

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL TERHADAP
KUALITAS HIDUP PENDERITA TB PADA PUSKESMAS
DI KOTA MAKASSAR**

*Relationship Between Social Support and Life Quality of TB Patients
in Health Centers of Makassar City*

RIA WAHYUNI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL TERHADAP
KUALITAS HIDUP PENDERITA TB PADA PUSKESMAS
DI KOTA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

RIA WAHYUNI

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

TESIS

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL TERHADAP KUALITAS HIDUP
PENDERITA TB PARU PADA PUSKESMAS DI KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh :

RIA WAHYUNI
Nomor Pokok F180421015

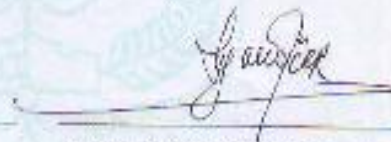
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 19 Agustus 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASIHAT,

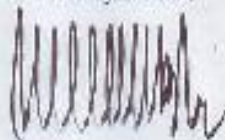


Dr. Ida Leida Maria, SKM, MKM, M.Sc.^{Dr}
Ketua



Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Pro. Dr. Ir. Mursalin

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ria Wahyuni
Nomor Pokok : P1804211015
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 19 Agustus 2013

Yang menyatakan

Ria Wahyuni

PRAKATA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah Rabbil Alamin, Puji dan syukur senantiasa di panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah yang telah Engkau berikan kepada hamba sehingga penulis dapat merampungkan tesis ini sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di Pascasarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Teriring salam dan shalawat selalu tercurah kepada teladan dan junjungan kita Rasulullah Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat, dan orang-orang yang senantiasa istiqamah mengikuti jalan dakwahnya hingga akhir zaman. Dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, akhirnya tulisan ini dapat diselesaikan. Penyusunan tesis ini dapat terwujud berkat dorongan keluarga, teman-teman, bimbingan para dosen, dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu **Dr. Ida Leida Maria, SKM, M.Kes, M.Sc.PH** selaku ketua komisi penasihat dan Bapak **Dr. dr. Syamsiar Russeng, M. Kes** selaku anggota komisi penasihat yang telah sabar dan banyak meluangkan waktu dalam membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi selama penyusunan tesis ini. Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada Bapak **Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes**, Bapak **Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes**, dan Bapak **Prof. Dr. dr. H. Muh Syafar, MS** atas kesediaannya menjadi penguji yang telah banyak memberikan arahan dan masukan berharga.

Rasa terima kasih penulis sampaikan pula kepada :

1. **Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc** selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta staf.
3. **Prof. Dr. Ir. H. Mursalim** selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta staf.
4. **Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, Sp.BO**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh Kepala Puskesmas di Kota Makassar beserta Staf terutama pada bagian Lab/P2M dan Tata Usaha yang telah memberikan izin dan banyak bantuan selama pelaksanaan penelitian. Demikian pula terhadap Bapak/Ibu penderita TB paru atas kerjasama dan partisipasinya, selama penelitian dan bersedia memberikan izin kepada penulis. Terima kasih pula kepada kader TB yang bermitra dengan Puskesmas atas segala bantuannya.
6. Teman-teman seperjuangan “Pasukan Anti Basi” di Magister Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Epidemiologi Angkatan 2011, terima kasih atas kebersamaan, kekompakan, bantuan dan motivasi yang diberikan selama menimba ilmu dan dalam penyelesaian tesis ini, kebersamaan dengan kalian merupakan bagian perjalanan hidup penulis yang penuh dengan warna dan akan dikenang selamanya.
7. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah banyak membantu penulis selama ini.

Akhirnya sembah sujud dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis persembahkan kepada kedua orang tua tercinta Ayahanda **Muddar. S, A.Ma** dan Ibunda **Hj. Jumriah. R, S.Pd** yang senantiasa mendoakan dan telah begitu sabar membesarkan dan mendidik penulis. Terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada suami tercinta **Imam Mukti**,

S.Sos.I atas pengertian, perhatian dan dorongan semangat serta do'anya kepada penulis. Terima kasih kepada ananda tersayang **Naila Nur Khalisa** yang selalu memberikan semangat dengan menunjukkan senyumnya dikala penulis pulang sehabis menuntut ilmu, dan kepada anandaku tersayang **almarhumah Nur Arifah Azzahra** semoga semangatnya selalu selalu hidup di hati penulis. Terima kasih pula Kepada saudara-saudaraku tersayang : **Munawir M, S.Kom, Magfir, SE.** Terakhir ucapan terima kasih kepada **Nirwani, AMd.Kep.** yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung atas terselesainya penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna karena berbagai hambatan dan keterbatasan penulis, oleh karena itu kritik dan saran senantiasa diharapkan dari berbagai pihak untuk perbaikan ke depan.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, Agustus 2013

Penulis

Ria Wahyuni

ABSTRAK

RIA WAHYUNI, *Hubungan antara Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Pada Puskesmas di Kota Makassar.* (dibimbing oleh **Ida Leida Maria** dan **Syamsiar S. Russeng**)

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara dukungan keluarga, dukungan teman, dukungan masyarakat, dukungan pelayanan kesehatan dan budaya terhadap kualitas hidup penderita TB serta melihat hubungan yang paling kuat dari dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita TB .

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan "*Cross Sectional Study*", Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *Proportional Random Sampling* sehingga diperoleh jumlah sampel 290 orang. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita TB adalah dukungan teman. ($p = 0,000$), budaya ($p = 0,002$), sedangkan yang tidak berhubungan adalah dukungan keluarga ($p = 0,276$), dukungan masyarakat ($p = 0,791$), pelayanan kesehatan ($p = 0,352$). Hasil uji *multivariate logistic regresi* ditemukan bahwa dukungan teman merupakan variabel yang paling kuat hubungannya terhadap kualitas hidup penderita TB. (wald = 17,504, $p = 0,000$).

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Dukungan Teman, Dukungan Masyarakat, Pelayanan Kesehatan, Budaya, Kualitas Hidup.

ABSTRACT

RIA WAHYUNI, Relationship between Social Support and Life Quality of TB Patients in Health Centers of Makassar City (supervised by Leida Ida Maria and Syamsiar S. Russeng)

The aim to the research is to analyze the correlation between family support, friend support, community support, health services and culture and the life quality of patients and to investigate the most significant support from society to the life quality of TB patients .

The research was an observasional analytic study with a cross sectional study, the samples consisted of 290 people selected using proportional random sampling method. The data were analyzed using chi square test to find out whether there was a correlation between independent variable and independent variable.

The results of the research indicate that the variable correlated to the life quality of TB patients are friend support ($p = 0.000$) and culture ($p = 0.002$), while family support ($p=0.276$), community support ($p=0,791$), and health service ($p = 0,352$) are not correloated to the life quality of TB patients. The result of multivariate logistic regression test indicates that friend support id the most significant variable correlated to the life quality of TB patients. (Wald = 17,504, $p = 0,000$).

Keywords : TB, family support, friend support, support community, health service, culture, life quality.

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|----------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGAJUAN | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS | iv |
| PRAKATA | v |
| ABSTRAK | viii |
| ABSTRACT | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| DAFTAR GRAFIK | xv |
| DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN | xvi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xviii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 7 |
| C. Tujuan Penelitian | 8 |
| D. Manfaat Penelitian | 9 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 10 |
| A. Tinjauan Umum Tuberkulosis | 10 |
| B. Tinjauan Umum Dukungan Sosial | 20 |
| C. Tinjauan Umum Kualitas Hidup | 54 |
| D. Kerangka Teori | 61 |
| E. Kerangka Konsep Penelitian | 62 |
| F. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif | 63 |

| | |
|---|------------|
| G. Hipotesis Penelitian..... | 67 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 68 |
| A. Jenis dan Rancangan Penelitian | 68 |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian | 69 |
| C. Populasi dan Sampel Penelitian | 69 |
| D. Sumber Data dan Instrumen Penelitian..... | 72 |
| E. Pengolahan dan Penyajian Data | 73 |
| F. Analisis Data..... | 75 |
| G. Kontrol Kualitas | 77 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 80 |
| A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian..... | 80 |
| B. Hasil Penelitian | 80 |
| C. Pembahasan | 101 |
| D. Keterbatasan Penelitian | 117 |
| BAB V PENUTUP | 118 |
| A. Kesimpulan..... | 118 |
| B. Saran | 119 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

| | | |
|----------|--|----|
| Tabel 1 | Jenis dan Dosis OAT | 18 |
| Tabel 2 | Sintesa Hasil Penelitian Terkait Dukungan keluarga terhadap Kualitas Hidup | 33 |
| Tabel 3 | Sintesa Hasil penelitian Terkait Dukungan Teman terhadap Kualitas Hidup | 35 |
| Tabel 4 | Sintesa Hasil penelitian Terkait Dukungan Masyarakat terhadap Kualitas Hidup | 37 |
| Tabel 5 | Sintesa Hasil penelitian Terkait Budaya terhadap Kualitas Hidup | 49 |
| Tabel 6 | Sintesa Hasil penelitian Terkait Pelayanan Kesehatan terhadap Kualitas Hidup | 53 |
| Tabel 7 | Sintesa Hasil penelitian Terkait Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup | 60 |
| Tabel 8 | Proporsi masing-masing Puskesmas di Kota Makassar berdasarkan Jumlah Sampel | 72 |
| Tabel 9 | Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 81 |
| Tabel 10 | Distribusi Skor Jawaban Responden terhadap pertanyaan Variabel Dukungan Sosial | 87 |
| Tabel 11 | Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Keluarga pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 88 |
| Tabel 12 | Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Teman pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 89 |
| Tabel 13 | Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Masyarakat pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 89 |
| Tabel 14 | Distribusi Responden berdasarkan Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 90 |
| Tabel 15 | Distribusi Responden berdasarkan Budaya pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 91 |
| Tabel 16 | Distribusi Skor Jawaban Responden terhadap Pertanyaan Variabel Kualitas Hidup | 92 |
| Tabel 17 | Distribusi Responden berdasarkan Kualitas Hidup Penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 92 |
| Tabel 18 | Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013 | 93 |
| Tabel 19 | Hubungan Dukungan Teman terhadap Kualitas Hidup | |

| | | |
|----------|--|----|
| | Penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013..... | 94 |
| Tabel 20 | Hubungan Dukungan Masyarakat terhadap Kualitas Hidup Penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013..... | 95 |
| Tabel 21 | Hubungan Pelayanan Kesehatan terhadap Kualitas Hidup Penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013..... | 96 |
| Tabel 22 | Hubungan Budaya terhadap Kualitas Hidup Penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013..... | 97 |
| Tabel 23 | Hasil Uji Bivariat Masing-masing variabel independen yang diikutkan dalam Analisis Multivariat | 98 |
| Tabel 24 | Hasil Regresi Variabel Independen yang Berhubungan secara bermakna dengan Kualitas Hidup Responden pada Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2013..... | 98 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 1 Kerangka Teori Penelitian..... | 61 |
| Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian. | 62 |

DAFTAR GRAFIK

Halaman

| | | |
|----------|--|----|
| Grafik 1 | Distribusi Jumlah Penderita TB di Kota Makassar dari Januari sampai Desember Tahun 2012..... | 70 |
|----------|--|----|

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

| Lambang/Singkatan | Arti dan Keterangan |
|-------------------|--|
| AIDS | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| ARTI | <i>Annual Risk of TB Infection</i> |
| BCG | <i>Bacillus Calmette et Guerin</i> |
| BBKPM | Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat |
| BTA | Basil Tahan Asam |
| CDC | <i>Center for Disease Control and Prevention</i> |
| Dinkes | Dinas Kesehatan |
| Depkes | Departemen Kesehatan |
| Ditjen | Direktorat Jenderal |
| DOTS | <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i> |
| E | <i>Etambutol</i> |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| HRQoL | <i>Health Related Quality of Life</i> |
| INH | Iso Niazid Hydrazide |
| Kemendes | Kementrian Kesehatan |
| KDRT | Kekerasan dalam Rumah Tangga |
| MDR | Multi Drugs Resistance (kekebalan ganda terhadap obat) |
| MDG | Millenium Development Goals |
| OAT | Obat Anti Tuberkulosis |
| P2M | Pencegahan Penyakit Menular |
| P2PL | Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit |
| Puskesmas | Pusat Kesehatan Masyarakat |
| PMO | Pengawas Menelan Obat |
| QoL | Quality of Life |
| R | Rifampisin |
| RI | Republik Indonesia |

| | |
|-------------|-------------------------------|
| S | Streptomisin |
| SPS | Sewaktu-Pagi-Sewaktu |
| SF | Short Form |
| SKRT | Survei Kesehatan Rumah Tangga |
| TB | <i>Tuberculosis</i> |
| WHO | World Health Organization |
| Z | Pirazinamid |

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
2. Kuesioner
3. Master Tabel Penelitian
4. Hasil Analisis Data
5. Surat Izin Penelitian dari Program Pascasarjana FKM UNHAS
6. Surat Izin Penelitian dari Gubernur Sulawesi Selatan cq. Badan Kesbangpol dan Linmas
7. Surat Keterangan Izin Penelitian dari Walikota Makassar
8. Surat Keterangan Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
9. Surat Keterangan Selesai Penelitian di Puskesmas Kota Makassar
10. Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Menurut *Global Tuberculosis Control* Tahun 2011 jumlah pasien tuberkulosis di Indonesia merupakan ke-4 terbanyak di dunia setelah India, Cina dan Afrika Selatan (Siagian, 2011).

