

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyebab utama kematian di Indonesia. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyebar melalui partikel udara atau percikan dahak. Menurut data yang disampaikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), diperkirakan sekitar sepuluh juta individu di seluruh dunia akan terinfeksi TB pada tahun 2020 (Suryani et al., 2016). Dengan 969.000 kasus dan 93.000 kematian dalam setahun, atau 11 kematian setiap satu jam, Indonesia menempati posisi kedua tertinggi di dunia untuk kasus tuberkulosis, menurut data WHO pada 7 November 2023. Pada laporan Global TB 2022, ditemukan bahwa kebanyakan penyakit TB ditemukan di usia produktif, khususnya pada usia 25 hingga 34 tahun. Data Kemenkes RI mencatat 724.000 kasus baru TB pada tahun 2022, yang meningkat menjadi 809.000 kasus pada tahun 2023. (WHO, 2023).

Provinsi Sumatera Utara berada pada peringkat ketiga di Indonesia untuk beban TB tertinggi setelah Jawa Barat dan Jawa Timur. Data per 1 Juni 2024 Jumlah kasus TB dengan estimasi kasus tahun 2024 sebanyak 74.434 kasus (Dinkes Provsu, 2024). Kabupaten Padang Lawas Utara menyumbang 414 kasus TB di Sumatera Utara pada tahun 2022 (Dinkes Provsu, 2023).

Adanya peningkatan secara signifikan kasus TB setiap tahun di Padang Lawas Utara dengan sedikit kasus yang sembuh, menunjukkan belum disiplinnya pasien dalam menjalani pengobatan.

Tingginya jumlah kasus Tuberkulosis di negara berkembang khususnya di Indonesia, memunculkan banyaknya permasalahan seperti terapi yang menghabiskan banyak waktu, belum lagi komplikasi dari Tuberkulosis itu sendiri, yang dapat menurunkan semangat dan motivasi hidup penderitanya untuk sembuh. Banyak gangguan psikologis yang muncul, seperti emosi yang tidak stabil, *mood*

swing, stres, kecemasan serta depresi yang ditimbulkan oleh penyakit ini (Nahda, Kholis, Wardani, et al., 2017).

Menurut definisi yang diberikan oleh WHO, depresi merupakan suatu gangguan psikologis yang ditandai dengan berbagai gejala, termasuk perubahan dalam suasana hati, hilangnya minat terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai, perasaan bersalah yang berlebihan, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, penurunan tingkat energi, serta kesulitan dalam fokus dan konsentrasi. Kondisi tersebut mampu bertahan lama dan berulang, yang dapat mengganggu seseorang untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Seseorang dapat mengalami puncak depresi dan bunuh diri. (Endriyani et al., 2022). Pada tahun 2019, depresi merupakan penyebab kecacatan terbesar kedua secara global, dan kecemasan berada pada peringkat kedelapan, dua hal ini merupakan jenis gangguan kesehatan mental yang paling umum. Diperkirakan sepertiga dari penderita dengan kondisi medis yang serius berpotensi mengalami gejala depresi.

Berdasarkan penelitian Rosa, dkk mengemukakan bahwa komplikasi dan komorbid pada penderita TB menjadi faktor utama munculnya gangguan kesehatan mental, suasana hati yang berubah, kecemasan, stress dan depresi. Berhubung TB Paru membutuhkan durasi yang cukup panjang saat proses terapinya dan dengan kombinasi berbagai jenis obat, akhirnya sering kali membuat pasien berhenti atau gagal dalam menyelesaikan pengobatan dan membuat pasien harus mengulangi pengobatan untuk mencapai tingkat kesembuhan (Ledjepen et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan Nanda, dkk mengatakan kejadian depresi pada penderita TB secara signifikan berhubungan dengan usia, khususnya pada usia dewasa tengah (41-60 tahun) berisiko 1,70 dibandingkan dengan usia dewasa awal dan akhir, begitu juga pada pasien TB dengan tingkat pendidikan rendah 1,97 kali lebih berpotensi terkena depresi dibandingkan pasien dengan tingkat pendidikan tinggi (Nahda et al., 2017). Penderita dengan Tingkat Pendidikan tinggi akan lebih mudah mengantisipasi dan mengatasi gejalanya jika terkena depresi (Ariyanto et al., 2020).

Karena pendapatan rendah membuat mereka merasa tidak aman dan putus asa, pasien dengan tingkat pendapatan rendah lebih cenderung mengalami depresi dibandingkan dengan pasien dengan tingkat pendapatan tinggi. Pasien lebih rentan terhadap gangguan mental yang umum karena perubahan sosial yang cepat dan risiko kesehatan fisik dan kekerasan. (Azam et al., 2020).

1.2 Permasalahan Penelitian

Faktor-faktor demografi apa saja yang berpengaruh terhadap gejala depresi pada penderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi variabel-variabel demografis yang memiliki kaitan dengan munculnya gejala depresi pada individu yang menderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Mengetahui hubungan antara Jenis Kelamin dengan gejala depresi penderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua.
- b) Mengetahui hubungan antara Usia dengan gejala depresi pada penderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua.
- c) Mengetahui hubungan Status Pernikahan dengan gejala depresi pada penderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua.
- d) Mengetahui hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan gejala depresi pada penderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua.
- e) Mengetahui hubungan antara Penghasilan dengan gejala depresi pada penderita Tuberkulosis di Puskesmas Gunungtua.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk Ilmu Pengetahuan

Diharapkan temuan dari penelitian ini dapat meningkatkan keilmuan mahasiswa kedokteran dan dokter yang menangani kasus depresi pada pasien tuberkulosis.

2. Manfaat untuk Tenaga Medis

Diharapkan bahwa temuan dari penelitian ini dapat berfungsi sebagai acuan untuk menilai efektivitas pengobatan tuberkulosis pada pasien yang juga menunjukkan gejala depresi.

3. Manfaat untuk Masyarakat

Diharapkan bahwa temuan dari penelitian ini dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam kepada masyarakat mengenai elemen-elemen yang membentuk serta dampak penyakit tuberkulosis terhadap tingkat keparahan gejala depresi pada penderita tuberkulosis.

4. Manfaat untuk Penelitian

Temuan dari studi ini diharapkan dapat memberikan saran dan pemecahan masalah untuk riset lanjutan mengenai pengaruh tuberkulosis terhadap intensitas gejala depresi pada individu yang terdiagnosis penyakit ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tuberkulosis

2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (M. TB), yang biasanya menyerang organ paru-paru. Penyakit ini menyebar antarindividu melalui udara. Bakteri TB tersebar ke udara ketika penderita batuk, bersin, atau meludah. Menghirup partikel udara yang terkontaminasi dapat menyebabkan infeksi. Seseorang yang terinfeksi TB memiliki kemungkinan 10% untuk menularkan bakteri tersebut kepada orang lain. Namun, Individu yang memiliki defisiensi pada sistem imun, seperti penderita HIV, diabetes mellitus, atau kekurangan gizi, cenderung memiliki kerentanannya yang lebih tinggi terhadap infeksi (WHO, 2024).

Bakteri M. TB, yang berbentuk batang, adalah penyebab utama tuberkulosis. Bakteri ini memiliki karakteristik tahan terhadap asam, yang dikenal dengan sebutan BTA (Basil Tahan Asam). Umumnya, M. TB menyerang jaringan paru-paru dan menyebabkan tuberkulosis paru. Selain itu, mikroorganisme ini memiliki kemampuan untuk menyerang kelenjar limfe, pleura, dan berbagai organ tubuh lainnya di luar sistem pernapasan (Kemenkes, 2020).

