

## Kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat di kabupaten Banyumas

*Quality of life among patients with multi-drug resistant tuberculosis in the district of Banyumas*

Imam Abrori<sup>1</sup> & Riris Andono Ahmad<sup>1</sup>

### Abstract

**Purpose:** This study was conducted to investigate the quality of life among patients with multi-drug resistant tuberculosis and to examine factors associated with them. **Method:** Data from an in-depth interview, involved 22 patients with multi-drug resistant tuberculosis, were used in this study.

**Results:** This study showed 54.5% males, 50.0% adults, 59.1% married, 22.7% divorced, 72.7% lived in rural, 95.5% had basic education, 45.5% as a private employment (before sick), 77.3% as unemployment (after sick), 72.7% low income, 54.5% in continuation phase, 95.5% re-treatment (45% relapse and 40.9% failure cases), 90.9% had drugs side effects (mild/severe); 36.4% had comorbidity; 45.5% smokers, 31.8% falcoholics; 54.5% lack of social support; 31.8% poor and 36.4% moderate quality of life.

**Conclusion:** Patients with multi-drug resistant tuberculosis had a worse quality of life and lack social support. Health worker need to improve their quality of life and social support through establishing a peer support groups to give counseling, information education, communication, motivation, and skills training.

**Keywords:** quality of life; multi-drugs resistant tuberculosis; social support; socio-demography

---

**Dikirim:** 17 Juli 2017  
**Diterbitkan:** 1 Februari 2018

---

<sup>1</sup> Departemen Biostatistik, Epidemiologi dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada  
(Email: abroery@yahoo.com)

## PENDAHULUAN

Insiden tuberkulosis resisten obat terus meningkat, sekitar 2% kasus baru dan 20% kasus mendapatkan pengobatan (1). Terdapat 55% penderita masih belum terdiagnosis dan memperoleh pengobatan secara tepat (2). Indonesia termasuk negara keempat dengan kasus tuberkulosis resisten obat tertinggi di dunia, setelah India, China, Rusia (3). Kabupaten Banyumas berada di peringkat keenam karena terjadi peningkatan insiden tahun 2012-2015 dan kematian mencapai 33,33% pada tahun 2014 dan 28,6% pada tahun 2015 (4,5).

Pengobatan kasus tuberkulosis resisten obat selalu menggunakan kombinasi OAT lini kedua. Efek samping OAT lini kedua lebih besar daripada OAT lini pertama, sehingga memengaruhi kualitas hidup penderita (6). Penderita mengalami gangguan fisiologis, keuangan, dan psikologis. akibat pengobatan yang lama dan efek samping obat(7). Penderita dan keluarga memerlukan konseling, edukasi kesehatan, dukungan sosial untuk mendukung keberhasilan program pengobatan. Faktor lain yang memengaruhi kualitas hidup meliputi faktor sosiodemografi dan faktor klinik (7,8,9,10).

Isu penelitian mengenai kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat belum banyak dibahas saat ini. Sehingga peneliti tertarik untuk menginvestigasi kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat dan untuk menilai faktor-faktor yang memengaruhinya. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan dalam memperbaiki layanan terhadap penderita tuberkulosis resisten obat di Indonesia.

## METODE

Studi *cross sectional* menggunakan responden dari rumah sakit dr. Moewardi Surakarta, rumah sakit Cilacap, dan fasyankes satelit di kabupaten Banyumas. Data dari wawancara mendalam terhadap 22 pasien tuberkulosis resisten obat, diambil secara sampling jenuh, dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel bebas yaitu karakteristik sosiodemografi, karakteristik klinik, dukungan sosial. Variabel terikat berasal dari kualitas hidup.

Penelitian memakai instrumen berupa kuesioner baku *medical outcomes study: social support survey* (MOS-SSS) untuk menilai dukungan sosial dan *short form 36* (SF-36) untuk menentukan kualitas hidup. Kuesioner sosiodemografi dan klinik ditinjau ulang berdasarkan data sekunder dari fasyankes. Kuesioner diuji reliabilitas dan validitas terlebih dahulu sebelum digunakan. Analisis data secara deskriptif, data tersaji dalam distribusi frekuensi dan tabulasi silang.