World Health Organization (WHO) telah mencanangkan tuberkulosis sebagai *Global Emergence*. Diperkirakan angka kematian akibat TB adalah 8000 setiap hari dan 2 - 3 juta setiap tahun. Dilaporkan bahwa jumlah terbesar kematian akibat TB terdapat di Asia Tenggara yaitu 625.000 orang atau angka mortaliti sebesar 39 orang per 100.000 penduduk (WHO, 2010).

Angka mortaliti tertinggi terdapat di Afrika yaitu 83 per 100.000 penduduk, dimana prevalensi HIV yang cukup tinggi mengakibatkan peningkatan cepat kasus TB yang muncul. Dianggarkan bahwa pada tahun 2002 hingga 2020, 1000 juta orang akan terinfeksi TB dan 36 juta orang akan meninggal akibat dari TB (Innes JA, dkk. 2005).

Penyakit TB di Indonesia merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Pada tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian

nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia. Dari golongan penyakit infeksi, TB merupakan penyebab kematian nomor 1. Diperkirakan setiap tahun terjadi 528,063 kasus baru TB dengan kematian karena TB sekitar 140.000 secara kasar. Diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TB paru BTA positif (WHO, 2010).

Data Dinas Kesehatan Kota Makassar menunjukkan jumlah penderita TB dari seluruh puskesmas di wilayah Kota Makassar yang terdiri dari 38 puskesmas, terdapat 1124 penderita TB laki-laki dan 853 penderita TB perempuan dengan total keseluruhan sebesar 1977 Penderita TB. (Dinkes. Kota Makassar, 2012)

Risiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection = ARTI*) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1-3 %. Pada daerah ARTI sebesar 1 % berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk. Sepuluh orang akan terinfeksi dimana sebagian dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita TB, hanya sekitar 10 % dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita.

Dukungan sosial penting untuk penderita penyakit kronik seperti Tuberkulosis sebab dukungan sosial dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa, yang pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan. Meningkatnya status kesehatan berarti akan meningkatkan kualitas hidup penderita. (Ratnasari, 2012)

Laporan Ditjen PP & PL Kementrian Kesehatan RI tahun 2011, diperoleh data angka konversi tahun 2010 per provinsi mempunyai range 42,1%- 163,3%. Perbandingan antara tahun 2010-2011 terdapat 15 provinsi (45,5%) yang mengalami peningkatan dan 18 provinsi (54,5%) yang mengalami penurunan, tertinggi Papua (22,9%).

Angka kesembuhan (*cure rate*) pengobatan kasus baru TB Paru BTA positif tahun 2010 menunjukkan peningkatan dari tahun 2005-2010 meskipun angka ini masih dibawah target 85%, dengan range 81,2%- 83,9%, terendah tahun 2005 dan tertinggi tahun 2010. Tahun 2011 angka keberhasilan pengobatan sebesar 88,4% bila dibandingkan antara tahun 2010-2011 mengalami penurunan sebesar 2,8%.

Tahun 2011, Angka kesembuhan kasus baru TB Paru BTA positif per-provinsi, terdapat 16 provinsi (48,5%) yang mencapai target (85%). Angka ini mempunyai range 44,8%- 93,0%. Perbandingan antara tahun 2010- 2011 terdapat 17 provinsi (51,5%) yang mengalami peningkatan dan sebanyak 16 provinsi yang mengalami penurunan (48,5%). (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011).

Data tersebut menunjukkan bahwa angka konversi dan angka kesembuhan dari tahun 2005 hingga tahun 2010 mengalami peningkatan, namun pada tahun 2011 dibandingkan dengan tahun 2010 mengalami penurunan. Hal ini disebabkan antara lain karena : pengawasan langsung menelan obat pada penderita TB mengalami penurunan, ketidakteraturan

berobat dan drop out pengobatan, sehingga bisa menyebabkan meningkatnya resistensi TB yang berdampak pada penularan TB.

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendirian tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan), kebutuhan sosial (pergaulan, pengakuan dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religiusitas), tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah baik ringan maupun berat. Pada saat itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai.

Menurut Rook (1985, dalam Smet, 1994), dukungan sosial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi stress. Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan sosial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok.

Keluarga adalah orang-orang terdekat yang mempunyai potensi sebagai sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkannya. Friedmen, (2010) mengemukakan bahwa dukungan sosial keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga.

Selain keluarga, Studi yang dilakukan oleh Furnham (dalam Veiel & Baumann, 1992) menemukan teman atau sahabat sebagai pemberi dukungan sosial melalui 3 proses yaitu membantu material atau instrumental, dukungan emosional, dan integrasi sosial.

Para peneliti menemukan bahwa dukungan sosial ada kaitannya dengan pengaruh-pengaruh positif bagi seseorang yang mempunyai sumber-sumber personal yang kuat, dimana kesehatan fisik individu yang memiliki hubungan dekat dengan orang lain akan lebih cepat sembuh dibandingkan yang terisolasi. (Wangmuba, 2009)

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari, 2012 diperoleh hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ($r=0,675$; $p<0,01$). Arah korelasi positif menunjukkan bahwa semakin besar dukungan sosial maka kualitas hidupnya akan semakin meningkat. sebagaimana penelitian Jakubowiak, et. al, 2006 Ketidapatuhan berobat menjadi hambatan terhadap kesembuhan dan menyebabkan MDR TB, sehingga peran dari dukungan sosial sangat dibutuhkan dalam membantu mengatasi hambatan.

Demikian halnya dengan penderita penyakit kronis seperti TB paru perlu mendapat dukungan sosial lebih, karena dengan dukungan dari orang-orang tersebut secara tidak langsung dapat menurunkan beban psikologis sehubungan dengan penyakit yang dideritanya yang pada akhirnya akan meningkatkan ketahanan tubuh sehingga kondisi fisik tidak semakin menurun. Dukungan sosial penting untuk penderita penyakit

kronik sebab dukungan sosial dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa, yang pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan. Meningkatnya status kesehatan berarti akan meningkatkan kualitas hidup penderita. Dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan, dengan pengawasan dan pemberian semangat terhadap penderita.(Ratnasari, 2012).

Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Guo, et. al, 2009 ditemukan bahwa secara umum OAT berdampak positif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, yakni secara fisik kesehatan mereka cenderung pulih lebih cepat daripada kesehatan mental. Namun setelah berhasil menyelesaikan pengobatan dan sembuh, kualitas hidup mereka tetap jauh lebih buruk daripada populasi umum. Demikian pula dengan Penelitian yang dilakukan oleh Biswas, et. al, 2010 menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap perilaku kesehatan penderita TB. Hasil Penelitian lain yang dilakukan Acha, et. Al, 2010, diperoleh hasil bahwa dukungan psikososial adalah komponen penting pengobatan untuk MDR-TB dalam rangka untuk memastikan penyelesaian rumit masalah pengobatan dan memungkinkan rehabilitasi psikososial setelah perawatan.

Dukungan sosial tidak terlepas dari peran budaya masyarakat, yakni sebagai bentuk akumulasi dari kepercayaan individu, norma keluarga dan masyarakat yang tercermin dalam stigma, mitos pada

masyarakat. (Pratiwi, dkk, 2011). Demikian pula pada pelayanan kesehatan antara lain sarana dan prasarana pengobatan dan sikap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penderita TB berkaitan dengan kualitas hidup penderita TB.

Berdasarkan pertimbangan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan status kesehatan penderita serta pentingnya perhatian terhadap kualitas hidup penderita penyakit TB, maka peneliti merasa tertarik untuk mengkaji kedua hal tersebut.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka penulis merumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB
2. Apakah ada hubungan dukungan teman terhadap kualitas hidup penderita TB
3. Apakah ada hubungan dukungan masyarakat terhadap kualitas hidup penderita TB
4. Apakah ada hubungan pelayanan kesehatan terhadap kualitas hidup penderita TB
5. Apakah ada hubungan budaya terhadap kualitas hidup penderita TB

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan antara dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita TB pada Puskesmas di Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB
- b. Menganalisis hubungan dukungan teman terhadap kualitas hidup penderita TB
- c. Menganalisis hubungan dukungan masyarakat terhadap kualitas hidup penderita TB
- d. Menganalisis hubungan dukungan pelayanan kesehatan terhadap kualitas hidup penderita TB
- e. Menganalisis hubungan budaya terhadap kualitas hidup penderita TB
- f. Melihat hubungan yang paling kuat dari dukungan sosial terhadap kualitas hidup pasien TB.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat memperkaya khasanah keilmuan khususnya terhadap kesehatan masyarakat terkait penanganan masalah Tuberkulosis di Indonesia.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh instansi terkait terhadap pentingnya memperhatikan keterlibatan dukungan sosial terhadap peningkatan kualitas hidup penderita TB.

3. Manfaat Praktis

Dengan diketahuinya pentingnya dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita TB menjadi alternatif penanganan dan penanggulangan TB.

4. Manfaat Masyarakat

Diharapkan masyarakat mampu meningkatkan pengetahuannya dalam peningkatan kualitas hidup penderita TB dengan meningkatkan dukungan sosial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN UMUM TUBERKULOSIS

1. Definisi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Ditjen PP & PL, Kemenkes RI, 2011). Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang ditularkan melalui udara (melalui percikan dahak penderita TB) (Sub Direktorat TB Depkes RI dan WHO, 2011).

2. Etiologi dan Patologi Tuberkulosis

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan menular secara langsung. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk bakteri gram positif dan berbentuk batang. Umumnya *Mycobacterium tuberculosis* menyerang paru dan sebagian kecil organ tubuh lain. Kuman ini mempunyai sifat khusus, yakni tahan terhadap asam pada pewarnaan, hal ini dipakai untuk identifikasi dahak secara mikroskopis sehingga disebut sebagai basil tahan asam (BTA). *Mycobacterium tuberculosis* cepat mati dengan matahari langsung,

tetapi dapat bertahan hidup pada tempat yang gelap dan lembab. Kuman dapat *dormant* atau tertidur sampai beberapa tahun dalam jaringan tubuh.

Sumber penularan adalah penderita tuberkulosis BTA positif pada waktu batuk atau bersin. Penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman tuberkulosis masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tuberkulosis tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Seseorang terinfeksi tuberculosi ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Secara klinis, tuberkulosis dapat terjadi melalui infeksi primer dan pasca primer. Infeksi primer terjadi saat seseorang terkena kuman tuberkulosis untuk pertama kalinya. Setelah terjadi infeksi melalui saluran pernafasan, di dalam alveoli (gelembung paru) terjadi peradangan. Hal ini disebabkan oleh kuman tuberkulosis yang berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru. Waktu terjadinya infeksi hingga pembentukan

komplek primer adalah sekitar 4-6 minggu. Kelanjutan infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan respon daya tahan tubuh dapat menghentikan perkembangan kuman TB dengan cara menyelubungi kuman dengan jaringan pengikat. Ada beberapa kuman yang menetap sebagai "persister" atau "*dormant*", sehingga daya tahan tubuh tidak dapat menghentikan perkembangbiakan kuman, akibatnya yang bersangkutan akan menjadi penderita tuberkulosis dalam beberapa bulan. Pada infeksi primer ini biasanya menjadi abses (terselubung) dan berlangsung tanpa gejala, hanya batuk dan nafas berbunyi. Tetapi pada orang-orang dengan sistem imun lemah dapat timbul radang paru hebat, ciri-cirinya batuk kronik dan bersifat sangat menular.