2.1.2 Etiologi Tuberkulosis

Tuberkulosis biasanya menyebar antar individu melalui partikel-partikel kecil di udara, yang dikenal sebagai droplet nucleus (berukuran kurang dari 5 mikron). Partikel-partikel ini dilepaskan saat penderita batuk, bersin, atau berbicara, dan mengandung 1-5 basil yang sangat menular. Selain itu, partikel tersebut dapat tetap bertahan di udara hingga empat jam. Dengan ukuran yang kecil, membuat percik renik dapat memasuki alveolar untuk melakukan replikasi. Penderita TB dapat menghasilkan hingga 3.000 percik renik dalam satu batuk dan 1 juta percik renik ketika bersin. Sementara, 1 sampai 10 basil sudah cukup membuat seseorang terinfeksi.

Tuberkel basili biasanya menyebar di tempat-tempat yang tidak banyak cahaya, dengan sedikit ventilasi udara yang memungkinkan percik renik tetap berada di udara dengan durasi yang lebih lama. Sinar langsung dari matahari bisa mematikan tuberkel basili dengan mudah, tetapi kuman ini tetap hidup di tempat yang gelap. Potensi penularan tuberkulosis meningkat signifikan ketika terjadi kontak langsung dalam jangka waktu yang lama dengan individu yang terinfeksi. Setelah paparan, perkembangan infeksi menjadi bentuk tuberkulosis aktif sangat ditentukan oleh kondisi imunologis individu yang terpapar. Pada orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang berfungsi normal, hanya sekitar 10% kasus yang akan berkembang menjadi tuberkulosis aktif, sementara 90% sisanya tidak menunjukkan perkembangan penyakit tersebut. Sebaliknya, individu dengan sistem kekebalan tubuh yang tertekan atau lemah lebih rentan untuk mengembangkan bentuk aktif dari penyakit ini. Kelompok usia yang paling berisiko adalah anak-anak yang belum mencapai usia lima tahun dan lansia, yang memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk terinfeksi. Selain itu, individu dengan kondisi medis tertentu seperti HIV, silikosis, diabetes mellitus, serta mereka yang mengonsumsi kortikosteroid atau obat immunosupresan lainnya dalam waktu lama, juga menghadapi risiko lebih tinggi, sekitar 50 hingga 60%(Kemenkes, 2020).

2.1.3 Patogenesis Tuberkulosis

Immunitas host sangat berhubungan dengan patogenesis TB. Pada kebanyakan inang, sistem kekebalan akan menanggapi invasi bakteri dengan kuat, membatasi pertumbuhan bakteri, dan mencegah infeksi. Reaksi imun inang adalah sumber utama kerusakan jaringan yang disebabkan oleh infeksi TB. Penderita dengan imun yang lemah, seperti HIV, patogen lebih mudah menyebar dan berkembang. 30% individu yang terinfeksi dengan M. TB akan terinfeksi tuberkulosis. Dalam waktu satu tahun, sekitar 3–10 persen penderita akan berkembang menjadi tuberkulosis aktif, dan sekitar 3–5 persen pasien dengan tuberkulosis laten juga akan berkembang menjadi tuberkulosis aktif, dan yang lainnya akan terus menderita tuberkulosis laten sepanjang hidup mereka. (PDPI, 2021).

Nukleus percik renek masuk ke alveolus (bronkiolus respiratorik) melalui percabangan trakea-bronkial setelah dihirup. Makrofag alveolus kemudian menyerap nukleus percik renek, yang menyebabkan respon yang tidak spesifik terhadap basilus. Terlepas dari kemampuan virulensi dan aktivitas bakterisid makrofag alveolus yang mencernanya, infeksi bakteri tetap terjadi. Basilis dapat bereplikasi di dalam makrofag jika mampu menghadapi sistem pertahanan awal. Bakteri akan berkembang secara perlahan dan membelah diri di bagian makrofag setiap 23-32 jam. Karena *Mycobacterium* tidak mengandung endotoksin atau eksotoksin, tubuh yang terinfeksi tidak akan merespons secara cepat dengan reaksi imun. Bakteri tetap terus bereplikasi dalam dua sampai dua belas minggu dan dapat mencapai 10³ hingga 10⁴ eksemplar, jumlah yang cukup untuk memicu respons kekebalan seluler. Bakteri akan menghasilkan tuberkel basilus dan kemokin setelah merusak makrofag, dan Bakteri akan tersebar melalui sistem limfatik menuju kelenjar getah bening di hilus. Di sana, mereka akan menyebar ke organ lain, menyebabkan respons imunitas seluler. Beberapa jaringan dan organ tidak terpengaruh oleh replikasi bakteri ini. Hampir selalu M. TB menyebabkan infeksi pada hepar, limpa, dan sumsum tulang belakang. Organ-organ seperti paru-paru, ginjal, tulang, dan otak memiliki kemampuan besar untuk membantu perkembangan M. TB. Pada beberapa kondisi, kuman ini bisa bereplikasi dengan sangat cepat sebelum respons imun seluler tertentu teraktivasi. (Kemenkes, 2020).

2.1.4 Faktor Risiko Tuberkulosis

Beberapa kelompok orang yang berisiko tinggi untuk terpapar TB (Kemenkes, 2020), yaitu:

- Individu yang terjangkit HIV dan penyakit immunosupresan lainnya
- Konsumsi obat immunosupresan dalam durasi waktu yang panjang
- Riwayat merokok
- Alcoholic
- Anak usia di bawah lima tahun dan orang dewasa
- Kontak dekat dengan penderita tuberkulosis aktif
- Lokasi di mana ada risiko tinggi terinfeksi tuberkulosis

– Tenaga kesehatan

2.1.5 Fase Pengobatan TB

1. Paduan OAT untuk pengobatan TB-SO

2RHZE / 4 RH

Berdasarkan (PDPI, 2021) pengobatan untuk pasien TB-SO menggunakan OAT lini pertama. Pada fase intensif, diberikan kombinasi empat jenis obat, yaitu Rifampisin (R), Isoniazid (H), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E) selama dua bulan. Selanjutnya, pada fase lanjutan, pasien diberikan Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) selama empat bulan, dengan dosis diberikan setiap hari (RH), sesuai dengan pedoman WHO. Rincian lebih lanjut mengenai pengobatan ini dapat ditemukan pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Dosis OAT lepasan lini pertama untuk pengobatan TB-SO

		Dosis harian
Nama obat	Dosis (mg/kgBB)	Dosis maksimum (mg)
Rifampicin (R)	10 (8-12)	600
Isoniazid (H)	5 (4-6)	300
Pirazinamid (Z)	25 (20-30)	
Etambutol (E)	15 (15-20)	
Streptomisin	15 (12-18)	

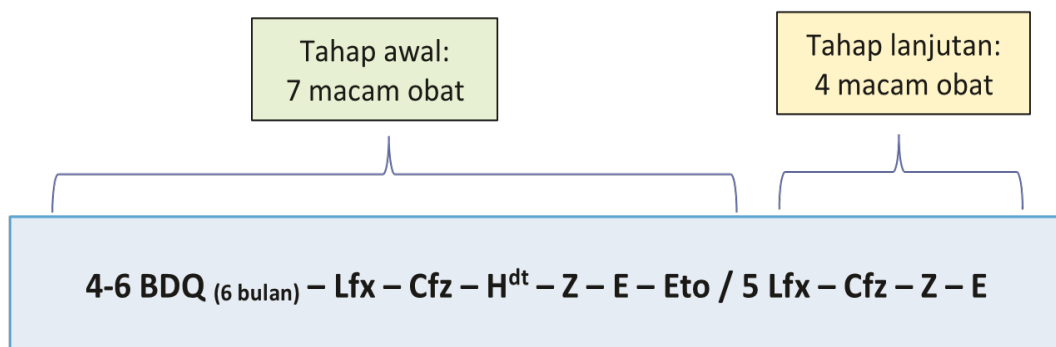
Obat Kombinasi Dosis Tetap (KDT) mengintegrasikan obat anti-tuberkulosis lini pertama. Pada fase intensif, satu tablet KDT RHZE mengandung Rifampisin 150 mg, Isoniazid 75 mg, Pirazinamid 400 mg, dan Etambutol 275 mg. Sementara pada fase lanjutan, satu tablet KDT RH yang mengandung Rifampisin 150 mg dan Isoniazid 75 mg diberikan setiap hari. Jumlah tablet KDT yang diberikan akan disesuaikan berdasarkan berat badan pasien. Secara ringkas, perhitungan dosis TB dengan menggunakan OAT KDT dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Dosis OAT untuk pengobatan TB-SO menggunakan tablet kombinasi dosis tetap (KDT)