## HASIL

Tabel 1. Karakteristik responden

Variabel	%
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	54,5
Perempuan	45,5
<b>Kategori umur</b>	
Remaja (14-<26th)	22,7
Dewasa (26-<46th)	50,0
Lansia (46-<66 th)	27,3
<b>Status pernikahan</b>	
Belum menikah	18,2
Menikah	59,1
Cerai	22,7
<b>Tempat tinggal</b>	
Desa	72,7
Kota	27,3
<b>Tingkat pendidikan</b>	
Pendidikan dasar dan lanjut	95,5
Pendidikan tinggi	4,5
<b>Status pekerjaan sebelum sakit</b>	
Ibu rumah tangga	9,1
Karyawan swasta	45,5
Pedagang	13,6
Buruh/tani	13,6
PNS/TNI/Polri	4,6
Lain-lain (sekolah, bengkel)	13,6
<b>Status pekerjaan setelah sakit</b>	
Ibu rumah tangga	9,1
Karyawan swasta	0,0
Pedagang	0,0
Buruh/tani	0,0
PNS/TNI/Polri	4,5
Lain-lain	0,0
Tidak bekerja	77,3
Keluar sekolah	9,1
<b>Tingkat penghasilan</b>	
Rendah	72,7
Sedang	18,2
Tinggi	9,1
<b>Tahap pengobatan</b>	
Tahap awal/intensif	45,5
Tahap lanjutan	54,5
<b>Lama pengobatan</b>	
20 bulan	33,3
21 bulan	33,3
22 bulan	25,0
24 bulan	8,3
<b>Riwayat pengobatan sebelumnya</b>	
Pengobatan ulang	95,5
Penderita baru	4,5
<b>Kategori suspek</b>	
Gagal dan tidak konversi	40,9
Kasus kambuh	45,4
Pengobatan setelah lalai	9,1
Lain-lain (riwayat tidak jelas)	4,5
<b>Efek samping obat</b>	
Tidak ada	9,1
Ringan	54,5
Berat	36,4
<b>Status komorbid</b>	
Ada	36,4
Tidak ada	63,6
<b>Jenis tuberkulosis</b>	
Paru	100,0
Ekstra paru	0,0
<b>Riwayat merokok</b>	
Pernah	45,5
<b>Riwayat konsumsi alkohol</b>	
Pernah	31,8

Tabel 1 menunjukkan karakteristik sosiodemografi responden dari 54,5% laki-laki, 50,0% berumur 26-46 tahun (kategori dewasa), 59,1% menikah, 22,7% cerai, 72,7% tinggal di desa; 95,5% pendidikan tingkat dasar dan lanjut, 72,7% penghasilan rendah (kurang dari 1,5 juta rupiah), 45,5% bekerja sebagai karyawan swasta sebelum sakit, 77,3% tidak bekerja setelah sakit, 94,4% kehilangan pekerjaan, 100% pelajar keluar sekolah.

Karakteristik klinik responden terlihat bahwa tahap awal/intensif dan tahap lanjutan hampir sama, 45,5% dan 54,5%. Estimasi lama pengobatan 20-23 bulan dan 20-21 bulan sebesar 33,3% dan 95,5%. Pengobatan ulang pada kategori I dan kategori II. Sebagian besar mengalami efek samping (90,9%), mempunyai penyakit penyerta atau komorbid (36,4%), termasuk kategori tuberkulosis paru (100%), merokok (45,5%), konsumsi alkohol (31,8%), dan tidak menggunakan narkoba.

Tabel 2. Efek samping obat

Kategori Ringan	%	Kategori Berat	%
Alergi kulit	31,8	Kelainan fungsi hati	0,0
Mual, muntah	68,2	Kelainan fungsi ginjal	0,0
Tidak nafsu makan	50,0	Gangguan pendengaran	22,7
Diare	13,6	Gangguan penglihatan	18,2
Sakit kepala	72,7	Kejang	0,0
Vertigo	40,9	Alergi menyeluruh	4,5
Gangguan tidur	54,5	Hipotiroid	0,0
Depresi	40,9	Perdarahan lambung	0,0
Gastritis	27,3	Syok anafilaksis	4,5

Tabel 2 menunjukkan efek samping ringan sering dialami selama masa pengobatan seperti sakit kepala (72,7%), mual dan muntah (68,2%), gangguan tidur (54,5%), tidak nafsu makan (50,0%), depresi (40,9%). Efek samping berat meliputi gangguan pendengaran (22,7%) dan gangguan penglihatan (18,2%).

