

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Puskesmas Depok 3**

Kecamatan Depok merupakan wilayah yang pertumbuhannya sangat pesat di provinsi Daerah Istimewah Yogyakarta. Kecamatan Depok berada di jalan Padjajaran (Ring Road Utara), Gandok, Condongcatur, Sleman dengan luas wilayah seluas 35.55 km<sup>2</sup> dan jumlah penduduk sebanyak 127.908 jiwa (per Desember 2012).

Kecamatan Depok terdiri dari 3 desa dan 4 puskesmas yaitu Desa Maguwoharjo dengan wilayah kerja Puskesmas Depok I, Desa Condong Catur dengan wilayah kerja Puskesmas Depok II dan Puskesmas Pembantu Depok II, serta Desa Caturtunggal dengan wilayah kerja Puskesmas Depok 3. Puskesmas Depok III terdiri dari 1 desa yaitu Desa Caturtunggal, yang meliputi 20 dusun, RW 93 dan 296 RT.

Puskesmas Depok III terdapat klinik Tuberkulosis (TB) bernama Pojok DOTS dilengkapi dengan laboratorium yang memadai guna mengobati pasien TB khususnya pasien yang berada di wilayah Caturtunggal. Tidak ada hari khusus untuk diadakannya konsultasi dan pengambilan obat, pasien dapat datang ke puskesmas setiap hari Senin sampai Sabtu dan jam pelayanan dilakukan sampai pasien TB habis.

## 2. Puskesmas Mlati II

Kecamatan Mlati berada di sisi selatan dari Kabupaten Sleman dengan jumlah penduduk seluruhnya sebanyak 72.438 jiwa terdiri dari 36.369 penduduk laki-laki dan 36.069 penduduk perempuan yang dihuni sebanyak 23.645 kepala keluarga. Kecamatan Mlati terdapat 5 desa dan 2 puskesmas yaitu Puskesmas Mlati I terdiri dari Desa Sendangadi dan Desa Sinduadi, serta Puskesmas Mlati II terdiri dari Desa Sumberadi, Desa Tirtoadi, dan Desa Tlogoadi.

Puskesmas Mlati II merupakan salah satu puskesmas di Kecamatan Mlati, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Puskesmas Mlati II masuk sebagai salah satu bangunan warisan budaya yang menempati area Sultan Ground dengan luas tanah 8.337 meter persegi. Wilayah kerja Puskesmas Mlati II seluas 11.400 meter persegi yang terdiri dari Desa Sumberadi, Desa Tlogoadi, dan Desa Tirtoadi. Puskesmas Mlati II menyediakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang juga dilengkapi dengan pelayanan 24 jam terbatas.

Puskesmas Mlati II terdapat poli paru yang berfungsi untuk konsultasi dan pengobatan pasien TB. Puskesmas tersebut menjadwalkan hari khusus untuk konsultasi dan pengambilan obat pada pasien TB yaitu hari Jum'at. Setiap satu kali dalam seminggu pasien pada fase intensif rutin datang ke puskesmas, tetapi pada fase lanjutan pasien datang ke

puskesmas setiap satu kali dalam dua minggu. Pemegang program TB selalu mengingatkan pasien untuk datang ke puskesmas dengan menghubungi melalui *chat personal WhatsApp* atau *telephone*.

### 3. Puskesmas Sleman

Kecamatan Sleman merupakan kecamatan dan Ibu kota kabupaten di Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Luas wilayah Kecamatan Sleman adalah 31,32 km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk 65.577 jiwa. Kecamatan Sleman terdiri dari 5 desa yaitu Desa Catur Harjo, Desa Pandowo Harjo, Desa Tri Mulyo, Desa Tridadi dan Desa Triharjo.

Kecamatan Sleman memiliki 4 Puskesmas Pembantu dan 1 Puskesmas Rawat Inap yang berada di Jalan Kapten Hariyadi No. 6, Srimulyo, Triharjo, Sleman. Pasien TB yang datang ke puskesmas untuk konsultasi dan pengambilan obat dapat dilakukan di ruang BP Umum, tidak ada hari khusus untuk konsultasi dan pengambilan obat melainkan dapat dilakukan setiap hari pada jam kerja hingga pasien habis.

### 4. Puskesmas Kalasan

Kecamatan Kalasan merupakan kecamatan yang terletak di wilayah bagian Timur Kabupaten Sleman. Luas wilayah Kecamatan Kalasan adalah 35,84 km<sup>2</sup> yang terdiri dari 4 desa yaitu Desa Purwomartani terdiri dari 21 dusun, Desa Tirtomartani terdiri dari 17 dusun, Desa Tamanmartani terdiri dari 22 dusun, dan Desa Selomartani terdiri dari 20 dusun.