Berat Badan	Fase intensif setiap hari	Fase lanjutan setiap hari
	8 pekan	16 pekan
30 – 37 kg	2 tabl 4KDT	2 tab
38 – 54 kg	3 tabl 4KDT	3 tab
≥ 55 kg	4 tabl 4KDT	4 tab

2. Paduan Pengobatan TB-RO Jangka Pendek

Berdasarkan paduan (Kemenkes, 2020) Pengobatan TB RO jangka pendek tanpa injeksi melibatkan 7 jenis obat pada tahap awal dan 4 jenis obat pada tahap lanjutan, dengan rincian sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Komposisi Obat TB-RO Jangka Pendek

Durasi pengobatan TB RO dengan paduan jangka pendek dan jenis obat pada tiap fase pengobatan dapat dilihat pada Tabel 2.3 berikut.

Tabel 2.3 Durasi pemberian obat pada paduan pengobatan TB RO jangka pendek

No	Nama Obat	Tahap Awal (4-6 bulan)*	Tahap Lanjutan (5 bulan)	Total Durasi Pemberian
1	Bedaquiline (Bdq)*	V		6 bulan (tanpa memperhatikan durasi tahap awal)
2	Levofloksasin atau Moxifloxacin	V	V	9-11 bulan
3	Clofazimin	V	V	9-11 bulan
4	Etionamid	V	-	4-6 bulan

5	INH dosis tinggi	V	-	4-6 bulan
6	Pirazinamid	V	V	9-11 bulan
7	Etambutol	V	V	9-11 bulan

Obat TB RO diberikan sesuai dengan dosis berdasarkan kelompok berat badan pasien. Pada Tabel 2.4 di bawah dapat dilihat dosis OAT berdasarkan berat badan untuk paduan pengobatan TB RO jangka pendek.

Tabel 2.4 Dosis OAT berdasarkan berat badan untuk paduan pengobatan TB RO jangka pendek

Nama Obat	Dosis Obat Harian	Kemasan	Kelompok berat badan (≥ 15 tahun)				
			30–35 kg	36–45 kg	46–55 kg	56–70 kg	>70 kg
Bedaquiline*	-	100 mg tab	4 tablet pada 2 minggu pertama, 2 tablet, Senin/Rabu/Jumat selama 22 minggu berikutnya				
Levofloksasin	-	250 mg tab	3	3	4	4	4
		500 mg tab	1,5	1,5	2	2	2
Moksifloksasin	Dosis standar	400 mg tab	1	1	1,5	1,5	1,5
	Dosis tinggi	400 mg tab	1/1,5	1,5	1,5/2	2	2
Clofazimine	-	50 mg cap	2	2	2	2	2
		100 mg cap	1	1	1	1	1
Ethambutol	15–25 mg/kg	400 mg tab	2	2	3	3	3
Pirazinamide	20–30 mg/kg	400 mg tab	3	4	4	4	5
		500 mg tab	2	3	3	3	4
Ethionamid	15–20 mg/kg	250 mg tab	2	2	3	3	4
INH	10–15 mg/kg	300 mg tab	1,5	1,5	2	2	2

3. Paduan Pengobatan TB-RO Jangka Panjang

Pengobatan jangka panjang untuk TB RO diberikan kepada pasien yang tidak dapat menjalani pengobatan jangka pendek. Paduan pengobatan ini disebut paduan individual, karena dapat disesuaikan dengan kondisi pasien, berbeda dengan paduan pengobatan jangka pendek. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk meningkatkan efektivitas serta keamanan dalam pengobatan TB RO pada pasien. Komposisi Paduan Pengobatan Jangka Panjang

Berdasarkan rekomendasi WHO 2020, pengobatan TB RO jangka panjang harus disesuaikan dengan pola resistensi dan kondisi pasien, seperti yang dijelaskan pada Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Langkah penyusunan paduan pengobatan TB RO jangka panjang

Grup Obat	Nama Obat
Kelompok A <i>Gunakan (2) obat</i>	Levofloxacin atau Moxifloxacin
	Bedaquiline
	Linezolid
Kelompok B <i>Gunakan (3) obat</i>	Clofazimine
	Sikloserin
Grup C Jika jumlah obat dari kelompok A + B kurang dari 5 jenis, tambahkan obat dari grup C untuk memenuhi kebutuhan pengobatan.	Etambutol
	Delamanid
	Pirazinamid
	Amikasin tau Streptomisin
	Etionamid atau Protionamid
	P-asam aminosalisilat

Contoh paduan pengobatan TB RO jangka panjang tanpa injeksi yang dapat diberikan:

6 Bdq – Lfx atau Mfx – Lzd – Cfz – Cs / 14 Lfx atau Mfx– Lzd – Cfz – Cs

Gambar 2.2 Paduan Pengobatan TB RO Jangka Panjang

Terapi tuberkulosis resisten obat (TB RO) yang bersifat jangka panjang harus disesuaikan dengan catatan pengobatan terdahulu serta keadaan klinis pasien pada saat ini. Hasil dari pengujian sensitivitas terhadap obat anti-tuberkulosis lini kedua yang tersedia, riwayat intoleransi obat, serta adanya kondisi komorbid yang dapat berinteraksi dengan obat-obatan lain yang sedang digunakan, harus dipertimbangkan dalam dokumentasi pengobatan pasien. Tabel berikut memberikan contoh pengobatan TB RO jangka panjang yang disesuaikan dengan kondisi pasien dan prosedur yang sesuai dengan pedoman WHO dalam menyusun kombinasi terapi. Durasi pengobatan TB RO jangka panjang adalah 18 bulan, dengan tambahan 16 bulan setelah terjadi konversi biakan.

- Apabila konversi kultur terjadi pada bulan pertama atau kedua, maka total durasi pengobatan jangka panjang adalah 18 bulan.
- Jika konversi kultur terjadi saat bulan ketiga atau lebih, durasi pengobatan pasien akan diperpanjang 16 bulan setelah konversi (n+16 bulan).
- Jika pasien tidak mengalami konversi kultur di bulan kedelapan pengobatan, maka pasien akan dianggap "Gagal pengobatan".