Tabel 3. Profil dukungan sosial

Variabel	%
<b>Dukungan emosional</b>	
Kurang	63,6
Baik	36,4
<b>Dukungan material</b>	
Kurang	63,6
Baik	36,4
<b>Dukungan kasih sayang</b>	
Kurang	54,5
Baik	45,5
<b>Dukungan interaksi sosial</b>	
Kurang	77,3
Baik	22,7
<b>Dukungan tambahan</b>	
Kurang	81,8
Baik	18,2
<b>Total</b>	
Kurang	54,5
Baik	45,5

Tabel 3 menunjukkan dukungan sosial dengan kategori kurang pada domain dukungan emosional dan material sebesar 63,6%, dukungan kasih sayang 54,5%, dukungan interaksi sosial 77,3%, dukungan tambahan 81,8%. Sedangkan dukungan sosial kurang mendukung penderita tuberkulosis resisten obat 54,5%.

Tabel 4. Gambaran kualitas hidup

Variabel	%	Skor dan kategori
<b>Fungsi fisik</b>		
Buruk	27,3	60
Sedang	9,1	Sedang
Baik	63,6	
<b>Keterbatasan peran karena kesehatan fisik</b>		
Buruk	81,8	19
Sedang	4,6	Buruk
Baik	13,6	
<b>Keterbatasan peran karena emosional</b>		
Buruk	63,6	42
Baik	36,4	Sedang
<b>Vitalitas</b>		
Buruk	18,2	63
Sedang	27,3	Baik
Baik	54,5	
<b>Kesehatan psikis</b>		
Buruk	13,6	63
Sedang	36,4	Baik
Baik	50,0	
<b>Fungsi sosial</b>		
Buruk	36,4	53
Sedang	18,2	Sedang
Baik	45,6	
<b>Nyeri tubuh</b>		
Buruk	40,9	53
Sedang	18,2	Sedang
Baik	40,9	
<b>Persepsi kesehatan secara umum</b>		
Buruk	45,6	45
Sedang	36,4	Sedang
Baik	18,2	
<b>Transisi kesehatan</b>		
Buruk	36,4	61
Baik	63,6	Baik
<b>Kesehatan fisik</b>		
Buruk	45,5	45
Sedang	31,8	Sedang
Baik	22,7	
<b>Kesehatan mental</b>		
Buruk	31,8	56
Sedang	36,4	Sedang
Baik	31,8	
<b>Kualitas hidup</b>		
Buruk	31,8	50
Sedang	36,4	Sedang
Baik	31,8	

Tabel 4 menjelaskan komponen dengan kategori kualitas hidup terburuk, keterbatasan peran karena kesehatan fisik. Komponen kualitas hidup dengan kategori sedang, fungsi fisik, keterbatasan peran karena emosional, fungsi sosial, nyeri tubuh, dan persepsi kesehatan secara umum. Komponen kualitas hidup dengan kategori baik, vitalitas, kesehatan psikis, dan transisi kesehatan.

