

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Tuberkulosis (TB)

a. Definisi

TB adalah penyakit yang mempengaruhi paru-paru (TB Paru) tetapi dapat juga mempengaruhi organ lain (TB luar paru) yang disebabkan oleh kuman *Bacillus Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri pulmonary TB ini dapat menyebar kepada orang yang sakit melalui udara misalnya batuk. Penyakit ini lebih mudah berkembang pada penderita yang terinfeksi HIV dan penderita yang dipengaruhi oleh faktor resiko seperti kurang gizi, diabetes, merokok, serta mengkonsumsi alkohol (WHO, 2017).

Menurut Riskesdas (2013), TB merupakan penyakit yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*), bersifat menular langsung dengan kurun waktu kurang dari 1 tahun dan dapat ditegakkan diagnosis melalui pemeriksaan dahak dan foto toraks. TB adalah penyakit mematikan yang telah lama dikenal dengan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* dan paling sering menyerang organ paru (Mustaqin, Suryawati & Priyanto, 2017).

Penyakit TB disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit ini biasa ditularkan bisa melalui percikan ludah pada saat penderita batuk. Terjadinya infeksi dimulai saat kuman TB masuk ke paru-paru dan berkembangbiak dengan cara membelah diri dan mengakibatkan peradangan di dalam paru (Abata, 2014).

b. Etiologi

Etiologi TB adalah *Mycobacterium Tuberculosis* tipe humanus, sejenis kuman berbentuk batang dan tahan asam dengan panjang 1-4/mm dan tebal 0,3-0,5/mm (Padila, 2017). Kuman ini juga berkerabat dekat dengan *M. Bovis* yang menyebabkan TB dan sebagian besar kuman tersebut terdiri dari asam lemak (*lipid*) (Wahid, & Suprpto, 2013). Oleh sebab itu, *lipid* tersebut membuat kuman lebih tahan terhadap asam serta lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik sehingga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA) (Kemenkes RI, 2014).

Kuman TB ini tahan hidup di udara kering dan dalam keadaan dingin, misalnya dapat bertahan lama didalam lemari es. Hal ini dapat terjadi karena kuman bersifat *dormant* atau tidur, dimana kuman akan bangkit dan penyakit TB bisa menjadi aktif kembali (Amin & Bahar, 2010). Kuman tersebut bersifat aerob, artinya kuman akan

menyenangi jaringan yang mengandung tinggi oksigen, sehingga bagian apikal pada paru-paru merupakan tempat bertumbuhnya kuman TB dikarenakan terdapat tekanan oksigen yang tinggi (Amin & Bahar, 2010).

c. **Klasifikasi**

Klasifikasi TB dibedakan menjadi 3, yaitu berdasarkan organ tubuh yang terkena, berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, dan berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis. Adapun penjelasan klasifikasi TB sebagai berikut :

1) Klasifikasi Berdasarkan Organ Tubuh yang Terkena

a) Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah penyakit TB yang mempengaruhi paru-paru dan mudah menular (WHO, 2017) Dapat ditegakkannya diagnosis TB Paru jika ditemukannya kuman TB pada pemeriksaan 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu *sewaktu - pagi - sewaktu* (SPS) melalui pemeriksaan dahak mikroskopis, foto toraks, biakan dan uji kepekaan (Kemenkes RI, 2011).

b) Tuberkulosis Ekstra Paru

Tuberkulosis ekstra paru merupakan TB yang menyerang organ selain paru. Gejala yang dikeluhkan tergantung organ yang terkena, misal nyeri dada pada TB Pleura, pembesaran kelenjar limfe pada Limfadenitis TB, kaku kuduk pada Meningitis TB, dan lain-lain (Setiati, dkk, 2014). Pemeriksaan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan bakteriologi dan atau histopatologi dengan cara mengambil jaringan tubuh yang terkena (Kemenkes RI, 2017).

2) Klasifikasi Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya

a) Kasus Baru

Kasus baru merupakan penderita BTA positif yang belum pernah menelan obat OAT atau penderita yang pernah menelan OAT tetapi dalam kurun waktu kurang dari 4 minggu (Kemenkes RI, 2014).

b) Kasus yang Sebelumnya Diobati :

i. Kasus kambuh (*Relaps*)

Kasus kambuh merupakan penderita BTA positif yang pernah mendapatkan pengobatan dan telah dinyatakan sembuh tetapi di diagnosis kembali dengan BTA positif (Setiati, dkk, 2014).

ii. Kasus setelah putus obat (*Default*)

Kasus setelah putus obat merupakan penderita BTA Positif yang pernah mendapatkan OAT ≥ 1 bulan dan tidak meneruskan selama >2 bulan, datang lagi ke tenaga kesehatan dengan hasil pemeriksaan BTA tidak dapat dilacak pada akhir pengobatan (Setiati, dkk, 2014).