Untuk menghitung durasi total pengobatan jangka panjang TB RO berdasarkan waktu konversi biakan dahak, dapat mengikuti penjelasan dalam tabel berikut:

Tabel 2.6 Durasi pengobatan TB RO jangka panjang

Waktu konversi biakan (Bulan ke-)	Perhitungan durasi pengobatan	Durasi total pengobatan TB RO jangka Panjang
1	N/A	18 bulan
2	2 + 16 bulan	18 bulan
3 – 7	n + 16 bulan	19 – 23 bulan
8	8 + 16 bulan	24 bulan

Tabel 2.7 Contoh Paduan Pengobatan TB RO Jangka Panjang berdasarkan Kondisi Pasien

No.	Kondisi atau pola resistansi pasien	Jumlah obat yang KONTRA-INDIKASI	Jumlah obat yang DAPAT DITAMBAHKAN			Contoh paduan pengobatan jangka panjang yang dapat diberikan
			Grup A	Grup B	Grup C	
1.	Pasien TB RR/ MDR yang tidak bisa STR	Tidak ada	3	2	Tidak perlu	6 Bdq – Lfx – Lzd – Cfz – Cs / 14 Lfx – Lzd – Cfz – Cs
2.	Resistan / kontraindikasi Bdq	1 obat Grup A (Bdq)	2	2	1	20 Lfx <u>atau</u> Mfx – Lzd – Cfz – Cs – E (atau obat lain dari Grup C)
3.	Resistan FQ (TB pre-XDR) atau kontraindikasi FQ	1 obat Grup A (FQ)	2	2	1	6 Bdq – Lzd – Cfz – Cs -E / 14 Lzd – Cfz – Cs -Z (atau obat lain dari Grup C)
4.	Resistan / kontraindikasi Lzd	1 obat Grup A (Lzd)	2	2	1	6 Bdq – Lfx – Cfz – Cs – E / 14 Lfx – Cfz – Cs – Z (atau obat lain dari Grup C)
5.	Resistan / kontraindikasi Bdq <u>dan</u> FQ	2 obat Grup A	1	2	2	20 Lzd – Cfz – Cs – Dlm (6 bulan) – E (atau obat lain dari Grup C)
6.	Resistan / kontraindikasi Bdq <u>dan</u> Lzd	2 obat Grup A	1	2	2	20 Lfx atau Mfx – Cfz – Cs – Dlm (6 bulan) – Z (atau obat lain dari Grup C)
7.	Resistan / kontraindikasi FQ <u>dan</u> Lzd	2 obat Grup A	1	2	2	6 Bdq – Cfz – Cs – E / 14 Cfz – Cs – E / Z (atau obat lain dari Grup C)
8.	Pasien TB RR/ MDR yang gagal pengobatan STR	2 obat Grup A, 1 obat Grup B	1	1	≥ 3	20 Lzd – Cs – Dlm – Z – E – PAS <u>atau</u> kombinasi obat Grup C lain sesuai kondisi pasien
9.	Resistan terhadap Cfz <u>atau</u> Cs	1 obat Grup B (Cfz atau Cs)	3	1	1	6 Bdq – Lfx – Lzd – Cfz <u>atau</u> Cs – Z / 14 Lfx – Lzd – Cfz <u>atau</u> Cs – Z
10.	Resistan terhadap Cfz <u>dan</u> Cs	Semua (2) obat Grup B	3	0	2	6 Bdq – Lfx – Lzd – Dlm – Eto / 14 Lfx – Lzd – Eto
11.	Resistan / kontraindikasi Bdq (A) <u>dan</u> Cfz (B)	1 obat Grup A, 1 obat Grup B	2	1	2	6 Lfx atau Mfx – Lzd – Cs – Dlm – E / 14 Lfx atau Mfx – Lzd – Cs – E
12.	Resistan / kontraindikasi FQ (A) <u>dan</u> Cs (B)	1 obat Grup A, 1 obat Grup B	2	1	2	6 Bdq – Lzd – Cfz – Eto – Z / 14 Lzd – Cfz – Eto – Z
13.	Resistan / kontraindikasi Bdq (A) <u>dan</u> Cfz <u>dan</u> Cs	1 obat Grup A, 1 obat Grup B	2	0	≥ 3	6 Lfx atau Mfx – Lzd – Dlm – Z – Eto / 14 Lfx atau Mfx – Lzd – Z – Eto
14.	Resistan / kontraindikasi Lzd (A) <u>dan</u> Cfz <u>dan</u> Cs	1 obat Grup A, 1 obat Grup B	2	0	≥ 3	6 Bdq – Lfx atau Mfx – Dlm – Z – E – Eto / 14 Lfx atau Mfx – Z – E – Eto

2.1.6 Manifestasi Klinis Tuberkulosis

Tanda-tanda klinis tuberkulosis dapat dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu tanda utama dan tanda tambahan:

1. Gejala utama

- Batuk lebih dari dua minggu
2. Gejala tambahan
- batuk berdarah
 - kesulitan bernapas
 - badan merasa letih
 - penurunan selera makan
 - defisit berat badan
 - rasa tidak enak badan
 - berkeringat pada malam hari
 - lebih dari satu bulan demam
 - nyeri pada dada

Untuk mengetahui faktor-faktor risiko seperti interaksi langsung dengan penderita TB, tinggal di daerah padat penduduk atau lingkungan kumuh, serta bekerja di area yang memiliki potensi penularan TB, seperti di sektor kesehatan, penting untuk memeriksa riwayat lain yang relevan (PDPI, 2021).

2.2 Depresi

2.2.1 Definisi

Depresi merupakan masalah kesehatan emosi yang bisa membuat mood tidak stabil atau kehilangan minat dalam beraktivitas untuk durasi waktu yang panjang. Hal ini bisa mempengaruhi berbagai lini kehidupan, seperti ikatan dengan keluarga, teman dan lingkungan. Siapa saja bisa terkena depresi. Orang-orang yang pememiliki riwayat pelecehan, kehilangan mendalam, atau hal-hal yang dapat menimbulkan stres yang berpotensi mengalami kejadian depresi (WHO, 2021)

Depresi adalah gangguan emosi yang dapat mempengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan bertindak. Mereka yang mengalami depresi sering kali merasa sedih, cemas, kehilangan minat terhadap hal-hal yang dulunya disukai, merasa tidak berguna, atau terjebak dalam pola pikir negatif yang terus-menerus tentang diri sendiri, hidup, atau bahkan kematian. Selain itu, depresi dapat

mengakibatkan penurunan energi, kesulitan tidur, perubahan selera makan, dan masalah fisik lainnya (Kemenkes, n.d.).

Depresi berkaitan dengan suatu emosi normal yang dituangkan dalam bentuk kesedihan dan duka yang mendalam, dan ditandai dengan berbagai gejala fisik, seperti sedih, kesepian, marah, tidak berharga, frustrasi, dan rasa bersalah. (Nirwan, 2020).

2.2.2 Perspektif Terjadinya Depresi

a) Teori Kognitif

Teori yang disampaikan oleh Beck (dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017) ini didasarkan pada suatu kejadian yang serupa dapat mempengaruhi dua orang dengan hasil yang berbeda. Cara pandang terhadap sebuah peristiwa sangat mempengaruhi perbedaan ini. Interpretasi dari kognisi yang sering menyimpang, seperti distorsi negatif, merujuk pada cara seseorang memandang atau menilai pengalaman hidupnya secara tidak realistis atau berlebihan, merasa rendah diri, pesimis, dan keputusasaan. Pandangan negatif akan menimbulkan perasaan depresi (Kaplan dkk., dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017). Jadi depresi selalu terkait dengan distorsi kognitif yang didahului oleh gangguan pada pikiran yang kemudian menimbulkan kekacauan pada perasaan (Sue dkk., dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017)). Rentan menyalahkan diri sendiri, berharap gagal dan cenderung membesar-besarkan kegagalan daripada keberhasilan (Atkinson dkk., Sulistyori & Sabarisman, 2017). Minimnya dukungan positif dari lingkungan sekitar menjadi penyebab utama.

b) Teori Behavioral

Depresi bisa terjadi karena kurangnya dukungan positif dari lingkungan. Hal ini dapat terjadi ketika mengalami perpisahan, kehilangan orang yang tercinta, atau perubahan lingkungan secara tiba-tib. (Kaplan dkk., Kendall, dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017). Holmes berpendapat bahwa seseorang yang menderita depresi sering kali disebabkan oleh kurangnya penghargaan

atau tidak jarang mendapatkan hukuman, dibanding dengan mereka yang tidak mengalami depresi. (Hasanat dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017). Rendahnya penghargaan dan hukuman yang tinggi bisa menimbulkan depresi dengan cara:

- 1) Kehidupan yang kurang menarik dikarenakan banyaknya hukuman yang didapat dibandingkan penghargaan.
- 2) Jika seseorang lebih banyak mendapat hukuman, akan memunculkan perasaan rendah diri dan akan mengakibatkan konsep diri yang rendah.
- 3) Aktivitas menjadi menurun disebabkan minimnya penghargaan yang diraih setelah melakukan sesuatu dan akan membuat penurunan minat untuk melakukan aktivitas itu kembali.

c) Teori Kognitif Perilaku

Berdasarkan Atkinson dkk (dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017) dua pendekatan utama untuk depresi adalah faktor penguatan dan kognitif. Faktor penguatan mengatakan bahwa seseorang dapat merasa depresi pada saat lingkungan sosialnya tidak mendukung. Faktor kognitif mengatakan bahwa orang yang depresi lebih memperhatikan pandangan orang lain daripada apa yang mereka lakukan. (Lewinsohn dalam Sulistyori & Sabarisman, 2017).