Infeksi pasca primer terjadi setelah beberapa bulan atau tahun setelah infeksi primer. Ciri khas tuberkulosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya efusi pleura.

Risiko terinfeksi tuberkulosis sebagian besar adalah faktor risiko eksternal, terutama adalah faktor lingkungan seperti rumah tak sehat, pemukiman padat dan kumuh. Sedangkan risiko menjadi sakit tuberkulosis, sebagian besar adalah faktor internal dalam tubuh penderita sendiri yang disebabkan oleh terganggunya sistem kekebalan dalam tubuh penderita seperti kurang gizi, infeksi HIV/AIDS, dan pengobatan dengan immunosupresan.

Penderita tuberkulosis paru dengan kerusakan jaringan luas yang telah sembuh (BTA negatif) masih bisa mengalami batuk darah. Keadaan

ini seringkali dikelirukan dengan kasus kambuh. Pada kasus seperti ini, pengobatan dengan obat antituberkulosis (OAT) tidak diperlukan, tapi cukup diberikan pengobatan simptomatis. Resistensi terhadap OAT terjadi umumnya karena penderita yang menggunakan obat tidak sesuai atau patuh dengan jadwal atau dosisnya. Resistensi ini menyebabkan jenis obat yang biasa dipakai sesuai pedoman pengobatan tidak lagi dapat membunuh kuman.

3. Diagnosis Tuberkulosis

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

a. Gejala Klinis Tuberkulosis Paru

Gejala utama pasien tuberkulosis paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik dan demam meriang lebih dari satu bulan.

Mengingat prevalensi tuberkulosis di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang dengan gejala tersebut, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien tuberkulosis dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.

b. Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

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

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

4. Klasifikasi Tuberkulosis

Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena :

- a. Tuberkulosis paru

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

b. Tuberkulosis ekstra paru

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

Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopik:

1) Tuberkulosis paru BTA positif.

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- b) spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman tuberkulosis positif.
- d) atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada tuberkulosis paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi :

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

Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit :

- 1) Tuberkulosis paru BTA negatif foto toraks positif

Dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas.

- 2) Tuberkulosis ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu :
 - a) Tuberkulosis ekstra paru ringan, misalnya: tuberkulosis kelenjar limfe, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.
 - b) Tuberkulosis ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, tuberkulosis tulang belakang, tuberkulosis usus, tuberkulosis saluran kemih dan alat kelamin.

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

- 1) Kasus baru

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

2) Kasus kambuh (*relaps*)

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

3) Kasus setelah putus berobat (*default*)

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

4) Kasus setelah gagal (*failure*)

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

5) Kasus Lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan (Depkes RI, 2006).

5. Pengobatan Penyakit Tuberkulosis

Pengobatan tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Mikobakteri merupakan kuman tahan asam yang sifatnya berbeda dengan kuman lain karena tumbuhnya sangat lambat dan cepat sekali timbul resistensi bila terpajan dengan satu obat.

Umumnya antibiotika bekerja lebih aktif terhadap kuman yang cepat membelah dibandingkan dengan kuman yang lambat membelah. Sifat lambat membelah yang dimiliki mikobakteri merupakan salah satu faktor yang menyebabkan perkembangan penemuan obat antimikobakteri baru jauh lebih sulit dan lambat dibandingkan antibakteri lain (Istiantoro dan Setiabudy, 2007).

Obat yang digunakan untuk tuberkulosis digolongkan atas dua kelompok yaitu kelompok pertama dan kelompok kedua. Kelompok obat pertama yaitu rifampisin, isoniazid, pirazinamid, etambutol dan streptomisin. Kelompok obat ini memperlihatkan efektivitas yang tinggi dengan toksisitas yang dapat diterima. (Depkes RI, 2006). Jenis dan dosis OAT dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1
Jenis dan dosis OAT

| Obat | Dosis harian (mg/kg) | Dosis 3 kali seminggu (mg/kg) |
|------------------|----------------------|-------------------------------|
| Rifampisin (R) | 10 (8-12) | 10 (8-12) |
| Isoniazid (INH) | 5 (4-6) | 10 (8-12) |
| Pirazinamid (Z) | 25 (20-30) | 35 (30-40) |
| Etambutol (E) | 15 (15-20) | 30 (20-35) |
| Streptomisin (S) | 15 (12-18) | 15 (12-18) |

Sumber : Depkes RI, 2006

Anti tuberkulosis kelompok kedua yaitu antibiotik golongan fluorokuinolon (siprofloksasin, ofloksasin, levofloksasin), sikloserin, etionamid, kanamisisn, kapreomisin dan para aminosalisilat (Istiantoro dan Setiabudy, 2007).

Penggunaan OAT kelompok kedua misalnya golongan aminoglikosida (misalnya kanamisin) dan golongan kuinolon tidak dianjurkan diberikan kepada pasien baru tanpa indikasi yang jelas karena potensi obat tersebut jauh lebih rendah daripada OAT kelompok pertama juga meningkatkan terjadinya risiko resistensi pada OAT kelompok kedua (Depkes RI, 2006).

Pengobatan TB pada orang dewasa.

1. **Kategori 1 : 2HRZE/4H3R3**, Selama 2 bulan minum obat INH, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol setiap hari (tahap intensif), dan 4 bulan selanjutnya minum obat INH dan rifampisin tiga kali dalam seminggu (tahap lanjutan), diberikan kepada :
 - a. Penderita baru TB paru BTA positif.
 - b. Penderita TB ekstra paru (TB di luar paru-paru) berat.
2. **Kategori 2 : HRZE/5H3R3E3**, diberikan kepada :
 - a. Penderita kambuh.
 - b. Penderita gagal terapi.
 - c. Penderita dengan pengobatan setelah lalai minum obat.
3. **Kategori 3 : 2HRZ/4H3R3**, diberikan kepada:
 - a. Penderita BTA (+) dan rontgen paru mendukung aktif.

B. TINJAUAN UMUM DUKUNGAN SOSIAL

1. Pengertian dukungan sosial

Berikut ini adalah definisi dari dukungan sosial menurut para ahli.

Beberapa definisi dari dukungan sosial tersebut antara lain :

- a. Menurut Thoits (1986), dukungan sosial adalah suatu interaksi antara individu dengan orang lain yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar individu yang meliputi kebutuhan untuk dicintai, dihargai, serta adanya kebutuhan akan rasa aman sehingga memperoleh kebahagiaan. Perasaan sosial dasar yang dibutuhkan individu secara terus menerus yang dipuaskan melalui interaksi dengan orang lain.
- b. Menurut Pierce (dalam Kail and Cavanaugh, 2000), dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Diamteo (1991) mendefinisikan dukungan sosial sebagai dukungan atau bantuan yang berasal dari orang lain seperti teman, tetangga, teman kerja dan orang-orang lainnya.
- c. Sarafino (1994), dukungan sosial dapat diartikan sebagai kenyamanan, perhatian, ataupun bantuan yang diterima individu dari orang lain, dimana orang lain disini bisa berarti individu secara perorangan ataupun kelompok. Ia membedakan lima jenis dukungan sosial yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan sosial.

- d. Saroson (dalam Smet, 1994) yang menyatakan bahwa dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai.
- e. Selain itu, Rook (1985, dalam Smet, 1994) mendefinisikan dukungan sosial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi stres. Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan sosial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok.
- f. Menurut Schwarzer and Leppin, 1990 dalam Smet, 1994; dukungan sosial dapat dilihat sebagai fakta sosial atas dukungan yang sebenarnya terjadi atau diberikan oleh orang lain kepada individu (*perceived support*) dan sebagai kognisi individu yang mengacu pada persepsi terhadap dukungan yang diterima (*received support*).

Berdasarkan uraian dari beberapa pendapat para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah dukungan atau bantuan yang berasal dari orang yang memiliki hubungan sosial akrab dengan

individu yang menerima bantuan. Adapun bentuk dukungannya dapat berupa informasi, tingkah laku tertentu, ataupun materi yang dapat menjadikan individu yang menerima bantuan merasa disayangi, diperhatikan dan bernilai.

2. Faktor- faktor yang mempengaruhi dukungan sosial

Menurut stanley (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan sosial adalah sebagai berikut :

a. Kebutuhan fisik

Kebutuhan fisik dapat mempengaruhi dukungan sosial. Adapun kebutuhan fisik meliputi sandang, pangan dan papan. Apabila seseorang tidak tercukupi kebutuhan fisiknya maka seseorang tersebut kurang mendapat dukungan sosial.

b. Kebutuhan sosial

Dengan aktualisasi diri yang baik maka seseorang lebih dikenal oleh masyarakat daripada orang yang tidak pernah bersosialisasi di masyarakat. Orang yang mempunyai aktualisasi diri yang baik cenderung selalu ingin mendapatkan pengakuan di dalam kehidupan masyarakat. Untuk itu pengakuan sangat diperlukan untuk memberikan penghargaan.

c. Kebutuhan psikis

Dalam kebutuhan psikis pasien pre operasi di dalamnya termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin

terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah baik ringan maupun berat, maka orang tersebut akan cenderung mencari dukungan sosial dari orang-orang sekitar sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai.

3. Klasifikasi dukungan sosial

Menurut Cohen & Syme (1985), mengklasifikasikan dukungan sosial dalam 4 kategori yaitu :

- a. Dukungan informasi, yaitu memberikan penjelasan tentang situasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi individu. Dukungan ini, meliputi memberikan nasehat, petunjuk, masukan atau penjelasan bagaimana seseorang bersikap.
- b. Dukungan emosional, yang meliputi ekspresi empati misalnya mendengarkan, bersikap terbuka, menunjukkan sikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, mau memahami, ekspresi kasih sayang dan perhatian. Dukungan emosional akan membuat si penerima merasa berharga, nyaman, aman, terjamin, dan disayangi.
- c. Dukungan instrumental adalah bantuan yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, meminjamkan uang, memberikan makanan, permainan atau bantuan yang lain.
- d. Dukungan appraisal atau penilaian, dukungan ini bisa terbentuk penilaian yang positif, penguatan (pembenaran) untuk melakukan

sesuatu, umpan balik atau menunjukkan perbandingan sosial yang membuka wawasan seseorang yang sedang dalam keadaan stres.

Menurut Sheridan & Radmacher (1992) menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal yang melibatkan aspek- aspek informasi, perhatian emosi, penilaian dan bantuan instrumental. Ciri- ciri setiap aspek tersebut oleh Smet (1994) dan Taylor (1995), dijelaskan sebagai berikut ;

- a. Informasi dapat berupa saran- saran, nasihat dan petunjuk yang dapat dipergunakan oleh korban dalam mencari jalan keluar untuk pemecahan masalahnya.
- b. Perhatian emosi berupa kehangatan, kepedulian dan dapat empati yang meyakinkan korban, bahwa dirinya diperhatikan orang lain.
- c. Penilaian berupa penghargaan positif, dorongan untuk maju atau persetujuan terhadap gagasan atau perasaan individu lain.
- d. Bantuan instrumental berupa dukungan materi seperti benda atau barang yang dibutuhkan oleh korban dan bantuan finansial untuk biaya pengobatan, pemulihan maupun biaya hidup sehari- hari selama korban belum dapat menolong dirinya sendiri.

Menurut Wangmuba (2009)

Dukungan sosial mencakup dukungan informasi berupa saran nasehat, dukungan perhatian atau emosi berupa kehangatan, kepedulian dan empati, dukungan instrumental berupa bantuan materi atau finansial

dan penilaian berupa penghargaan positif terhadap gagasan atau perasaan orang lain.

