019 yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian penyakit TB paru di Naibonat Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang. Dengan hasil uji statistik $P = 0,031$, dimana pada umur 15-50 tahun lebih beresiko terkena TB paru. Dalam *Global TBC Record tahun 2019* juga menunjukkan adanya trend peningkatan insidensi kasus TBC pada rentang usia 25-54 tahun (Sataloff, Johns and Kost, 2019). Faktor umur berperan dalam kejadian penyakit tuberkulosis paru. Hasil penelitian Rusnoto dan kawan-kawan tentang faktor-faktor yang Berhubungan dengan kejadian tuberkulosis paru pada orang dewasa di BP4 Pati tahun 2006, dari karakteristik responden yang diteliti bahwa proporsi responden Daya tahan tubuh pada anak tergolong lemah dan memiliki sedikit kekebalan tubuh dibandingkan dengan anak yang lebih tua. Maka umur yang lebih muda akan menjadikan lebih rentan. Faktor umur merupakan kurva normal yang terbalik dalam peranan risiko kejadian penyakit TB, awalnya tinggimenginjak usia 2 tahun ke atas sampai dewasa muda (26- tahun) Kemudian terjadi penurunan karena memiliki daya tahan TB yang baik. Puncaknya terjadi pada kelompok dewasa muda namun saat menjelang usia tua akan menurun kembali. Pada penelitian di Kota Brebes menunjukkan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian TB dengan nilai $p\text{ value} = 0,001$ dan $OR = 3,214.27$ (Marlinae *et al.*, 2019).

Berdasarkan tingkat Pendidikan, terdapat 35 (48.6%) responden memiliki tingkat Pendidikan SMA, kemudian sebanyak 18 (25%) responden memiliki tingkat pendidikan diploma, disusul 14 (19.4%) responden memiliki tingkat Pendidikan SMP, dan 4 (5.6%) responden memiliki tingkat Pendidikan perguruan tinggi serta 1 responden (1.3%). Dalam penelitian ini, responden didominasi oleh tingkat pendidikan SMA.

Berdasarkan pekerjaan, terdapat responden yang belum/tidak bekerja sebanyak 16 (22.2%) kemudian sebanyak 14 (19.4%) responden bekerja sebagai IRT/mengurus rumah tangga, disusul 13 (18.1%) responden bekerja sebagai karyawan swasta, kemudian 12 (16.7%) bekerja sebagai wiraswasta, kemudian 9 (12.5%) responden bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI, dan 6 (8.3%) responden memiliki pekerjaan sebagai buruh serta 2 responden (2.8%). Dalam penelitian ini, responden didominasi oleh responden yang belum/tidak bekerja.

Tingkat Pendidikan dan pekerjaan berhubungan erat dengan pengetahuan dan kepatuhan meminum OAT (Obat Anti TBC) pada penderita TBC. Selain itu, pekerjaan juga berhubungan dengan pendapatan perkapita sebuah negara yang pada akhirnya dapat membantu optimalisasi pelayanan kesehatan dan program kesehatan yang berkaitan dengan TBC. WHO menyebutkan 90% penderita tuberkulosis paru di dunia menyerang kelompok dengan sosial ekonomi lemah atau miskin. Menurut Badan Pusat Statistik Republik Indonesia (2012), mengukur kemiskinan menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Jadi, penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan. Faktor kemiskinan walaupun tidak berpengaruh langsung pada kejadian tuberkulosis paru namun dari beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pendapatan yang rendah dan kejadian tuberkulosis paru (Coker, 2003; 15 Ratnasari, 2005; Mahfudin, 2006). Lebih jauh lagi Coker (2003) dan Leadefoget et al. (2006) Menunjukkan bahwa ada hubungan pengangguran dengan kejadian tuberkulosis.

Dari data WHO ada 90% penderita TB pada kelompok sosial ekonomi rendah yang sebagian besar terjadi di negara berkembang sebanyak 15- 40%. TB Paru merupakan factor penyebab kemiskinan, di mana garis kemiskinan ini menjadi factor terjadinya infeksi TB yang diakibatkan adanya faktor lain seperti kondisi kepadatan hunian yang tinggi, kondisi lingkungan yang buruk, pengetahuan yang kurang, tingkat pendidikan yang rendah dan kondisi ventilasi yang tidak sehat. Faktor kondisi sosial ekonomi bukan merupakan faktor penyebab secara langsung. Salah satu penyebab faktor ekonomi adalah Pendapatan perkapita. Pendapatan perkapita merupakan variabel

terpenting dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Dalam pengukuran yang digunakan untuk mengukur tingkat kemiskinan dari Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 2001 yaitu menggunakan indeks batas kemiskinan berdasarkan jumlah pengeluaran untuk kebutuhan hidup/bulan setiap keluarganya. Penelitian di RSUD A. Yani Metro menunjukkan bahwa sebagian besar responden terdapat hubungan antara faktor ekonomi dengan kejadian TB Paru (Marlinae *et al.*, 2019).

4.1.2 Health Locus Control

Dalam penelitian ini, IHLC (*Internal Locus Of Control*) didominasi oleh tingkatan cukup yakni 41 responden (56.9%) kemudian baik 24 responden (33.3%), dan 7 responden (9.7%) memiliki IHLC kurang.

Health locus of control mencakup segala aktivitas yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan. Beberapa orang memiliki lokus eksternal kontrol kesehatan, seperti dokter, kebetulan dan takdir bertanggung jawab atas status kesehatan mereka sendiri. Sebaliknya, orang dengan *Internal Health Locus of Control* percaya tanggung jawab mereka untuk kesehatan mereka. Oleh karena itu, keyakinan pasien berpengaruh pada kepatuhan terhadap rejimen pengobatan. HLC dianggap sebagai keyakinan penting (Taher *et al.*, 2015).