2.2.3 Tingkat Depresi

Salah satu pendekatan untuk mengidentifikasi gangguan kesehatan mental adalah dengan melaksanakan skrining sejak dini, yang dapat dilakukan melalui fasilitas layanan di puskesmas maupun rumah sakit. Tujuan utama dari skrining dini adalah agar masyarakat dapat mengenali gejala-gejala sejak tahap awal, sehingga penanganan dapat dilakukan secara tepat waktu tanpa menunda. Kuesioner Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42), yang digunakan untuk mengevaluasi tanda-tanda emosi negatif pada seseorang, diterapkan dalam proses skrining gangguan kecemasan, stres, dan depresi. DASS-42 dirancang khusus untuk mengukur keberadaan serta intensitas gejala depresi, kecemasan, dan stres pada individu. Pengukuran dan hasil ini sesuai dengan pengalaman individu selama tujuh hari sebelumnya. (Rizqi J et al., 2022).

Depression Anxiety Stress Scales (DASS) adalah instrumen yang digunakan untuk menilai tingkat depresi seseorang. DASS-42, yang terdiri dari 42 butir pertanyaan, merupakan skala laporan diri (self-assessment scale) yang dirancang untuk mengukur kondisi emosional seperti depresi, kecemasan, dan stres pada remaja serta dewasa. Alat ini bermanfaat dalam pemantauan hasil secara rutin dan evaluasi respons terhadap pengobatan (NovoPsych, 2021).

DASS-42, atau Depression Anxiety Stress Scale-42, adalah alat ukur berupa kuesioner self-report yang dirancang oleh Lovibond, S.H. dan Lovibond untuk menilai kondisi emosi negatif yang berhubungan dengan depresi, kecemasan, dan stres. Dalam konteks klinis, tujuan utama dari DASS yaitu untuk mendeteksi gangguan emosional, yang merupakan bagian dari penilaian klinis yang lebih luas. Fungsi utama DASS adalah mengukur tingkat keparahan gejala depresi, kecemasan, dan stres. DASS sudah terbukti memberikan hasil yang konsisten dan efektif dalam berbagai setting, serta memenuhi kebutuhan peneliti dan berbagai pihak yang ingin memantau kondisi atau perubahan kondisi emosional seseorang seiring waktu. (Samosir, 2022).

DASS-42, yang dikembangkan oleh Lovibond dan Lovibond pada tahun 1995, telah diuji untuk mengukur validitas dan reliabilitasnya menggunakan sampel yang terdiri dari 504 hasil uji coba. Pengukuran ini kemudian dinormalkan pada sampel yang melibatkan 1.044 pria dan 1.870 wanita, dengan rentang usia 17 hingga 69 tahun, yang berasal dari berbagai latar belakang. Penelitian ini selanjutnya mengevaluasi validitas instrumen tersebut pada penderita rawat jalan, termasuk individu dengan gangguan depresi, kecemasan, insomnia, pasien serangan jantung, dan penderita yang melakukan perawatan untuk gangguan seksual dan menopause. (NovoPsych dalam Frans Judea Samosir, 2021).

Berdasarkan DASS-42 tingkatan depresi dibagi menjadi 5 tingkatan:

- Normal : Dikatakan normal apabila total skor dari penilaian DASS-42 berada dikisaran 0-9.

- Ringan : Depresi ringan disebutkan jika penderita memiliki skor 10-13 dari hasil pengisian kesioner DASS-42.
- Sedang : Penderita yang memiliki skor 14-20 dikatakan mengalami depresi sedang.
- Berat : Seseorang dikatakan mengalami depresi berat apabila total skor dari penilaian DASS-42 berada pada angka 21-27.
- Sangat berat : Pada tahap yang lebih tinggi seseorang dikatakan mengalami depresi sangat berat apabila total skornya mencapai 28 atau lebih.

Tabel 2.8 Interpretasi Skor DASS-42

Tingkat Stres	Depresi	Kecemasan	Stres
Normal	0 – 9	0 – 7	0 -14
Ringan	10 -13	8 – 9	15 -18
Sedang	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Parah	21 -27	15 -19	26 – 33
Sangat Parah	>28	>20	>34

Hal ini dihitung berdasarkan skor total setiap item pertanyaan dengan ketentuan

- Tidak pernah : 0
- Jarang : 1
- Kadang : 2
- Sering : 3

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Depresi

Berdasarkan penelitian (Nirwan, 2020) faktor risiko terjadinya depresi dapat dikelompokkan menjadi beberapa faktor, antara lain:

- a. Faktor Psikososial: stress kehidupan seperti
 - problem ekonomi
 - perasaan sepi, dan lain-lain

- b. Faktor Biologis:
 - kekurangan folat
 - kekurangan vitamin B12
 - penyakit kronis
- c. Karakteristik Personal:
 - ketergantungan,
 - pesimisme
 - perasaan rendah diri
- d. Faktor Medikasi: penggunaan obat-obatan
 - Penggunaan obat-obatan seperti tranquilizer
 - obat anti inflamasi
 - anxiolytics
- e. Faktor Sosiodemografi
 - status sosioekonomi yang rendah
 - pendidikan yang terbatas
 - dan status pernikahan
- f. Usia dan Jenis Kelamin

Jumlah kasus depresi tertinggi terjadi saat usia produktif kisaran 20-40 tahun. Namun, depresi juga bisa saja ditemukan pada lansia dan anak-anak. Angka depresi lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki, hal ini bisa jadi dikarenakan ketidakseimbangan hormonal seperti depresi ketika haid, pasca persalinan dan post menopause (Kemenkes, 2022).

2.2.5 Simtom-Simtom Depresi

Di dalam (Lubis, 2009) menyebutkan bahwa ada beberapa Simtom-simtom depresi yaitu,

1. Simtom-Simtom Emosional

Perubahan dalam perasaan atau perilaku yang dipicu oleh kondisi emosional dapat mencakup penurunan suasana hati dan pandangan negatif terhadap diri sendiri sebagai bagian dari manifestasi emosional, ketidakpuasan, menangis, dan hilangnya respons yang menggembirakan. Salah satu gejala emosional yang paling

umum adalah penurunan mood. Jika seseorang sedih atau kelabu, mereka akan mengalami penurunan mood. Pada penderita depresi, kegiatan yang lebih pasif seperti tidur, bersantai, dan beristirahat sering kali memberikan kepuasan yang lebih besar dibandingkan dengan aktivitas dasar seperti makan, minum, atau hubungan seksual. Perasaan ini berkembang, dimulai dari perasaan cinta dan afeksi yang ringan hingga sikap apatis, di mana individu merasa tidak dapat merespons perasaan positif dengan cara apa pun. Pada tahap yang lebih berat, mereka bahkan tidak lagi dapat menangis, meskipun ada keinginan untuk melakukannya. Tidak adanya tanggapan yang menggembirakan berarti tidak dapat menangkap informasi yang lucu. Lelucon tidak lagi membuat orang ketawa; sekarang semua orang melihatnya secara serius dan bahkan dapat menanggapi dengan cara yang tersinggung.

