

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Tuberkulosis

a. Pengertian Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* (Kemenkes RI, 2014). Tuberkulosis adalah salah satu ancaman kesehatan masyarakat utama sebagai salah satu penyebab kematian akibat penyakit menular di seluruh dunia (Xu *et al.*, 2017). Penanganan penyakit ini masih belum cukup meskipun telah dilakukan berbagai upaya dalam terapi pengobatan TB. Jumlah kasus TB meningkat sepanjang dasawarsa terakhir abad ke-20, di seluruh dunia, 95% kasus terjadi di negara berkembang. TB masih merupakan salah satu masalah yang utama di Indonesia (Rahajoe dan Nastiti, 2008).

Tuberkulosis ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien Tuberkulosis batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri terhirup oleh orang lain saat bernafas (Herchline dan Amorosa, 2016). Sumber penularan adalah pasien Tuberkulosis paru BTA positif, bila penderita batuk, bersin atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain, basil Tuberkulosis tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat dan bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui peredaran darah pembuluh limfe atau langsung ke organ

terdekat. Satu kali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak (Kemenkes RI, 2014).

Pasien dengan hasil pemeriksaan TB BTA negatif bukan berarti tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal ini bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji \leq dari 5000 kuman/cc dahak sehingga sulit untuk dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung. Pasien TB dengan BTA (-) masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan penyakit TB pada pasien TB BTA (+) adalah 65%, pasien TB BTA (-) dengan hasil kultur positif adalah 26%, sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto toraks positif adalah 17% (Kemenkes, 2014).

b. Upaya Pengendalian TB

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB, mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) untuk mengurangi kasus TB (Harling *et al.*, 2017). WHO menyatakan bahwa DOTS terdiri dari 5 komponen kunci (Out, 2013), yaitu:

- 1) Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
- 2) Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- 3) Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi

pasien.

- 4) Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif.
- 5) Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam pengendalian TB (Sotgiu *et al.*, 2017). Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang secara ekonomis sangat efektif. Penelitian di Bangkok tentang efektivitas DOTS menunjukkan angka 82,4% yang mengalami keberhasilan terapi (Okanurak *et al.*, 2007). Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan rantai penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB.

Tujuan utama dari DOTS menurut “WHO | *The Stop TB Strategy*” n.d. adalah untuk mengurangi beban global TB secara dramatis sesuai dengan tujuan pembangunan milenium. WHO menyatakan bahwa dalam melaksanakan DOTS, sebelum pengobatan pertama kali dimulai, pasien diberikan penjelasan bahwa harus ada seorang PMO (Peringat Minum Obat). Orang yang bisa menjadi PMO adalah petugas kesehatan, suami/istri, keluarga, dan kerabat lain.

Adapun tugas PMO adalah (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2006):

- 1) Bersedia mendapat penjelasan di poliklinik
- 2) Melakukan pengawasan terhadap pasien dalam hal minum obat
- 3) Mengingatkan pasien untuk pemeriksaan ulang dahak sesuai jadwal yang telah ditentukan
- 4) Memberikan dorongan terhadap pasien untuk berobat secara teratur hingga selesai
- 5) Mengenali efek samping ringan obat dan menasehati pasien agar tetap mau menelan obat
- 6) Merujuk pasien bila efek samping semakin berat
- 7) Melakukan kunjungan rumah
- 8) Menganjurkan anggota keluarga untuk memeriksa dahak bila ditemui gejala TB

c. Indikator Keberhasilan Terapi TB

Cara mengetahui terapi TB tersebut berhasil atau tidak, dapat kita lihat melalui indikator kesembuhan orang tersebut setelah melakukan terapi TB seperti DOTS. Adapun hasil pengobatan Tuberkulosis sebagai berikut (*Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*, 2014):

- 1) Dikatakan sembuh jika → Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil

pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.

- 2) Dikatakan pengobatan lengkap jika → Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif.
- 3) Dikatakan terapi gagal jika → Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan atau kapan saja apabila selama dalam pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukkan adanya resistensi OAT.
- 4) Dikatakan meninggal jika → Pasien TB yang meninggal oleh sebab apapun sebelum memulai atau sedang dalam pengobatan.
- 5) Dikatakan putus berobat (*loss to follow up*) jika → Pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus selama 2 bulan terus menerus atau lebih.
- 6) Dikatakan tidak dievaluasi jika → Pasien TB yang tidak diketahui hasil akhir pengobatannya. Termasuk dalam kriteria ini adalah pasien pindah (*transfer out*) ke kabupaten/kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten/kota yang ditinggalkan.