Kesehatan *Internal Health Locus of Control* dikaitkan dengan pengetahuan dan sikap, keadaan psikologis, perilaku sehat, dan kondisi kesehatan yang lebih baik. Orang dengan *Internal Health Locus of Control* menerima tanggung jawab dan keputusan tanpa pengaruh apapun dari tubuh luar. Studi juga menunjukkan bahwa orang dengan *Internal Health Locus of Control* lebih cenderung mematuhi yang ditentukan rejimen pengobatan karena mereka percaya pada kemampuannya mempengaruhi kesehatan mereka sendiri hal ini diungkapkan oleh Burkhart dan Rayens, 2005; Omeje dan Nebo, 2011 dalam Obadiora 2016.

Pengetahuan, sikap, dan perilaku sehat merupakan komponen utama dalam pembentukan IHLC bagi seseorang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahayun tahun 2014 yang berjudul “Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku terhadap Pemeliharaan Kebersihan Gigi dan Mulut dengan Status Kesehatan Periodontal Pra Lansia di Posbindu Kecamatan Indihiang Kota Tasikmalaya” yang

Universitas Muhammadiyah Magelang

menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut mempunyai hubungan signifikan terhadap status kesehatan periodontal ($F = 30,681$ dan $p = 0,001$), dan memberikan kontribusi pengaruh sebesar 29,4% ($R^2 = 0,294$) terhadap status kesehatan periodontal. Perilaku terhadap pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut memberikan kontribusi pengaruh paling besar terhadap status kesehatan periodontal yaitu sebesar 6,9%. Kesimpulan dari penelitian ini adalah semakin baik pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut, semakin baik status kesehatan periodontal pra lansia. Perilaku terhadap pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut memberikan kontribusi pengaruh paling besar terhadap status kesehatan periodontal pra lansia (Rahayu, Widiati and Widyanti, 2014).

Pengetahuan, sikap yang menjadi komponen penting dalam membentuk IHLC yang baik dapat mendorong terbentuknya perilaku kesehatan. Domain perilaku menurut Benyamin Bloom ada tiga yaitu, kognitif, afektif, dan psikomotor. Ketiga aspek tersebut saling berkaitan dan ini menentukan untuk terbentuknya perilaku baru. Secara umum, timbulnya perilaku diawali dari adanya domain kognitif. Individu tahu adanya stimulus, sehingga terbentuk pengetahuan baru. Selanjutnya, timbul respon batin dalam bentuk sikap individu terhadap obyek yang diketahuinya. Pada akhirnya, obyek yang telah diketahui dan disadari secara penuh akan menimbulkan respon berupa tindakan (psikomotor) (Hartono, 2016).

Responden dalam penelitian ini Sebagian besar memiliki tingkat Pendidikan SMA sebanyak 35 responden (45.8%). Terbentuknya IHLC bagi seseorang memiliki kaitan terhadap persepsi yang ia yakini mengenai kesehatannya. Pada dasarnya, seseorang yang memiliki pengetahuan, persepsi yang baik akan kesehatannya akan merawat kesehatannya dengan lebih baik, ditunjukkan dengan tingkat IHLC yang lebih baik pula, hal ini seperti termuat dalam penelitian yang berjudul *“Correlation between compliance regimens with health locus of control in patient with hypertension”* oleh Taher et al tahun 2014 yang menunjukkan hasil bahwa orang-orang yang memiliki IHLC yang baik akan memiliki kepatuhan dalam menjalani program pengobatan/regimen pengobatan dengan lebih baik pula. Dalam penelitian ini, IHLC menunjukkan dominasi ditingkat “cukup” 41 responden (56.9%), 24 responden (33.3%) memiliki IHLC yang baik, dan 7 responden (9.7%) memiliki IHLC kurang. Hal ini dinilai masuk akal dikarenakan

responden dalam penelitian ini memiliki latar Pendidikan yang didominasi oleh tingkat Pendidikan SMA, kemudian baru disusul tingkat Pendidikan diploma.

Perawat perlu mempertimbangkan dampak dari faktor-faktor ini yang efektif untuk pasien mereka. Terlibatnya pasien dalam program pengobatan menyebabkan peningkatan kualitas pelayanan klinis dan kepuasan pasien. Peningkatan locus of control kesehatan internal seperti kepercayaan pada pemberi layanan kesehatan akan berdampak positif pada partisipasi pasien dalam program pengobatannya. Sedangkan faktor eksternal seperti keberuntungan dan takdir tidak memiliki peran dalam kesehatannya (Taher *et al.*, 2015).

Hal ini mungkin berkaitan dengan penelitian dalam (Ahnalee M. Brincks, Daniel J. Feaster, Myron J. Burns, 2008) yang menggambarkan bahwa salah satu ukuran hubungan pasien-penyedia adalah kepercayaan. Dimana karakteristik hubungan itu sendiri, seperti lamanya hubungan, dapat mempengaruhi kepercayaan pasien. Karakteristik dokter seperti keterampilan interpersonal, kompetensi teknis dan bahkan faktor demografis seperti ras atau etnis dapat mempengaruhi seberapa besar kepercayaan seseorang terhadap health providernya. Karakteristik pasien juga penting. Beberapa penelitian menunjukkan individu dari populasi minoritas melaporkan kepuasan dan kepercayaan yang lebih rendah pada dokter mereka daripada rekan mayoritas mereka. Status penyakit individu dan tingkat keparahan penyakit memiliki pengaruh juga. Cunningham, Sohler, Korin, dkk. (2007) menemukan bahwa orang dengan HIV memiliki kepercayaan yang lebih tinggi secara signifikan terhadap dokter mereka daripada rekan mereka yang HIV-negatif. Di antara pasien rheumatoid arthritis dan lupus eritematosus sistemik, peningkatan aktivitas penyakit dikaitkan dengan peningkatan signifikan dalam kepercayaan pada dokter (Berrios-Rivera, Street, Popa-Lisseanu, Kallen, Richardson, Janssen, et al., 2006).