2. Simtom-Simtom Kognitif

Salah satu bentuk manifestasi kognitif depresi adalah penurunan penilaian diri, harapan yang rendah, penderita depresi sering kali menyalahkan diri mereka sendiri dan mengkritik segala aspek tentang diri mereka. Mereka merasa kesulitan dalam mengambil keputusan dan memiliki pandangan negatif terhadap kemampuan, penampilan, kesehatan, daya tarik, popularitas, atau penghasilan mereka. Seringkali, teman, keluarga, dan tenaga medis merasa frustrasi dengan pandangan negatif ini. Penderita depresi cenderung merasa bahwa kondisi sosial, fisik, dan finansial mereka akan terus memburuk di masa depan. Pikiran bahwa keadaan akan semakin buruk hingga tidak dapat dipulihkan lagi sering kali menjadi alasan mereka untuk mempertimbangkan bunuh diri. Bahkan dalam beberapa kasus, penderita depresi dapat mengutuk diri sendiri atas peristiwa yang sebenarnya tidak ada kaitannya dengan mereka.

3. Simtom-Simtom Motivasi

Pada penderita depresi, dorongan dan impuls cenderung mengalami kemunduran. Hal ini lebih terlihat pada aktivitas yang memerlukan usaha besar dan tanggung jawab. Antara 65 dan 86 persen penderita depresi mengalami hilangnya motivasi. Sangat sulit bagi penderita depresi untuk memobilisasi diri untuk kebiasaan seperti makan dan minum. Salah satu contoh motivasi lainnya adalah niat untuk keluar dari rutinitas harian atau menolak tugas yang dilakukan setiap hari.

Mereka lebih cenderung melamun daripada melakukan sesuatu dan mengabaikan aktivitas yang tidak memberi mereka kesenangan spontan. Keinginan untuk bunuh diri adalah contoh motivasi berikutnya. Keinginan ini lebih sering terjadi pada penderita depresi, meskipun ada juga pada orang yang tidak depresi. Penderita depresi memiliki 74% keinginan bunuh diri, sedangkan nondepresi memiliki 12%. Selama mengalami sakit, beberapa penderita mengalami keinginan bunuh diri yang konsisten. Peningkatan dependensi adalah contoh motivasi berikutnya. Orang yang depresi akan meminta bantuan orang lain sebelum melakukannya sendiri. Pada tahap tertinggi, seseorang yang mengalami depresi merasa bahwa orang lain dapat melakukan apa pun untuk mereka tanpa mengorbankan apa pun.

4. Simtom-Simtom Fisik

Depresi dapat menyebabkan gejala seperti penurunan libido, penurunan selera makan, merasa lelah dan gangguan tidur. Pasien yang mengalami depresi sering kali menunjukkan tidur yang kurang dan tingkat aktivitas yang terlalu tinggi. Sekitar 64% wanita menopause mengalami penurunan libido, yang mencerminkan berkurangnya keinginan untuk aktivitas seksual baik otorotik maupun heteroseksual. Penurunan libido ini sering kali dikaitkan dengan berkurangnya nafsu makan serta minat terhadap orang lain. Hilangnya nafsu makan sering kali menjadi tanda awal depresi bagi banyak orang. Keadaan mudah lelah juga ditemukan pada 79% penderita depresi dan 33% pada mereka yang tidak depresi. Banyak pasien merasakan kelelahan ini sebagai gejala fisik utama, di mana anggota tubuh, seperti kaki dan tangan, terasa berat.

2.2.6 Gejala Depresi

1. Gejala Fisik

Gejala depresi sangat bermacam, dari yang teringan sampai yang terberat, tergantung pada tingkat keparahan yang dialami. Secara umum, ada sejumlah gejala fisik yang cukup sering terlihat, seperti:

- Gangguan tidur.
Kesulitan untuk tidur, kebanyakan atau kekurangan tidur.

- Tingkat aktivitas menurun
Biasanya, orang yang terkena depresi memperlihatkan sikap yang pasif, lebih suka aktivitas yang tidak mengikutsertakan orang lain.
- Efektivitas pekerjaan menurun
Penderita depresi sering kali merasa kesulitan untuk berkonsentrasi pada satu hal atau tugas, yang menyebabkan mereka juga sulit untuk mengarahkan energi mereka pada prioritas utama.
- Produktivitas pekerjaan menurun
Penderita depresi akan kehilangan beberapa atau semua motivasinya untuk bekerja. Akibatnya, ia tak bisa lagi menikmati rasa kepuasan atas apa yang dikerjakannya. Ia sudah tidak memiliki minat dan motivasi untuk beraktivitas seperti sebelumnya.
- Mudah sakit
Depresi dapat timbul karena perasaan negatif yang terus menerus dipendam. Perasaan tersebut cenderung menguras energi, karena memperberat pikiran dan perasaan individu.

2. Gejala Psikis

- Kehilangan rasa percaya diri
Akibatnya, orang yang mengalami depresi cenderung melihat semua hal dari perspektif negatif, termasuk penilaian diri sendiri. Mereka pasti senang membandingkan diri mereka dengan orang lain. Orang lain dianggap pandai, beruntung, sukses, kaya, berpendidikan, berpengalaman, dan lebih diperhatikan oleh atasan daripada orang lain.
- Sensitif
Individu yang mengalami depresi cenderung melihat segala hal secara pribadi. Hal ini membuat mereka mudah merasa tersinggung, marah, emosional, serta cemas terhadap orang lain. Mereka juga lebih mudah merasa sedih, murung, dan seringkali memilih untuk menyendiri.
- Merasa tidak berguna

Mereka merasa tidak berharga, terutama di lingkungan yang seharusnya mereka kuasai. Selain itu, mereka juga sering merasa mudah tersinggung, cepat marah, sensitif, curiga terhadap niat orang lain, dan cenderung menghindari keramaian dengan lebih memilih menyendiri.

- Perasaan bersalah

Orang yang mengalami depresi kadang-kadang mengalami perasaan bersalah. Mereka menganggap peristiwa yang terjadi pada mereka sebagai hukuman atau konsekuensi dari ketidakmampuan mereka untuk melakukan kegiatan mereka semestinya.

- Perasaan terbebani

Banyak penderita merasa kesulitan untuk menyalahkan orang lain. Mereka merasa terlalu banyak tugas yang harus mereka selesaikan, yang membuat mereka merasa terbebani.

3 Gejala Sosial

Depresi yang awalnya muncul dari dalam diri seseorang sering kali berdampak pada lingkungan tempat tinggal, pekerjaan, dan kegiatan sehari-hari lainnya. Hubungan dengan teman, kolega, atau keluarga dapat menjadi sumber masalah sosial. Selain konflik, hal ini juga mencakup perasaan rendah diri, malu, kecemasan dalam berinteraksi dengan kelompok, serta ketidaknyamanan dalam berkomunikasi secara normal (Lubis, 2009).

Menurut (Kemenkes, 2022) gejala depresi yang muncul dapat bervariasi, tetapi beberapa gejala yang umum meliputi:

- Merasa diri tidak berguna,
- Putus asa
- Merasa sedih,
- Murung
- Malas
- Tidak memiliki tenaga
- Menjauh dari sosial.

- Masalah tidur
 - kesulitan tidur
 - terbangun tengah malam.
- Nafsu makan menurun
- Berkurangnya hasrat seksual.
- Iritabilitas.
- Distorsi kognitif:
 - membenci diri sendiri,
 - menyalahkan diri sendiri.
 - tidak berharga,
 - tidak percaya diri
 - pesimis
 - putus asa.

