

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Tuberkulosis Paru

a. Pengertian Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis merupakan suatu penyakit infeksi menular kronik yang disebabkan oleh bakteri TB atau *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini merupakan bakteri tahan asam atau biasa disebut dengan BTA (Basil Tahan Asam), bakteri ini akan menginfeksi parenkim paru dan akan menyebabkan penyakit yang sering dikenal dengan penyakit TB. Selain menyerang paru – paru bakteri ini juga dapat menyerang organ tubuh lainnya seperti kelenjar limfe, tulang, pleura, dan organ ekstra paru lainnya. (Kemenkes RI, 2022)

Tuberkulosis (TB) merupakan sebuah penyakit infeksi atau menular yang sering menyerang paru – paru dan disebabkan oleh sejenis bakteri, penyakit ini dapat ditularkan melalui udara ketika orang yang terinfeksi melakukan batuk, bersin, atau meludah. (WHO, 2023).

b. Etiologi dan Transmisi Tuberkulosis Paru

Pada penyakit tuberkulosis ini terdapat 5 bakteri yang erat kaitannya dengan penyebaran infeksi, diantaranya yaitu *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti* dan *Mycobacterium canettii*. Namun hingga saat

ini *Mycobacterium tuberculosis* masih menjadi bakteri yang paling ditemukan dan menular antar manusia melalui droplet atau rute udara.

Tuberkulosis paru biasanya ditularkan dengan cara melalui udara/droplet maupun percikan. Ketika seseorang yang sudah terinfeksi TB dan melakukan aktivitas bersin, batuk, maupun berbicara berdekatan dengan lawan bicaranya yang belum terinfeksi maka itu akan menjadi media transmisi penularan penyakit TB. Prosedur pemeriksaan jika pasien tersebut terduga terinfeksi dapat berupa pengambilan sampel sputum dan akan dilakukannya induksi sputum, bronkoskopi dan juga saat dilakukan manipulasi lesi atau pengolahan jaringan di laboratorium. (Kemenkes, 2022)

Ada 3 faktor yang dapat menentukan tranmisi *mycobacterium tuberculosis* :

- a. Jumlah organisme yang keluar ke udara
- b. Konsentrasi organisme dalam udara, ditentukan oleh volume ruang dan ventilasi
- c. Lama seseorang menghirup udara terkontaminasi

Penularan Tb biasanya terjadi pada ruangan yang gelap, dengan minim ventilasi udara dimana percik relik dapat bertahan di udara dengan waktu yang lebih lama. Terpapar cahaya matahari langsung dapat membunuh bakteri tuberkulosis dengan cepat. Kontak dekat dengan dalam waktu yang lama dengan penderita maka akan menyebabkan peningkatan resiko penularan.

Individu dengan kondisi kesehatan yang menurun akan lebih mudah terinfeksi penyakit TB aktif dibandingkan dengan orang dengan kondisi kesehatan yang normal. Biasanya pada pasien dengan diagnosis HIV positif yang terinfeksi penyakit TB akan mengalami penyakit TB aktif. Begitu juga pada kondisi penyakit yang lainnya. Semakin menurun kondisi imun tubuh seseorang maka akan lebih mudah tertular infeksi penyakit kronis. (Kemenkes, 2022).

c. Faktor Risiko Tuberkulosis Paru

Menurut (Kemenkes, 2022) terdapat beberapa kelompok individu yang dapat dengan mudah tertular penyakit TB Paru, diantaranya yaitu :

- a. Individu dengan HIV positif dan penyakit imunokompromais lain
- b. Individu yang mengonsumsi obat immunosupresan dalam jangka waktu panjang
- c. Perokok
- d. Konsumsi alkohol tinggi
- e. Anak usia <5 tahun dan lansia
- f. Memiliki kontak erat dengan orang dengan penyakit TB aktif yang infeksius
- g. Berada di tempat dengan resiko tinggi terinfeksi TB
- h. Petugas kesehatan