iii. Kasus setelah gagal (*Failure*)

Kasus setelah gagal merupakan penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya kembali menjadi positif pada bulan kelima (Kemenkes RI, 2011).

c) Kasus Pindahan (*Transfer In*)

Kasus pindahan merupakan penderita TB yang dipindahkan dari register TB untuk melanjutkan pengobatan (Setiati, dkk, 2014).

d) Kasus lain :

Menurut Setiati, dkk (2014), kasus lain merupakan semua kasus yang tidak memenuhi kriteria diatas, seperti :

- i. Riwayat pengobatan sebelumnya tidak jelas,
- ii. Tidak diketahui hasil pengobatannya jika pernah diobati sebelumnya,
- iii. Kembali berobat dengan BTA negatif.

3) Klasifikasi Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

a) TB Paru BTA Positif, dengan kriteria :

- i. Dengan atau tanpa gejala klinik,
- ii. BTA positif : sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya positif,
- iii. Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif dengan 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT,
- iv. Gambaran radiologik sesuai dengan TB Paru.

b) TB Paru BTA Negatif, dengan kriteria :

- i. 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif,
- ii. Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan gambaran TB,
- iii. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi penderita dengan HIV negatif.

c) Bekas TB Paru, dengan kriteria :

- i. Mikroskopik dan biakan negatif,
- ii. Gejala klinis tidak ada,
- iii. Radiologik menunjukkan gambaran lesi inaktif serta menunjukkan serial foto yang tidak berubah,
- iv. Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat.

d. Patofisiologi

Menurut Icksan & Luhur (2008), kuman TB disebarkan melalui udara seperti batuk dan bersin. Pada saat terjadinya peningkatan ventilasi, organisme yang terhirup akan masuk kedalam lobus medius dan bawah. Setelah itu organisme tersebut berkembang selama 3 minggu kedepan yang selanjutnya menyebar ke kelenjar getah bening hilus dan sering kali aliran darah. Organisme ini juga dapat tumbuh pada tekanan PaO₂ tinggi seperti di apex paru, korteks renalis, dan vertebra. Dalam kasus ini, pada 90% pasien memiliki sistem imun yang mengandung organisme. Namun saat dilakukan foto toraks kemungkinan hasilnya masih normal dan tidak ada gejala klinis yang muncul. Jika organisme yang hidup hanya sedikit dapat disebut dengan infeksi TB laten, kemudian dapat aktif kembali di kemudian waktu yang dapat disebut dengan reaktivasi TB (Wahid & Suprpto, 2013).

Menurut Abata (2014), setelah terjadinya infeksi awal dalam jangka waktu 4 sampai 6 minggu akan mengalami pembentukan infeksi primer yang dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif. Pada infeksi primer penderita biasanya asimtomatik dan bisa juga terdapat gejala ringan seperti demam ringan, eritema nodosum dan efusi paru kecil (Francis, 2008). Pada penderita yang telah mengalami infeksi primer selama beberapa bulan

atau tahun, selanjutnya akan terjadi *Tuberculosis Post Primer* yang ciri khasnya adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya efusi pleura (Rubenstein, Wayne & Bradley, 2007)

e. Cara Penularan

Penderita TB menyebarkan kuman pada saat batuk dan bersin melalui udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak) sebanyak 3000 *droplet nuclei*, dimana kuman TB ini dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam dan dapat mati dengan cepat dibawah sinar matahari langsung (Kemenkes RI, 2017). *Droplet* yang kecil dapat tertahan di udara dan terhirup oleh orang yang rentan (Wijaya & Putri, 2014). Seseorang dikatakan tertular kuman TB jika menghirup *droplet* ke dalam saluran pernapasan (Abata, 2014).

Menurut Wahid dan Suprpto (2013), ada dua faktor yang menjadi penentu keberhasilan pemaparan TB pada individu baru, yaitu konsentrasi *droplet* dalam udara dan panjang waktu individu bernafas dalam udara yang terkontaminasi disamping daya tahan tubuh yang bersangkutan. Kuman TB paling sering menular ke orang lain melalui pernafasan, selain itu kuman TB juga dapat masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit, tetapi kasus ini jarang terjadi (Wahid & Suprpto, 2013).

f. Manifestasi Klinis

TB terkenal dengan *the great imitator* yaitu penyakit yang memiliki banyak kemiripan dengan penyakit lain dengan gejala umum lemah dan demam. Banyak pada penderita yang memiliki gejala tidak jelas sehingga penderita mengabaikan gejalanya dan terkadang asimtomatik. Manifestasi klinik TB dapat di bagi menjadi 2 golongan, yaitu :

1) Gejala respiratorik, meliputi :

a. Batuk

Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus dan merupakan gejala utama yang dapat terjadi lebih dari 3 minggu dan banyak ditemui. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (*non produktif*) hingga batuk dahak (*sputum*) (Padila, 2017).

b. Batuk darah (*Hemoptisis*)

Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Biasanya gejala ini pada penderita TB berupa batuk darah ringan namun dapat terjadi berulang (Rubenstein, Wayne & Bradley, 2007).

c. Sesak nafas

Sesak nafas biasanya ditemukan pada penyakit TB yang sudah lanjut dengan infiltrasi sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini muncul ketika terjadi kerusakan pada parenkim paru meluas (Padila, 2017).

d. Nyeri dada

Gejala ini timbul jika sistem persarafan di pleura yang terkena. Nyeri dada pada penderita TB termasuk nyeri pleuritik yang ringan (Wahid & Suprpto, 2013).