Kecamatan Kalasan memiliki 1 Puskesmas Pembantu dan 1 Puskesmas Rawat Inap yang berada di Sidokerto, Purwomartani, Kalasan, Sleman. Puskesmas Kalasan terdapat poli paru untuk pasien TB khususnya yang berada di wilayah Kalasan, dan jadwal pemeriksaan dapat dilakukan setiap satu kali dalam seminggu yaitu pada hari Kamis. Pasien yang menjalani pengobatan pada fase intensif datang ke puskesmas untuk konsultasi dan pengambilan obat setiap satu kali dalam seminggu, tetapi pasien yang menjalani pengobatan pada fase lanjutan datang ke puskesmas untuk konsultasi dan pengambilan obat setiap satu kali dalam dua minggu.

#### 5. Puskesmas Berbah

Kecamatan Berbah berada di 7.80254' LS dan 110.44290' BT dan terletak di Sanggrahan, Tegaltirto, Berbah, Sleman. Luas wilayah Kecamatan Berbah adalah 1.222.500 Ha<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk sebanyak 50.752 jiwa. Kecamatan Berbah terdapat 4 desa yaitu Desa Jogotirto, Desa Kalitirto, Desa Sendangtirto, dan Desa Tegaltirto yang terdiri atas 58 dusun, 142 RW dan 350 RT.

Puskesmas Berbah terdapat 4 Puskesmas Pembantu yaitu Pustu Kalitirto, Pustu Tegaltirto, Pustu Sendangtirto, Pustu Jogotirto dan 1 Puskesmas Rawat Inap yang berada di Jalan Sekarsuli – Berbah, Sribit, DI Yogyakarta 55573. Puskesmas Berbah memiliki poli paru yang berada di puskesmas pembantu Tegaltirto. Pasien dapat melakukan konsultasi

dan pengambilan obat setiap hari Jum'at di puskesmas pembantu Tegaltirto. Pasien yang menjalani pengobatan fase intensif datang ke puskesmas setiap satu kali dalam seminggu, tetapi pasien yang menjalani pengobatan fase lanjutan datang ke puskesmas setiap satu kali dalam seminggu. Pemegang program TB selalu mengingatkan pasiennya melalui *chat personal WhatsApp* ataupun *telephone* untuk datang ke puskesmas setiap minggunya.

## **B. Hasil Penelitian**

### **1. Gambaran Karakteristik Demografi Responden**

Karakteristik demografi responden dalam penelitian ini adalah penderita TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Depok 3, Puskesmas Mlati II, Puskesmas Sleman, Puskesmas Kalasan dan Puskesmas Berbah yang sedang menjalani pengobatan. Jumlah responden di 5 puskesmas tersebut sebanyak 54 orang pada bulan Februari-Maret, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.1  
 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan,  
 Tingkat Pendidikan, Mendapatkan Edukasi TB, Efek Samping Obat, dan  
 Fase Pengobatan ( $n=54$ )

| No. | Variabel                  | Fase Intensif |                | Fase Lanjutan |                |
|-----|---------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
|     |                           | Frekuensi     | Persentase (%) | Frekuensi     | Persentase (%) |
| 1.  | Jenis Kelamin             |               |                |               |                |
|     | Laki-laki                 | 23            | 67,6           | 11            | 55,0           |
|     | Perempuan                 | 11            | 32,4           | 9             | 45,0           |
|     | Total                     | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |
| 2.  | Pekerjaan                 |               |                |               |                |
|     | Buruh                     | 11            | 32,4           | 2             | 10,0           |
|     | Wiraswasta/pegawai swasta | 6             | 17,6           | 5             | 25,0           |
|     | PNS                       | 0             | 0              | 0             | 0              |
|     | Tidak bekerja             | 12            | 35,3           | 4             | 45,0           |
|     | Lain-lain                 | 5             | 14,7           | 9             | 20,0           |
|     | Total                     | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |
| 3.  | Tingkat Pendidikan        |               |                |               |                |
|     | SD/MI                     | 9             | 26,5           | 3             | 15,0           |
|     | SMP/SLTP                  | 8             | 23,5           | 4             | 20,0           |
|     | SMA/SLTA                  | 13            | 38,2           | 10            | 50,0           |
|     | Lain-lain                 | 4             | 11,8           | 3             | 15,0           |
|     | Total                     | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |
| 4.  | Mendapatkan Edukasi TB    |               |                |               |                |
|     | Pernah                    | 24            | 70,6           | 14            | 70,0           |
|     | Tidak pernah              | 10            | 29,4           | 6             | 30,0           |
|     | Total                     | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |
| 5.  | Efek Samping Obat         |               |                |               |                |
|     | Ada                       | 15            | 44,1           | 5             | 25,0           |
|     | Tidak ada                 | 19            | 55,9           | 15            | 75,0           |
|     | Total                     | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |
| 6.  | Fase Pengobatan           | 34            | 63,0           | 20            | 37,0           |

