

## Hubungan Tahap Pengobatan dengan Kualitas Hidup Pasien *Multidrug-resistant Tuberculosis* di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Muhammad Rifki Pratama<sup>1</sup>, Asep Sukohar<sup>2</sup>, Khairun Nisa Berawi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Farmakologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>3</sup>Bagian Fisiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Tuberkulosis (TB) menjadi penyakit infeksi nomor satu di dunia sebagai penyebab kematian yang paling sering. TB menginfeksi 10 juta orang setiap tahunnya dan menjadi 10 penyakit penyebab kematian tertinggi di dunia. *Multidrug-resistant Tuberculosis* (MDR-TB) adalah salah satu jenis resistensi kuman TB terhadap setidaknya dua obat anti tuberkulosis (OAT) lini pertama. Pengobatan MDR-TB tentu saja memakan waktu lama lebih dari 18 bulan. Pengobatan yang sangat lama tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup dari pasien MDR-TB tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tahap pengobatan dengan kualitas hidup pasien *Multidrug-resistant Tuberculosis* di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Penelitian ini menggunakan 68 responden yang telah terdiagnosis MDR-TB oleh dokter spesialis paru. Data primer diambil menggunakan kuesioner SF-36 untuk mengukur kualitas hidup pasien MDR-TB, kemudian data sekunder yaitu tahap pengobatan menggunakan rekam medis pasien tersebut yang sudah mengisi kuesioner. Data tersebut kemudian diolah dan dianalisis oleh program di komputer. Data diuji dengan uji *chi-square* kemudian didapatkan hasil yaitu dari 30 responden pada tahap pengobatan awal, sebanyak 22 orang (73,3%) kualitas hidupnya buruk dan 8 orang kualitas hidupnya baik (26,7%), sedangkan dari 38 responden pada tahap pengobatan lanjutan, sebanyak 12 orang (31,6%) kualitas hidupnya buruk dan 26 orang kualitas hidupnya baik (68,4%). Hasil analisis bivariat menunjukkan *p-value*=0,001. Terdapat hubungan antara tahap pengobatan dengan kualitas hidup pasien *Multidrug-resistant Tuberculosis* di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

**Kata kunci:** Kualitas hidup, *multidrug-resistant tuberculosis*, tahap pengobatan

## The Correlation of Treatment Phases with Life's Quality of Multidrug-resistant Tuberculosis Patient in Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Lampung Province

### Abstract

Tuberculosis (TB) is the number one infectious disease in the world as the most frequent cause of death. TB infects 10 million people each year and becomes the 10th highest cause of death in the world. Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB) is a type of TB germ resistance against at least two first-line anti-tuberculosis (OAT) drugs. MDR-TB treatment certainly takes longer than 18 months. This very long treatment can affect the quality of life of MDR-TB patients. This study is to determine the correlation between the treatment phases with the quality of life of patients with Multidrug-resistant Tuberculosis in Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Lampung Province. This study used 68 respondents who had been diagnosed with MDR-TB by pulmonary specialists. Primary data was taken using SF-36 questionnaire to measure the quality of life of MDR-TB patients, then secondary data based on the treatment phases using the medical record of the patient who had filled out the questionnaire. The data is processed and analyzed by the program in the computer. Data were tested by chi-square test and the results were obtained from 30 respondents in the initial treatment phases, 22 people (73.3%) quality of life was poor and 8 people had good quality of life (26.7%), while from 38 respondents at the continued treatment phases, as many as 12 people (31.6%) quality of life is bad and 26 people have good quality of life (68.4%). The result of bivariate analysis showed the variable had a correlation with *p-value*=0,001. There is a correlation between the treatment phases with the quality of life of patients with Multidrug-resistant Tuberculosis in RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

**Keywords:** Multidrug-resistant tuberculosis, quality of life, treatment phases

**Korespondensi:** Muhammad Rifki Pratama, alamat Jl. Untung Suropati No.68, Bandar Lampung, HP 081273606353, e-mail pratamarifki1997@gmail.com

### Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) menjadi penyakit infeksi nomor satu di dunia sebagai penyebab kematian yang paling sering. TB menginfeksi

10 juta orang setiap tahunnya dan menjadi 10 penyakit penyebab kematian tertinggi di dunia<sup>1</sup>. Sebagian besar kuman TB menginfeksi paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Diperkirakan sepertiga

penduduk dunia menderita infeksi laten *Mycobacterium tuberculosis*, sebanyak 95% tersebar di negara berkembang<sup>2</sup>. Setiap tahun diperkirakan ada 9 juta kasus TB baru dan 2 juta diantaranya meninggal. Dari 9 juta kasus TB baru di seluruh dunia tersebut, 1 juta diantaranya adalah anak usia <15 tahun. Dari seluruh kasus anak dengan TB, 75% didapatkan di 22 negara dengan beban TB tinggi (*high burden countries*). Dilaporkan dari berbagai negara persentase semua kasus TB menular berkisar antara 3% sampai >25%<sup>3</sup>.

Pada tahun 2013 data yang didapatkan dari laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa semua kasus untuk penyakit Tuberkulosis termasuk diantaranya TB resisten obat merupakan penyebab kematian nomor dua setelah penyakit Stroke pada semua kelompok usia, dan menjadi nomor satu dari semua golongan penyakit infeksi. Prevalensi TB berdasarkan diagnosis sebesar 0,4% dari jumlah penduduk di Indonesia. Jumlah kasus tertinggi yang di laporkan terdapat di provinsi Jawa Barat<sup>4</sup>

Resistensi obat anti TB (OAT) pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat<sup>5</sup>. MDR-TB adalah salah satu jenis resistensi kuman TB terhadap setidaknya dua obat anti tuberkulosis (OAT) lini pertama<sup>6</sup>. MDR-TB dapat berupa resistensi primer dan resistensi sekunder. Resistensi primer yaitu resistensi yang terjadi pada pasien yang sebelumnya tidak pernah mendapatkan OAT. Resistensi primer ini biasa dijumpai pada penderita *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). resistensi sekunder yaitu resistensi yang didapat selama terapi pada orang yang sebelumnya sensitif terhadap obat<sup>7</sup>. Pada pasien dengan adanya riwayat pengobatan sebelumnya, kemungkinan terjadi resistensi sebesar 4 kali lipat sedangkan terjadinya MDR-TB sebesar 10 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan pasien yang belum pernah diobati. Pasien MDR-TB yang tidak bergejala sebelumnya bisa saja menularkan penyakitnya sebelum ia menjadi sakit. Oleh karena itu prevalensi MDR-TB dapat 3 kali lebih besar dari insidensi sebenarnya yaitu mendekati atau melampaui 1 juta<sup>5</sup>.

Berbagai penyakit seperti Kanker, Diabetes, Hipertensi, AIDS, Malaria dan Tuberkulosis (TB) yang memerlukan perawatan setiap harinya dapat mempengaruhi kehidupan penderitanya di seluruh dunia. Kejadian dan sejauh mana kualitas hidup (*Quality of Life*) terpengaruh dalam kondisi penyakit ini tergantung pada status penyakit, lokasi geografis, intervensi medis dan intervensi psikologis. Tekanan psikologis yang menyebabkan ketidakmampuan untuk menjaga kesehatan mereka sendiri mempengaruhi kualitas hidup dalam hal ketidakmampuan fisik dan tingkat penderitaan sakit kronis. Pengobatan rute intravena, persyaratan operasi, efek samping dari obat, kepatuhan yang ketat terhadap obat, durasi pengobatan yang panjang dan tingkat kematian yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Faktor sosial seperti implikasi keuangan, kehilangan pekerjaan dan stigma sosial juga terkait terhadap kualitas hidup pasien kelak<sup>8</sup>.