Ada beberapa faktor kemungkinan yang menjadi risiko terjadinya penyakit tuberkulosis, diantaranya yaitu faktor kependudukan (umur, jenis kelamin, status gizi, peran keluarga, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan), faktor lingkungan rumah (luas ventilasi, kepadatan hunian,

intensitas pencahayaan, jenis lantai, kelembaban rumah, suhu dan jenis dinding), perilaku (kebiasaan membuka jendela setiap pagi dan kebiasaan merokok) dan riwayat kontak. (Sesar Dayu, 2021)

d. Patogenesis Tuberkulosis Paru

Pasien yang menghirup bakteri *M.tuberculosis* yang terhirup akan menyebabkan bakteri tersebut masuk ke alveoli melalui jalan nafas, alveoli adalah tempat bakteri berkumpul dan berkembang biak. *M. tuberculosis* juga dapat masuk ke bagian tubuh lain seperti ginjal, tulang, dan korteks serebri dan area lain. Fagosit menekan bakteri, dan limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) bakteri dan jaringan normal. Reaksi tersebut menimbulkan penumpukan eksudat di dalam alveoli yang bisa mengakibatkan bronchopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Kenedyanti, et al, 2017).

Interaksi antara *M. tuberculosis* dengan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag. Granulomas diubah menjadi massa jaringan jaringan fibrosa, Bagian sentral dari massa tersebut disebut ghon tuberkulosis dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi dorman. Setelah infeksi awal, seseorang dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadkuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman dimana

bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubrcle memecah sehingga menghasilkan necrotizing caseosa di dalam bronkhus. Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut (Sigalingging et al, 2019)

e. Gejala Klinis Tuberkulosis Paru

Berdasarkan (Kemenkes, 2022) Gejala penyakit TB Paru tergantung bagaimana lokasi lesi, sehingga dapat menunjukkan gejala klinis sebagai berikut :

- a. Batuk \geq 2 minggu
- b. Batuk disertai dengan dahak
- c. Batuk berdahak yang disertai dengan darah
- d. Nyeri dada
- e. Sesak nafas
- f. Penurunan berat badan
- g. Menurunnya nafsu makan
- h. Menggigil
- i. Demam
- j. Berkeringat di malam hari

f. Klasifikasi dan Tipe Pasien Tuberkulosis Paru

Menurut (Kemenkes, 2022) Klasifikasi penyakit TB dapat dibedakan menjadi beberapa jenis sesuai dengan faktor penyebab munculnya TB, beberapa klasifikasi TB paru pada pasien sebagai berikut:

a. Klasifikasi berdasarkan letak anatomis

- 1) TB paru merupakan kasus Tuberkulosis yang mengenai jaringan parenkim paru atau biasa dikenal dengan trakeobronkial. TB paru millier biasanya dapat dikategorikan ke dalam kasus TB Paru karena terdapat lesi pada paru.
- 2) TB ekstra paru merupakan kasus tuberkulosis yang mengenai organ luar dari parenkim paru seperti pleura, kelenjar getah bening, abdomen, saluran genitorurinaria, kelenjar getah bening, dan selaaput otak.

b. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan

- 1) Kasus TB baru merupakan pasien yang digolongkan belumpernah mendapatkan pengobatan OAT sebelumnya atau riwayat mendapatkkan OAT kurang dari 1 bulan
- 2) Kasus dengan riwayat pengobatan merupakan pasien yang pernah mendapatkan OAT 1 bulan atau lebih
- 3) Kasus kambuh merupakan pasien dengan memiliki riwayat pengobatan atau sebelumnya mendapatkan OAT dan sudah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap pada akhir pengobatan dan kemudian saat ini pasien didiagnosis kembali dengan diagnosis TB.

- 4) Kasus pengobatan setelah gagal merupakan kasus dimana pasien sudah menyelesaikan pengobatan namun dinyatakan gagal pada akhir pengobatan
 - 5) Kasus setelah loss to follow up merupakan kasus dimana pasien sudah melakukan pengobatan OAT selama 1 bulan atau lebih dan tidak meneruskannya lagi selama lebih dari 2 bulan berturut turut dan dinyatakan loss to follow up sebagai hasil pengobatan.
 - 6) Kasus lain -lain merupakan pasien yang sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan hasil akhir dari pengobatan yang tidak diketahui atau tidak didokumentasikan
 - 7) Kasus dengan riwayat pengobatan tidak diketahui merupakan pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya.
- c. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan kepekaan obat
- 1) Monoresisten merupakan kasus ketika pasien resistensi terhadap salah satu obat OAT pada bulan pertama
 - 2) Poliresisten merupakan kasus ketika pasien mengalami resistensi terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.
 - 3) *Multidrug resistant* (TB MDR) merupakan kasus minimal resisten terhadap isoniazid dan rifampisin secara bersamaan
 - 4) *Extensive drug resistant* (TB XDR) merupakan kasus dimana resisten terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (kanamisin, kapreomisin, dan amikasin)