2) Gejala Sistemik, meliputi :

a. Demam

Penderita TB akan mengalami demam khususnya pada siang atau sore hari disertai berkeringat pada malam hari (Abata, 2014). Biasanya demam subfebril merupakan demam yang menyerupai influenza, dan hanya muncul gejala demam ringan saja (Rubenstein, Wayne & Bradley, 2007).

b. Gejala sistemik lainnya

Gejala sistemik lainnya dapat berupa berat badan menurun sehingga menyebabkan penderita menjadi kurus. Gejala *malayse* sering ditemukan, seperti sakit kepala, meriang, nyeri otot, anoreksia, dll (Abata, 2014).

g. Penatalaksanaan Berdasarkan Kategori

Penatalaksanaan TB berdasarkan Panduan OAT Indonesia terdapat 4 kategori. Adapun penatalaksanaan TB sesuai kategori sebagai berikut :

1) Kategori I (2RHZE/4H3R3)

Kasus baru dengan dahak positif dan penderita dengan keadaan seperti meningitis, perikarditif, TB milier, pleuritis massif atau bilateral, peritonitis, TB saluran kemih, TB usus, spondylitis dengan gangguan neurologi dan penderita dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya meluas (Kemenkes RI, 2014). Tahap awal atau intensif terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E). Obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2RHZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniasid (I), dan Rifampisin (R), diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3). Obat ini diberikan untuk:

- a. Penderita baru TB paru BTA positif,
- b. Penderita TB paru BTA negatif rontgent positif yang sakit berat,
- c. Penderita TB ekstra paru berat.

Tabel 2.1
Panduan OAT Kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Tablet Isoniasid (H) @300mg	Kaplet Rifampisin (R) @450mg	Tablet Pirasinamid (Z) @500mg	Tablet Etambutol (E) @250mg	Jumlah hari/menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	60
Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	4 bulan	2	1	-	-	54

2) Kategori II (2HRZES/HRZE/5H3R3E3)

Kategori II untuk kasus kambuh atau gagal dengan dahak tetap positif. Tahap awal atau intensif diberikan selama 3 bulan, terdiri dari 2 bulan dengan Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z), Etambutol (E) dan disuntikan streptomisin setiap hari di Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) setelah penderita selesai menelan obat. Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z), dan Etambutol (E) diberikan setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan 3 kali dalam seminggu (Kemenkes RI, 2014).

Obat ini diberikan untuk :

- a. Penderita kambuh (*relaps*),
- b. Penderita gagal (*failure*),
- c. Penderita dengan pengobatan sealah lalai (*after default*).

Tabel 2.2
Panduan OAT Kategori 2

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Tablet Isoniasid (H) @300mg	Kaplet Rifampisin (R) @450mg	Tablet Pirasinamid (Z) @500mg	Tablet Etambutol (E) @250mg	Tablet Etambutol (E) @500mg	Streptomisin Injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
Tahap Intensif (dosis harian)	Bulan	1	1	3	3	-	0,75	60
Tahap lanjutan (dosis 3 x seminggu)	1 bulan	1	1	3	3	-	-	30
	5 bulan	2	1	-	1	2	-	66

3) Kategori III (2RHZ/4H3R3)

Kasus dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus TB di luar paru selain dari yang disebut dalam kategori I (Kemenkes RI, 2014). Tahap awal atau intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2RHZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4H3R3).

Obat ini diberikan untuk :

- a. Penderita baru BTA negatif dan rontgent positif sakit ringan,
- b. Penderita ekstra paru ringan, yaitu TB kelenjar limfe (limfadenitis), pleuritis eksudativa unilateral, TB kulit, TB tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

Tabel 2.3

Panduan OAT Kategori 3

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Tablet Isoniasid (H) @300mg	Kaplet Rifampisin (R) @450mg	Tablet Pirasinamid (Z) @500mg	Jumlah hari/kali menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	60
Tahap lanjutan (dosis 3 x seminggu)	4 bulan	2	1	-	54

4) Kategori IV : OAT sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap awal atau intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan (Kemenkes RI, 2014).