EHLC memiliki dominasi terhadap tingkatan cukup sebanyak 36 responden (50%), 28 responden (38.9%) memiliki EHLC yang baik, dan 8 responden (11.1%) memiliki EHLC kurang. Eksternal Health Locus of Control terdiri dari dua dimensi yaitu *Chance Health Locus of Control* (CHLC) dan *Powerful Others Health Locus of Control* (PHLC). CHLC diartikan sebagai keyakinan individu dimana yang terjadi dalam hidupnya ditentukan sesuatu yang tidak konkret, misalnya takdir atau nasib. Sedangkan

PHLC diartikan sebagai keyakinan bahwa sehat atau tidaknya individu disebabkan adanya factor yang berasal dari orang lain atau factor eksternal (Anindita, 2019).

Elemen yang mempengaruhi keyakinan individu dan termasuk dalam elemen PHLC adalah hubungan antara health provider dengan pasien. Hal ini seperti yang termuat dalam penelitian yang berjudul *The Influence of Health Locus of Control on the Patient-Provider Relationship* menyatakan bahwa hubungan antara dokter/perawat dengan pasiennya selama perawatan penyakit yang dideita sangat penting untuk keberhasilan pemberian pelayanan kesehatan. Untuk memperluas keyakinan individu mengenai kesehatannya, dan mendukung tindakan individu dan lingkungannya untuk meningkatkan kesehatan individu maka, HLC sangat berperan disini. Hal ini terbukti dimana hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara pemberi pelayanan dengan pasien memiliki factor penting dalam keberhasilan pengobatan pasien HIV (e.g. Kerse, Buetow, Mainous, Young, Coster, & Arroll, 2004; Strasser, 1992; Taylor, 2009).

Hal ini diduga karena factor kepuasan pasien dengan pemberi layanan, keberlanjutan perawatan, kesepakatan antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi dan manajemen masalah kesehatan, kepercayaan pada nakes dan keyakinan nakes terhadap kompetensi adalah komponen-komponen yang penting dalam membangun hubungan pasien – nakes (Christakis, Mell, Wright, Davis, & Connell, 2000; Howie, Heaney, Maxwell, & Walker, 1999; Vedsted, Lauritzen, & Olesen, 2002). Bagi penderita penyakit kronis, hubungan yang baik antara pasien dengan nakes pemberi layanan kesehatan menunjukkan pengaruh dalam ketaatan pasien menerima pelayanan kesehatan. Pasien yang memiliki hubungan dan kepercayaan yang buruk dengan nakes yang memberinya pelayanan kesehatan menunjukkan ketaatan pengobatan yang rendah dan kecenderungan untuk tidak kembali lagi memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan (Ahnalee M. Brincks, Daniel J. Feaster, Myron J. Burns, 2008).

Health Locus of Control memiliki hubungan dengan cara perawatan kesehatan yang diterimanya. Hubungan antara HLC ini berbeda pada tiap komponennya. Orang yang memiliki HLC terkontrol dan kuat memiliki cara perawatan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhannya dengan lebih baik dimana mereka mengikuti dan mentaati perawatan kesehatan yang harus mereka jalani.

Penelitian oleh Zahednezhad et al 2011 menyatakan bahwa ada hubungan positif antara HLC dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes. Morowatisharifabad et al (2009) menunjukkan bahwa locus of control internal berhubungan dengan tingkat pendidikan. Helmer (2012) menunjukkan individu dengan locus of control kesehatan yang adalah perokok berat. Locus yang dimaksud disini adalah HLC yang menganggap bahwa keberuntunganlah yang menentukan kesehatan. Ini juga didukung dalam penelitian yang berjudul *Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany* dimana penelitian ini menunjukkan bahwa orang terlibat lebih kuat dalam perilaku tidak sehat jika mereka percaya bahwa keberuntungan menentukan kesehatan. Sebaliknya, percaya memiliki kendali atas kesehatan sendiri dikaitkan dengan perilaku yang lebih sehat. Temuan ini mendukung kebutuhan untuk mempertimbangkan keyakinan kontrol kesehatan saat merancang strategi pencegahan pada populasi tertentu (Helmer, Krämer and Mikolajczyk, 2012).

4.1.3 Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis

Sebanyak 31 responden (43.1%) pada penelitian ini memiliki kualitas hidup yang baik, 31 responden (43.1%) memiliki kualitas hidup cukup, dan 10 responden (13.9%) memiliki kualitas hidup kurang.

Kualitas hidup disebut juga sebagai kehidupan yang baik. kehidupan yang baik dideskripsikan sebagai kehidupan yang memiliki kualitas tinggi/baik. mungkin hal ini terlihat sebagai keterangan / klarifikasi tetapi sudah jelas untuk sebuah klarifikasi sederhana, definisi ini sudah memenuhi, karena bagaimanapun, jargon kesehatan sering menggunakan konsep yang terbatas terutama dalam mendefinisikan konsep, dan efek samping. Kualitas hidup dapat disimpulkan sebagai level tertinggi dan paling umum yang harus dicapai oleh manusia (Ventegodt *et al.*, 2005).

Perawatan penyakit tuberkulosis yang memakan waktu tidak singkat, tentunya sedikit banyak mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis. Hal ini termuat dalam jurnal berjudul *Assessment of Health-related Quality of Life among Patients with Tuberculosis in Hamadan, Western Iran*. Dalam penelitian ini, kualitas hidup pasien tuberkulosis diukur dalam tiga fase: pada awal pengobatan, pada dua bulan, dan enam bulan setelah memulai terapi anti-tuberkulosis. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup

meningkat secara signifikan setelah dua bulan yang menunjukkan dampak positif dari rejimen tuberkulosis empat obat pada peningkatan kualitas hidup pada pasien ini. Namun, tidak ada perbedaan antara fase kedua dan ketiga dari pengukuran kualitas hidup.