2. Depresi

a. Pengertian Depresi

Depresi merupakan bentuk keadaan psikotik yang termasuk dalam gangguan afektif berat (Maslim Sp.KJ, M.Kes, 2013) yang memiliki gejala utama: afek depresi, kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas serta gejala lainnya harga diri dan kepercayaan berkurang, nafsu makan berkurang, tidur terganggu. Depresi dapat diakibatkan karena suatu perasaan sedih yang sangat mendalam, yang bisa terjadi setelah kehilangan seseorang atau mengalami peristiwa menyedihkan lainnya yang dapat menimbulkan kesedihan terus menerus dirasakan melebihi waktu yang normal (Mayasari, 2013). Depresi menjadi salah satu masalah gangguan mental yang sering ditemukan pada pasien TB. Faktor penyebab depresi antara lain adalah faktor biologi, psikologi, stres kronik, penggunaan obat. Adapun faktor biologi antara lain adalah genetik, perubahan struktural otak, risiko vaskular, dan kelemahan fisik. Faktor psikologi penyebab depresi antara lain adalah tipe kepribadian dan dukungan sosial (Sadock, M.D. *et al.*, 2014).

b. Etiologi

Depresi merupakan penyakit umum yang banyak dijumpai dan dapat menyerang siapa saja, di mana saja, dan kapan saja. Hal yang terkait menjadi penyebab terjadinya menurut Sadock dan Sadock

(2014) dibagi menjadi: (1) faktor biologis yang berhubungan dengan *monoamine neurotransmitter* seperti epinefrin, dopamin, serotonin dan histamin yang menjadi teori utama penyebab gangguan mood pada depresi, selanjutnya terdapat faktor biogenik *amine* yang terbagi menjadi norepinefrin yang bekerja dengan cara penurunan sensitifitas dari reseptor alpha-2 adrenergik dan penurunan respon terhadap anti depresan dan serotonin dalam cairan serebrospinal yang rendah dan konsentrasi rendah dari uptake serotonin pada platelet, gangguan *neurotransmitter* lainnya; (2) faktor neuroendokrin yang memiliki tiga komponen, yaitu hipotalamus yang disfungsi yang berakibat pada perubahan regulasi tidur, selera makan, dorongan seksual dan memacu perubahan biologi dalam endokrin dan imunologik, kelenjar pituitary dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam *feedback* biologis yang berhubungan dengan system limbic yang berpengaruh pada produksi alam perasaan, berupa emosi, depresi, mania, korteks serebral, abnormalitas otak pada korteks prefrontal, khususnya reduksi dari aktivitas metabolic dan reduksi volume dari *gray matter* secara partikuler pada bagian kiri ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar, hipokampus, korteks *cingulate anterior* dan amigdala. Depresi dapat menyebabkan kesulitan perkembangan, pribadi dan sosial yang serius yang dapat mengurangi keberhasilan sekolah, produktivitas kerja, perkembangan orang dewasa dan pembentukan hubungan (*Second Generation Antidepressants for*

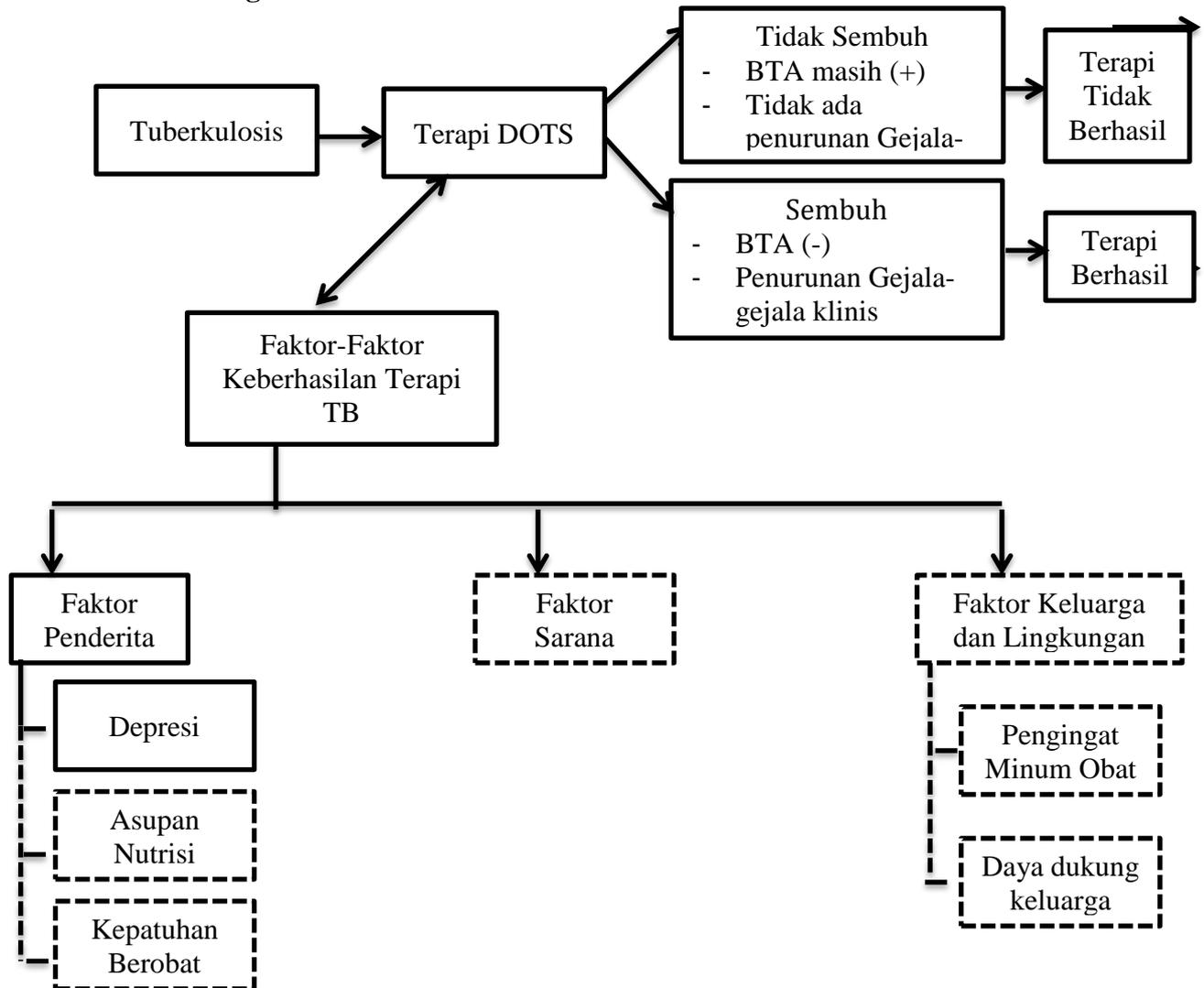
Pediatric Patients with Major Depressive Disorder and Anxiety Disorder, 2015).