Menurut House dalam Depkes (2002)

Menurut House dalam Depkes (2002) yang dalam oleh Ninuk (2007;29), dukungan sosial diklasifikasikan menjadi 4 jenis yaitu ;

a. Dukungan emosional

Dukungan ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang bersangkutan.

b. Dukungan penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan perasaan individu dan perbandingan positif orang dengan orang lain misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya atau menambah harga diri.

c. Dukungan instrumental

Mencakup bantuan langsung misalnya dengan memberi pinjaman uang kepada orang yang membutuhkan atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak punya pekerjaan.

d. Dukungan informatif

Mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, informasi serta petunjuk.

Menurut Sheridan dan Radmacher (1992), Sarafino (1998) serta Taylor (1999); membagi dukungan sosial kedalam 5 bentuk, yaitu :

a. Dukungan instrumental (*tangible or instrumental support*)

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi kecemasan karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol.

b. Dukungan informasional (*informational support*)

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, pengetahuan, petunjuk, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

c. Dukungan emosional (*emotional support*)

Bentuk dukungan ini melibatkan rasa empati, ada yang selalu mendampingi, adanya suasana kehangatan, dan rasa diperhatikan akan membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol.

d. Dukungan pada harga diri (*esteem support*)

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu dan perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

e. Dukungan dari kelompok sosial (*network support*)

Bentuk dukungan ini akan membuat individu merasa menjadi anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktivitas sosial dengan kelompok. Dengan begitu individu akan memiliki perasaan senasib.

4. Cakupan dukungan sosial

Menurut Saranson (1983) dalam Kuntjoro (2002), dukungan sosial itu selalu mencakup 2 hal yaitu ;

1. Jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia

Merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas).

2. Tingkat kepuasan akan dukungan sosial yang diterima

Tingkatan kepuasan akan dukungan sosial yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

5. Sumber- sumber dukungan sosial

Menurut Rook dan Dooley (1985) dalam Ratna, Wahyu (2010), ada 2 sumber dukungan sosial yaitu sumber artifisial dan sumber natural.

1. **Sumber artifisial** : dirancang ke dalam kebutuhan primer seseorang, misalnya : pada peristiwa bencana alam dukungan berupa kebutuhan pokok/pangan dan sandang diberikan melalui berbagai bentuk sumbangan sosial.

2. Dukungan sosial natural

Dukungan sosial yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, isteri, suami dan kerabat), teman dekat atau relasi. Dukungan sosial ini bersifat non- formal.

Sumber dukungan sosial yang bersifat natural berbeda dengan sumber dukungan sosial yang bersifat artifisial dalam sejumlah hal. Perbedaan tersebut terletak dalam hal sebagai berikut ;

- a. Keberadaan sumber dukungan sosial natural bersifat apa adanya tanpa dibuat-buat sehingga lebih mudah diperoleh dan bersifat spontan.
- b. Sumber dukungan sosial yang natural memiliki kesesuaian dengan norma yang berlaku tentang kapan sesuatu harus diberikan.
- c. Sumber dukungan sosial yang natural berakar dari hubungan yang telah berakar lama.

- d. Sumber dukungan sosial yang natural memiliki keragaman dalam penyampaian dukungan sosial, mulai dari pemberian barang- barang nyata hingga sekedar menemui seseorang dengan penyampaian salam.
- e. Sumber dukungan sosial yang natural terbebas dari beban dan label psikologis .

Menurut Wangmuba (2009), sumber dukungan sosial yang natural terbebas dari beban dan label psikologis terbagi atas ;

1. Dukungan sosial utama bersumber dari keluarga

Menurut WHO, 1969. Keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Sedangkan menurut Raisner (1980), Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek. Sebagaimana menurut Logan's (1980), keluarga adalah sebuah sistem sosial dan kumpulan dari beberapa komponen yang saling berinteraksi satu dengan yang lainnya.

Keluarga adalah orang- orang terdekat yang mempunyai potensi sebagai sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkan. Keluarga sebagai suatu sistem sosial, mempunyai fungsi- fungsi yang

dapat menjadi sumber dukungan utama bagi individu, seperti membangkitkan perasaan memiliki antara sesama anggota keluarga, memastikan persahabatan yang berkelanjutan dan memberikan rasa aman bagi anggota-anggotanya.

Menurut Burgess, dkk (Maryllin M. Friedman, 1998), terdapat 4 karakteristik keluarga yang terdapat pada setiap keluarga dan juga untuk membedakan keluarga satu dengan lainnya yaitu :

- a. Keluarga merupakan ikatan perkawinan untuk pasangan suami istri, ikatan darah untuk ikatan orang tua dan anak-anaknya. Dan ikatan adopsi bagi keluarga yang mengadopsi anak.
- b. Para anggota keluarga biasanya hidup dalam satu rumah/atap, meskipun suatu saat mereka hidup terpisah, tetapi mereka tetap menganggap rumah mereka adalah rumah yang pernah mereka huni bersama, dan mereka akan tetap menganggap pusat kehidupan mereka (seluruh anggota keluarga) dikendalikan dari dalam rumah tersebut.
- c. Keluarga merupakan kesatuan dari hubungan interaksi dan komunikasi yang didalamnya terdapat peran dari masing-masing anggotanya.
- d. Keluarga adalah pemelihara kebudayaan keluarga, yang berasal dari kebudayaan masyarakat sekitar, kebudayaan ibu dan kebudayaan ayah.

Dalam sosiologi keluarga, berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional atau keluarga inti dan non tradisional atau sebagai bentuk normatif dan non normatif serta bentuk keluarga varian. (Andarmoyo, 2012).

Keluarga inti (keluarga batih) merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang mempunyai fungsi-fungsi tertentu, keluarga inti lazimnya terdiri dari suami/ayah, istri/ibu, dan anak-anak yang belum menikah (Soekanto, 1990).

Bentuk keluarga *Tradisional Nuclear*/Keluarga Inti merupakan bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Sedangkan keluarga non tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional (Andarmoyo, 2012).

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stress (Taylor, 2006). Dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial

bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga. Walaupun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga (Friedmen, 2010).

Menurut Argyle (dalam Veiel & Baumann, 1992), bila individu dihadapkan pada suatu stresor maka hubungan intim yang muncul karena adanya sistem keluarga dapat menghambat, mengurangi, bahkan mencegah timbulnya efek negatif stresor karena ikatan dalam keluarga dapat menimbulkan efek buffering (penangkal) terhadap dampak stresor. Munculnya efek ini dimungkinkan karena keluarga selalu siap dan bersedia untuk membantu individu ketika dibutuhkan serta hubungan antar anggota keluarga memunculkan perasaan dicintai dan mencintai. Intinya adalah bahwa anggota keluarga merupakan orang-orang yang penting dalam memberikan dukungan instrumental, emosional dan kebersamaan dalam menghadapi berbagai peristiwa menekan dalam kehidupan.

Tabel 2. Sintesa Hasil Penelitian terkait Dukungan keluarga terhadap Kualitas Hidup

| Judul/Peneliti (Tahun) | Masalah Utama | Karakteristik | | | Temuan |
|--|---|---------------|-------------|-----------------------|--|
| | | Subjek | Instrumen | Metode | |
| The Relationship between Family Support and Health Behaviors among Patients with Pulmonary TB (Biswas. B. R, et. al. 2010) | Tingginya TB pada negara berkembang sehingga dukungan keluarga dianggap berhubungan dengan perilaku sehat. | 126 orang | Kuesioner | Kualitatif, | Hasil menunjukkan Pasien mendapatkan dukungan tinggi dari keluarga mereka (M = 3,26, SD = 0,35), perilaku kesehatan dari subjek tinggi (M = 3,04, SD = 0,31). Hal ini mengindikasikan bahwa subyek penerima dukungan keluarga akan memiliki perilaku kesehatan yang tinggi pula. |
| The relationship between perceiver family support as drug consumption controller/pengawars minum obat (PMO)'s and self efficacy of Tuberculossi patients in BKPM semarang Region/ Hendiani, Nurlita, dkk. 2012 | Adakah hubungan antara dukungan keluarga sebagai PMO dengan efikasi diri pada penderita TB | 44 orang | Kuesioner | Cross sectional study | Terdapat hubungan positif antara persepsi dukungan keluarga sebagai PMO dengan efikasi diri penderita TB di BKPM wilayah Semarang, yang artinya semakin positif persepsi dukungan keluarga sebagai PMO maka semakin tinggi efikasi diri. |
| Patient's Knowledge and Attitude towards Tuberculosis in an Urban Setting / Saria, et.al (2012) | Bagaimana pengetahuan TB pasien tentang gejala, cara penularan dan pengobatan TB, dan persepsi mereka terhadap penyakit | 762 orang | Kuantitatif | Cross sectional study | Sebagian besar responden mendapatkan dukungan positif dari keluarga mereka (46,6%) |

Sumber : Beberapa artikel ilmiah

2. Dukungan sosial dapat bersumber dari sahabat atau teman.

Suatu studi yang dilakukan oleh Argyle & Furnham (dalam Veiel & Baumann,1992) menemukan tiga proses utama dimana sahabat atau teman dapat berperan dalam memberikan dukungan sosial. Proses yang pertama adalah membantu sosial atau instrumental. Stres

yang dialami individu dapat dikurangi bila individu mendapatkan pertolongan untuk memecahkan masalahnya. Pertolongan ini dapat berupa informasi tentang cara mengatasi masalah atau pertolongan berupa uang. Proses kedua adalah dukungan emosional. Perasaan tertekan dapat dikurangi dengan membicarakannya dengan teman yang simpatik. Harga diri dapat meningkat, depresi dan kecemasan dapat dihilangkan dengan penerimaan yang tulus dari sahabat karib. Proses yang ketiga adalah integrasi sosial. Menjadi bagian dalam suatu aktivitas waktu luang yang kooperatif dan diterimanya seseorang dalam suatu kelompok sosial dapat menghilangkan perasaan kesepian dan menghasilkan perasaan sejahtera serta memperkuat ikatan sosial.

Teman sebaya menduduki tempat kedua setelah keluarga terutama dalam mempengaruhi konsep diri seseorang. Masalah penerimaan atau penolakan dalam kelompok teman sebaya berpengaruh terhadap diri seseorang. Masyarakat juga berpengaruh terhadap konsep diri seseorang, masyarakat punya harapan tertentu terhadap seseorang dan harapan ini masuk ke dalam diri individu, dimana individu akan berusaha melaksanakan harapan tersebut (Calhoun & Acocella,1995).

Tabel 3 Sintesa Hasil Penelitian Terkait Dukungan Teman terhadap Kualitas Hidup

| JUDUL/ PENELITI (TAHUN) | MASALAH UTAMA | KARAKTERISTIK | | | TEMUAN |
|--|---|---------------|-----------|--|--|
| | | Subyek | Instrumen | Metode | |
| Sosial support and quality of life among psychiatric patients in residential homes / Sharir, 2007. | Dukungan masyarakat sebagai dukungan dasar untuk pasien dengan penyakit mental. | 83 orang | Kuesioner | Kuantitatif | peran penting dari status pernikahan, keuangan, pemeliharaan rumah dan dukungan dari teman-teman dalam hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup. |
| The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study/ Paz.Soldan, et. al. 2013. | Bagaimana dukungan sosial yang diterima oleh pasien TB dan orang tua pasien di Peru | 43 orang | | Kualitatif /Wawancara semi terstruktur | Hasil wawancara menunjukkan bahwa Teman yang memberikan dukungan terhadap penderita TB (30,2%). |
| Sosial Support Associated with Quality of Life in Home Care Patients with Irractable Neurological Disease in Japan / Nishida, Tomoko Eriko Ando, and Hisataka Sakakibara, 2012 | Tingginya kebutuhan pasien terhadap peningkatan kualitas hidup pasien. | 120 orang | Kuesioner | kuantitatif | Dukungan emosional adalah domain yang sangat penting bagi perawatan pasien penyakit syaraf. |

Sumber.: Beberapa Artikel Ilmiah

3. Dukungan sosial dari masyarakat

Masyarakat adalah wadah hidup bersama dari individu-individu yang terjalin dan terikat dalam hubungan interaksi serta relasi sosial (Abdulsyani, 1992). Asal kata masyarakat berasal dari bahasa Arab : Syirk : bergaul, *syaraka* artinya berpartisipasi, ikut serta, dan *musyarak* artinya bersama-sama.