Chamal dkk. di Cina melakukan penelitian pada 102 pasien tuberkulosis dan menilai kualitas hidup sebelum pengobatan, setelah fase awal, dan pada akhir pengobatan dan membandingkan mereka dengan 103 kontrol. Mereka menemukan bahwa skor kualitas hidup pasien tuberkulosis rendah sebelum pengobatan dan meningkat selama pengobatan yang serupa dengan hasil penelitian saat ini. Meskipun kualitas hidup meningkat selama periode pengobatan anti- tuberkulosis, skor kualitas hidup keseluruhan pada akhir enam bulan tetap lebih rendah daripada populasi umum. Sebuah tinjauan sistematis yang diterbitkan pada tahun 2009, menunjukkan bahwa pasien tuberkulosis dalam beberapa penelitian memiliki kualitas hidup yang lebih rendah daripada populasi yang sehat bahkan setelah pengobatan. Alasan rendahnya kualitas hidup bahkan setelah enam bulan pengobatan anti- tuberkulosis mungkin terkait dengan hasil psikologis penyakit karena isolasi dari masyarakat dan kehidupan keluarga berdasarkan sifat menular dari infeksi tuberkulosis, yang juga dapat menyebabkan depresi di antara pasien tuberkulosis (Mamani *et al.*, 2014).

Sebuah penelitian di Pakistan dilakukan pada 60 pasien tuberkulosis dan menunjukkan bahwa 80% dari mereka mengalami depresi. Studi menyimpulkan tingginya tingkat depresi pada pasien tuberkulosis disebabkan oleh status sosial ekonomi yang lebih rendah, masa pengobatan yang lama, sifat penyakit yang stigma, serta ketakutan dan ancaman tentang risiko penularan infeksi dari bakteri yang ditularkan melalui udara yang semuanya mengarah pada penurunan. dalam resistensi terhadap infeksi dan respon terhadap pengobatan yang diikuti oleh isolasi dan kekecewaan pasien. Di sisi lain, pengobatan enam bulan dengan agen yang berpotensi toksik dapat menyebabkan efek samping terkait anti- tuberkulosis seperti disfungsi hati yang diinduksi isoniazid atau leukopenia karena rifampisin yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Wang dkk. menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien tuberkulosis paru menurun jika dibandingkan dengan populasi umum dan faktor yang terkait termasuk ukuran fokus infeksi, jumlah sel darah putih, komplikasi, peningkatan ALT dan durasi penyakit.¹⁵ Oleh karena itu, kualitas hidup yang lebih baik pada pasien tuberkulosis dapat dicapai

dengan informasi yang tepat tentang penyakit, rute dan kondisi penularannya serta evaluasi laboratorium berkala dan pemeriksaan berulang selama pengobatan untuk melakukan tindakan yang tepat setelah komplikasi obat (Mamani *et al.*, 2014).

Pasien dan perawat kurang puas dengan diri sendiri dalam masa pengobatan, pasien mengungkapkan tingkat rasa bersalah yang tinggi dalam kuesioner BDI-II. Takut dikucilkan atau disalahkan karena menginfeksi orang lain dapat menyebabkan pasien merasa bersalah, memiliki harga diri yang buruk, stigma yang diantisipasi dan keparahan gejala yang dirasakan lebih buruk. Studi kohort longitudinal melaporkan bahwa selama pengobatan tuberkulosis, perbaikan kesehatan mental membutuhkan waktu lebih lama daripada perbaikan gejala fisik. Secara khusus, kepuasan dengan fungsi sosial dan peran berada pada level terendah 1 bulan setelah memulai pengobatan tuberkulosis. Selain itu, kualitas hidup terganggu selama pengobatan, terutama pengobatan MDR, dan mendukung rekomendasi WHO untuk dukungan sosial seperti pendidikan dan konseling untuk meningkatkan kepatuhan dan penyelesaian pengobatan. Dukungan sosial ekonomi tambahan direkomendasikan, yang selanjutnya dapat meningkatkan kemungkinan keberhasilan pengobatan, membantu mengembalikan kualitas hidup ke rata-rata komunitas. Informasi yang salah dan perlakuan yang salah dari profesional kesehatan dapat berkontribusi pada ketidakpuasan pasien (Datta *et al.*, 2020).

Kerusakan paru-paru karena tuberkulosis merupakan kontributor penting untuk kualitas hidup yang buruk, dan program rehabilitasi paru telah terbukti meningkatkan fungsi paru-paru dan kualitas hidup pada orang yang terkena tuberkulosis. Dengan demikian, eurohis-kualitas hidup mungkin memiliki peran dalam membantu mengidentifikasi siapa yang harus ditawarkan perawatan lanjutan yang bertujuan untuk mengurangi risiko kematian. Pasangan pasien dan orang tua, yang diasumsikan memiliki peran pengasuhan, memiliki kualitas hidup yang jauh lebih rendah daripada kontak lainnya, terlepas dari perbedaan usia, jenis kelamin, dan pengelompokan data dalam rumah tangga. Selain itu, kualitas hidup pasien yang lebih rendah dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih rendah dalam kontak, yang dapat dijelaskan oleh risiko sosial ekonomi yang dimiliki oleh pasien dan pengasuh mereka, tetapi juga stres sosial ekonomi merawat seseorang dengan tuberkulosis. Selain itu, pengasuh mungkin "menyerap" beberapa stigma, biaya emosional dan keuangan tuberkulosis. Stres selama pengasuhan informal

telah dikaitkan dengan peningkatan semua penyebab kematian, mungkin karena beban allostatik dan penuaan seluler. Namun, studi ini dalam konteks geriatri, onkologi dan pediatri dan ulasan dari spesialisasi ini telah menunjukkan bahwa melibatkan pengasuh dalam rencana manajemen pasien, kegiatan pendidikan dan dukungan psikososial dapat meringankan beban pengasuh. Ini mungkin layak dan sesuai untuk program tuberculosis (Datta *et al.*, 2020).