3. Hubungan Depresi dan TB

Faktor-faktor yang memengaruhi prognosis TB adalah karakteristik bakteri, heterogenitas karakteristik klinis pasien, perilaku pasien, kualitas layanan kesehatan, koinfeksi HIV dan TB yang resistan terhadap banyak obat (TB-MDR), keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan, diabetes tipe 1, alkoholisme, merokok, tingkat pendidikan dan pendapatan lebih rendah, pengangguran, dan efek samping OAT dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian pada pasien dengan Tuberkulosis aktif (Peltzer dan Louw, 2014). Pasien TB memiliki resiko tinggi yang signifikan terhadap munculnya depresi jika dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya (Dos Santos *et al.*, 2017). Bukti saat ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara gejala depresi dan TB, kepatuhan terhadap pengobatan yang lebih rendah, dan peningkatan morbiditas dan mortalitas (Kehbila *et al.*, 2016). Prevalensi depresi pada penderita TB adalah 45,5% diantara pasien dan 13,4% di antara anggota keluarga (Ige dan Lasebikan, 2011). Ugarte-Gil *et al.* (2013) meneliti tentang angka *negative outcome* terapi DOTS pada penderita *Major Depressive Episode* dan menemukan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap penderita TB yang mengalami *Major Depressive Episode* dibandingkan dengan yang tidak mengalami *Major Depressive Episode*.

Hal yang menyebabkan depresi dapat timbul pada penderita TB adalah stigma negatif yang datang dari keluarga, masyarakat, dan lingkungan sekitar. Stigma kerap kali melekat pada masalah-masalah kesehatan, termasuk Tuberkulosis. Stigma yang melekat pada penderita TB adalah seperti penolakan, pengucilan, takut akan infeksi atau penularan, diperlakukan secara berbeda dan menjauh dari orang-orang dengan TB . Stigma muncul pada TB karena risiko penularannya, pengetahuan yang kurang tepat akan penyebabnya, perawatannya atau berhubungan dengan kelompok-kelompok marjinal seperti kemiskinan, ras minoritas, pekerja seks, tahanan penjara, dan orang yang terinfeksi HIV/AIDS (Kipp *et al.*, 2011). Courtwright dan Turner (2010) mengatakan bahwa stigma pada penyakit Tuberkulosis dapat menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan berobat. Dampak negatif dalam kelangsungan berobat dapat menyebabkan terputusnya pengobatan pada pasien Tuberkulosis yang bisa menyebabkan tidak tuntasnya pengobatan.

B. Kerangka Teori

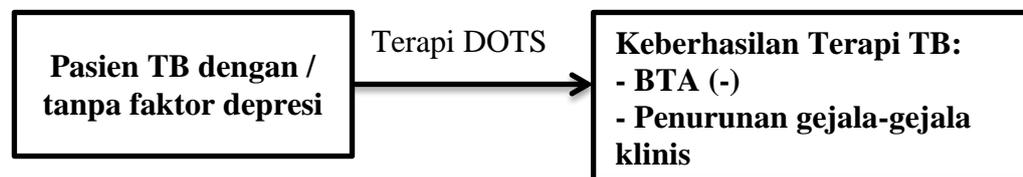


Keterangan:

 Variabel yang diteliti

 Variabel yang tidak diteliti

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

H0 : Faktor depresi tidak mempengaruhi keberhasilan terapi Tuberkulosis (TB)

H1 : Faktor depresi mempengaruhi keberhasilan terapi Tuberkulosis (TB)