(Sumber: Data Primer, 2019)

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat diketahui bahwa responden pada fase intensif sebagian besar dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 23 orang (67,6%). Pekerjaan responden sebagian besar tidak bekerja sebanyak 12 orang (35,3%) dan sebagian kecil adalah lain-lain terdiri dari mahasiswa

dan Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 5 orang (14,7%). Pada tingkat pendidikan responden sebagian besar SMA/SLTA sebanyak 13 orang (38,2%) dan sebagian kecil adalah lain-lain terdiri dari Perguruan Tinggi (PT) dan tidak sekolah sebanyak 4 orang (11,8%). Sebagian besar responden pernah mendapatkan edukasi TB sebanyak 24 orang (70,6%) dan tidak ada yang mengalami efek samping obat sebanyak 19 orang (55,9%).

Sedangkan responden penderita TB pada fase lanjutan sebagian besar dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 11 orang (55,0%). Pekerjaan responden sebagian besar adalah lain-lain terdiri dari mahasiswa dan IRT sebanyak 9 orang (20,0%). Pada tingkat pendidikan responden sebagian besar SMA/SLTA sebanyak 10 orang (50,0%) dan sebagian kecil sebanding antara SD/MI dan lain-lain terdiri dari mahasiswa dan IRT sebanyak 3 orang (15,0%). Sebagian besar responden pernah mendapatkan edukasi TB sebanyak 14 orang (70,0%) dan tidak ada yang mengalami efek samping obat sebanyak 15 orang (75,0%).

Tabel 4.2

## Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Lama Pengobatan

| Variabel        | Fase Intensif |          |                 | Fase Lanjutan |          |                 |
|-----------------|---------------|----------|-----------------|---------------|----------|-----------------|
|                 | Mean          | Min-Maks | Standar Deviasi | Mean          | Min-Maks | Standar Deviasi |
| Usia            | 46            | 18-82    | 17.800          | 45            | 18-76    | 16.512          |
| Lama Pengobatan | 2             | 1-4      | .937            | 7             | 2-18     | 4.420           |

(Sumber: Data Primer, 2019)

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa responden pada fase intensif berusia rata-rata 46 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan usia tertua 82 tahun, rata-rata lama pengobatan responden 2 bulan dengan lama pengobatan antara 1-4 bulan pengobatan. Sedangkan responden pada fase lanjutan berusia rata-rata 45 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan usia tertua 76 tahun, rata-rata lama pengobatan responden 7 bulan dengan lama pengobatan antara 2-18 bulan pengobatan.

## 2. Tingkat Depresi Responden

Tabel 4.3  
Tingkat Depresi Responden

| Variabel        | Fase Intensif |                | Fase Lanjutan |                |
|-----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
|                 | Frekuensi     | Persentase (%) | Frekuensi     | Persentase (%) |
| Tingkat Depresi |               |                |               |                |
| Normal          | 22            | 64,7           | 11            | 55,0           |
| Depresi Ringan  | 7             | 20,6           | 3             | 15,0           |
| Depresi Sedang  | 4             | 11,8           | 5             | 25,0           |
| Depresi Berat   | 1             | 2,9            | 1             | 5,0            |
| Total           | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |

(Sumber: Data Primer, 2019)

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat diketahui bahwa 61% responden tidak mengalami depresi sedangkan responden yang mengalami depresi 38%. Dimana pada fase intensif kejadian depresi sebagian besar pada depresi ringan (20,6%), kemudian depresi sedang (11,8%), dan depresi berat (2,9%). Sedangkan pada fase lanjutan sebagian besar mengalami depresi



sedang (25,0%), kemudian depresi ringan (15,0%), dan depresi depresi (5%).

### 3. Perbedaan Tingkat Depresi Penderita TB pada Fase Intensif dan Fase Lanjutan

Tabel 4.4  
Perbedaan Tingkat Depresi Penderita TB pada Fase Intensif dan Fase Lanjutan.

| Tingkat Depresi | Fase Intensif |                | Fase Lanjutan |                | Nilai p |
|-----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------|
|                 | Frekuensi     | Persentase (%) | Frekuensi     | Persentase (%) |         |
| Normal          | 22            | 64,7           | 11            | 55,0           | 0,599   |
| Depresi Ringan  | 7             | 20,6           | 3             | 15,0           |         |
| Depresi Sedang  | 4             | 11,8           | 5             | 25,0           |         |
| Depresi Berat   | 1             | 2,9            | 1             | 5,0            |         |
| Total           | 34            | 100,0          | 20            | 100,0          |         |

(Sumber: Data Primer, 2019)

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat diketahui bahwa responden dengan tingkat depresi normal sebagian besar pada fase intensif, tingkat depresi ringan sebagian besar pada fase intensif, sedangkan responden dengan tingkat depresi sedang sebagian besar pada fase lanjutan, dan responden dengan tingkat depresi berat berjumlah sebanding antara pada fase intensif dan fase lanjutan.