Koentjaraningrat (1990), masyarakat merupakan satu kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan saling terikat oleh satu rasa identitas bersama.

Auguste Comte mengatakan bahwa masyarakat merupakan kelompok-kelompok makhluk hidup dengan realitas-realitas baru yang berkembang menurut hukum-hukum, dan polanya sendiri.

Dukungan masyarakat berkaitan dengan sosial yang mempengaruhi efektifitas dukungan sosial yaitu pemberi dukungan sosial. Dukungan yang diterima melalui sumber yang sama akan lebih mempunyai arti dan berkaitan dengan kesinambungan dukungan yang diberikan, yang akan mempengaruhi keakraban dan tingkat kepercayaan penerima dukungan.

Proses yang terjadi dalam pemberian dan penerimaan dukungan itu dipengaruhi oleh kemampuan penerima dukungan untuk mempertahankan dukungan yang diperoleh. Para peneliti menemukan bahwa dukungan sosial ada kaitannya dengan pengaruh- pengaruh positif bagi seseorang yang mempunyai sumber-sumber personal yang kuat. Kesehatan fisik individu yang memiliki hubungan dekat dengan orang lain akan lebih cepat sembuh dibandingkan dengan individu yang terisolasi.

Menurut WHO : sumber dukungan sosial ada 3 level yaitu :

- a. Level Primer : anggota keluarga dan sahabat
- b. Level Sekunder : teman, kenalan, tetangga, dan rekan kerja.

c. Level Tersier : Instansi dan petugas kesehatan, termasuk perawat.

Pada intinya dukungan sosial dapat diberikan oleh siapa saja dalam bentuk apa saja sebagai implikasi dari adanya interaksi antar umat manusia. Semakin dalam interaksi dan hubungan emosi diantara keduanya, semakin besar dukungan yang dapat diberikan (Wahyu. 2010).

Tabel 4 Sintesa Hasil Penelitian Terkait Dukungan Masyarakat terhadap Kualitas Hidup

| JUDUL/ PENELITI (TAHUN) | MASALAH UTAMA | KARAKTERISTIK | | | TEMUAN |
|---|---|---------------|-----------|--|---|
| | | Subyek | Instrumen | Metode | |
| The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study/ Paz.Soldan, et. al. 2013. | Bagaimana dukungan sosial yang diterima oleh pasien TB dan orang tua pasien di Peru | 43 orang | | Kualitatif /Wawancara semi terstruktur | Hasil wawancara menunjukkan bahwa masyarakat yang memberikan dukungan terhadap penderita TB (8,3%), dan umumnya merasa terisolasi dari masyarakat |
| Factors associated with health-related quality of life among pulmonary tuberculosis patients in Manila, the Philippines / Masumoto, et.al. 2012 | Pentingnya HRQL pada pasien TB Paru dan faktor-faktor yang berkaitan dengan HRQL | 561 orang | Kuesioner | kuantitatif | Dukungan terhadap masyarakat (sosial) dirasakan rendah (P=0,027) dengan nilai signifikansi yang diperoleh P<0,01 |

Sumber.: Paz.Soldan, et.al (2013) dan Masumoto, et.al (2012)

6. Komponen- komponen dalam dukungan sosial

Menurut Weiss Cutrona dkk (994;371) dalam Kuntjoro (2002), mengemukakan adanya 6 komponen dukungan sosial yang disebut sebagai "*The sosial provision scale*" ,dimana masing- masing komponen

dapat berdiri sendiri- sendiri, namun satu sama lain saling berhubungan.

Adapun komponen- komponen tersebut adalah ;

1. Kerekatan emosional (*Emotional Attachment*)

Merupakan perasaan akan kedekatan emosional dan rasa aman. Jenis dukungan sosial semacam ini memungkinkan seseorang memperoleh kerekatan emosional sehingga menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Sumber dukungan sosial semacam ini yang paling sering dan umum adalah diperoleh dari pasangan hidup atau anggota keluarga atau teman dekat atau sanak saudara yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis.

2. Integrasi sosial (*sosial integrasion*)

Merupakan perasaan menjadi bagian dari keluarga, tempat seseorang berada dan tempat saling berbagi minat dan aktivitas. Jenis dukungan sosial semacam ini memungkinkan seseorang untuk memperoleh perasaan memiliki suatu keluarga yang memungkinkannya untuk membagi minat, perhatian serta melakukan kegiatan yang sifatnya rekreatif atau secara bersamaan. Sumber dukungan semacam ini memungkinkan adanya rasa aman, nyaman serta rasa memiliki dan dimiliki dalam kelompok.

3. Adanya pengakuan (*Reansurance of Worth*)

Meliputi pengakuan akan kompetensi dan kemampuan seseorang dalam keluarga. Pada dukungan sosial jenis ini seseorang akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahliannya serta

mendapat penghargaan dari orang lain atau lembaga. Sumber dukungan semacam ini dapat berasal dari keluarga atau lembaga atau instansi atau perusahaan atau organisasi dimana seseorang bekerja.

4. Ketergantungan yang dapat diandalkan (*Reliable alliance*)

Meliputi kepastian atau jaminan bahwa seseorang dapat mengharapkan keluarga untuk membantu semua keadaan. Dalam dukungan sosial jenis ini, seseorang akan mendapatkan dukungan sosial berupa jaminan bahwa ada orang yang dapat diandalkan bantuannya ketika seseorang membutuhkan bantuan tersebut. Jenis dukungan sosial ini pada umumnya berasal dari keluarga.

5. Bimbingan (*Guidance*)

Dukungan sosial jenis ini adalah adanya hubungan kerja ataupun hubungan sosial yang dapat memungkinkan seseorang mendapat informasi, saran, atau nasehat yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan dan mengatasi permasalahan yang dihadapi. Jenis dukungan sosial ini bersumber dari guru, alim ulama, pamong dalam masyarakat, dan juga sosial yang dituakan dalam keluarga.

6. Kesempatan untuk mengasuh (*Opportunity for Nurturance*)

Suatu aspek penting dalam hubungan interpersonal akan perasaan yang dibutuhkan oleh orang lain. Jenis dukungan sosial ini memungkinkan seseorang untuk memperoleh perasaan bahwa orang lain tergantung padanya untuk memperoleh kesejahteraan. Sumber

dukungan sosial ini adalah keturunan (anak-anaknya) dan pasangan hidup.

7. Aspek hubungan sosial pada pasien, Seseorang yang hubungannya dekat dengan keluarganya akan mempunyai kecenderungan lebih sedikit untuk sosial dibandingkan seseorang yang hubungannya jauh dengan keluarga (Stanley, 2007).

Heller dkk (1986) mengemukakan ada 2 komponen dukungan sosial, yaitu :

1. Penilaian yang mempertinggi penghargaan

Komponen penilaian yang mempertinggi penghargaan mengacu pada penilaian seseorang terhadap pandangan orang lain kepada dirinya. Seseorang menilai sesamanya evaluasi seseorang terhadap dirinya dan percaya dirinya berharga bagi orang lain. Tindakan orang lain yang menyokong harga diri seseorang, semangat juang dan kehidupan yang baik.

2. Transaksi interpersonal yang berhubungan dengan kecemasan

Komponen transaksi interpersonal yang berhubungan dengan kecemasan mengacu pada adanya seseorang yang memberikan bantuan ketika ada masalah. Seseorang memberikan bantuan untuk memecahkan masalah dengan menyediakan informasi untuk menjelaskan situasi yang berhubungan dengan kecemasan. Bantuan ini berupa dukungan emosional, kognitif yang distruktur ulang dan bantuan instrumental.

7. Bentuk dukungan sosial

Menurut Kaplan and Saddock (1998), adapun bentuk dukungan sosial adalah sebagai berikut ;

1. Tindakan atau perbuatan

Bentuk nyata dukungan sosial berupa tindakan yang diberikan oleh orang disekitar pasien, baik dari keluarga, teman dan masyarakat.

2. Aktivitas sosial atau fisik

Semakin bertambahnya usia maka perasaan religiusnya semakin tinggi. Oleh karena itu aktivitas sosial dapat diberikan untuk mendekatkan diri pada Tuhan .

3. Interaksi atau bertukar pendapat

Dukungan sosial dapat dilakukan dengan interaksi antara pasien dengan orang-orang terdekat atau di sekitarnya, diharapkan dengan berinteraksi dapat memberikan masukan sehingga merasa diperhatikan oleh orang di sekitarnya.

Menurut thoits (1995) dalam White, K. (2011), dukungan emosional dipersepsikan menuju kepada kesehatan mental dan fisik yang lebih baik, dan membantu menyangga dampak berbagai kejadian penting dalam kehidupan. Bentuk dukungan yang paling kuat adalah hubungan yang akrab dan meyakinkan.

8. Dampak dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang diterima individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupannya. Diharapkan

dengan adanya dukungan sosial maka seseorang akan merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai. Dengan pemberian dukungan sosial yang bermakna maka seseorang akan mengatasi rasa cemasnya terhadap pembedahan yang akan dijalani (Suhita, 2005).

Dukungan sosial ternyata tidak hanya memberikan efek positif dalam mempengaruhi kejadian dari efek kecemasan. Dalam Sarafino (1998) disebutkan beberapa contoh efek sosial yang timbul dari dukungan sosial, antara lain ;

1. Dukungan yang tersedia tidak dianggap sebagai sesuatu yang membantu. Hal ini dapat terjadi karena dukungan yang diberikan tidak cukup, individu merasa tidak perlu dibantu atau terlalu khawatir secara emosional sehingga tidak memperhatikan dukungan yang diberikan.
2. Dukungan yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan individu.
3. Sumber dukungan memberikan contoh buruk pada individu seperti melakukan atau menyarankan perilaku tidak sehat.
4. Terlalu menjaga atau tidak mendukung individu dalam melakukan sesuatu yang diinginkannya. Keadaan ini dapat mengganggu program rehabilitasi yang seharusnya dilakukan oleh individu dan menyebabkan individu menjadi tergantung pada orang lain.

9. Dimensi dukungan sosial

Menurut Jacobson (1986), dukungan sosial meliputi 3 hal, diantaranya ;

1. *Emotional support*, meliputi ; perasaan nyaman, dihargai, dicintai dan diperhatikan.
2. *Cognitive support*, meliputi ; informasi, pengetahuan dan nasehat.
3. *Material support*, misalnya ; bantuan atau pelayanan berupa sesuatu barang dalam mengatasi masalah.

10. Faktor yang mempengaruhi Efektivitas Dukungan Sosial

- 1) Pemberi dukungan sosial : lebih efektif dari orang-orang terdekat yang mempunyai arti dalam hidup individu.
- 2) Jenis dukungan sosial : akan memiliki arti bila dukungan itu bermanfaat dan sesuai dengan situasi yang ada.
- 3) Penerima dukungan sosial, perlu diperhatikan karakteristik orang yang menerima bantuan, kepribadian dan peran sosial penerima dukungan.
- 4) Jenis dukungan yang diberikan, sesuai dengan permasalahan yang dihadapi.
- 5) Lamanya pemberian dukungan. (Wahyu, 2010)

11. Peran Sistem Budaya dalam Kesembuhan Tuberkulosis

Sistem medis orang bugis dapat diabstraksi dalam sebuah konsep teoritis, yakni berdasar hukum kausalitas yang setara dengan prinsip harmonisasi (Hamid, 1987 dalam Syafar, 2011). Konsep harmonisasi bertolak dari pengetahuan dalam lontara' berupa tiga komponen yang disebut Tellu Sulapa' Eppa' yang berarti tiga persegi empat. Pertama, ada empat unsur dasar kejadian manusia : tanah, air, api dan angin. Kedua, ada empat kualitas alam sekitar manusia : panas, dingin, kering dan

lembab. Ketiga, ada empat substansi cairan yang menyusun tubuh manusia : darah, lender, empedu kuning dan empedu hitam. Keterkaitan satu komponen dengan komponen lainnya secara harmonis menyebabkan status seseorang menjadi sehat. Sebaliknya, apabila terjadi pengaruh salah satu komponen yang lebih kuat dari komponen lainnya, maka akan menimbulkan sakit.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Syafar, 2011 yang dilaksanakan pada Puskesmas di Kabupaten Pangkep, Propinsi Sulawesi Selatan pada kasus H. Hp (62 thn) dan H. Hl (45 thn) di wilayah kerja Puskesmas Minasate'ne Kabupaten Pangkep yang menjalani pengobatan program DOTS kategori 3 setelah melalui pemeriksaan sputum dengan cara centrifuse, hasilnya ternyata masih positif (Lab Depkes, 2004). Kedua penderita sejak awal berkeyakinan bahwa penyakit yang menimpanya diakibatkan faktor keturunan, dimana kedua orang tuanya juga meninggal akibat muntah darah. Lain hal dengan kasus seorang ibu rumah tangga, Ny. S (50 thn) yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Segeri Kabupaten Pangkep. Ia memenuhi aturan minum obat program DOTS dengan teratur. Namun setelah sembuh, Ny. S berkeyakinan bahwa penyakitnya sembuh karena telah memperbaiki kesalahan pada leluhur. Ia sebelumnya telah bernazar untuk melakukan persembahan kepada leluhur sebagai penebusan kesalahan dalam pemberian sesaji sebelumnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman kalau penyakit TB disebabkan bukan dari faktor medis, tetapi karena kekuatan gaib, lebih banyak diyakini kaum perempuan berusia 45 tahun ke atas. Pengetahuan tersebut mereka dapatkan dari nenek atau kedua orangtua dan berkembang menjadi bagian dari budaya setempat. Menurut Sarlito (1999), nilai sosial mencerminkan budaya suatu masyarakat dan berlaku bagi sebagian besar anggota masyarakat penganut kebudayaan tersebut. Kepercayaan ini tumbuh dan berkembang dalam masyarakat dimana telah menjadi acuan dan orientasi bertindak bila terjadi kesakitan, ketidakmujuran maupun kegagalan.