5) *Rifampicin resistant* (TB RR) merupakan kasus TB yang terbukti resistan terhadap rifampisin

g. Cara Deteksi Tuberkulosis

Cara mendeteksi adanya penyakit tuberkulosis paru yaitu dengan Tes Cepat Molekuler (TCM) adalah alat diagnosis utama yang digunakan untuk penegakan diagnosis Tuberkulosis. Pemeriksaan TCM digunakan untuk mendiagnosis TBC, baik TBC paru maupun TBC ekstra paru, baik riwayat pengobatan TBC baru maupun yang memiliki riwayat pengobatan TBC sebelumnya, dan pada semua golongan umur termasuk pada ODHA. Pemeriksaan TCM dilakukan dari spesimen dahak (untuk terduga TBC paru) dan non dahak (untuk terduga TBC ekstra paru, yaitu dari cairan serebro spinal, kelenjar limfe dan jaringan). Seluruh terduga TBC harus dilakukan pemeriksaan TCM pada fasilitas pelayanan kesehatan yang saat ini sudah mempunyai alat TCM. Jumlah dahak yang dikumpulkan adalah 2 (dua) dahak yaitu Sewaktu-Sewaktu, Sewaktu – Pagi maupun Pagi – Sewaktu, dengan jarak 1 jam dari pengambilan dahak pertama ke pengambilan dahak kedua. (Kemenkes, 2020)

h. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Menurut (Kemenkes, 2022) Pengobatan TB paru menggunakan metode regimen atau panduan OAT yang sudah ditetapkan oleh kementerian kesehatan. Pengobatan TB paru dibagi menjadi 2 kategori yaitu pengobatan yang diberikan untuk pasien yang baru terdiagnosis TB paru dan pengobatan yang diberikan pada pasien gagal pengobatan, pasien

yang kambuh, atau pasien yang putus berobat. Berikut pembagian kategori dalam pengobatan TB Paru

- 1) Pengobatan TB kategori 1 dengan regimen (2(HRZE)/4(HR)3) berarti fase intensif 2(HRZE) selama 2 bulan (56 hari) menggunakan kombinasi obat Isoniazid 75mg, Rifampisin 150mg, Pirazinamid 400mg dan Etambutol 275mg diminum setiap hari. Fase lanjutan 4(HR)3 selama 4 bulan (16 minggu) menggunakan kombinasi obat Isoniazid 150mg dan Rifampisin 150mg diminum 3 kali seminggu.
- 2) Kategori 2 dengan regimen 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3 yang berarti tahap intensif 2(HRZE)S/(HRZE) selama 2 bulan menggunakan kombinasi obat Isoniazid 75mg, Rifampisin 150mg, Pirazinamid 400mg, Etambutol 275mg dan ditambah injeksi Streptomisin 15 mg/kgBB diberikan setiap hari lalu penambahan 1 bulan (28 hari) menggunakan kombinasi Isoniazid 75mg, Rifampisin 150mg, Pirazinamid 400mg dan Etambutol 275mg diminum setiap hari. Fase lanjutan 5(HR)3E3 selama 5 bulan menggunakan kombinasi obat Isoniazid 150mg, Rifampisin 150mg dan Etambutol 400mg yang diminum 3 kali seminggu. Dosis OAT yang diberikan disesuaikan dengan berat badan pasien karena jika dosis obat terlalu tinggi maka akan menyebabkan efek toksik dan jika dosis kurang maka akan menyebabkan kurang efektifnya.