Tabel 2.4
Panduan OAT Sisipan

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Tablet Isoniasid (H) @300mg	Kaplet Rifampisin (R) @450mg	Tablet Pirasinamid (Z) @500mg	Tablet Etambutol (E) @250mg	Jumlah hari/kali menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	30

Untuk menjamin kepatuhan penderita dalam menelan obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung (*DOT = Directly Observed Treatment*) oleh seorang pengawasan Pengawas Menelan Obat (PMO) (Depkes RI, 2011). Menurut Wahid & Suprpto (2013), obat anti TB digolongkan dalam 2 jenis, yaitu:

1) Bakterisidal = obat primer (*first-line Antituberculosis Drugs*)

- a. Isoniasid (H)
- b. Rifampisin (R)
- c. Pirasinamid (Z)
- d. Streptomisin (S)
- e. Etambutol (E)

2) Bakteriostatik = obat sekunder (*second Antituberculosis Drugs*)

- a. Para-aminosalicylic Acid (PAS)
- b. Ethionamid

- c. Sikloserin
- d. Kanamisin

h. Komplikasi dan Efek Samping OAT

1) Komplikasi TB

Komplikasi lebih sering terjadi pada penderita tahap lanjutan:

a) Hemoptisis Berat

Hemoptisis berat merupakan terjadinya perdarahan dari saluran bawah yang dapat menyebabkan kematian karena tersumbatnya jalan nafas.

b) Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial

c) Bronkiektasis

Bronkiektasis merupakan terjadinya pelebaran bronkus setempat dan fibrosis sehingga pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan reaktif pada paru.

d) Pneumotoraks

Pneumotoraks merupakan terdapatnya udara di dalam rongga pleura dengan spontan (kolaps spontan) dikarenakan terjadinya kerusakan pada jaringan paru.

e) Terjadinya penyebaran infeksi ke organ lain seperti tulang, otak, persendian, dll.

f) *Cardio Pulmonary Insuficiency*

2) Efek Samping OAT

Dibawah ini merupakan tabel yang menjelaskan efek samping ringan maupun berat dengan pendekatan gejala beserta penatalaksanaannya menurut Kemenkes RI (2014):

Tabel 2.5
Efek Samping OAT

Efek Samping	Nama Obat	Penatalaksanaan
Tidak nafsu makan, mual, sakit perut	Rifampisin	Semua OAT diminum malam sebelum tidur
Nyeri sendi	Pirasinamid	Beri Aspirin
Kesemutan sampai dengan rasa terbakar di kaki	INH	Beri vitamin B6 (piridoxin) 100mg/hari
Warna kemerahan pada urine	Rifampisin	Tidak perlu diberikan apa-apa, tetapi diberikan penjelasan kepada penderita
Gatal dan kulit kemerahan	Semua jenis OAT	Ikuti petunjuk penatalaksanaan dibawah *)
Tuli	Streptomisin	Streptomisin diberhentikan, ganti dengan Etambutol
Gangguan keseimbangan	Streptomisin	Streptomisin diberhentikan, ganti dengan Etambutol
Icterus tanpa penyebab lain	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai icterus menghilang
Bingung dan muntah-muntah	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati
Gangguan penglihatan	Etambutol	Hentikan Etambutol
Purpura dan renjata (syok)	Rifampisin	Hentikan Rifampisin

i. Tahap Pengobatan TB

1) Tahap Awal atau Intensif (2-3 bulan)

Pada tahap awal atau intensif penderita mendapat obat setiap hari serta diawasi langsung selama 2-3 bulan pengobatan agar mencegah terjadinya kekebalan terhadap obat (Padila, 2017).

Pengobatan pada tahap ini bertujuan untuk menurunkan jumlah kuman yang terdapat didalam tubuh penderita secara efektif sehingga dapat meminimalisir jumlah kuman yang mungkin sudah resisten sebelum penderita menjalani pengobatan (Kemenkes RI, 2014).

2) Tahap Lanjutan (4-7 bulan)

Pada tahap lanjutan penderita mendapatkan obat dengan jenis lebih sedikit namun pada jangka waktu yang lebih lama yaitu 4-7 bulan (Kemenkes RI, 2011). Pengobatan pada tahap lanjutan sangat penting untuk membunuh sisa kuman persisten (*dormant/tidur*) agar mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita (Wahid & Suprpto, 2013).

2. Depresi

a. Definisi

Menurut Lestari (2015), depresi merupakan terganggunya fungsi manusia berkaitan dengan alam perasaan yang ditandai dengan berubahnya gangguan mood seperti perubahan suasana, sedih, dan kesepian yang selanjutnya akan mengalami perubahan-perubahan *vegetative* berupa insomnia dan tidak nafsu makan. Depresi merupakan perasaan sedih dan khawatir dalam kurun waktu yang

cukup lama serta di dominasi dengan perasaan-perasaan tidak mengenakkan (Saam & Wahyuni, 2012).