Tabel 5. Profil kualitas hidup menurut karakteristik

Variabel	Kualitas Hidup (%)		
	Kurang	Sedang	Baik
<b>Umur</b>			
Remaja	14,3	37,5	14,9
Dewasa	42,9	37,5	71,4
Lansia	42,9	25,0	14,3
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	42,9	50,0	71,4
Perempuan	57,1	50,0	28,6
<b>Status pernikahan</b>			
Belum menikah	0,0	37,5	14,3
Menikah	42,9	62,5	71,4
Cerai	57,1	0,0	14,3
<b>Status tempat tinggal</b>			
Desa	71,4	62,5	85,7
Kota	28,6	37,5	14,3
<b>Tingkat pendidikan</b>			
Dasar dan lanjut	100,0	87,5	100,0
Tinggi	0,0	12,5	0,0
<b>Status pekerjaan</b>			
Tidak bekerja	100,0	87,5	100,0
Bekerja	0,0	12,5	0,0
<b>Tingkat penghasilan</b>			
Rendah	85,7	50,0	85,7
Sedang	14,3	25,0	14,3
Tinggi	0,0	25,0	0,0
<b>Tahap pengobatan</b>			
Awal/intensif	71,4	50,0	14,3
Lanjut	28,6	50,0	85,7
<b>Riwayat sebelumnya</b>			
Penderita Baru	14,3	0,0	0,0
Pengobatan ulang	85,7	100,0	100,0
<b>Kriteria suspek</b>			
Gagal K1, K2	42,8	37,5	42,9
Kambuh K1, K2	28,6	50,0	57,1
Pengobatan lalai	14,3	12,5	0,0
Lain-lain	14,3	0,0	0,0
<b>Efek samping obat</b>			
Tidak ada	0,0	0,0	28,6
Ringan	57,1	50,0	57,1
Berat	42,9	50,0	14,3
<b>Komorbidity</b>			
Tidak ada	42,9	75,0	71,4
Ada	57,1	25,0	28,6
<b>Merokok</b>			
Tidak	57,1	50,0	28,6
Perokok	42,9	50,0	71,4
<b>Konsumsi alkohol</b>			
Tidak	71,4	87,5	42,9
Ya	28,6	12,5	57,1
<b>Dukungan sosial</b>			
Baik	42,9	12,5	85,7
Kurang	57,1	87,5	14,3
Total	100,0	100,0	100,0

Tabel 5 menjelaskan bahwa penderita umur dewasa dan lansia mempunyai kualitas hidup kategori buruk lebih besar daripada remaja. Perempuan mempunyai kategori kualitas hidup buruk lebih besar daripada laki-laki. Penderita yang cerai mempunyai kualitas hidup buruk lebih besar daripada yang menikah dan yang belum menikah. Penderita di desa mempunyai kualitas hidup kategori buruk dan sedang lebih besar daripada di kota. Kualitas hidup buruk, sedang, dan baik pada penderita dengan pendidikan dasar dan lanjut lebih besar daripada pendidikan tinggi. Kualitas hidup kategori buruk, sedang, dan baik pada penderita

yang tidak bekerja jauh lebih besar daripada tidak bekerja. Penderita berpenghasilan rendah memiliki kualitas hidup kategori buruk lebih besar daripada berpenghasilan sedang dan tinggi. Penderita di tahap awal pengobatan mempunyai kualitas hidup kategori buruk lebih besar daripada tahap lanjut. Penderita dengan pengobatan ulang mempunyai kualitas hidup kategori buruk, sedang, dan baik merata.

Penderita gagal dan kambuh (kategori I dan II) mempunyai kualitas hidup buruk, sedang, dan baik merata. Kualitas hidup buruk tertinggi pada penderita efek samping ringan dan berat daripada tidak memiliki efek samping. Penderita dengan komorbid memiliki kualitas hidup kategori buruk lebih besar daripada tidak mengalami komorbid. Penderita yang merokok dan mengonsumsi alkohol mempunyai kualitas hidup kategori buruk, sedang, dan baik merata dengan penderita yang tidak melakukan kedua hal tersebut. Penderita dengan dukungan sosial kurang cenderung memiliki kualitas hidup buruk daripada yang memiliki dukungan sosial baik.

## BAHASAN

Kualitas hidup menurun seiring peningkatan umur. Penderita dengan umur produktif merasa termotivasi untuk sembuh, mempunyai harapan hidup yang tinggi, dan menjadi tulang punggung keluarga. Sementara, penderita umur tua menyerahkan keputusan kepada keluarga. Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek menunggu waktu, sehingga kurang termotivasi dalam menjalani terapi (11). Umur termasuk salah satu faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup karena prognosis penyakit dan harapan hidup. Penderita yang berumur lebih dari 55 tahun lebih berisiko mengalami komplikasi penyakit lain (9,12).

Laki-laki lebih banyak mangkir dari pengobatan. Penelitian di Rumah sakit Persahabatan menunjukkan hal yang sama dengan perbandingan 65,52%:34,48%. Laki-laki memiliki kepatuhan lebih rendah daripada perempuan. Kecenderungan laki-laki lebih tinggi untuk mangkir berobat karena memiliki aktivitas lebih tinggi dalam sehari-harinya, dan laki-laki merupakan tulang punggung keluarga yang harus bekerja (13). Namun, kualitas hidup laki-laki lebih buruk pada perempuan. Temuan tersebut sama dengan penelitian di Pakistan. Skor kesehatan mental pada perempuan lebih rendah daripada laki-laki. Perempuan berisiko mengalami depresi lebih besar daripada laki-laki. Secara biologis, perempuan lebih berpeluang mengalami stres karena adanya *dysregulated pituitary-hypothalamus-adrenal axis* (HPA) untuk merespon stres lebih baik laki-laki (10).

Terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai atau janda/duda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Penelitian empiris di Amerika menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, atau janda/duda akibat pasangan meninggal (12).

Perbedaan kualitas hidup dipengaruhi oleh layanan kesehatan. Penelitian Anhar menyebutkan perbedaan pemanfaatan layanan kesehatan di desa dan kota. Masyarakat kota memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih besar daripada di desa (14). Ada perbedaan antara ketersediaan tenaga kesehatan di desa dan kota. Distribusi tenaga kesehatan di kabupaten Banyumas tidak merata dan terpusat di kota.

Tingkat pendidikan termasuk salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup (12). Kualitas hidup akan meningkat seiring tingkat pendidikan individu. Studi di India menjelaskan bahwa tuberkulosis resisten obat lebih banyak dialami penduduk pendidikan menengah ke bawah dari pada menengah- perguruan tinggi (7). Pengetahuan merupakan domain untuk membentuk tindakan (15). Penderita berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan lebih luas sehingga dapat mengontrol diri dalam mengatasi masalah yang dihadapi (16).

Kualitas hidup pekerja berbeda dengan orang yang tidak bekerja (12). Budiarto dan Anggraeni menyatakan berbagai jenis pekerjaan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit (17). Sebagian besar aktivitas dihabiskan di tempat bekerja dengan suasana berbeda. Semua responden kehilangan pekerjaan setelah sakit tuberkulosis resisten obat. Kondisi ekonomi (keluarga dan penderita menjadi terpengaruh. Penderita yang masih bersekolah memilih keluar. Penghasilan yang rendah berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan (12). Seseorang kurang menggunakan layanan kesehatan akibat tidak memiliki uang untuk membeli obat dan membayar transportasi (18). Penghasilan seseorang memengaruhi kualitas hidup (12). Individu dengan status sosial ekonomi cukup, mampu memenuhi kebutuhan hidup (19).

Kualitas hidup menurun akibat penyakit itu sendiri, selain itu berhubungan dengan efek samping obat. OAT lini kedua memiliki efek samping lebih besar daripada lini pertama. Umumnya, gejala tuberkulosis seperti batuk, berdahak, demam, dan berat badan menurun, membaik pada bulan-bulan pertama pengobatan (6). Lama pengobatan menunjukkan kondisi kualitas hidup penderita. Semakin cepat durasi pengobatan, penderita tersebut mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.

Semakin pendek durasi pengobatan juga menunjukkan efektivitas pelayanan kesehatan.

Penelitian di negara lain menunjukkan pola sama. laporan surveilans tuberkulosis resisten obat dari 17 negara menyebut kasus paling banyak dari kasus gagal dan kambuh (20,21). Adanya penderita gagal dan tidak konversi menunjukkan ketidakefektifan OAT akibat ketidakpatuhan dalam minum obat. Adanya hubungan yang kuat antara ketidakteraturan minum obat dengan tuberkulosis resisten obat (22). Studi di Bangladesh mengenai keteraturan minum obat mempunyai OR 0,05 (23). Adanya kasus kambuh karena *agent* penular masih berada di tempat tinggal dan *agent* yang bersifat dorman di tubuh penderita. Pola penularan penyakit tuberkulosis biasanya menjadi lingkaran penularan dalam keluarga atau wilayah tinggal. Riwayat kontak dan tuberkulosis di masa lalu mempunyai pengaruh 4 dan 8 kali terhadap kejadian tuberkulosis resisten obat (23). Kontak dengan pasien tuberkulosis resisten obat memiliki risiko 1,4 untuk tertular (24).