Pengobatan TB membutuhkan waktu yang lama dengan melalui 2 fase pengobatan yaitu fase intensif dan lanjutan. Waktu pengobatan pada pasien TB paru relatif lama karena bakteri *M.Tuberculosis* sulit untuk

dibunuh sehingga perlu waktu yang panjang untuk mengoptimalkan penyembuhan. Pasien yang menjalani fase intensif jika pengobatannya dilakukan dengan benar maka bakteri yang aktif bereplikasi dan dorman akan mati atau terhambat oleh OAT sehingga di akhir fase intensif terjadi konversi BTA dari positif menjadi negatif. Fase lanjutan bertujuan untuk membunuh bakteri persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah kekambuhan. Jika pada akhir fase intensif tidak terjadi konversi BTA menjadi negatif maka diberikan fase sisipan dengan kombinasi HRZE (Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol) yang diminum setiap hari selama 28 hari. (Wahyu, 2022)

2. Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas Hidup atau *Quality Of Life* merupakan suatu ukuran untuk menilai dampak dari suatu pengobatan yang dilakukan oleh pasien yang memiliki penyakit kronik. Hal tersebut dapat diukur dari kesejahteraan, kelangsungan hidup, serta kemampuan individu untuk secara mandiri melakukan aktivitas dan kegiatannya sehari-hari. (Behboodi, et al, 2018).

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality Of Life* atau WHOQOL dapat didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dimana dalam cakupan budaya dan sistem nilai mereka memiliki suatu tujuan, harapan serta standar dalam hidup (WHO, 2018).

b. Dimensi – dimensi Kualitas Hidup

Menurut (WHO, 2023) Dimensi-dimensi yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada *World Health Organization Quality of Life Bref version* (WHOQOL-BREF). Terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi :

- 1) Dimensi Kesehatan Fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan private self consciousness yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku covert, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.
- 2) Dimensi Psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi,

dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan public self consciousness yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.

- 3) Dimensi Lingkungan, yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada public self consciousness dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya. penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan private self consciousness adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.
- 4) Dimensi Hubungan Sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini,

manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal,

c. Cara Mengukur Kualitas Hidup

Kualitas hidup (Quality of Life) dapat diukur dengan menggunakan beberapa jenis kuisisioner yang meliputi :

- 1) WHOQOL-BREF WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang dikembangkan oleh World Health Organization (WHO). Instrumen ini digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh. WHOQOL-BREF ini merupakan pembaharuan atau rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu WHOQOL-100. Pada instrumen WHOQOL-100 terdapat 6 domain yaitu (kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas). Terdapat pembaharuan dengan adanya penggabungan domain 1 dan 3 serta penggabungan domain 4 dan 6. Oleh karena itu terbentuklah instrumen WHOQOL-BREF yang terdiri dari 4 domain utama yaitu (kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan). Instrumen ini terdiri dari dua item yaitu kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan umum. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF, 2014).

2) KDQOL-SFTM merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Research and Development (RAND) dan Universitas Arizona yang digunakan untuk mengukur Health Related Quality of Life (HRQOL) pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani tindakan hemodialisis. Instrumen KDQOL-SFTM ini terdiri dari 24 pertanyaan dimana terdapat rentang nilai/ skor disetiap item pertanyaan. Skor 76-100 termasuk kategori baik, skor 60-75 termasuk kategori sedang dan skor < 60 termasuk kategori buruk (Hays dalam Theofilou, 2013).

d. Faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut (Marquet, et al dalam Salsabila, 2012) dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

- a) Jenis Kelamin. Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014, menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor jenis kelamin dengan kualitas hidup lansia. Untuk mengetahui tingakat kualitas hidup ada faktor bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