Beberapa hambatan budaya yang berkembang terkait dengan kejadian penyakit adalah sebagai berikut :

1. Malu, banyak penyakit yang tidak dilaporkan atau diobati karena antara lain ada perasaan malu pada keluarga, sehingga sulit untuk mengadakan pendekatan dalam rangka pengobatan ataupun pendataan. Misalnya : Stress atau gangguan kejiwaan, narkoba, minuman keras/peminum, penyakit kelamin, penyakit kulit, cacingan, TB, bahkan trauma (fisik dan psikologis) karena kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).
2. Bukan urusan wanita, karena para lelaki/suami menganggap bahwa beberapa urusan (termasuk masalah kesehatan keluarganya) adalah tanggung jawab suami, meskipun yang menjadi penderita adalah istrinya. Misalnya ketika sang istri akan melahirkan, masih banyak para

suami yang harus memutuskan akan dibawa kemana istrinya melahirkan. Sehingga ketika sudah waktunya melahirkan dan ketika suami belum pulang maka sang istri tidak berani memutuskan, sehingga pertolongan sering terlambat, apalagi ketika yang sakit adalah anaknya.

3. Ketidakmampuan sosial ekonomi, ketidakterjangkauan untuk berobat, merupakan salah satu masalah untuk Negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Sebenarnya pada kondisi ketidakmampuan masalah ekonomi, berlanjut menjadi ketidakmampuan pendidikan, dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Biasanya mereka menjadi lebih apatis, pasrah, dan tidak terpantau oleh petugas pemerintah. Konsekuensinya mereka menjadi berperilaku hidup yang kurang bersih dan sehat.
4. Beberapa penderita penyakit tertentu merasa tidak terganggu dengan penyakitnya, dan mereka masih dapat bekerja. Hal ini sering dijumpai pada penyakit misalnya gondok karena kekurangan yodium, anemi zat besi, penderita masih dapat bekerja dan merasa tidak terganggu, disamping memang penghasilan mereka biasanya harian/buruh harian, sehingga bila ditinggal untuk berobat, mereka akan kehilangan uang untuk makan pada hari itu.
5. Sebagian besar penduduk Asia dan khususnya Indonesia, masih sangat percaya dengan pengobatan alternatif. Mungkin karena keterbatasan pengetahuan, anggaran dan alasan lain, misalnya

keyakinan. Sehingga pengobatan alternatif, adalah pilihan yang banyak dipilih dalam menyelesaikan berbagai masalah kesehatan.

6. Mobilitas tinggi dan adanya kebijakan pemerintah tentang otonomi daerah yang belum matang dalam persiapannya, juga berdampak sering tidak terpantaunya penyakit, karena ketika sakit penderita kembali kekampungnya untuk di rawat oleh keluarganya, hal ini sering terjadi pada wanita hamil yang bekerja di kota, atau balita yang keluarganya tidak punya pengasuh, sehingga sering dititipkan kepada keluarga di desa sementara orang tuanya bekerja di kota. (Wahyu. 2010)

Selain hal tersebut, stigma negatif penyakit TB di masyarakat menyebabkan pelaksanaan program pengendalian TB paru yang dilaksanakan oleh pemerintah dan lembaga non pemerintah mengalami hambatan misalnya pasien yang mengalami pengucilan dan pengasingan dari lingkungan masyarakat. Sementara pasien TB paru yang tidak mendapatkan pengobatan dan mengalami masalah putus obat berpotensi menularkan kepada orang lain.

Berdasarkan teori dari Becker (1979) dalam Notoadmodjo (2007) mengenai perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*) yakni orang sakit (pasien) mempunyai hak dan kewajiban sebagai orang sakit yang harus diketahui oleh orang sakit itu sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya). Perilaku ini disebut perilaku peran sakit (*the sick role*) yang meliputi :

- a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
- b. Mengenal/mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak.
- c. Mengetahui hak (misalnya : hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

Hasil penelitian Sharada, et.al di Nepal (2011) menunjukkan bahwa faktor budaya (keyakinan individu dan persepsi) adalah konsep yang sangat kompleks dan bentuk identitas orang dan mempengaruhi sikap dan perilaku penderita HIV dan AIDS. individu perilaku dan keyakinan tentang kesehatan dan pencarian pengobatan dapat mempengaruhi pemanfaatan kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan.

Fungsi sosial orang sakit adalah :

1. Hak untuk mendapatkan bantuan (wajib dari : keluarga, lingkungan, petugas kesehatan, pemerintah). Dari keluarga berupa *support*, misalnya membebaskan dari tanggung jawab, mengantarkan ke pelayanan kesehatan, membantu kebutuhan dasarnya.
2. Hak untuk dibebaskan dari tanggung jawab (tergantung tingkat parahnya sakit dan menular/tidak)
3. Wajib berusaha. Tergantung pengetahuan, pengalaman, keuangan dan rekomendasi yang dimiliki seseorang.

Tabel 5. Sintesa Hasil Penelitian terkait Budaya terhadap Kualitas Hidup

| JUDUL/ PENELITI (TAHUN) | KARAKTERISTIK | | | TEMUAN |
|--|---------------------------|---------------------------|-----------------|---|
| | Subyek | Instrumen | Metode/ Desain | |
| Patient's knowledge and attitude towards Tuberculosis in an Urban Setting/Tasnim, et.al (2012) | 762 orang | Kuesioner | Cross Sectional | 46,6% mendapatkan diskriminasi terhadap peralatan terpisah untuk makan dan minum, 50,5 % merasakan kesedihan, 39,8% takut kehilangan pekerjaan dan 21,4 % merasa diabaikan oleh lingkungan sosialnya. |
| Hubungan Antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga Dan Diskriminasi Dengan Perilaku Berobat Pasien Tb Paru / Pare, dkk. (2012) | 74 orang | Kuesioner | Case control | Diskriminasi merupakan faktor risiko yang berhubungan terhadap perilaku berobat pasien TB Paru. pada penelitian ini dan bermakna secara statistik. (OR = 2.974) |
| The feelings and experiences of patients with tuberculosis in the Second-Tokaradi Metropolitan District : Implications for TB control Efforts / Dador (2012) | 34 orang | Data Collection, Recorder | FGD | Karena stigma TB, sebagian pasien gagal gejala-gejala TB mereka. Kebanyakan responden menyembunyikan hasil diagnosis dari orang lain dan terisolasi dalam keluarga dan masyarakat. |
| Factor associated with default from treatment among tuberculosis patients in anirobi province, Kenya./Bernard. N Muture et. al. (2011) | 154 kasus dan 154 kontrol | Kuesioner | Case control | Pengobatan tradisional merupakan factor risiko default TB (OR 1,9) |
| Psycho-social dysfunction : perceived and enacted stigma among tuberculosis patient registered under revised national tuberculosis control programme / Janggarajamma et.al. (2008) | 276 orang | FGD | Kualitatif | Stigma lebih tinggi pada laki-laki. Nilai bermakna ditunjukkan pada perubahan perilaku masyarakat, rasa rendah diri, malu untuk batuk di depan orang. |

Sumber : Beberapa artikel ilmiah

12. Pelayanan Kesehatan

Sistem Pelayanan Kesehatan adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan esensial dapat diperoleh dengan mudah secara universal bagi individu dan keluarga dalam komunitas tertentu yang disediakan bagi mereka mereka melalui partisipasi penuh dari mereka sendiri dan dilaksanakan dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat – masyarakat dan pemerintah daerah (WHO,1987)

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo pelayanan kesehatan adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu :

1. Pelayanan kedokteran : Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat : Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk

memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Menurut Amiruddin (2011), Kebutuhan akan layanan kesehatan membutuhkan lima elemen, yakni :

1. *Accebility*

Definisi dan aspek konsep keperawatan medis yang ditinjau dan diintegrasikan ke dalam kerangka kerja yang memandang kebijakan kesehatan seperti yang dirancang memandang kebijakan kesehatan seperti yang dirancang untuk mempengaruhi karakteristik dari sistem penyedia layanan kesehatan dan populasi berisiko dalam rangka membawa perubahan dalam pemanfaatan kesehatan pelayanan perawatan dan kepuasan konsumen dengan pelayanan dimanapun dan kapanpun pasien membutuhkan. Akses juga dapat berupa ketersediaan financial dan sumber pelayanan kesehatan di dalam suatu daerah. Baik rural maupun urban, harus memiliki akses yang seimbang untuk pelayanan kesehatan.

2. *Availability*

Ketersediaan dalam pelayanan kesehatan. Namun, tidak semua pelayanan kesehatan dapat tersedia untuk beberapa populasi berbeda, atau para dokter mungkin tidak memiliki kecenderungan yang berbeda untuk menawarkan pengobatan bagi pasien dengan kebutuhan yang sama dari kelompok populasi yang berbeda.

3. *Knowledge*

Pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan. Terutama mengenai perawatan atau pengobatan. Pengetahuan diperlukan sebagai titik puncak untuk mencapai sikap dan perilaku kesehatan masyarakat. Ini berarti bahwa pengetahuan tentang pelayanan kesehatan adalah langkah pertama untuk mempromosikan pemanfaatan pusat perawatan untuk menciptakan kesehatan masyarakat. Pengetahuan mungkin dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, sumber informasi, status ekonomi, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

4. *Attitude*

Sikap atau perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organism) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit, penyakit dan sistem pelayanan kesehatan. Pasien dengan tingkat pengetahuan yang tinggi tentang pelayanan kesehatan akan merasakan kemampuan secara lebih dalam hal meningkatnya kewaspadaan mereka dalam menjaga kesehatan.

5. *Belief*

Kadang-kadang, di suatu daerah atau tempat, penduduk didalamnya memiliki berbagai macam kepercayaan yang berkaitan dengan layanan kesehatan, yang akan memberikan dampak pada status kesehatan penduduk tersebut.