Pada kondisi depresi yang parah, perasaan frustrasi dan keputusasaan seringkali memunculkan ide untuk menyakiti diri sendiri atau bahkan melakukan bunuh diri. Depresi dapat menjadi faktor yang mendorong seseorang untuk mempertimbangkan tindakan ekstrem tersebut. Hal ini muncul ketika seseorang mampu untuk menyakiti diri sendiri, merasa dirinya membebani/menyusahkan orang lain atau lingkungan sekitar, dan perasaan kesepian yang berkepanjangan dikarenakan keterbatasan untuk berbaur dengan lingkungan (Ainunnida, 2022). Data dari WHO menunjukkan bahwa depresi dapat menyebabkan sekitar satu juta kematian di seluruh dunia dikarenakan bunuh diri setiap tahunnya (WHO, 2023).

2.2.7 Penanganan Depresi

Depresi bisa diatasi melalui perubahan pola hidup, terapi psikologis, dan pengobatan. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi depresi (Dirgayunita, 2016) seperti:

1. Perubahan pola hidup
 - a) Olahraga

Dengan berolahraga dapat menghilangkan stress, menjernihkan pikiran dan menenangkan perasaan.

b) Mengatur pola makan

Nutrisi di dalam tubuh tidak seimbang, dapat memperparah depresi yaitu:

- 1) Minum kopi berlebihan
- 2) Pola makan tinggi gula
- 3) Kekurangan asam folat, biotin, vitamin B, C, magnesium, kalsium atau kelebihan tembaga dan magnesium
- 4) Asam amino tidak seimbang
- 5) Alergi terhadap makanan

c) Memiliki keberanian untuk berubah

Keinginan yang kuat untuk berubah menjadi dasar dalam menghadapi depresi. Semua usaha akan sirna jika tidak didasari oleh kemauan untuk sembuh.

d) Rekreasi

Mencari ketenangan dengan melakukan aktivitas yang disukai seperti liburan ke tempat yang asri, melakukan hobby dapat membuat suasana hati lebih stabil.

e) Berdoa

Pendekatan diri kepada Tuhan merupakan jalan terbaik untuk terlepas dari depresi. Memperbaiki hubungan dengan Sang Pencipta dapat membantu kita untuk ikhlas terhadap seluruh kejadian dalam hidup sehingga akan membuat hati dan pikiran terasa tenang.

2. Terapi psikologi

a) Terapi Interpersonal

Psikoterapi dapat diterapkan oleh seorang psikolog dalam waktu yang relatif singkat, dengan menitikberatkan pada hubungan antara individu dan perkembangan gejala gangguan psikologis.

b) Konseling kelompok dan dukungan sosial

Mendaftar untuk mengikuti sesi bimbingan konseling yang dilakukan dalam kelompok kecil antara seorang konselor profesional dan beberapa pasien secara bersamaan.

c) Terapi humor

Terapi ini bertujuan untuk membantu pasien mempertahankan sikap mental yang positif, seperti dengan merespons tawa, yang dapat meningkatkan pernapasan, sirkulasi darah, sekresi hormon, enzim pencernaan, serta meningkatkan tekanan darah.

d) Terapi Kognitif (CBT)

Terapi Perilaku Kognitif berfokus pada cara berpikir pasien yang mempengaruhi kondisi emosi dan psikologis mereka. Tujuan utama dari terapi ini adalah membantu pasien untuk mengganti pola pikir dan keyakinan negatif yang ada dalam diri mereka.

3. Pengobatan

Selama proses pengobatan, penting untuk berkonsultasi dengan dokter spesialis jiwa atau psikiater. Beberapa macam obat yang dapat digunakan pada penderita depresi antara lain Lithium, MAOIs (Monoamine Oxidase Inhibitors), dan Tricyclics.

2.3 Faktor-Faktor Demografi yang Berhubungan dengan Gejala Depresi pada Penderita Tuberkulosis

2.3.1 Usia

Penyakit tuberkulosis (TB) umumnya banyak dijumpai pada kelompok usia produktif, yaitu antara 15 hingga 50 tahun. Namun, pada usia di atas 55 tahun, sistem kekebalan tubuh seseorang mulai menurun, yang membuatnya lebih rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk TB paru. Pada orang dewasa yang berperan sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga, kondisi tersebut bisa memicu gejala depresi yang lebih serius ketika mereka menderita penyakit kronis (Marselia et al., 2017). Bertambahnya usia akan berpengaruh pada kualitas hidup seseorang, adanya perubahan baik secara fisik, sosial dan psikologi menjadi penyebab munculnya depresi (Nanda et al., 2023). Depresi pada remaja biasanya terjadi ketika mereka

berada dalam situasi yang tidak stabil, sehingga mereka mungkin mengeluarkan emosi yang tidak sesuai. Individu yang menderita depresi sering kali merasakan perasaan putus asa, kehilangan rasa percaya diri, tertekan, serta terjebak dalam pemikiran negatif. Situasi ini dapat membuat remaja merasa rendah diri dan merasa tidak mampu menghadapi tantangan atau masalah yang mereka hadapi., cenderung menghindari interaksi sosial, dan terperangkap dalam pola pikir yang pesimis (Mandasari & Tobing, 2020).

2.3.2 Jenis Kelamin

Penelitian yang dilaksanakan oleh Ledjepen dkk mengungkapkan bahwa dari 84 responden yang disurvei, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yaitu 43 orang (51,19%), sementara 41 orang (48,81%) sisanya adalah perempuan. Analisis menunjukkan bahwa laki-laki lebih dominan sebagai responden. Dalam konteks epidemiologi, ditemukan perbedaan antara pria dan wanita terkait kejadian dan angka kematian akibat tuberkulosis paru. Laki-laki cenderung lebih rentan terhadap tuberkulosis karena mereka memiliki tingkat paparan, mobilitas, dan kerentanan yang lebih tinggi dibandingkan perempuan. Kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol yang lebih sering pada pria juga dapat meningkatkan risiko terpapar tuberkulosis serta menurunkan daya tahan tubuh (Ledjepen et al., 2019).

2.3.3 Tingkat Pendidikan

Penderita TB yang memiliki tingkat pendidikan rendah cenderung mengalami prevalensi depresi lebih besar dibanding yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Mereka yang berpendidikan lebih tinggi biasanya lebih terbuka terhadap informasi dan lebih termotivasi untuk berperan aktif dalam menjaga kesehatan mereka. Mereka yang menderita depresi akan lebih hati-hati sehingga mereka mau mengatasi gejala yang muncul dikarenakan keinginan mereka untuk mempelajarinya. Penderita dengan latar pendidikan rendah kemungkinan kurang paham tentang TB menimbulkan keraguan dapat sembuh atau tidak. Hal ini dapat menyebabkan tekanan psikologis dikarenakan kecemasan berlebih setelah didiagnosis terkena TB (Nanda et al., 2023). Pendidikan berfungsi sebagai alat utama untuk perkembangan kognitif yang mempengaruhi bagaimana seseorang

merespons peristiwa dan suasana hati. Oleh karena itu, tingkat pendidikan yang rendah bisa menjadi salah satu penyebab terjadinya depresi. (Susanti et al., 2018).