4.1.4 Hubungan antara *Health Locus of Control* dengan Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis

Hubungan antara IHLC terhadap kualitas hidup penderita tuberkulosis dengan menggunakan analisis Kendall Tau memiliki nilai korelasi 0.260 dan nilai signifikansi sebesar 0.018, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara IHLC terhadap kualitas hidup penderita tuberkulosis karena $p\text{ value} < 0.05$.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Obadiora tahun 2016 berjudul *Comparative influence of health locus of control on medication adherence among tuberculosis and HIV-positive outpatients in Edo State, Nigeria* menyatakan bahwa persepsi pasien rawat jalan dengan infeksi TB dan HIV harus dinilai dan ditentukan keefektifannya melalui paket perawatan yang membutuhkan kepatuhan pengobatan yang ketat.. Locus kontrol kesehatan menyajikan pengaruh yang sama pada kepatuhan pengobatan di antara pasien rawat jalan. Ada sebuah asosiasi antara ketidakpatuhan (27%) dan komplikasi kesehatan yang dilaporkan (27%) oleh pasien rawat jalan. Hasil analisis menunjukkan pengaruh yang sama terhadap kepatuhan pengobatan di antara pasien tuberkulosis dan HIV-positif yang menjalani perawatan. Studi tersebut mengungkapkan bahwa LOC sebagai konstruksi kepribadian tidak ditentukan atau dipengaruhi oleh kondisi TB atau HIV / AIDS. Lebih jauh menunjukkan bahwa metode pengobatan seperti DOTS untuk pengobatan tuberkulosis dimana penggunaan obat secara langsung dikelola dan dipantau oleh penyedia layanan kesehatan dengan dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga terjamin pengaruh kepatuhan keyakinan LOC, terutama terhadap orang lain yang berkuasa (Obadiora, 2016).

Pengetahuan yang merupakan komponen penting dari IHLC, memiliki peranan penting untuk membentuk persepsi dan perilaku kesehatan, dimana untuk penderita tuberkulosis, untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga untuk patuh dalam program

pengobatan. IHLC yang memiliki definisi sebagai kesehatan internal LOC pengetahuan dan sikap, keadaan psikologis, perilaku sehat, dan kondisi kesehatan yang lebih baik. Orang dengan LOC internal menerima tanggung jawab dan keputusan tanpa pengaruh apapun dari tubuh luar. Pembentukan sebuah perilaku yang mengarah kepada perilaku kesehatan, seperti memelihara kesehatan, mengobati sakitnya, memiliki kaitan erat dengan pengetahuan. Seperti yang dibahas pada Hartono, 2016 menyatakan bahwa kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap, menjadi komponen penting dalam pembentukan sikap. Hal ini disebut dengan komponen kognitif. Komponen kognitif berisi informasi, keyakinan, kepercayaan seseorang terhadap dirinya, dimana kepercayaan tersebut berdasarkan apa yang dilihat dan diketahui (pengetahuan), keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, dan informasi dari orang lain. orang yang memiliki IHLC yang baik cenderung memiliki pengetahuan dan sikap yang baik terhadap kesehatannya karena hal tersebut merupakan bagian dari komponen kognitif seseorang dalam menyikapi kondisinya (Hartono, 2016).

Jurnal Ilmiah Kesehatan yang dipublikasikan oleh Endarti, 2015 yang berjudul *Kualitas Hidup Kesehatan : Konsep, Model dan Penggunaan* juga mengemukakan bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh multifaktor, salah satunya yakni faktor psikologis. Faktor psikologis merupakan faktor yang bersifat dinamis, dapat dimodifikasi dan dapat merespon suatu intervensi. Faktor psikologis ini terdiri dari penilaian kognitif, respon afektif dan motivasi. Penilaian kognitif meliputi pengetahuan, kepercayaan dan sikap terhadap penyakit, pengobatan ataupun perilaku. Respon afektif adalah hal yang menyebabkan/terkait dengan emosi seperti kecemasan, ketakutan, kesedihan atau kesenangan (Ferrans et al., 2005) dalam Endarti 2015. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik akan kondisi kesehatannya, akan memiliki IHLC, persepsi dan komponen sikap kognitif yang secara kompleks akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Dengan mengenali penyakit dan kondisinya seseorang akan cenderung mencari dan mengupayakan kesehatannya dengan lebih baik.

Kualitas hidup juga diketahui memiliki aspek sebagai sebuah kualitas hidup seseorang. Aspek kualitas hidup ini menyangkut dasar, konstitusi biologis manusia. Dari sudut pandang biologis, manusia adalah organisme hidup, koloni sel yang, melalui pertukaran informasi yang intens, menyadari potensi biologis yang dalam untuk menciptakan manusia. Ketika formula untuk menjadi seorang manusia yang utuh dan holistik, yang

terkandung jauh di dalam sifat kita, telah telah terwujud dalam struktur organisme manusia, maka kehidupan dicirikan oleh keteraturan; biologis, psikologis, sosial, dan agama dipahami dalam arti luas sebagai apa yang kita percaya tentang kehidupan dan kenyataan. Dilihat dari sudut ini, kesehatan fisik mencerminkan keadaan informasi biologis sistem, karena sel-sel tubuh membutuhkan informasi yang tepat untuk berfungsi dengan benar dan untuk menjaga tubuh sehat dan baik.