*Health Related Quality of Life* (HRQoL) didefinisikan sebagai sejauh mana persepsi subjektif pasien tentang kesejahteraan fisik, mental dan sosial dipengaruhi setiap hari oleh suatu penyakit dan pengobatannya<sup>9</sup>. Survey Formulir Singkat atau *Short Form 36* (SF-36) telah digunakan untuk berbagai penelitian untuk mengukur kualitas hidup pasien TB dan menunjukkan validitas dan reliabilitas yang dapat diterima. Kuesioner ini berisi delapan kategori yang menilai beragam konsep kesehatan termasuk fungsi fisik, peran fisik, sakit tubuh, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, emosional dan kesehatan mental. *Domain* tertentu dapat digabungkan untuk menciptakan ukuran QoL total. Untuk semua kategori SF-36 dan nilai rangkuman, skor yang lebih tinggi menunjukkan kesehatan dan kualitas hidup yang lebih baik<sup>10</sup>.

### Metode Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional study* untuk mengetahui hubungan tahap pengobatan terhadap kualitas hidup pasien

MDR-TB di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Inap dan Poli Klinik MDR-TB RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang berlangsung pada bulan Oktober–November 2018. Populasi penelitian diambil dari semua pasien yang terdiagnosis MDR-TB di RSUD Dr. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Kriteria Inklusi adalah kriteria yang mendukung peneliti untuk mengambil data yaitu semua pasien yang telah terdiagnosis MDR-TB. Pengambilan besarnya sampel menggunakan teknik *Total Sampling*. Teknik *Total Sampling* merupakan bagian dari *Non-probability sampling* dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi. Penggunaan teknik *Total Sampling* dikarenakan hasil pre-survey didapatkan populasi hanya berjumlah 68 orang, maka apabila populasi kurang dari 100 dapat dilakukan pengambilan sampel dengan teknik *Total Sampling* yaitu besar sampel didapatkan dari seluruh populasi<sup>11</sup>.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tahap pengobatan pasien MDR-TB di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2018 sedangkan Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup (status kesehatan menyeluruh, skala fungsional dan skala gejala) pasien MDR-TB berdasarkan kuesioner SF-36. SF-36 merupakan instrumen yang telah dipakai di berbagai negara dan dijadikan baku emas dalam menilai kualitas hidup karena instrumen ini terdiri dari 36 pertanyaan singkat yang meliputi berbagai 8 aspek yaitu aspek fisik, aspek emosi, aspek sosial, aspek kesehatan fisik, aspek kesehatan emosi, aspek nyeri, aspek kelelahan dan aspek kesehatan secara umum<sup>12</sup>.

Data yang dilakukan pada penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data Primer yang diambil yaitu nilai kualitas hidup pasien yang diukur menggunakan kuesioner baku SF-36. Peneliti memberikan kuesioner kepada pasien yang telah didiagnosis oleh spesialis paru, kemudian peneliti menjelaskan secara singkat tentang penelitian yang sedang peneliti lakukan. Peneliti mengajukan form *informed consent* dan meminta izin pasien untuk menjadi responden. Responden yang setuju ikut penelitian akan diberikan kuesioner untuk

diisi. Pengisian kuesioner dilakukan sendiri oleh pasien tetapi tetap didampingi oleh peneliti sebab beberapa pasien sering bertanya saat pengisian kuesioner tersebut. Setelah pasien selesai mengisi kuesioner, peneliti mengecek kembali apakah pasien mengisi semua ceklis didalam kuesioner. Bila pasien tersebut menolak untuk mengisi kembali maka peneliti dapat meminta tolong kepada perawat untuk membantu bertanya poin yang belum terisi kepada pasien. Perawat sebelumnya diberikan penjelasan terlebih dahulu agar persepsi perawat dan peneliti sama tentang pengisian poin di kuesioner tersebut. Data sekunder yang diambil yaitu tahap pengobatan yang didapat dari data rekam medis pasien. Pasien yang telah mengisi kuesioner kemudian akan dicek rekam medisnya dan diambil data tahap pengobatan pasien tersebut.