Depresi adalah jenis gangguan mental yang ditandai dengan gangguan emosi, motivasi, serta tingkah laku. Sehingga tidak mampu dalam mengambil keputusan dan berkeinginan untuk mengakhiri hidupnya. Hal ini sering terjadi pada kehidupan seseorang yang menganggap bahwa dirinya tidak berarti (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011).

b. Faktor-Faktor Penyebab Depresi

1) Faktor Internal

a. Stres

Stres adalah situasi yang dapat menimbulkan distress disebabkan oleh adanya perubahan hidup dan dipengaruhi oleh lingkungan individu (Lestari, 2015). Terdapat macam-macam kondisi yang dapat menimbulkan stress, misalnya: kondisi yang membuat harga diri penderita menjadi menurun, kondisi yang membuat dilema pada situasi tertentu, dan kondisi pada saat penderita mengalami penyakit tertentu sehingga penderita merasa tidak ada harapan lagi untuk hidupnya (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011).

b. Faktor Usia dan Jenis Kelamin

Pada remaja dan dewasa dengan rentan usia antara 18-44 tahun merupakan orang yang lebih mudah akan mengalami depresi. Sedangkan berdasarkan jenis kelamin, perempuan merupakan prevalensi tertinggi yang mengalami depresi sebesar 30% dan laki-laki sebesar 12,6% (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011). Perbedaan tingkat prevalensi tersebut antara perempuan dan laki-laki dipengaruhi oleh perubahan hormonal dan peran sosial (Mustaqin, Suryawati & Priyanto, 2017).

c. Kepribadian

Kepribadian merupakan aspek yang sangat berperan dalam menentukan tinggi atau rendahnya serta kerentanan seseorang ketika mengalami depresi. Seseorang yang rentan mengalami depresi biasanya memiliki konsep diri dan pola pikir kearah yang negatif (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011).

d. Faktor Biologi

Pada saat penderita mengalami depresi, maka akan terjadi ketidakseimbangan terhadap pelepasan neurotransmitter serotonin, norepinefrin, dopamine, asetilkolin dan asam gama aminobutrik. Ketika seseorang depresi, maka akan terjadi defisiensi neurotransmitter yang mempengaruhi

enzim untuk mengatur serta memproduksi bahan kimia ini (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011).

e. Faktor Psikologi

Faktor psikologi contohnya dapat berupa penyakit fisik (batuk terus menerus, kepala pusing, kelelahan, tidak nafsu makan, merasa kurang dekat dengan orang yang berada di sekitar lingkungannya, rendah diri, bahkan sampai merasa putus asa (Lestari, 2015).

2) Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang dapat menyebabkan depresi menurut Pieter, Janiwarti & Saragih (2011), antara lain:

a. Faktor Keluarga

Faktor keluarga berupa keadaan rumah tangga, dukungan dari pasangan, interaksi dan komunikasi antar keluarga di rumah serta kedekatan pada anggota keluarga.

b. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan berupa status ekonomi, latar belakang pendidikan, peran sosial dan adanya dukungan dari kelompok sosial disekitarnya.

c. Faktor Tekanan Hidup

Faktor tekanan hidup berupa suatu peristiwa di dalam kehidupan yang dapat menimbulkan stres dan trauma bagi seseorang, sehingga jika berkepanjangan dan tidak ditangani akan menyebabkan depresi.

c. **Gejala Depresi**

Menurut PPDGJ-III dan DSM-5 (Maslim, 2013), gejala utama yang muncul pada penderita depresi derajat ringan, sedang dan berat, yaitu:

- a) Afek depresif,
- b) Kehilangan minat dan kegembiraan,
- c) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.

Selain gejala utama, terdapat pula gejala lainnya, yaitu:

- a) Berkurangnya konsentrasi dan perhatian,
- b) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang,
- c) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna,
- d) Pandangan masa depan yang kurang dan pesimistis,
- e) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri,
- f) Tidur terganggu,
- g) Nafsu makan berkurang.

Selain itu, gejala depresi juga terdiri dari 3 komponen yaitu gejala fisik, psikis dan sosial. Berikut merupakan macam-macam gejala depresi:

a) Gejala Fisik

Menurut Pieter, Janiwarti & Saragih (2011), penderita yang mengalami depresi akan memperlihatkan gejala berupa keluhan fisik seperti pusing, mual dan muntah, nyeri dada, sulit tidur, dll. Gejala ini akan muncul sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Penderita yang depresi akan sulit fokus pada pikiran tertentu dan lebih menyukai kegiatan sehari-hari dengan menyendiri. Selain itu, terjadi penurunan minat dalam melakukan kegiatan dan biasanya mengalami kehilangan motivasi untuk bekerja (Lestari, 2015).