Menurut pengertian ini, kualitas hidup terletak pada kesesuaian antara kehidupan yang sebenarnya hidup dan formula untuk menjadi orang yang terletak jauh di dalam organisme. Karena kesadaran dan pengalaman hidup kita juga dikondisikan secara biologis, pengalaman bahwa hidup memiliki atau tidak memiliki makna juga dapat dilihat sebagai dikondisikan oleh keadaan sistem informasi biologi. Jika komunikasi antara sel-sel organisme tidak optimal, keadaan pengalaman dan kehidupan sadar juga tidak dapat optimal (Ventegodt, Merrick and Andersen, 2003).

Hubungan yang cukup signifikan terlihat antara IHLC yang menyangkut pengetahuan, sikap kognitif seseorang terhadap kualitas hidup. Selain karena dengan pengetahuan yang baik seseorang memiliki perawatan yang baik terhadap penyakitnya, aspek psikologis biologis menjadi bagian penting dalam konsep kualitas hidup. Seseorang akan memiliki kualitas hidup yang baik bila kesehatannya terjaga.

EHLC dalam penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan terkait kualitas hidup. Hasil analisis Kendall Tau memiliki nilai korelasi -0.197 dan nilai signifikansi sebesar 0.072, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara EHLC terhadap kualitas hidup penderita tuberkulosis karena $p \text{ value} > 0.05$.

Individu dengan LOC eksternal cenderung menempatkan diri mereka dan kesehatan mereka ke dalam kekuatan eksternal seperti kebetulan, takdir atau orang lain. Kesehatan eksternal LOC dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang negatif dan memiliki keadaan psikologis yang lemah, hal ini dimuat dalam Malcane tahun 2005 dan dibahas oleh Obadiora tahun 2016. Orang yang didorong oleh HLC eksternal cenderung tidak patuh pada ketentuan pengobatan/terapi karena keyakinan bahwa tindakan mereka mungkin tidak sangat mempengaruhi hasil kesehatan.

Individu yang memiliki locus of control eksternal adalah individu yang percaya bahwa mereka tidak dapat mengontrol kejadian-kejadian dan hasil atau outcome (Spector, 1982 dalam Donnelly et al., 2003). Mudrack dalam Donnelly et al. (2003) menyimpulkan bahwa penggunaan manipulasi, penipuan atau taktik menjilat atau mengambil muka dapat menggambarkan suatu usaha dari locus of control eksternal untuk mempertahankan pengaruh mereka terhadap lingkungan yang kurang ramah dan memberikan kepada mereka sebuah pendekatan berorientasi internal seperti kerja keras (Nadirsyah and Zuhra, 2009).

Jurnal Ilmiah Kesehatan yang dipublikasikan oleh Endarti, 2015 yang berjudul *Kualitas Hidup Kesehatan : Konsep, Model dan Penggunaan* kualitas hidup memiliki beberapa macam model, dimana salah satunya adalah karakteristik lingkungan. Menurut model ini karakteristik lingkungan memengaruhi fungsi biologis, gejala, status fungsional, persepsi sehat dan kualitas hidup, yang terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Karakteristik lingkungan sosial adalah pengaruh personal atau sosial terhadap kondisi kesehatan termasuk di dalamnya adalah pengaruh teman, keluarga dan pelayanan kesehatan (Ferrans et al., 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa jaringan social. Dalam penelitian ini, EHLC dinyatakan tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup, atau responden dalam penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan baik tidaknya kualitas hidup dengan kondisi kesehatan mereka yang mereka anggap merupakan efek dari nasib, takdir, kesialan dan lain-lain.

Hal ini didukung dengan penelitian yang berjudul *Health literacy and quality of life among Iranian pregnant women: The mediating role of health locus of control* oleh Mirzania tahun 2020 yang menyatakan bahwa subskala HLC, IHLC berpengaruh positif signifikan terhadap kesehatan fisik ($\beta = 0,26$, $p < 0,001$) dan mental ($\beta = 0,12$, $p = 0,010$), sedangkan pengaruh peluang dan kekuatan orang lain (EHLC) terhadap dimensi kualitas hidup tidak signifikan. Temuan menunjukkan bahwa IHLC adalah mediator parsial antara literasi kesehatan dan dimensi fisik kualitas hidup.

Konsep EHLC selain kepercayaan bahwa kesehatan adalah bagian dari nasib, takdir dan kesialan/keberuntungan, ditemukan bahwa ada factor lain yakni health provider dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga didefinisikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga ketika keluarga memiliki masalah dengan system dukungan social

yang ada, sehingga akan muncul saran, bimbingan yang akan dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga tempat untuk menciptakan lingkungan penuh kasih sayang yang berfungsi mengarahkan dan menemukan sumber perawatan, bantuan keuangan yang menjadi bentuk umum yang biasa dilakukan sebagai dukungan keluarga. Dukungan-dukkungan ini memungkinkan individu untuk meningkatkan kesadaran agar penggunaan pelayanan kesehatan meningkatkan kepatuhan perawatan (Osamor 2015 dalam Yeni, Husna and Dachriyanus, 2016).

Kualitas hidup yang optimal dapat dicapai bila penderita tuberkulosis masih harus menghadapi konsekuensi yang tidak diinginkan bila terdeteksi dengan tuberkulosis di beberapa kalangan masyarakat yang masih berkembang dan penghapusan beberapa hak dalam kehidupan bermasyarakat. Tidak jarang pasien menghadapi berbagai hambatan dalam hidup, yang meliputi isolasi dan penolakan dari keluarga dan komunitas. Hal ini akan semakin mendorong seseorang untuk menyelidiki, dan lebih mencari informasi mengenai penyakitnya agar tidak timbul hal yang sedemikian sehingga memperkuat IHLC, disaat yang bersamaan pula, persepsi pasien dalam memelihara kesehatannya akan semakin terlepas dari factor luar seperti nasib, takdir, keberuntungan dan kesialan. Peran keluarga juga menjadi kunci seorang penderita tuberkulosis mencapai kualitas hidup yang optimal. Keluarga harus membantu, memberikan dukungan agar perawatan kesehatan tuberkulosis dapat tercapai dengan sempurna. diantara dukungan itu yakni dukungan emosional dan moral, motivasi untuk menyelesaikan pengobatan. menyertai pasien untuk pengobatan, mengingatkan untuk minum obat.