Data-data yang telah terkumpul kemudian akan dimasukkan ke dalam komputer dan akan dilakukan pengolahan data agar data yang telah dikumpulkan akan tetap terjaga kualitasnya, kemudian data tersebut akan dianalisis menggunakan program di komputer. Data yang telah dikoding dan di- *input* ke dalam program di komputer selanjutnya dianalisis dengan program statistik. Analisis dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi pada variabel independen dan dependen yang diteliti. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui perbandingan kualitas hidup pasien MDR-TB yang dibedakan menjadi dua kategori yaitu baik dan buruk kemudian diukur berdasarkan tahap pengobatan, serta menilai kemaknaan setiap variabel. Analisis yang digunakan adalah *Chi-square* kategorik tidak berpasangan. Jika pada hasil penelitian tidak terpenuhi syarat *Chi-square*, maka nilai sig. (p) dilihat dengan uji alternatif *Fishers Exact*.

## Hasil

Tabel 1 memperlihatkan bahwa karakteristik usia responden yang merupakan pasien MDR-TB paling banyak pada rentang usia 25-44 tahun yaitu 43 orang dengan persentase 63,3%, kemudian pasien MDR-TB

dengan usia 45-64 tahun sebanyak 25 orang dengan persentase 36,7% kontrol positif didapatkan skor kerusakan yang lebih tinggi pada semua lapang pandang. Sedangkan pada tabel 2 memperlihatkan bahwa karakteristik jenis kelamin responden yang merupakan pasien MDR-TB paling banyak pada laki-laki yaitu 47 orang dengan persentase 69,1%, kemudian pasien dengan jenis kelamin perempuan yaitu 21 orang dengan persentase 30,9%.

**Tabel 1.** Karakteristik Berdasarkan usia

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
15-24 Tahun	-	0
25-44 Tahun	43	63,3
45-64 Tahun	25	36,7
≥65 Tahun	-	0
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

**Tabel 2.** Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	47	69,1
Perempuan	21	30,9
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

**Tabel 3.** Tahap Pengobatan Pasien MDR-TB

Tahap pengobatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Awal (<6 Bulan)	30	44.1
Lanjut (>6 bulan)	38	55.9
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

Tabel 3 memperlihatkan bahwa responden yang merupakan pasien MDR-TB pada tahap pengobatan lanjut lebih banyak yaitu 38 responden (55.9%) dibandingkan dengan tahap awal yaitu 30 responden (44.1%).

**Tabel 4.** Kualitas Hidup Pasien MDR-TB

Kualitas Hidup	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Buruk	34	50.0
Baik	34	50.0
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

Tabel 4 memperlihatkan bahwa responden dengan kualitas hidup buruk sama banyaknya

dengan yang memiliki kualitas hidup baik yaitu berjumlah 34 responden (50%). Adapun pengukuran kualitas hidup berdasarkan 8 aspek yaitu aspek fisik, aspek emosi, aspek sosial, aspek eksehatan fisik, aspek kesehaan emosi, aspek nyeri, aspek kelelahan dan aspek kesehatan secara umum dapat dilihat sebagai berikut :

**Tabel 5.** Kualitas hidup berdasarkan 8 aspek

Kualitas Hidup	n	%
<b>Fungsi Fisik :</b>		
Buruk	33	48,5
Baik	35	51,4
<b>Keterbatasan Fisik :</b>		
Buruk	34	50,0
Baik	34	50,5
<b>Nyeri Tubuh :</b>	34	50,0
Buruk	34	50,0
Baik		
<b>Kesehatan Umum :</b>	30	44,1
Buruk	38	55,9
Baik		
<b>Vitalitas :</b>	29	42,6
Buruk	39	57,4
Baik		
<b>Fungsi Sosial :</b>	34	50,0
Buruk	34	50,0
Baik		
<b>Keterbatasan Emosional</b>	15	22,1
Buruk	53	77,9
Baik		
<b>Kesehatan Mental :</b>	36	52,9
Buruk	32	47,1
Baik		