Tabel 6. Sintesa dari Beberapa Karya Ilmiah Terkait Dukungan Pelayanan Kesehatan terhadap Kualitas Hidup

| JUDUL/ PENELITI (TAHUN) | KARAKTERISTIK | | | TEMUAN |
|--|---------------|-----------|-----------------------|--|
| | Subyek | Instrumen | Metode/ Desain | |
| Factors associated with health-related quality of life among pulmonary tuberculosis patients in Manila, the Philippines/Masumoto, et.al 2012 | 561 orang | Kuesioner | Cross Sectional Study | Persepsi negatif terhadap waktu menunggu di klinik (P = 0,026). |
| Hubungan Antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga Dan Diskriminasi Dengan Perilaku Berobat Pasien Tb Paru / Pare, dkk, 2012 | 74 orang | Kuesioner | Case Control | Pelayanan Kesehatan bukan faktor risiko terhadap perilaku berobat pasien TB (OR=0.593) |
| Public Health Care Practitioner's Reflections on Tuberculosis Patient's Perspectives on Factors Influencing their Adherence to the Directly Observed Treatment Course / Naidoo, (2009) | 68 orang | FGD | Kualitatif | Perspektif terhadap penyedia perawatan kesehatan menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap pengobatan TB dalam layanan kesehatan masyarakat harus dipahami dalam konteks kemiskinan, keyakinan sistem kesehatan individu, kepercayaan dan praktik budaya, dukungan sosial, stigma, dsb. |
| Patients and provider level risk factor associated with default from tuberculosis treatment, South Africa /Alyssa, et.al (2002) | | Kuesioner | Case Control | Waktu menunggu di klinik merupakan faktor risiko default pasien TB (OR = 1,7) |

Sumber : Beberapa karya ilmiah

C. TINJAUAN UMUM KUALITAS HIDUP

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of life*) adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standard dan perhatian. Hal ini merupakan konsep yang luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal dan hubungannya dengan keinginan di masa yang akan datang terhadap lingkungan mereka (WHO dalam Isa & Baiyewu, 2006).

Dalam istilah umum, kualitas hidup dianggap sebagai suatu persepsi subjektif multidimensi yang dibentuk oleh individu terhadap fisik, emosional dan kemampuan sosial termasuk kemampuan kognitif (kepuasan) dan komponen emosional/kebahagiaan (Goz et al, 2007). Hasil penelitian Julia, et.al di Afrika Selatan dalam menilai kualitas hidup pasien TB pada 3 kabupaten di Afrika Selatan menunjukkan bahwa peran emosional, kesehatan fisik memiliki skor terendah, sementara kelelahan dan kesehatan mental memiliki skor domain lebih tinggi.

2. Health Related Quality of Life (Hubungan antara kesehatan terhadap kualitas hidup)

Kualitas Hidup dimaknai secara *anthropocentric* ,yaitu sebagai tingkat pemenuhan kebutuhan hidup manusia yang menyangkut aspek-aspek fisik, psikologis dan sosial.

Dengan demikian Kualitas Hidup dapat diukur dan dinilai berdasarkan beragam indikator, seperti konsumsi pangan, kondisi lingkungan, permukiman dan perumahan, akses terhadap air bersih dan listrik, akses perumahan, akses terhadap air bersih dan listrik, akses terhadap pelayanan kesehatan, usia harapan hidup, tingkat kematian bayi; ketunaaksaraan dan sebagainya.

Pentingnya Kualitas Hidup

Meskipun Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan yang sangat luas selama setengah abad yang lalu, kesehatan di Amerika Serikat secara tradisional telah diukur sempit dan dari perspektif defisit, seringkali menggunakan ukuran morbiditas atau mortalitas. Tapi, kesehatan dipandang oleh kesehatan masyarakat sebagai multidimensional yang meliputi fisik, mental, dan domain sosial.

Pada kemajuan medis dan kesehatan masyarakat menyebabkan obat dan perawatan yang lebih baik dari penyakit yang ada dan kematian tertunda, hal yang logis bahwa mereka yang mengukur hasil kesehatan akan mulai untuk menilai kesehatan penduduk tidak hanya atas dasar menyelamatkan nyawa, tetapi juga dalam hal meningkatkan kualitas hidup mereka.

Kualitas hidup (QOL) adalah sebuah konsep multidimensi yang luas yang biasanya mencakup evaluasi subjektif dari kedua aspek positif dan negatif dari kehidupan. Apa yang membuatnya menantang untuk mengukur adalah bahwa istilah "**kualitas hidup**" memiliki makna bagi hampir setiap orang dan setiap disiplin akademis, individu dan kelompok dapat menentukan secara berbeda. Meskipun kesehatan merupakan salah satu domain penting dari kualitas hidup secara keseluruhan, ada pula domain lain misalnya, pekerjaan, perumahan, sekolah, lingkungan, aspek budaya, nilai, dan spiritualitas juga merupakan aspek penting dari kualitas hidup yang menambah kompleksitas pengukurannya. Namun demikian, para peneliti telah mengembangkan teknik yang berguna membantu membuat konsep dan mengukur beberapa domain dan bagaimana saling berhubungan satu sama lain.

Konsep kesehatan berhubungan dengan kualitas kehidupan (HRQOL) dan faktor-faktor penentunya telah berkembang sejak tahun 1980-an untuk mencakup aspek-aspek kualitas hidup yang dapat terlihat dengan jelas mempengaruhi kesehatan baik fisik maupun mental. Pada tingkat individu, kualitas hidup termasuk persepsi kesehatan fisik, mental dan korelasi risiko kesehatan, kondisi status fungsional, dukungan sosial, dan status sosial ekonomi. Pada tingkat masyarakat, HRQOL meliputi sumber daya, kondisi, kebijakan, dan praktik yang mempengaruhi persepsi kesehatan penduduk dan status fungsional. HRQOL memungkinkan lembaga kesehatan untuk menangani bidang-bidang yang

lebih luas terkait kebijakan publik melalui kerja sama dengan lingkaran yang lebih luas dari mitra kesehatan, termasuk lembaga-lembaga pelayanan sosial, perencana masyarakat, dan bisnis.

Pertanyaan tentang HRQoL berkaitan dengan kesehatan yang dirasakan seperti fungsi fisik dan mental yang menjadi komponen penting dari surveilans kesehatan dan umumnya dianggap sebagai indikator yang valid dari kebutuhan layanan dan hasil intervensi. Status kesehatan diri dinilai juga terbukti menjadi prediktor yang lebih kuat dari mortalitas dan morbiditas daripada banyak langkah-langkah tujuan kesehatan. HRQoL memungkinkan untuk menunjukkan secara ilmiah dampak kesehatan terhadap kualitas hidup, melampaui paradigma lama yang terbatas pada apa yang dapat dilihat di bawah mikroskop.

Berfokus pada HRQoL sebagai standar kesehatan nasional dapat menjembatani batas-batas antara disiplin dan antar pelayanan sosial, mental, dan medis. Beberapa perubahan kebijakan menggarisbawahi kebutuhan untuk mengukur HRQoL untuk melengkapi langkah-langkah tradisional kesehatan umum, morbiditas dan mortalitas. Kesehatan dari tahun 2000, 2010, dan 2020 mengidentifikasi peningkatan kualitas hidup sebagai tujuan utama kesehatan masyarakat.

Mengukur HRQoL dapat membantu menentukan beban penyakit yang dapat dicegah, luka, dan cacat, dan dapat memberikan wawasan baru yang berharga ke dalam hubungan antara HRQoL dan faktor risiko. Mengukur HRQoL akan membantu memantau kemajuan dalam mencapai

tujuan kesehatan bangsa. Analisis data surveilans HRQoL dapat mengidentifikasi subkelompok dengan kesehatan yang dirasakan relatif buruk dan membantu memandu intervensi untuk meningkatkan situasi mereka dan mencegah konsekuensi yang lebih serius. Interpretasi dan publikasi data ini dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk kebijakan kesehatan dan undang-undang, membantu untuk mengalokasikan sumber daya berdasarkan kebutuhan yang tak terpenuhi, mengarahkan pengembangan rencana strategis, dan memantau efektivitas intervensi masyarakat luas.

Berdasarkan hasil penelitian Masood, et.al di Pakistan menunjukkan bahwa dengan menggunakan HRQL, SF 36 untuk melihat kualitas hidup penderita TB diperoleh hasil pasien perempuan memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan laki-laki dan kehidupan dipedesaan lebih baik dibandingkan dengan perkotaan.

Pada penelitian Othman, et.al di Yaman menunjukkan bahwa pasien TB yang dikonversi lebih baik dibandingkan dengan pasien TB non konversi. Penelitian dari Vasantha, et.al dari India menunjukkan bahwa pasien TB dari kategori 1, 2, dan 3 dapat bertahan hidup setelah menyelesaikan pengobatan. Penelitian Atif, et.al di Malaysia diperoleh hasil perlunya upaya yang lebih komprehensif pada program TB demi meningkatkan HRQoL penderita TB.

Sebagaimana beberapa hasil penelitian tersebut, maka peneliti menggunakan pengukuran HRQoL dengan beberapa langkah sebagai berikut :

Pengukuran HRQoL

Beberapa langkah telah digunakan untuk menilai HRQoL dan konsep terkait status fungsional. Diantaranya adalah Hasil studi dengan *Short Form* (SF-12 dan SF-36),

Kegiatan inti yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup adalah sebagai berikut :

1. Apakah anda mengatakan bahwa secara umum kesehatan anda amat sangat baik, sangat baik, baik, cukup, buruk ?
2. Tentang kesehatan fisik anda, yang meliputi penyakit fisik dan cedera untuk beberapa hari selama 30 hari yakni kesehatan fisik anda tidak baik ?
3. Tentang kesehatan mental yang meliputi stres, depresi dan masalah dengan emosi, untuk beberapa hari selama 30 hari terakhir yakni kesehatan mental anda tidak baik ?
4. Selama 30 hari terakhir, sekitar berapa hari kesehatan fisik atau mental yang buruk dalam melaksanakan kegiatan rutin anda, seperti perawatan diri, pekerjaan atau rekreasi ? (CDC, 2003)

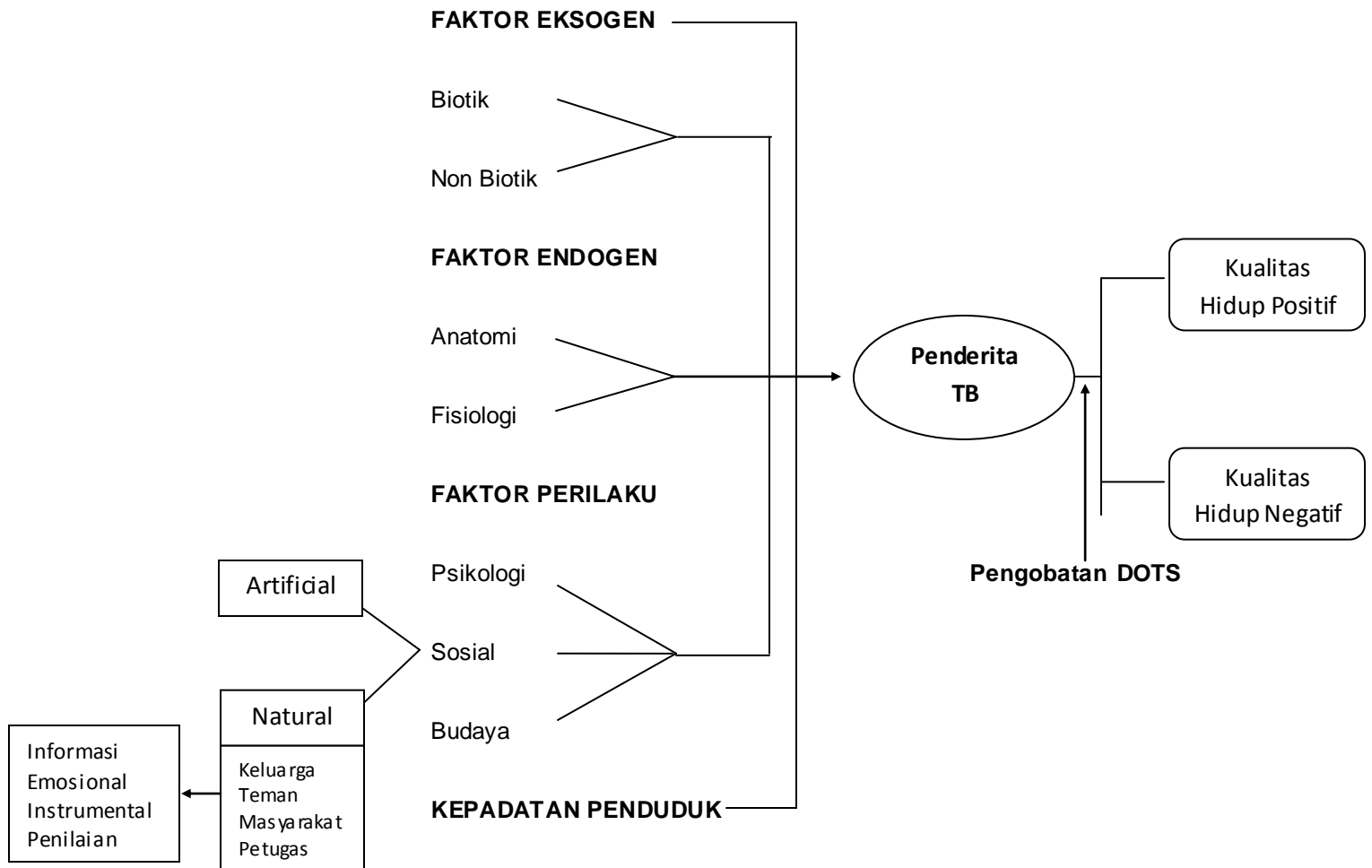
Menurut Isa & Baiyewu (2006, dalam Aini, 2010) bahwa domain kualitas hidup antara lain kesehatan fisik, status psikologi, tingkat ketergantungan dan hubungan sosial dan lingkungan.