Persepsi bahwa peran keluarga tidak bisa diabaikan begitu saja dalam perawatan tuberkulosis, karena tuberkulosis adalah penyakit menular kronis dan membutuhkan perawatan yang berlarut-larut. Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan dan dukungan tuberkulosis, yang dimulai dengan infeksi, berlanjut dengan manifestasi tanda dan gejala dan perilaku pencarian kesehatan, dan diakhiri dengan hasil pengobatan. Perhatian dan dukungan keluarga sangat penting dalam kepatuhan pengobatan, kualitas perawatan, dan penyelesaian pengobatan pada pasien tuberkulosis. Dengan demikian, pasien akan fokus pada pengobatannya, meningkatkan kepatuhan dalam menjalani perawatan dan meningkatkan persepsi kognitif kesehatannya dengan baik, termasuk dalam memberikan kepercayaan kepada health provider dalam menangani penyakitnya.

Konteks keluarga dapat mempengaruhi seberapa besar kepercayaan seseorang terhadap penanganan penyakit dan dokternya. Seorang individu yang berasal dari keluarga yang menunjukkan penerimaan layanan perawatan kesehatan dan kepercayaan pada profesional perawatan kesehatan lebih mungkin untuk mendukung karakteristik yang sama bila dibandingkan dengan seseorang dari keluarga di mana perawatan kesehatan dianggap dengan ketidakpastian atau ketidakpercayaan. Misalnya, Cardol, Groenewegen, Spreeuwengberg, Van Dijk, Van Den Bosch, & De Bakker (2006) menemukan bahwa sosialisasi dalam keluarga menyumbang sejumlah besar variasi dalam penggunaan layanan perawatan kesehatan. Keluarga memberikan konteks yang unik untuk melihat sikap kesehatan (Ahnalee M. Brincks, Daniel J. Feaster, Myron J. Burns, 2008).

Dengan adanya dukungan keluarga yang baik, maka persepsi, pengetahuan, kepatuhan penderita tuberkulosis akan terbangun sehingga timbul perilaku kesehatan berupa sikap perawatan kesehatan. Hal ini memperkuat mengapa EHLC tidak mempengaruhi kualitas hidup, karena penyakit tuberkulosis yang diderita penderita tuberkulosis yang memiliki IHLC yang baik tidak dianggap sebagai kutukan, kesialan, nasib atau takdir melainkan sebuah penyakit yang dapat sembuh dengan dukungan keluarga dan health provider (Mirzania *et al.*, 2020).

4.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah peneliti tidak mengkaji faktor – faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada penderita tuberkulosis selain *Health Locus of Control* (HLC), misalnya lama pengobatan, komplikasi atau penyakit lain yang diderita responden selain tuberkulosis, serta kondisi status social ekonomi responden. Tidak terkajinya pengetahuan tentang penyakit yang diderita responden mungkin pula dapat mempengaruhi *Health Locus of Control* penderita tuberkulosis.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian tentang Hubungan *Health Locus of Control* Terhadap Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis di Kota Magelang, dapat disimpulkan :

5.1.1 Berdasarkan karakteristik responden didapatkan data bahwa sebagian besar responden adalah perempuan sebesar 55.6%. Responden didominasi berada pada rentang usia 21 – 45 tahun sebesar 58.3%. Responden terbanyak memiliki tingkat pendidikan SMA yaitu sebesar 48.6% dan terbanyak responden belum/tidak bekerja sebesar 22.2%.

5.1.2 Sebagian besar responden, yaitu sebanyak 41 responden (56.9%) memiliki *Internal Health Locus of Control* cukup.

5.1.3 Sebagian besar responden, yaitu sebanyak 36 responden (50%) memiliki *Eksternal Health Locus of Control* cukup.

5.1.4 Responden dengan kualitas hidup yang baik dan cukup memiliki jumlah yang sama yaitu sebanyak 31 responden (43.1%).

5.1.5 Terdapat hubungan yang signifikan antara *Internal Health Locus of Control* terhadap kualitas hidup penderita tuberkulosis di Kota Magelang, yaitu $p \text{ value} < 0.05$ yaitu sebesar 0.018 dengan arah korelasi positif, yang artinya semakin baik IHLC, maka semakin baik pula kualitas hidup penderita tuberkulosis, dengan kekuatan korelasi rendah yaitu sebesar 0.216.

5.1.6 Tidak ada hubungan yang signifikan antara *Eksternal Health Locus of Control* terhadap kualitas hidup penderita tuberkulosis di Kota Magelang, karena $p \text{ value} > 0.05$ yaitu sebesar 0.072.