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa aspek yang paling bermasalah pada pasien MDR-TB adalah kesehatan mental dimana sebnayak 36 repsonden (52,9%) dengan kualitas buruk, sedangkan yang paling baik adalah keterbatasan emosional dimana hanya 15 responden (22,1%) kualitas hidupnya buruk.

**Tabel 6.** Hubungan Tahap Pengobatan dengan Kualitas Hidup Pasien MDR-TB

Tahap Pengobatan	Kualitas Hidup				Total	p-value	OR (CI 95%)
	Buruk		Baik				
	n	%	n	%			
Awal (<6 bulan)	22	73.3	8	26.7	30	0,001	5,9 (2,06-17,19)
Lanjutan (>6 bln)	12	31.6	26	68.4	38		
Total	34	50.0	34	50.0	68		

Keterangan:

a: Uji Chi-Square

Tabel 6 memperlihatkan bahwa hasil penelitian didapatkan dari 30 responden pada tahap pengobatan awal, sebanyak 22 orang (73,3%) kualitas hidupnya buruk dan 8 orang kualitas hidupnya baik (26,7%), sedangkan dari 38 responden pada tahap pengobatan lanjutan, sebanyak 12 orang (31,6%) kualitas hidupnya buruk dan 26 orang kualitas hidupnya baik (68,4%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p-value* 0,001 ( $p < \alpha$ ). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tahap pengobatan dengan kualitas hidup pasien MDR-TB di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (Nilai OR 5,9).

### Pembahasan

TB MDR (*Tuberculosis Multi Drug Resisten*) adalah keadaan di mana kuman tersebut sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan salah satu atau lebih Obat Anti Tuberculosis (OAT) sehingga diperlukan standar pengobatan dan regimen selain OAT resisten yang dapat membunuh kuman TB tersebut<sup>13</sup>. Tuberculosis resistensi OAT dapat disebabkan dari akibat perilaku masyarakat yang kurang kooperatif sehingga mengakibatkan pengobatan pasien TB yang tidak adekuat maupun penularan langsung dari pasien MDR-TB<sup>14</sup>.

*Tuberculosis Multi Drug Resisten* (TB MDR) terjadi bila penderita putus berobat sebelum masa pengobatan selesai atau penderita sering minum obat tidak teratur selama menjalani pengobatan TB. Pengobatan MDR-TB membutuhkan waktu panjang (sampai 18 bulan) untuk mencapai penyembuhan dan dengan panduan (kombinasi) beberapa macam obat<sup>15</sup>.

Dari hasil penelitian ini banyaknya penderita MDR-TB pada rentang usia 25-44 tahun dengan persentase 63% ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa rentang usia tersebut tidak terlepas dari adanya hubungan penderita TB terhadap kelompok usia produktif karena pada usia tersebut banyak dari mereka yang bekerja dan berhubungan dengan lingkungan luar. Keadaan demikian dapat menyebabkan banyak dari mereka tertular penyakit TB tanpa mereka sadari dikarenakan kuman TB yang dapat menular lewat udara kemudian masuk melewati inhalasi oleh orang lain. Populasi penderita TB sangat didominasi oleh jenis kelamin laki-laki yang ditunjukkan pada penelitian ini sebanyak 47 orang dengan persentase 69,1%. Menurut Hiswani (2009) bahwa tingginya populasi penderita TB dengan jenis kelamin laki-laki dapat disebabkan oleh kebiasaan meminum alkohol ataupun merokok, kebiasaan tersebut akan merusak tubuh, menurunkan kekebalan tubuh dan juga memudahkan kuman berkembang lebih cepat dan lebih sulit untuk diobati sehingga angka resisten OAT yang diderita oleh pasien dengan jenis kelamin laki-laki dapat terus meningkat setiap tahunnya dikarenakan gaya hidup<sup>16</sup>.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa responden terbanyak yaitu didominasi oleh kelompok pasien pada tahap pengobatan lanjut yaitu sebanyak 38 orang dengan persentase 55,9%. Kejadian ini dapat dikarenakan kemungkinan terjadinya kegagalan pengobatan pada tahap awal sudah diminimalisir oleh tenaga kesehatan sehingga banyak pasien yang sudah menyelesaikan pengobatan tahap awal yang