Berdasarkan hasil analisa data dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,599. Berdasarkan nilai tersebut, karena nilai  $p > 0,05$  dapat disimpulkan bahwa “Tidak Ada

Perbedaan Tingkat Depresi Penderita TB pada Fase Intensif dan Fase Lanjutan”.

## **C. Pembahasan**

### **1. Gambaran Karakteristik Responden**

#### **a. Usia**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Depok 3, Puskesmas Mlati II, Puskesmas Sleman, Puskesmas Kalasan, dan Puskesmas Berbah didapatkan hasil yaitu rata-rata usia responden penderita TB pada fase intensif adalah 46 tahun dan fase lanjutan adalah 45 tahun. Pada penelitian ini didapatkan beberapa responden yaitu usia produktif, dimana pada usia tersebut banyak terjadi TB dikarenakan seseorang lebih banyak berada diluar rumah untuk bekerja dan berinteraksi dengan orang lain selain itu semakin bertambah usia maka sel dalam tubuh dapat mengalami penurunan fungsi, sehingga sangat lebih mudah untuk terkena penyakit. Data tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa sekitar 75% penderita TB berada pada rentang usia produktif secara ekonomi yaitu 15-50 tahun (Kemenkes RI, 2014).

Diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurjannah & Sudana (2017), bahwa penderita TB sebanyak 15 orang (50%) berada pada usia dewasa tua yang merupakan usia produktif secara ekonomi. Hal ini terjadi karena pada usia lanjut dapat terjadi penurunan sistem

imunologis sehingga semakin tua umur seseorang maka semakin rentan pula untuk terkena penyakit (Wadjah, 2012; Marselia, Wilson & Pratiwi, 2017), selain itu usia produktif sering sekali menghabiskan waktunya diluar rumah untuk bekerja maupun untuk berinteraksi dengan orang lain. Sehingga, kelompok usia produktif sangat beresiko terkena paparan ketika kontak dengan penderita TB (Nurjannah & Sudana, 2017).

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan dengan jenis kelamin laki-laki dan sebagian kecil adalah perempuan. Pada jenis kelamin laki-laki banyak terjadi TB dikarenakan laki-laki sebagian besar menjadi kepala keluarga sehingga kesehariannya memiliki mobilitas tinggi untuk bekerja diluar rumah dan perilaku merokok yang biasanya dilakukan pada laki-laki. Data ini sesuai dengan teori WHO bahwa TB lebih sering di derita oleh laki-laki, hal tersebut disebabkan karena kebiasaan merokok yang sering dilakukan oleh laki-laki sehingga mudah terinfeksi dan terkena penyakit salah satunya adalah TB paru.

Sejalan dengan penelitian Nurjannah & Sudana (2017), bahwa responden laki-laki lebih banyak dari pada perempuan, hal ini berhubungan dengan kebiasaan merokok tembakau dan alkohol yang

dapat menyebabkan gangguan pada sistem imunitas di saluran pernafasan sehingga menjadi rentan terhadap infeksi (Wadjah, 2012). Menurut Iskandar (dalam Nurjannah & Sudana, 2017) gangguan sistem imunitas pada saluran pernafasan berupa kerusakan mikrosiliar akibat dari racun asap rokok yang dapat menyebabkan menurunnya respon terhadap antigen sehingga rentan terjadi TB paru.

Kebiasaan merokok pada laki-laki dapat meningkatkan resiko terkena TB sebanyak 2,2 kali, selain itu kebiasaan laki-laki yang jarang memperhatikan kesehatannya dan juga kehidupan sehari-harinya yang mengharuskan laki-laki lebih sering berada diluar rumah untuk bekerja merupakan faktor pemicu terjadinya TB yang akan berdampak pada rendahnya imunitas dan faktor terpajan yang lebih besar (Marsaulina & Hasan, 2011; Sarwani & Nurlaela, 2012).

Data tersebut tidak selamanya konsisten bahwa penderita TB lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan, harus dilakukan penelitian lebih lanjut terkait tingkat *behavioral*, tingkat kejiwaan, sistem pertahanan tubuh dan tingkat molekuler untuk menyatakan bahwa perempuan menjadi faktor resiko terkena TB (Achmadi, 2005).

#### c. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB pada fase intensif yaitu tidak bekerja dan sebagian kecil

adalah mahasiswa dan IRT, sedangkan sebagian besar penderita TB pada fase lanjutan adalah mahasiswa dan IRT dan sebagian kecil bekerja sebagai buruh. Secara umum, pekerjaan merupakan aktifitas yang dilakukan oleh seseorang untuk mencari nafkah (Marselina, Wilson & Pratiwi, 2017). Angka kejadian TB dapat meningkat dipengaruhi oleh rendahnya sosial ekonomi kemudian berhubungan dengan pekerjaan, dimana merupakan penyebab tertentu terjadinya TB.