5.2 Saran

a. Institusi Pendidikan

Agar memfasilitasi pengembangan penelitian terkait untuk membantu peningkatan kualitas hidup pasien tuberkulosis.

b. Profesi Keperawatan

Agar menggunakan pendekatan-pendekatan HLC khususnya IHLC dalam membuat program kesehatan di wilayahnya dalam rangka meningkatkan kualitas hidup penderita tuberkulosis

c. Untuk penelitian selanjutnya

Peneliti lain hendaknya mengadakan penelitian lanjutan yang lebih cermat untuk menganalisis faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada penderita tuberkulosis. Misalnya dengan melakukan analisis faktor-faktor perilaku lain yang lebih berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita tuberculosi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, P. H. M. (2015) *Metode Penelitian Kuantitatif*.
- Ahnalee M. Brincks, Daniel J. Feaster, Myron J. Burns, and V. B. M. (2008) 'The Influence of Health Locus of Control on the Patient-Provider Relationship', *Bone*, 23(1), pp. 1–7. doi: 10.1080/13548506.2010.498921.The.
- Datta, S. *et al.* (2020) 'Quality of life, tuberculosis and treatment outcome; a case-control and nested cohort study', *European Respiratory Journal*, 56(2). doi: 10.1183/13993003.00495-2019.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2019) 'Profil Kesehatan Provinsi Jateng Tahun 2019', *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 3511351(24), pp. 273–275.
- Dotulong, J. F. J., Sapulete, M. R. and Kandou, G. D. (2015) 'Hubungan Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin Dan Kepadatan Hunian Dengan Kejadian Penyakit Tb Paru Di Desa Wori Kecamatan Wori', *Jurnal Kedokteran Komunitas Dan Tropik*, 3(2), pp. 57–65.
- Hartono, D. (2016) 'BUKU AJAR KEPERAWATAN: PSIKOLOGI'.
- Helmer, S. M., Krämer, A. and Mikolajczyk, R. T. (2012) 'Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany', *BMC Research Notes*, 5, pp. 6–8. doi: 10.1186/1756-0500-5-703.
- Jacob, D. E. and Sandjaya (2018) 'Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua', *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan (JNIK)*, 1(69), pp. 1–16.
- Kemenkes RI (2019) *Profil Kesehatan Indonesia 2018 Kemenkes RI. (2019)*. Available at: http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI, 2015 (2015) 'KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN R.I. NOMOR HK.02.02/MENKES/52/2015 TENTANG RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2015-2019'.
- Kholifah, S. N. (2016) 'Keperawatan Keluarga dan Komunitas', *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at:

<http://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12>.

Komisi Etik Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes RI (2017) 'Pedoman dan Standar Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional', *Kementerian Kesehatan RI*, pp. 1–158. Available at: <http://www.depkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>.

Mamani, M. *et al.* (2014) 'Assessment of health-related quality of life among patients with tuberculosis in Hamadan, Western Iran', *Oman Medical Journal*, 29(2), pp. 102–105. doi: 10.5001/omj.2014.25.

Mangngi, M. P. (2019) 'Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin Dan Kepadatan Hunian Terhadap Kejadian TB Paru Di Puskesmas Naibonat Tahun 2018'. Available at: <http://repository.poltekeskupang.ac.id/1936/>.

Marlinae, L. *et al.* (2019) *Desain Kemandirian Pola Perilaku Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Anak Berbasis Android, Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*.

<http://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12>.

Mirzania, M. *et al.* (2020) 'Health literacy and quality of life among Iranian pregnant women: The mediating role of health locus of control', *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 2020, pp. 1–6. doi: 10.47176/mjiri.34.161.

Muflihatin, S. K., Milkhatun and Hardianti (2014) 'Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis di Wilayah Kerja PUSKESMAS Segiri Samarinda', *Prodi Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur*, 59(9–10), pp. 141–151.

Nadirsyah, N. and Zuhra, I. (2009) 'Locus of Control, Time Budget Pressure Dan Penyimpangan Perilaku Dalam Audit', *Jurnal Telaah dan Riset Akuntansi*, 2(2), pp. 104–116.

Obadiora, A. H. (2016) 'Comparative influence of health locus of control on medication adherence among tuberculosis and HIV-positive outpatients in Edo State, Nigeria', *International Journal of Psychology*

and Counselling, 8(3), pp. 18–27. doi: 10.5897/ijpc2015.0337.

PPTI (2010) 'Buku Saku Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI) The Indonesiaan Association Against Tuberculosis', (66), pp. 9–10.

Pramesti, A. (2019) 'HUBUNGAN ANTARA HEALTH LOCUS OF CONTROL DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI KOTA SEMARANG', *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), pp. 1–14. Available at: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI.

Rahayu, C., Widiati, S. and Widyanti, N. (2014) 'Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku terhadap Pemeliharaan Kebersihan Gigi dan Mulut dengan Status Kesehatan Periodontal Pra Lansia di Posbindu Kecamatan Indihiang Kota Tasikmalaya', *Majalah Kedokteran Gigi Indonesia*, 21(1), p. 27. doi: 10.22146/majkedgiind.8515.

Samal, J. (2017) 'Family perspectives in the care and support of tuberculosis patients: An Indian context', *The Journal of Association of Chest Physicians*, 5(2), p. 67. doi: 10.4103/2320-8775.202899.

Sataloff, R. T., Johns, M. M. and Kost, K. M. (2019) *GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT*.

Sumijah (2015) 'Locus Of Control pada Masa Dewasa', *Seminar Psikologi dan Kemanusiaan*, pp. 384–391.

Taher, M. *et al.* (2015) 'Correlation between compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension', *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29.

Ventegodt, S. *et al.* (2005) 'The life mission theory VII. Theory of existential (Antonovsky) coherence: a theory of quality of life, health, and ability for use in holistic medicine.', *TheScientificWorldJournal*, 5, pp. 377–389. doi: 10.1100/tsw.2005.47.

Ventegodt, S., Merrick, J. and Andersen, N. J. (2003) 'Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept.', *TheScientificWorldJournal*, 3(June), pp. 1030–1040. doi: 10.1100/tsw.2003.82.

WHO (2018) *Global tuberculosis report 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018., WHO Publication. Available at: <http://apps.who.int/iris>.

Yeni, F., Husna, M. and Dachriyanus, D. (2016) 'Dukungan Keluarga Memengaruhi Kepatuhan Pasien Hipertensi', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3), pp. 137–144. doi: 10.7454/jki.v19i3.471..