kemudian dapat dilanjutkan untuk pengobatan tahap lanjutan. Pasien yang sudah terdiagnosis MDR-TB diharuskan mengikuti program paduan OAT standar untuk pasien MDR-TB sampai hasil uji resistensi keluar, jika pasien sudah mendapatkan hasil uji resistensi dapat dimulai pengobatan empiris sesuai dengan jenis resistensi OAT. Pasien diwajibkan mengikuti 2 tahap pengobatan yaitu tahap awal dan lanjutan, tahap awal pasien diwajibkan selama 6 bulan mendapatkan OAT injeksi dan tambahan, dan dilakukan pengecekan dahak setiap bulan sampai konversi dahak, apabila sampai bulan ke 8 pasien tidak dinyatakan konversi dahak, pasien dinyatakan gagal pengobatan sehingga pengobatan harus diulang. Pasien yang berhasil menyelesaikan tahap awal pengobatan dapat melanjutkan ke pengobatan tahap lanjutan selama 12 bulan<sup>2</sup>. Kegagalan pada pengobatan MDR-TB akan menyebabkan lebih banyak OAT yang resisten kuman *Mycobacterium tuberculosis* sehingga pengobatan harus diulang dapat semakin mempersulit pengobatan pasien MDR-TB<sup>6</sup>.

Pada penelitian ini memperlihatkan bahwa responden dengan kualitas hidup buruk sama banyaknya dengan yang memiliki kualitas hidup baik yaitu berjumlah 34 responden (50%). Tetapi walaupun jumlah yang didapatkan pada penelitian sama banyaknya, tabel 5 memperlihatkan bahwa adanya perbedaan hasil pada kualitas hidup pasien tergantung pada indikator 8 aspek yang sudah dinilai oleh kuesioner dimana pada pasien MDR-TB indikator kesehatan mental didapatkan sebanyak 36 responden (52.9%) dengan kualitas buruk, sedangkan yang paling baik adalah keterbatasan emosional dimana hanya 15 responden (22,1%) kualitas hidupnya buruk. Penurunan fungsi fisik seseorang diumur produktif sangat berdampak terutama untuk laki-laki yang sedang produktif bekerja. Ketika seorang pasien tidak bekerja dan hanya dirumah saja tentu saja akan berdampak mental pasien tersendiri. Beberapa keadaan dapat menyebabkan ketidakstabilan kualitas hidup pasien, salah satunya yaitu pengobatan awal yang mengharuskan pasien rutin berobat dengan obat injeksi tentu saja dapat

menyebabkan dilema kepada pasien tentang hasil akhir dari pengobatannya. Kondisi ini terjadi karena pasien masih dalam rentang berobat aktif selama 6 bulan pertama dengan sebagian besar berada pada tahap pengobatan awal, kondisi pasien ini masih dalam taraf penyesuaian pengobatan sehingga secara fisik maupun psikis berdampak pada kualitas hidupnya. Perhatian sekecil apapun terhadap sakit yang dialami pasien TB dapat berdampak terhadap kualitas hidup pasien TB selama menjalani proses pengobatan mulai dari tahap awal sampai tahap lanjut atau akhir pengobatan<sup>18</sup>.