Sejalan dengan penelitian Muaz (2014) bahwa penderita TB yang bekerja akan memiliki tingkat ekonomi yang baik sehingga dapat memenuhi untuk pengobatan dan asupan gizinya, sebaliknya seseorang yang tidak bekerja cenderung memiliki ekonomi yang rendah dan mengalami kesulitan untuk menjalani pengobatan serta memenuhi asupan gizi yang baik. Sehingga faktor ini menjadi salah satu penyebab terjadinya TB.

d. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB fase intensif pada tingkat pendidikan SMA/SLTA dan sebagian kecil adalah PT (Perguruan Tinggi) dan tidak sekolah, sedangkan sebagian besar penderita TB fase lanjutan pada tingkat pendidikan SMA/SLTA dan sebagian kecil adalah SD/MI, PT dan tidak bekerja. Tingkat pendidikan merupakan peranan penting untuk

mengukur tingkat pengetahuan seseorang terhadap TB. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka seseorang cenderung memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi.

Berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani (2013), tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan kejadian TB. Hal ini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tentang pencegahan penyakit TB tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan saja, tetapi ada faktor lain yang dapat mempengaruhi misalnya penderita TB tidak mendapatkan edukasi tentang pencegahan penyakit TB dari pihak puskesmas, karena lebih banyak penderita TB mendapatkan edukasi setelah terdiagnosa TB.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Budi & Tuntun (2016), menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan kejadian TB, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pengetahuan dan sikap seseorang terhadap objeknya, dengan kata lain semakin banyak seseorang mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media massa, maka informasi yang didapatkan tentang kesehatan semakin banyak.

e. Mendapatkan Edukasi TB

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan pernah mendapatkan edukasi TB sedangkan sebagian kecil tidak pernah mendapatkan

edukasi TB. Edukasi TB sangat berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang dapat mengarah ke angka kejadian TB, jika seseorang tidak pernah mendapatkan edukasi maka tidak adanya pengetahuan yang dimiliki seseorang terkait penyakitnya, sehingga kejadian TB dapat meningkat. Menurut Wadjah (2012), sebagian besar edukasi atau pendidikan tentang TB dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan yang sangat memberi pengaruh positif pada proses penyembuhan.

Sejalan dengan penelitian Muttaqin (dalam Zahroh & Subai'ah, 2016), penderita TB yang menjalani pengobatan sangat penting untuk mendapatkan *Hospital Education* (HE), bertujuan untuk memberikan pengetahuan terkait fungsi dan dampak keteraturan minum obat dan kontrol tepat waktu, hal ini dapat mempengaruhi lama pengobatannya. Berbanding terbalik menurut Wadjah (2012), pendidikan yang rendah tidak menjamin mengenai kesadaran masyarakat yang kurang terhadap kesehatan diri dan pencegahan terhadap masalah penyakitnya.

f. Efek Samping Obat

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan tidak mengalami efek samping obat, sedangkan sebagian kecil penderita TB mengalami efek samping obat pada fase intensif seperti gatal, mual, pusing,

bintik-bintik hitam, sendi kaku, diare dan efek samping pada fase lanjutan seperti gatal, mual, sendi kaku. Penderita TB yang menjalani pengobatan mengalami efek samping dapat berpengaruh terhadap kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, jika penderita mengalami efek samping maka penderita merasa malas untuk mengkonsumsi obat dikarenakan gejala efek samping yang mengganggu. Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Kemenkes RI (2014), bahwa terdapat beberapa pasien yang mengalami efek samping merugikan atau berat tetapi sebagian besar penderita TB dapat menjalankan pengobatan sampai selesai tanpa adanya efek samping.

Hal ini sejalan dengan penelitian Nahda, Kholis, Wardani & Hardian (2017), bahwa lebih banyak penderita yang tidak mengalami efek samping obat, disebabkan karena dosis terapi yang adekuat dan regimen terapi anti-tuberkulosis yang bersifat jangka pendek. *Directly Observed Treatment* (DOT) dan regimen terapi jangka pendek merupakan terapi yang dianjurkan oleh WHO sehingga saat ini masih dianggap sebagai metode terapi yang sangat efektif dan aman untuk penderita TB.

g. Lama Pengobatan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata lama pengobatan penderita TB pada fase intensif adalah 2 bulan dan fase lanjutan adalah 7 bulan. Penderita TB harus menjalani pengobatan



pada fase intensif dan fase lanjutan. Fase intensif merupakan fase pengobatan yang secara efektif dapat menurunkan jumlah kuman yang ada di dalam tubuh penderita dan meminimalisir sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sebelum penderita menjalani pengobatan. Pada fase ini penderita harus mengkonsumsi obat setiap hari selama 2 bulan dan pada umumnya jika pengobatan teratur dengan rentang waktu 2 minggu penularan TB sudah sangat menurun (Kemenkes RI, 2014). Fase lanjutan merupakan tahap pengobatan selama lebih dari 4 bulan, dimana tahap ini merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa kuman yang masih ada di dalam tubuh penderita sehingga penderita dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2014).