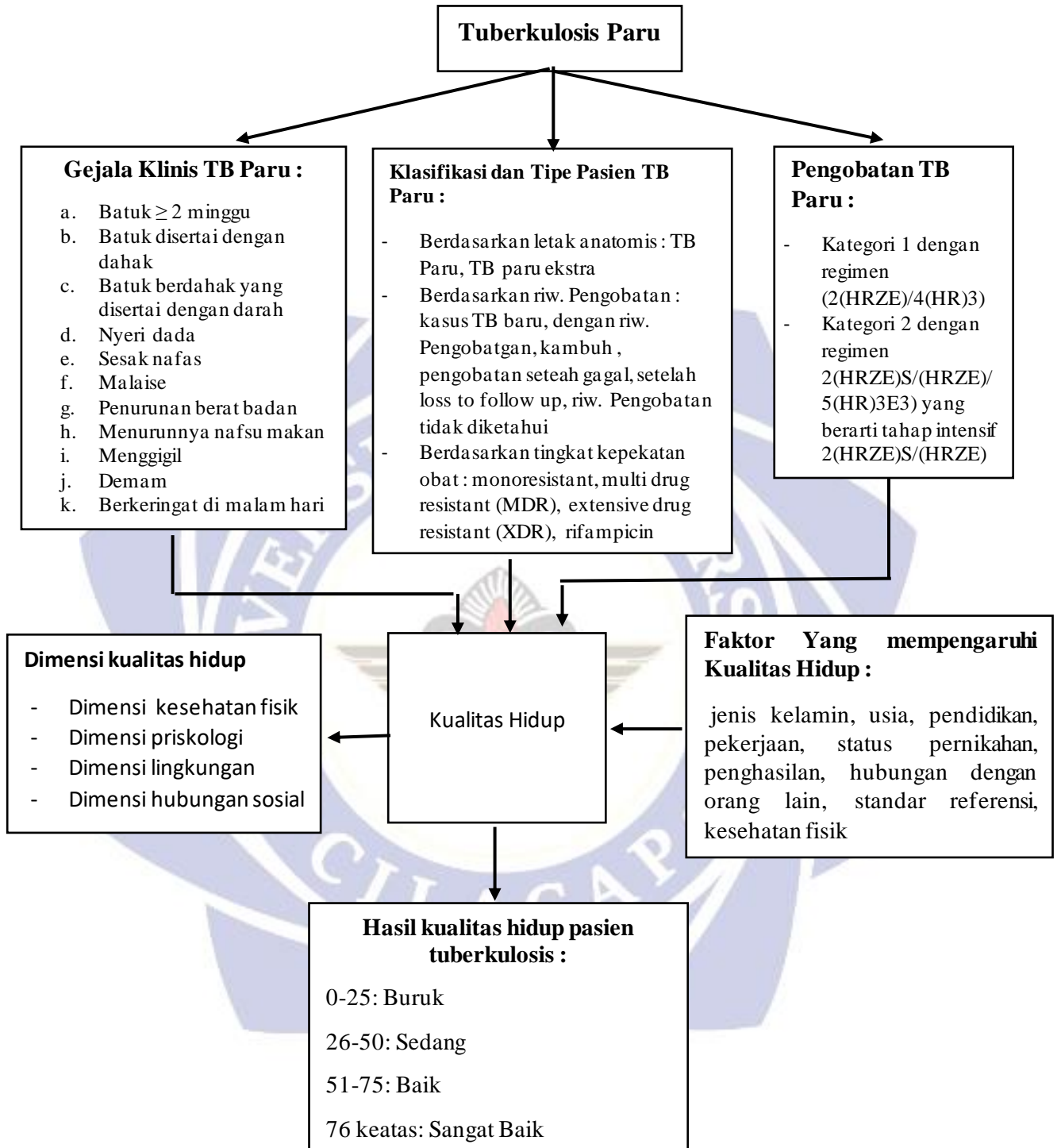
- b) Usia. Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara usia dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014, menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor usia dengan kualitas hidup lansia, dimana lansia cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk. Pada usia lansia dapat dijelaskan bahwa usia lansia kualitas hidupnya lebih rendah. Usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.
- c) Pendidikan, Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara faktor pendidikan dengan kualitas hidup lansia. tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.
- d) Pekerjaan, Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014, menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor pekerjaan dengan kualitas hidup lansia. terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disablity tertentu).

- e) Status pernikahan, Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara status perkawinan dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014, menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor status perkawinan dengan kualitas hidup lansia terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.
- f) Penghasilan. Berdasarkan hasil penelitian hubungan antara penghasilan dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014, menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor penghasilan dengan kualitas hidup lansia. Bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.
- g) Hubungan dengan orang lain, pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun

emosional. Hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

- h) Standard referensi, kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQoL (dalam Power, 2003) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.
- i) Kesehatan fisik. Penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit kronik sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. Tuberkulosis paru berdampak negatif sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan aktivitas sehari-hari.

B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Ashutosh N. Anggarwal, 2019) (Kementerian Kesehatan, 2022)(Jasmianti, 2017)(Wahyu Ningsih, 2022), (WHO, 2022)