b) Gejala Psikis

Gejala dengan gangguan kognitif yang biasa muncul pada penderita depresi seperti penderita tidak mampu berpikir logis, kurang konsentrasi, daya ingat menurun, dan disorientasi. Gejala afektif dapat timbul berupa emosi, mudah tersinggung, merasa bersalah, tidak percaya diri, malu dan putus asa. Adapun gejala dengan gangguan perilaku pada penderita depresi seperti cemas berlebih sehingga tidak dapat mengontrol tingkah laku dengan ciri berjalan-jalan tanpa

tujuan, bingung, murung, rasa sedih yang berkepanjangan biasanya disertai dengan halusinasi, merasa orang lain tidak peduli dengan dirinya sehingga beresiko tinggi penderita berkeinginan untuk melakukan tindakan bunuh diri (Pieter, Janiwarti & Saragih (2011).

c) Gejala Sosial

Menurut Saam & Wahyuni (2012), lingkungan pasti berpengaruh pada penderita yang mengalami depresi. Gejala gangguan sosial pada penderita depresi dapat muncul berupa tidak ingin bergaul dengan kelompok sosial, merasa malu berkomunikasi dengan orang yang dianggapnya lebih cantik, sukses dan berhasil. Penderita juga tidak mampu menjalin hubungan baik dengan lingkungan sekitarnya.

d. Klasifikasi Depresi

Menurut PPDGJ-III dan DSM-5 (Maslim, 2013), depresi dibagi menjadi 3 episode, yaitu:

- 1) Episode Depresi Ringan (F32.0)
 - a. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi,
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya,
 - c. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya,

- d. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu,
 - e. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.
- 2) Episode Depresi Sedang (F32.1)
- a. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F32.0),
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya 3 dan sebaiknya 4 dari gejala lainnya,
 - c. Lamanya seluruh episode berlangsung minimal sekitar 2 minggu,
 - d. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
- 3) Episode Depresi Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)
- a. Semua 3 gejala depresi harus ada,
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat,
 - c. Bila ada gejala penting seperti agitasi atau retardasi psikomotor yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mampu untuk melaporkan banyaknya gejala secara rinci. Dalam hal ini, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan,

- d. Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu,
 - e. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
- 4) Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)
- a. Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 diatas,
 - b. Disertai waham, halusinasi atau stupor depresi. Wahan biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab dalam hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.
- Jika diperlukan, wahan atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood-congruent*).

e. Teori Depresi

Menurut Lestari (2015), teori pada penderita yang mengalami gangguan depresi dapat dibagi menjadi 5 teori, yaitu:

1) Teori Biologi

Adanya ketidakberaturan pada fungsi neurotransmitter.

2) Pandangan Psikodinamika

Studi psikologi yang menjelaskan tentang depresi pertama kali di mulai oleh Freud an Karl Abraham. Beliau mengartikan depresi sebagai reaksi kompleks terhadap kehilangan sesuatu atau seseorang yang dicintai.

3) Perspektif Behavioral

Perspektif ini menggambarkan penderita yang mengalami depresi kurang menerima penghargaan sehingga hidupnya tidak menyenangkan, memiliki penghargaan yang rendah terhadap konsep dirinya.

4) Perspektif Kognitif

Teori ini tentang adanya ide yang menjelaskan pengalaman akan mempengaruhi dua orang dengan cara yang berbeda disebabkan karena cara pandang masing-masing orang tentunya berbeda-beda. Dari perspektif ini muncul model distorsi dari Beck yang menggambarkan bahwa depresi sebagai kognitif tentang pikiran berkembang terhadap dirinya, situasi dan masa depan.

5) Perspektif Humanistik-Eksistensial

Teori eksistensial merupakan teori yang memfokuskan kehilangan harga diri akan menyebabkan depresi pada penderita. Sedangkan teori humanistik merupakan teori yang menekankan bahwa sumber depresi dan kecemasan berasal dari perbedaan antara ideal diri penderita dengan kenyataan yang saat ini dihadapinya.

f. Faktor Penyebab Depresi pada Penderita TB

1) Faktor Psikososial

Faktor pencetus yang paling umum pada penderita TB adalah ketakutan penderita terhadap hasil penyakit pada awal pemeriksaan dan lamanya dalam menjalani pengobatan. Faktor pencetus lain yang dapat diidentifikasi adalah status kesehatan penderita saat ini, masalah sosial yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita TB, masalah keluarga yang berhubungan dengan masalah ekonomi ketika harus membiayai anggota keluarga untuk menjalani pengobatan, dan efek samping obat yang dialami penderita ketika mulai menjalani pengobatan TB (Islam, Hussain, Siddique & Badruddoza, 2015).

2) Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan merupakan faktor yang menimbulkan depresi pada penderita TB dikarenakan penderita yang memiliki tingkat pengetahuan rendah cenderung memiliki kesalahpahaman terhadap penyakit TB, dimana penderita menjadi beranggapan bahwa penyakit TB merupakan penyakit yang sangat berbahaya dan tidak dapat disembuhkan sehingga peluang untuk penderita dapat bertahan hidup sangat kecil (Aamir & Aisha, 2010).

3) Faktor Usia

Penderita TB lebih sering mengalami depresi pada golongan usia madya (41-60 tahun) sebanyak 32 orang (51,6%) (Marselia, Wilson & Pratiwi, 2017). Hal ini berkaitan dengan faktor penyakit yang diderita dan masalah dalam keluarga seperti rasa sepi orang tua sebatangkara yang ditinggal anaknya merantau ke luar kota, perubahan struktur keluarga yang berkaitan dengan pendapatan ekonomi keluarga sehingga dapat memicu terjadinya depresi pada penderita TB golongan usia madya (Nahda, Kholis, Wardani & Hardian, 2017).

4) Jenis Kelamin

Pada penderita TB, perempuan lebih sering mengalami depresi dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan perempuan lebih sering terpajan dengan stresor yang ada di lingkungan sekitarnya. Selain itu, ketidakseimbangan hormon pada perempuan ketika haid dan menopause juga merupakan faktor pencetus yang menimbulkan depresi pada perempuan (Mustaqin, Suryawati & Priyanto, 2017).

5) Komplikasi dan Penyakit Komorbid

Komplikasi dan penyakit komorbid merupakan penentu utama terjadinya gangguan suasana hati, gangguan kecemasan, stres serta depresi. Hal ini dikarenakan penderita beranggapan TB merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan bahkan menyebabkan kematian. Selain itu, penderita merasa khawatir terhadap penyakit yang dideritanya akan menular kepada anggota keluarga, kekhawatiran ini juga muncul kepada masa depan anaknya. Faktor ini yang akan menimbulkan depresi pada penderita TB dan akan berdampak buruk pada kepatuhan penderita selama menjalani pengobatan (Nahda, Kholis, Wardani & Hardian, 2017).