Memburuknya kualitas hidup pasien juga dapat diperberat dengan berkurangnya nafsu makan yang diikuti penurunan berat badan akibat masih aktifnya *M.tuberculosis* di dalam tubuh, selama menjalani terapi tahap awal beberapa bulan perbaikan kesehatan fisik penderita TB mulai terlihat membaik meskipun mayoritas masih dalam kelompok status gizi kurang. Sebagian besar penderita pada tahap lanjutan menunjukkan peningkatan yang baik pada nilai rerata IMT maupun fisiknya. Penyembuhan TB paru sangat didukung imunitas dan fisik yang baik sedangkan imunitas yang baik dapat terwujud bila status gizi penderitanya baik sehingga diharapkan bisa meningkatkan kualitas hidup pasien<sup>17</sup>.

Pengobatan dimulai pada tahap awal yaitu tahap pengobatan dengan menggunakan obat injeksi (Kanamisin atau Kapreomisin) yang digunakan sekurang-kurangnya selama 6 bulan atau 4 bulan setelah terjadi konversi biakan. Bila hasil biakan bulan ke 8 pasien tidak konversi maka pengobatan dinyatakan gagal. Tahap lanjutan adalah tahap setelah pengobatan injeksi dihentikan. Durasi pengobatan pada tahap lanjutan yaitu 12-14 bulan setelah konversi biakan. Pasien yang memilih menjalani pengobatan di RS Rujukan MDR-TB mengambil obat setiap minggu dan berkonsultasi dengan dokter setiap 1 bulan. Untuk pasien yang berobat di UPK satelit akan mengunjungi RS rujukan MDR-TB setiap 1 bulan untuk berkonsultasi dengan dokter (sesuai dengan jadwal pemeriksaan dahak

dan biakan). Obat diberikan setiap minggu oleh petugas UPK satelit atau RS Rujukan MDR-TB kepada pasien. Pasien minum obat setiap hari dibawah pengawasan PMO. Kemudian jika pasien diindikasikan pada kasus-kasus kronik dengan kerusakan paru yang luas maka durasi pengobatan akan diperpanjang sampai 24 bulan<sup>14</sup>.

Penelitian ini memperlihatkan bahwa hasil didapatkan dari 30 responden pada tahap pengobatan awal, sebanyak 22 orang (73,3%)

Kualitas hidupnya buruk dan 8 orang kualitas hidupnya baik (26,7%), sedangkan dari 38 responden pada tahap pengobatan lanjutan, sebanyak 12 orang (31,6%) kualitas hidupnya buruk dan 26 orang kualitas hidupnya baik (68,4%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p-value* 0,001 ( $p < \alpha$ ) dengan nilai OR 5,9. Hal ini memungkinkan bahwa pengobatan yang cukup lama tersebut sudah jelas sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien MDR-TB dikarenakan berbagai hal seperti banyaknya obat yang harus diminum pada tahap awal, pengulangan obat bila tidak terjadi konversi dahak hingga mewajibkan pasien meminum obat tepat waktu yang dapat memberikan dampak pada mental pasien. Tetapi sebaliknya jika pasien rutin meminum obat, mengikuti program pengobatan secara teratur dan menyelesaikan tahapan pengobatan, pasien MDR-TB dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Tinartayu yang menggunakan SF-36 sebagai instrumen penilaian kualitas hidup pasien Tuberculosis (TB) paru. Penelitiannya telah membuktikan bahwa pengukuran kualitas hidup pasien TB ditinjau dari pengobatannya menggunakan kuesioner SF-36 yang sudah biasa untuk mengukur kualitas hidup pasien menunjukkan hasil yang sangat baik. Hasil perhitungan statistik diperoleh nilai  $p < 0,05$  artinya terdapat hubungan antara kualitas hidup pasien TB paru pada awal dengan akhir terapi OAT tahap awal<sup>19</sup>.