Pada penelitian ini didapatkan sebagian besar penderita TB menjalani pengobatan pada kategori 1 dengan kasus baru dan sebagian kecil penderita TB menjalani pengobatan pada kategori 2 dengan kasus kambuh. Kategori 1 merupakan panduan OAT yang diberikan untuk pasien TB yang baru terdiagnosis TB paru terkonfirmasi bakteriologis, TB paru terdiagnosis klinis dan TB ekstra paru (Kemenkes RI, 2014). Sedangkan kategori 2 merupakan panduan OAT yang diberikan untuk pasien TB BTA positif yang pernah menjalani pengobatan ulang seperti pada pasien kambuh, pasien gagal

dalam pengobatan kategori 1 sebelumnya dan pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (Kemenkes RI, 2014).

Sejalan dengan penelitian Muttaqin (dalam Zahroh & Subai'ah, 2016), penderita kategori 1 harus minum obat secara teratur karena pada kategori ini sangat berpengaruh terhadap kesembuhannya. Jika pengobatan gagal dapat menyebabkan kekambuhan dan ketidakberhasilan terhadap pengobatannya sehingga penderita TB harus menjalani pengobatan ulang pada jangka waktu yang lebih lama atau biasa disebut pengobatan kategori 2 (7-8 bulan). Jika gagal pada pengobatan kategori 2 dapat berlanjut ke kategori 3 (>8 bulan). Lama pengobatan TB merupakan jangka waktu penderita TB selama menjalani pengobatan yang bertujuan untuk mencegah kasus kambuh, resisten terhadap OAT, memutuskan rantai penularan kuman TB dan kematian (Marselia, Wilson & Pratiwi, 2017).

## **2. Tingkat Depresi Penderita TB**

Pada penelitian ini kejadian depresi yang dialami responden sebesar 38%. Pada fase intensif sebagian besar mengalami depresi normal (tidak depresi), kemudian depresi ringan, depresi sedang dan depresi berat. Sedangkan pada fase lanjutan sebagian besar mengalami depresi normal, kemudian depresi sedang, depresi ringan dan depresi berat.

Hasil penelitian pada kejadian depresi ini lebih tinggi dibandingkan dengan hasil penelitian di pelayanan kesehatan tersier di Bangladesh sebesar 30,9%. Namun hasil ini lebih rendah dibandingkan di Turki sebesar 72,2% penderita TB yang mengalami kejadian depresi dan kecemasan. Perbedaan ini bisa saja dapat terjadi karena perbedaan kondisi pasien yang digunakan untuk subjek penelitian (Zuprin, 2015).

Pada penelitian ini subjek penelitian yang digunakan adalah penderita TB yang baru terdiagnosa TB dan lama terdiagnosa TB, sedangkan penelitian di Bangladesh menggunakan subjek penelitian penderita yang sudah lama terdiagnosa TB, dan penelitian di Turki hanya menggunakan subjek penelitian penderita baru yang terdiagnosa TB. Pada pasien yang baru terdiagnosa kemungkinan mengalami depresi dan kecemasan yang lebih tinggi, sebaliknya pada pasien yang sudah lama terdiagnosa kemungkinan pasien sudah mulai menerima penyakit yang dideritanya sehingga gejala depresi semakin menurun (Zuprin, 2015).

Berdasarkan karakteristik demografi pada penelitian ini, didapatkan bahwa responden dengan depresi normal karena sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dengan tingkat pendidikan SMA/SLTA yang tidak mengalami efek samping obat serta pernah mendapatkan edukasi TB. Laki-laki kemungkinan lebih kecil mengalami depresi dibandingkan perempuan karena terjadinya perubahan hormon noradrenalin, selain itu tingkat pendidikan berhubungan dengan pernah mendapatkan edukasi TB

dan tidak mengalami efek samping obat yang dapat membuat gejala depresi tidak nampak pada responden.