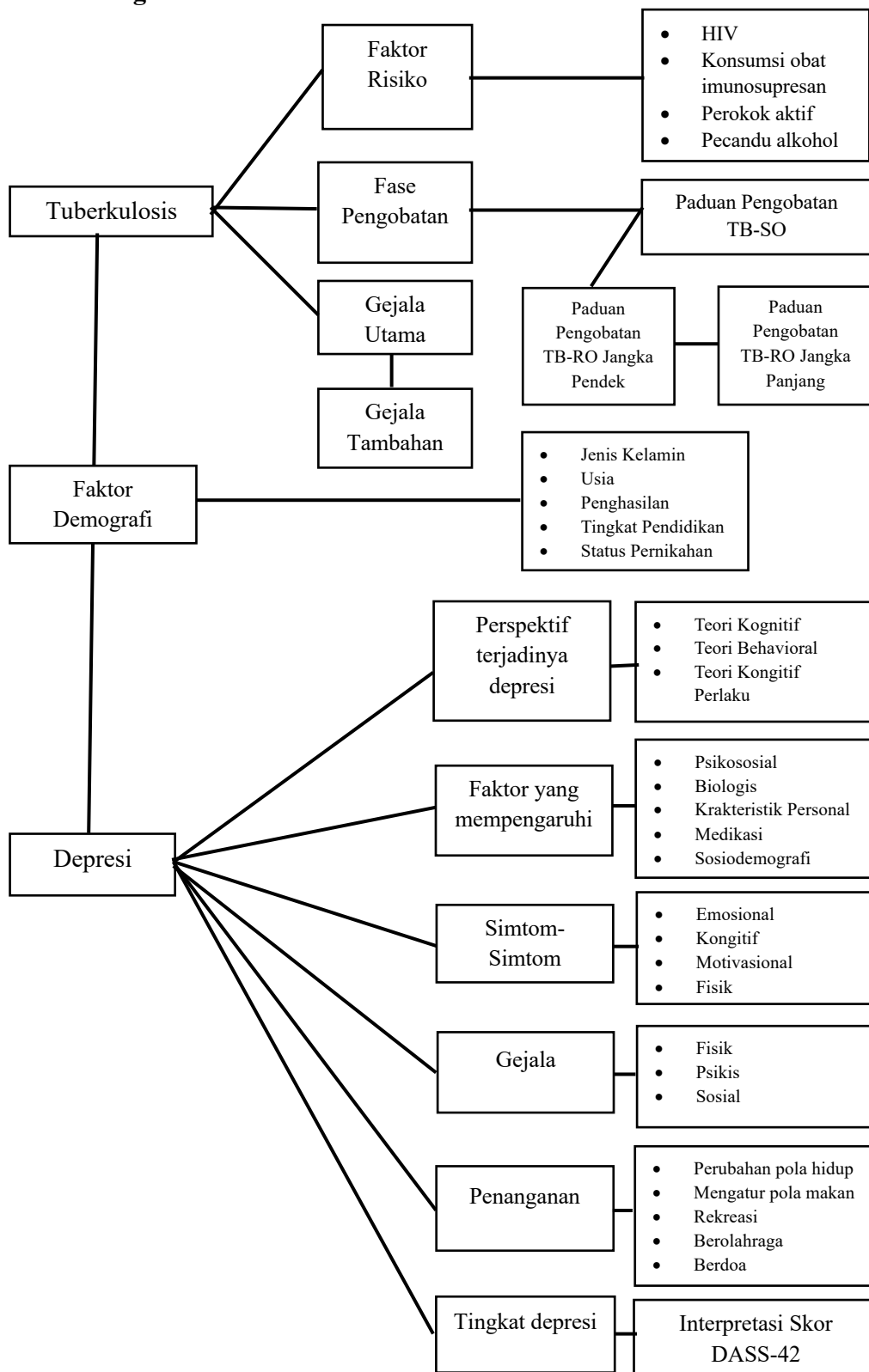
2.3.4 Penghasilan

Penyakit TB sangat membebani penderita dan keluarganya yang memiliki pendapatan rendah akan sulit membayar biaya pengobatan. Bahkan jika pengobatan TB ditanggung pemerintah alias gratis mereka tetap merasa terbebani. Pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan nutrisi tambahan membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Gejala TB yang muncul mengakibatkan produktivitas dalam bekerja menurun sehingga dapat menyebabkan tekanan psikologis karena ketidakmampuan dalam memenuhi tuntutan kebutuhannya sehari-hari (Nanda et al., 2023). Pendapatan memainkan peran penting dalam memengaruhi depresi, di mana kondisi sosial ekonomi yang kurang baik, seperti pendapatan yang rendah dan pengangguran, menjadi faktor risiko utama penyebab depresi (Susanti et al., 2018).

2.3.5 Status Pernikahan

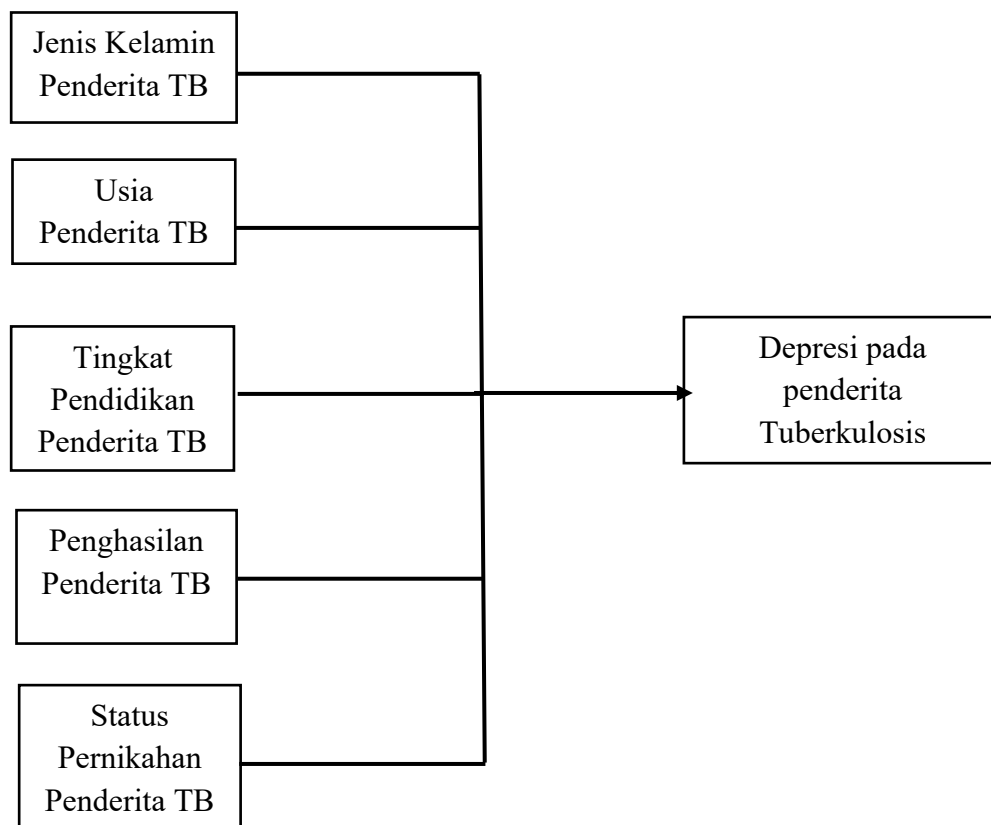
Menurut temuan dari A.G.M. Bulloch et al. (2017) dalam Simanjuntak et al. (2023), orang yang sudah menikah memiliki risiko depresi 3,58 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang bercerai, sementara mereka yang belum menikah memiliki risiko 1,42 kali lebih tinggi. Penelitian lain menunjukkan bahwa perempuan yang bercerai memiliki peluang 3,67 kali lebih besar untuk mengalami gejala depresi dibandingkan pria yang sudah menikah pada generasi baby boom. Individu yang memiliki status pernikahan yang kurang stabil cenderung menghadapi tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang sudah berada dalam ikatan pernikahan yang stabil. Secara khusus, pengaruh status perkawinan yang tidak stabil terhadap depresi mungkin berkaitan dengan kenyataan bahwa perempuan mengalami penurunan kondisi finansial, sementara pria tidak. Individu dewasa yang sudah menikah memiliki risiko depresi yang lebih rendah dibandingkan yang belum menikah. Selain faktor keuangan, dukungan sosial yang kuat juga berperan dalam mempengaruhi depresi pada wanita. Usia dan jenis kelamin turut mempengaruhi hubungan antara status pernikahan dan depresi (Simanjuntak et al., 2023).

2.4. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

2.6. Hipotesis

- H_a : Ada hubungan antara jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, dan status pernikahan terhadap gejala depresi pada penderita tuberculosi.
- H_0 : Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, dan status pernikahan terhadap gejala depresi pada penderita tuberculosi.