Hasil ini juga sesuai dengan penelitian lain yang telah mengidentifikasi dan mengevaluasi durasi pengobatan yang cukup lama dapat mempengaruhi kualitas hidup

pasien Tuberculosis. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pasien yang telah lama menjalani pengobatan berkorelasi positif terhadap kualitas hidup pasien Tuberculosis ( $p < 0,05$ ). Artinya pasien yang telah menjalani pengobatan lebih lama memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien yang baru menjalani pengobatan<sup>20</sup>.

### Kesimpulan

Terdapat hubungan antara tahap pengobatan dengan kualitas hidup pasien *Multidrug-resistant Tuberculosis* di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

### Daftar Pustaka

1. WHO. 2017. Global Tuberculosis Report 2017. Switzerland: World Health Organization.
2. TBCTA. 2009. Implementing the WHO Policy on TB Infection Control in Health-Care Facilities, Congregate Settings and Households. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. (2): 151.
3. WHO. 2014. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the management of tuberculosis in children. The Journal of Medical Association of Malawi. 19: 82–6.
4. Kemenkes RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
5. PPTI. Jurnal Tuberculosis Indonesia. Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia. 7: 16–19.
6. Mulyanto H. 2014. Hubungan lima indikator perilaku hidup bersih dan sehat dengan tuberculosis. Jurnal Berkala Epidemiologi FK Unair. 2(3): 355–67.
7. Syahrini H. 2008. Tuberculosis Paru Resistensi Ganda. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
8. Peddireddy V. 2016. Quality of life, psychological interventions and treatment outcome in tuberculosis patients: The Indian scenario. Frontiers in Psychology. 7(OCT): 1–9.
9. Javaid A, Ahmad N, Sulaiman SAS, Basit A, Afridi AK, Jaber AAS., et al. 2016.

- Effects of multidrug-resistant tuberculosis treatment on patients health related quality of life: Results from a follow up study. *PLOS ONE*. 11(7): 1–16.
10. Mamani M, Majzoobi MM, Ghahfarokhi SM, Esna-Ashari F, Keramat F. 2014. Assessment of health-related quality of life among patients with tuberculosis in Hamadan, Western Iran. *Oman Medical Journal*. 29(2): 102–05.
  11. Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.
  12. Muhtadi N, Putranto R, Setyohadi B, Rinaldi I. 2017. Reliability and Validity Test Of Indonesian Version Short Form Quality of Life Questionnaire in Rheumatoid Arthritis Patient. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. 4(3): 105–11.
  13. Kemenkes RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
  14. Kemenkes RI. 2014. *Petunjuk Teknis Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberculosis Resisten Obat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
  15. Nawas, A. 2010. *Penatalaksanaan MDR-TB dan Strategi DOTS Plus*. Jakarta: FKUI RSUP Persahabatan.
  16. Khan S, Tangiisuran B, Imtiaz A, Hadzliana Z. 2017. Health Status and Quality of Life in Tuberculosis: Systematic Review of Study Design, Instruments, Measuring Properties and Outcomes. *Health Science Journal*. 11(1): 1–10.
  17. Soepandi PZ. 2010. *Diagnosis dan Penatalaksanaan TB-MDR*. Cermin Dunia Kesehatan. Jakarta: FKUI - RSUP Persahabatan.
  18. Louw JS, Mabaso M, Peltzer K. 2016. Change in health-related quality of life among pulmonary tuberculosis patients at primary health care settings in South Africa: A prospective cohort study. *PLOS ONE*. 11(5): 1–13.
  19. Tinarayu S, Udji B, Riyanto D. 2015. SF-36 sebagai Instrumen Penilai Kualitas Hidup Penderita Tuberculosis ( TB ) Paru. *Mutiara Medika*. 15(1): 7–14.
  20. Unalan D, Soyuer F, Ceyhan O, Basturk M, Ozturk A. 2008. Is the quality of life different in patients with active and inactive tuberculosis. *The Indian journal of tuberculosis*. 55(3): 127–37.