Sejalan dengan penelitian Mustaqin, Suryawati & Priyanto (2017) menyatakan bahwa depresi pada penderita TB lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki, hal ini disebabkan karena perempuan lebih sering terpapar dengan beberapa stressor lingkungan di kehidupan sehari-hari, selain itu terjadi perubahan hormon noradrenalin pada wanita. Hormon noradrenalin merupakan hormon yang memegang peranan penting untuk mengendalikan otak dan aktivitas tubuh. Pada seseorang yang mengalami depresi maka hormon tersebut dapat berkurang, jika pada perempuan yang mengalami depresi maka ketidakseimbangan hormon tersebut dapat dihubungkan dengan kelahiran anak dan *menopause* (Lailil & Mukarromah, 2012). Sehingga faktor tersebut yang menyebabkan depresi normal tidak banyak terdapat pada responden dengan jenis kelamin perempuan.

Selain faktor diatas, terdapat juga faktor tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi gejala depresi. Pada penelitian ini responden memiliki tingkat pendidikan SMA/SLTA dan pernah mendapatkan edukasi TB sehingga pengetahuan responden terkait penyakitnya semakin luas. Tidak ada efek samping yang dirasakan responden dan tidak ada penyakit penyerta lainnya juga merupakan salah satu alasan responden tidak mengalami depresi karena tidak ada gejala fisik tambahan yang

dialami responden selama menjalani pengobatan. Sejalan dengan penelitian Nahda, Kholis, Wardani & Hardian (2017) menyatakan bahwa subjek dengan adanya komplikasi dan penyakit komorbid memiliki resiko 20,1 lebih besar untuk mengalami depresi.

Berdasarkan karakteristik demografi pada penelitian ini, didapatkan bahwa responden dengan depresi ringan berusia antara 33-81 tahun yang sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yang tidak bekerja dengan tingkat pendidikan SD/MI yang mengalami efek samping obat seperti gatal, mual dan pusing tetapi pernah mendapatkan edukasi TB. Pada usia tersebut merupakan usia produktif sehingga jika lansia mengalami suatu penyakit maka mudah sekali mempengaruhi kondisi psikisnya, selain itu tingkat pendidikan seseorang atau penderita yang rendah dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan.

Sejalan dengan teori Natani, *et al* yang dikutip oleh Ige, *et al* (dalam Nahda, Kholis, Wardani & Hardian, 2017) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia dan kejadian depresi. Natani menyatakan bahwa depresi sangat umum terjadi pada pasien yang sedang menjalani pengobatan TB, terutama pada kalangan orang tua, orang dengan penyakit yang luas serta orang yang sakit mengalami sakit kronik. Depresi yang terjadi pada lansia biasanya terjadi karena berbagai faktor, salah satunya adalah faktor penyakit yang di derita dan masalah psikososial. Selain itu

penyakit kardiovaskuler dan respirasi, penurunan fungsi pendengaran, penglihatan dan adanya infeksi terutama TB merupakan faktor yang banyak dijumpai pada lansia (Pilania, *et al*, 2013).

Menurut penelitian Rahmi, Medison & Suryadi (2017) menyatakan bahwa dengan pendidikan yang rendah, responden dapat menganggap tidak perlu untuk menjalani pengobatan sampai selesai sehingga dapat membuat responden tidak patuh dalam pengobatan. Faktor ini juga dapat dipengaruhi karena faktor internal (minat, kondisi fisik, intelegensia) dan faktor eksternal (keluarga, masyarakat, sarana). Seseorang yang tidak bekerja dapat berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan untuk pengobatan, dimana jika seseorang tidak bekerja maka kebutuhan ekonomi yang mendukung untuk pengobatan dapat terhambat (Muaz, 2014). Selain tidak memiliki pekerjaan, hal ekonomi seperti tidak memiliki rumah dan kemiskinan juga merupakan faktor yang berkaitan dengan kejadian depresi (Nahda, Kholis, Wardani & Hardian, 2017).

Menurut Nahda, Kholis, Wardani & Hardian (2017) dalam penelitiannya terdapat efek samping obat yang dialami oleh penderita TB seperti mual, sakit perut, pusing dan gatal. Namun hal ini tidak ada hubungan yang bermakna antara efek samping obat dengan kejadian depresi, disebabkan karena menurut WHO terapi anti tuberkulosis merupakan regimen terapi yang bersifat jangka pendek dan merupakan terapi yang efektif dan aman untuk TB.

Dalam penelitian Rahmi, Medison & Suryadi (2017), keluhan efek samping obat lebih beresiko 2,84 kali untuk terjadinya ketidakpatuhan dalam pengobatan pada responden, selain itu responden yang tidak patuh dalam pengobatan juga dapat disebabkan karena responden tidak mengetahui bahwa OAT dapat menimbulkan keluhan. Selain itu juga terdapat faktor lain yang menyebabkan depresi yaitu adanya komplikasi dan penyakit komorbid. Penderita TB disertai dengan komplikasi memiliki resiko lebih besar untuk mengalami depresi.