Kualitas hidup lebih buruk pada responden dengan efek samping (berat/ringan) daripada responden yang tidak memiliki efek samping. Efek samping memicu gangguan fisik dan mental. Penyakit komorbid pada penderita menyebabkan kualitas hidup lebih buruk daripada responden yang tidak mengalami penyakit komorbid. Penelitian terhadap penderita hemodialisis tanpa komorbid memiliki kualitas hidup yang baik 4,7 kali dibandingkan penderita dengan komorbid (25). Merokok berdampak terhadap perokok dan orang lain. Merokok merusak paru dan menurunkan imun adaptif tubuh terhadap pengobatan. Konsumsi alkohol dan narkoba menjadi salah satu kebiasaan yang dapat merusak kesehatan. Konsumsi alkohol dapat menekan respon imu, dan sering mengabaikan untuk berobat ke rumah sakit (26).

Dukungan sosial penderita lebih banyak kategori kurang karena cerai dan mengalami keretakan rumah tangga. Penderita pada fase lanjut merasa lebih baik sehingga keluarga menganggap penderita sudah bisa beraktivitas. Masyarakat memandang kesakitan dinilai dari kehilangan nafsu makan atau gairah kerja, tidak bisa menjalankan tugas sehari-hari secara optimal sehingga harus tinggal di tempat tidur (27). Dukungan sosial memengaruhi kualitas hidup (28,29). Motivasi, informasi, pemenuhan keluarga cukup berpengaruh bagi individu. Individu memperoleh dukungan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan aktualisasi diri. Tuberkulosis adalah penyakit dengan implikasi sosial karena stigma melekat dalam komponen psikologis dan sosial (30). Dukungan sosial meningkatkan ketahanan terhadap stres, melindungi terhadap

pengembangan trauma terkait psikopatologi dan gangguan stres pasca trauma (31).

## SIMPULAN

Kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat memburuk karena dukungan sosial kurang, terutama kasih sayang, emosional, material. Semua penderita kehilangan pekerjaan, mengalami keretakan rumah tangga. Dinas kesehatan bekerja sama dengan Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, lembaga swadaya masyarakat (LSM) bidang psikososial untuk melakukan upaya peningkatan kualitas hidup dan dukungan sosial melalui *peer support group* sebagai wadah untuk konseling, KIE, motivasi, pelatihan keterampilan dan dukungan sosial.

### Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini dilakukan untuk menyelidiki kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat dan untuk menilai faktor-faktor yang berhubungan.

**Metode:** Data berasal dari wawancara mendalam, melibatkan 22 pasien tuberkulosis resisten obat, digunakan dalam penelitian ini. **Hasil:** Penelitian ini menunjukkan responden dari 54,5% laki-laki, 50,0% dewasa, 59,1% menikah, 22,7% cerai, 72,7% tinggal di desa; 95,5% berpendidikan dasar dan lanjut, 45,5% karyawan swasta (sebelum sakit), 77,3% keluar dari pekerjaan (setelah sakit), 72,7% berpenghasilan rendah, 54,5% pengobatan di tahap lanjut, 95,5% pengobatan ulang (45% kasus kambuh; 40,9% kasus gagal), 90,9% mengalami efek samping obat (ringan/berat); 36,4% memiliki komorbid; 45,5% merokok, 31,8% konsumsi alkohol, 54,5% dukungan sosial kurang, memiliki kualitas hidup buruk (31,8%) dan sedang (36,4%). **Simpulan:** Kualitas hidup penderita memburuk, dukungan sosial yang kurang. Tenaga kesehatan harus meningkatkan kualitas hidup dan dukungan sosial melalui *peer support group* sebagai wadah untuk konseling, KIE, motivasi, dan pelatihan keterampilan.