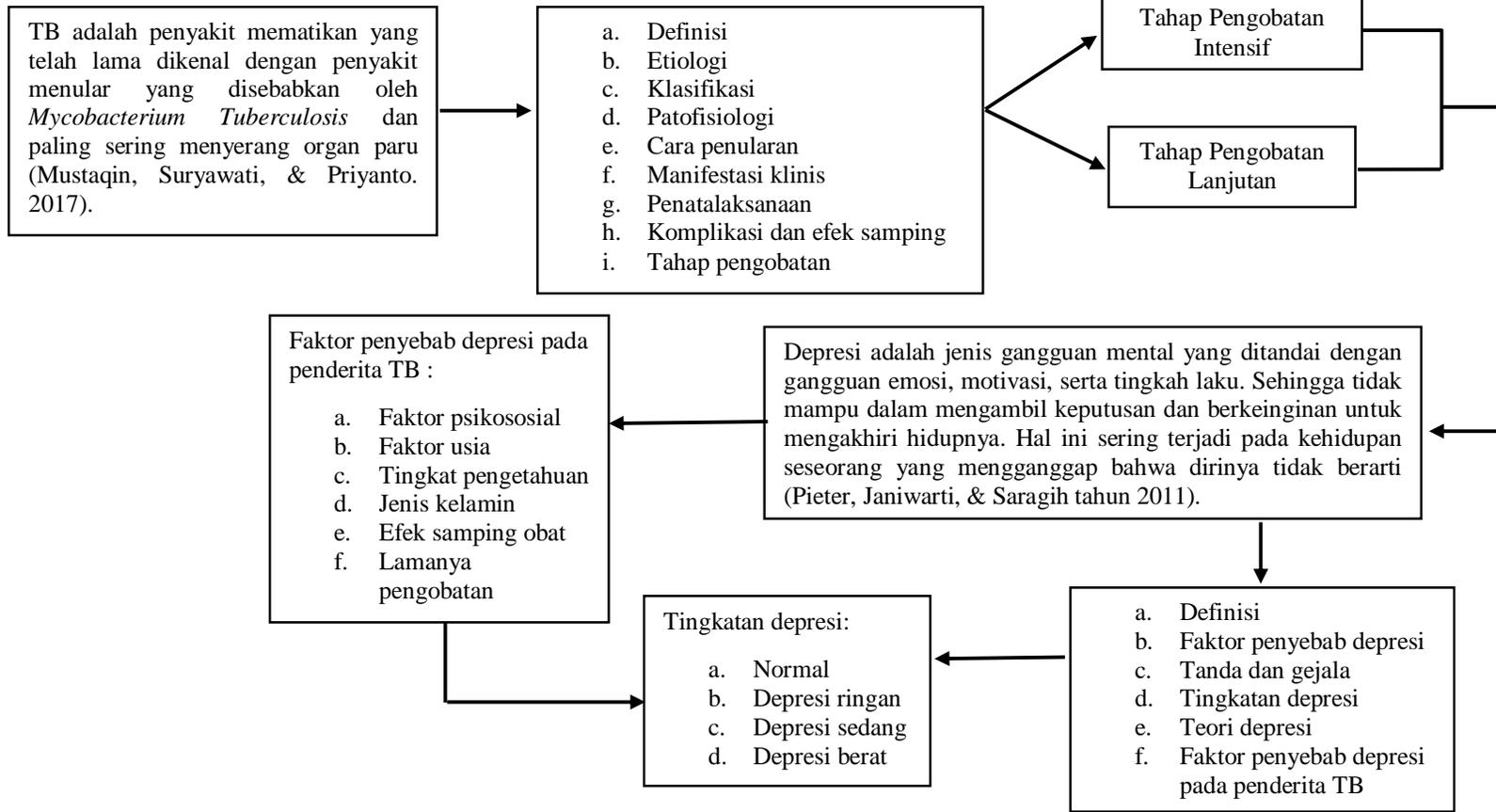
6) Efek Samping Obat

Efek samping yang dialami penderita setelah minum obat TB seperti mual, muntah, dan tidak nafsu makan dapat menimbulkan rasa cemas pada penderita. Kecemasan ini juga bisa di akibatkan karena penderita kurang informasi tentang penyakitnya (Irawan, 2015).

7) Lamanya Pengobatan

Penderita yang baru memulai untuk menjalani pengobatan lebih cenderung mengalami gejala depresi sedang hingga berat, semakin lama menderita penyakit maka penderita semakin beradaptasi dengan situasinya (Marselia, Wilson & Pratiwi 2017).

B. Kerangka Teori

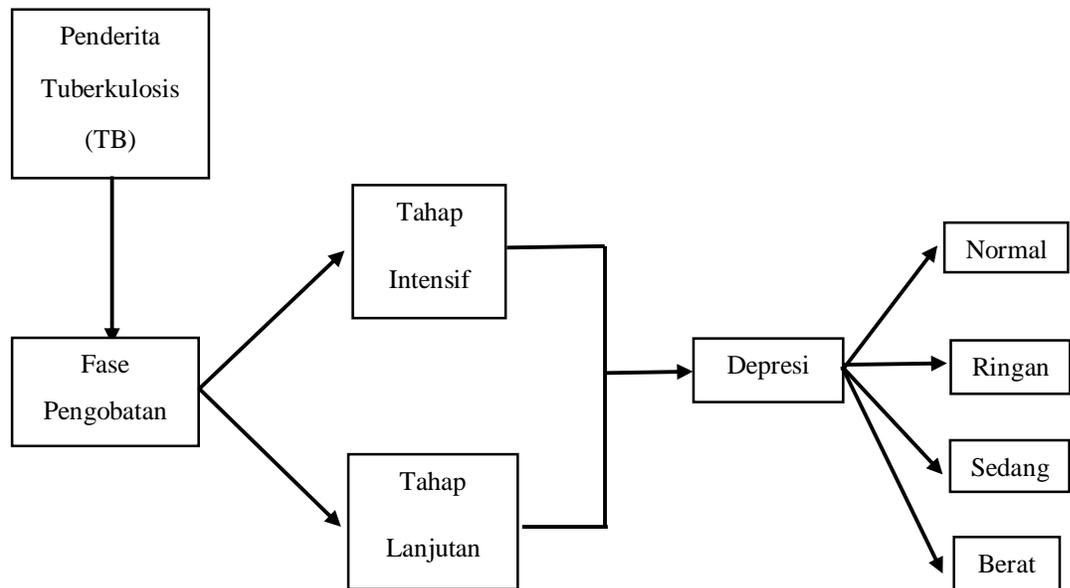


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Referensi :

(WHO, 2017; Riskesdas, 2013; Mustaqin, Suryawati, & Priyanto, 2017; Abata, 2014; Wahid, Abdul dan Imam Suprpto, 2013; Kemenkes RI, 2011; Setiati *et al*, 2014; Aziza dan Reni Luhur, 2008; Wijaya, Andra Saferi dan Yessie Mariza, 2014; Padila, 2017; Lestari, 2015; Saam, Zulfan dan Sri Wahyuni, 2012; Pieter, Janiwarti, & Saragih, 2011; Chrisnawati, Beda, & Maratning, 2017; Saam, Zulfan dan Sri Wahyuni, 2012; Islam, Hussain, Siddique, & Badruddoza, 2015; Aamir, Siddiqua, & Aisha, 2010; Nahda, Kholis, Wardani, & Hardian, 2017; Irawan, 2015; Marselia, Wilson, & Pratiwi, 2017).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan:

————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

D. Hipotesis

H1 : Ada perbedaan tingkat depresi penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan di Sleman.