Tabel 7. Sintesa dari Beberapa Karya Ilmiah Terkait Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup

| JUDUL/ PENELITI (TAHUN) | MASALAH UTAMA | KARAKTERISTIK | | | TEMUAN |
|---|---|------------------|-----------|-----------------------|--|
| | | Subyek | Instrumen | Metode/ Desain | |
| Health-Related Quality of Life Trajectories Among Adults With Tuberculosis / Marra, et. al. 2008 | Tingginya morbiditas dan mortalitas penderita TB | 104 TB aktif dan | Kuesioner | Kuantitatif, | Ditemukan pasien TB aktif memiliki perbaikan besar terhadap kualitas hidupnya dibandingkan dengan pasien laten infeksi TB, namun dalam hal penyelesaian terapi pasien TB aktif masih rendah. |
| Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and 78sosial support in six Russian regions / Jakubowiak, et.al. 2007 | Tingginya angka Ketidapatuhan dalam berobat | 1805 sampel | kuesioner | Case control study | Konsumsi alkohol, pelecehan, pengangguran dan tunawisma serta dukungan sosial berdampak pada pengobatan TB |
| Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience / Acha, et. Al, 2010 | Tingginya jumlah MDR TB | 285 sampel | Kuesioner | Kualitatif | Dukungan psikososial adalah komponen penting pengobatan MDR-TB dalam rangka untuk memastikan penyelesaian rumit pengobatan. |
| Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada penderita Tuberkulosis paru (tb paru) di balai pengobatan penyakit paru (bp4) yogyakarta unit minggiran / Ratnasari, 2012 | Pentingnya perhatian terhadap kualitas hidup penderita TB | 50 sampel | Kuesioner | Cross sectional study | Ada hubungan yang sangat bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita TB paru. Semakin tinggi dukungan sosial maka semakin tinggi kualitas hidup |

Sumber : Beberapa karya Ilmiah.

D. Kerangka Teori

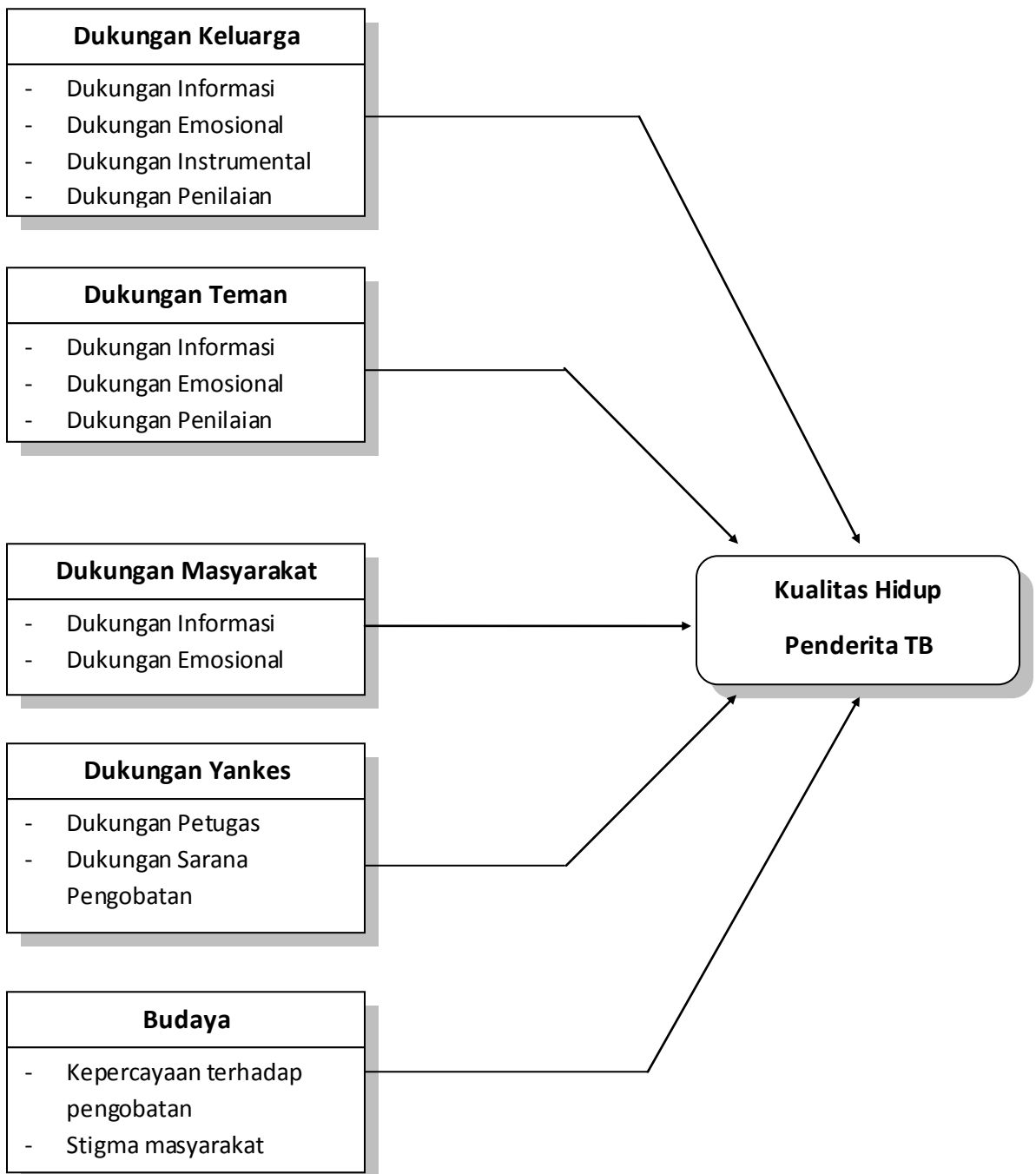


Skema ini dimodifikasi dari konsep : H.L. Dunn, Rook dan Dooley (1985), wangmuba (2009), Cohen & Syme (1985).

E. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

Variabel Dependen



F. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Agar memudahkan pelaksanaan penelitian dan analisa data maka secara operasional dapat didefinisikan sebagai berikut :

- a. Dukungan keluarga adalah bentuk dukungan keluarga kepada pasien TB paru berupa dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian, yang dinilai berdasarkan skor : Ya = 2, Tidak = 0 (pertanyaan bersifat *favorable*), dan Ya = 0, Tidak = 2 (Pertanyaan bersifat *non favorable*).

Kriteria Objektifnya adalah :

1. Positif : Bila responden mendapatkan pemberian informasi, motivasi dalam meminum obat, ungkapan empati, pemberian dana yang dibutuhkan yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.
 2. Negatif : Bila responden mendapatkan pemberian informasi, motivasi dalam meminum obat, dorongan untuk sembuh, pemberian dana yang dibutuhkan yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di bawah rata-rata.
- b. Dukungan teman adalah bantuan yang diberikan oleh teman penderita TB paru berupa dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penilaian yang dinilai berdasarkan skor ; Ya = 2, Tidak = 0 (pertanyaan

bersifat *favorable*), dan Ya = 0, Tidak = 2 (Pertanyaan bersifat *non favorable*).

Kriteria Objektifnya adalah :

1. Positif : Bila responden mendapat informasi, rasa diperhatikan dan penghargaan positif dari teman yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.
2. Negatif : Bila responden mendapat informasi, rasa diperhatikan dan penghargaan positif dari teman yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di bawah rata-rata.

c. Dukungan masyarakat adalah bantuan yang diberikan oleh masyarakat yang berada di sekitar tempat tinggal penderita TB berupa pemberian informasi dan dukungan emosional yang dinilai berdasarkan skor : Ya = 2, Tidak = 0 (pertanyaan bersifat *favorable*), dan Ya = 0, Tidak = 2 (Pertanyaan bersifat *non favorable*).

Kriteria Objektifnya adalah :

1. Positif : Bila responden mendapatkan pemberian informasi dan bersikap terbuka, yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.
2. Negatif : Bila responden mendapatkan pemberian informasi dan bersikap terbuka, yang diperoleh dari jawaban

terhadap pertanyaan yang skornya di bawah rata-rata.

- d. Pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang diperoleh oleh penderita TB berupa ketersediaan sarana pengobatan yang memadai, waktu tunggu obat dan sikap petugas kesehatan dalam melayani penderita TB yang dinilai berdasarkan skor Ya = 2, Tidak = 0 (pertanyaan bersifat *favorable*), dan Ya = 0, Tidak = 2 (Pertanyaan bersifat *non favorable*).

Kriteria Objektifnya :

1. Positif : Bila responden mendapatkan sarana pengobatan yang memadai, waktu tunggu obat cepat dan memperoleh sikap yang baik dari petugas yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.
2. Negatif : Bila responden tidak mendapatkan sarana pengobatan yang memadai, waktu tunggu obat lama dan tidak memperoleh sikap yang baik dari petugas yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.

- e. Budaya adalah kebiasaan berobat penderita TB dan stigma yang diperoleh oleh penderita TB yang dinilai berdasarkan skor Ya = 2, Tidak = 0 (pertanyaan bersifat *favorable*), dan Ya = 0, Tidak = 2 (Pertanyaan bersifat *non favorable*).

Kriteria Objektifnya adalah :

1. Positif : Bila responden tidak melakukan kebiasaan minum obat yang diolah secara tradisional untuk mengobati pasien TB serta mendapatkan pandangan negatif tentang TB seperti penyakit keturunan, penyakit kutukan dan tidak dapat sembuh. yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.
 2. Negatif : Bila responden melakukan kebiasaan minum obat yang diolah secara tradisional untuk mengobati pasien TB serta mendapatkan pandangan negatif tentang TB seperti penyakit keturunan, penyakit kutukan dan tidak dapat sembuh. yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di bawah rata-rata.
- f. Kualitas hidup adalah pandangan subjektif penderita TB terhadap kepuasan dan dampak yang dirasakan baik terhadap kemampuan fisik, psikologis, lingkungan sosial yang dialami selama sebulan yang dinilai berdasarkan skor angka 1 diberi skor 5, angka 2 diberi skor 4, angka 3 diberi skor 3, angka 4 diberi skor 2, angka 5 diberi skor 1 (pertanyaan bersifat *favorable*), dan angka 1 diberi skor 1, angka 2 diberi skor 2, angka 3 diberi skor 3, angka 4 diberi skor 4, angka 5 diberi skor 5 (Pertanyaan bersifat *non favorable*).

Kriteria Objektifnya adalah :

1. Berkualitas : Bila responden merasakan kemampuan fisik, psikologis dan lingkungan sosial yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di atas rata-rata.
2. Tidak berkualitas : Bila responden merasakan kemampuan fisik, psikologis dan lingkungan sosial yang diperoleh dari jawaban terhadap pertanyaan yang skornya di bawah rata-rata.

G. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB.
2. Ada hubungan dukungan teman terhadap kualitas hidup penderita TB.
3. Ada hubungan dukungan masyarakat terhadap kualitas hidup penderita TB.
4. Ada hubungan dukungan pelayanan kesehatan terhadap kualitas hidup penderita TB.
5. Ada hubungan antara budaya terhadap kualitas hidup penderita TB.