**Kata kunci:** kualitas hidup; tuberkulosis resisten obat; dukungan sosial; sosiodemografi

## PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta. 2014
2. Kementerian Kesehatan. Tuberkulosis: Temuan, Obati Sampai Sembuh. Jakarta. 2015.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2016. Switzerland. 2016.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. Semarang. 2015.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas Tahun 2015. Purwokerto. 2016.
6. Kementerian Kesehatan. Petunjuk Teknis Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistensi Obat. Jakarta. 2014.
7. Sharma R, Yadav R, Sharma M, Saini V, Koushal V. Quality of life of multi drug resistant tuberculosis patients: a study of north India. *Acta Medica Iranica*. 2014 Jun 1;52(6):448.
8. Bauer M, Leavens A, Schwartzman K. A systematic review and meta-analysis of the impact of tuberculosis on health-related quality of life. *Quality of life research*. 2013 Oct 1;22(8):2213-35.
9. Patel PG, Ramanuj V, Bala DV. Assessment Quality of Life (QoL) of TB patients registered in Tuberculosis units of Ahmedabad Municipal Corporation area by using WHO Short Form-36. *Scholars Journal of Applied Medical Science*. 2014;2(6F):3303-6.
10. Ahmad N, Javaid A, Sulaiman SA, Basit A, Afridi AK, Jaber AA, Khan AH. Effects of multidrug resistant tuberculosis treatment on patients' health related quality of life: Results from a follow up study. *PloS one*. 2016 Jul 28;11(7):e0159560.
11. Istanti YP. Hubungan antara Masukan Cairan dengan Interdialytic Weight Gains (IDWG) pada Pasien Chronic Kidney Diseases di Unit Hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*. 2013 Nov 18;10(01).
12. Nofitri N. Gambaran kualitas hidup penduduk dewasa pada lima wilayah di Jakarta. *Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia*. 2009.
13. Bagiada, IM., Mi Luh Putri Primasari. ade Bagiada IM, Primasari NL. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketidaktepatan Penderita Tuberkulosis dalam Berobat di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar.
14. Anhar A, Ismail CS. Studi Komparatif Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Pedesaan di Wilayah Kerja Puskesmas Poleang Barat dengan Masyarakat Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 2016;1(2).
15. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta. 2005.
16. Yulia A. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik pasien Gagal Ginjal Kronik di RS Dr. Kariadi Semarang. 2009.
17. Budiarto, Anggraeni. Pengantar Epidemiologi Edisi 2. Jakarta. 2002.
18. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta. 2010.
19. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta. 2004.
20. World Health Organization. Multidrug and Extensively Drug-Resistant TB (M/XDR-TB): 2010 Global Report on Surveillance and Response. France. 2010.
21. Ghafoor A, Mehraj J, Afridi ND, Rafiq Y, Wendl-Richter HU, Hasan R. Multidrug resistant Mycobacterium tuberculosis amongst Category I & II failures and Category II relapse patients from

- Pakistan. International journal of mycobacteriology. 2012 Sep 1;1(3):118-23.
22. Sarwani SR D, Nurlaela S. Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB). Jurnal kesehatan masyarakat. 2012;8(1):60-6.
  23. Flora MS, Amin MN, Karim MR, Afroz S, Islam S, Alam A, Hossain M. Risk factors of multi-drug-resistant tuberculosis in Bangladeshi population: a case control study. Bangladesh Medical Research Council Bulletin. 2013 Jul 24;39(1):34-41.
  24. Mulu W, Mekkonen D, Yimer M, Admassu A, Abera B. Risk factors for multidrug resistant tuberculosis patients in Amhara National Regional State. African health sciences. 2015;15(2):368-77.
  25. Utami MP. Komorbiditas dan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa. Tesis Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
  26. Ibrahim LM, Hadejia IS, Nguku P, Dankoli R, Waziri NE, Akhimien MO, Ogiri S, Oyemakinde A, Dalhatu I, Nwanyanwu O, Nsubuga P. Factors associated with interruption of treatment among Pulmonary Tuberculosis patients in Plateau State, Nigeria. 2011. Pan African Medical Journal. 2014;17(1).
  27. Dumatubun AE. Kebudayaan, kesehatan orang Papua dalam perspektif antropologi kesehatan. Jurnal Antropologi Papua (ISSN: 1693-2099) Volume. 2002;1.
  28. Ratnasari NY. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Tuberkulosis Paru (TB Paru) Di Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Yogyakarta Unit Minggiran. Jurnal Tuberkulosis Indonesia. 2012;8:7-11.
  29. Juliandi NM, Kusnanto, Laily Hidayati. Hubungan antara Dukungan Sosial dan *Coping* Stres dengan Kualitas Hidup Pasien TB Baru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Tahun 2014. Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. 2014.
  30. Dhuria M, Sharma N, Ingle GK. Impact of tuberculosis on the quality of life. Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine. 2008 Jan;33(1):58.
  31. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan III CA, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. Psychiatry (Edgmont). 2007 May;4(5):35.