Pada 21 pernyataan kuesioner yang mencakup 4 sub komponen objek sikap yaitu berdasarkan manifestasi emosional, manifestasi kognitif, manifestasi motivasional dan manifestasi fisik dapat disimpulkan bahwa responden dengan depresi ringan merasakan sedih tetapi tidak sepanjang waktu, responden merasa bersalah di sebagian waktunya, responden merasa kecewa terhadap diri sendiri, responden akhir-akhir ini sedikit lebih pemarah dibandingkan biasanya, responden sering menunda dalam mengambil keputusan, responden mulai sedikit khawatir mengenai gejala kesehatan yang muncul pada dirinya dan responden kurang minat dalam bidang seks dibandingkan biasanya.

Berdasarkan karakteristik demografi pada penelitian ini, didapatkan bahwa responden dengan depresi sedang sebagian besar berjenis kelamin perempuan yang tidak bekerja dan tidak pernah mendapatkan edukasi TB. Pada seseorang yang menderita penyakit TB dan tidak mengetahui

tentang penyakitnya dapat dengan mudah menyebabkan stress bahkan sampai depresi, terlebih jika penderita dengan jenis kelamin perempuan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Silvana (2016) menyatakan bahwa jenis kelamin dan tidak pernah mendapatkan edukasi TB merupakan salah satu faktor penyebab depresi pada penderita TB. Kondisi tersebut disebabkan karena perbedaan ukuran organ *Corpus Calosum* dan *Commisura anterior* yang lebih kecil pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan perempuan, sehingga kedua organ tersebut yang dapat menyebabkan laki-laki tidak terlalu berpengaruh terhadap emosi dan stressor yang dialami. Penderita yang tidak mendapatkan edukasi atau informasi tentang TB dapat membuat penderita berasumsi buruk terhadap dirinya sendiri. Penderita juga mengawatirkan kondisinya terkait berapa lama penyakitnya dapat sembuh bahkan terkadang penderita beranggapan bahwa ketika terdiagnosis TB memiliki sedikit peluang untuk bertahan hidup (Silvana, 2016).

Pada 21 pernyataan kuesioner yang mencakup 4 sub komponen objek sikap yaitu berdasarkan manifestasi emosional, manifestasi kognitif, manifestasi motivasional dan manifestasi fisik dapat disimpulkan bahwa responden dengan depresi sedang merasa sudah tidak mendapatkan kepuasan dari hal apapun selama sakit, responden menyalahkan dirinya sepanjang waktu karena kesalahan-kesalahannya terutama kesalahan dirinya sendiri karena mengalami penyakit TB,



responden mengalami kesulitan lebih besar untuk mengambil keputusan selama sakit, responden mengalami gangguan tidur yaitu bangun 1-2 jam lebih awal dari biasanya setelah itu merasa sulit untuk dapat tidur kembali, responden merasa lelah setelah melakukan apa saja, responden sangat cemas tentang masalah-masalah kesehatannya, dan responden selama sakit mengalami penurunan minat dalam bidang seks.

Berdasarkan karakteristik demografi pada penelitian ini, didapatkan bahwa responden dengan depresi berat tidak ada faktor pencetus yang diduga menjadi penyebab munculnya gejala depresi, tetapi pada 21 pernyataan kuesioner yang mencakup 4 sub komponen objek sikap yaitu berdasarkan manifestasi emosional, manifestasi kognitif, manifestasi motivasional dan manifestasi fisik dapat disimpulkan bahwa responden dengan depresi berat merasa bahwa dirinya telah gagal total ketika menderita penyakit TB, responden merasa bahwa tidak ada yang diharapkan pada dirinya, responden merasa tidak puas dan bosan dengan penyakitnya, responden merasa sedang dihukum karena penyakit yang menimpanya, responden selalu menyalahkan diri sendiri untuk semua hal buruk yang terjadi pada dirinya, responden telah kehilangan minat terhadap orang lain hampir bahkan seluruhnya, responden tidak dapat mengambil keputusan sama sekali ketika menderita penyakit TB, responden mengalami gangguan tidur yaitu bangun beberapa jam lebih

awal namun tidak dapat tidur kembali, dan responden merasa terlalu lelah setelah melakukan apapun.

Hal ini dapat disimpulkan bahwa tingginya tingkat depresi dan kecemasan pada penderita TB berkaitan dengan faktor dari dalam diri penderita. Jika faktor tersebut terus menerus dialami responden penderita TB selama sakit, seringkali dapat membuat penderita menjadi tidak patuh dalam minum obat sehingga perlu dilakukan manajemen yang efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat serta memperhatikan kesehatan mental agar gejala depresi tidak semakin bertambah (Patchi, dkk, 2013; Mustaqin, Suryawati & Priyanto, 2017).

### **3. Perbedaan Tingkat Depresi Penderita TB Pada Fase Intensif dan Fase Lanjutan**

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat depresi penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan. Dimana sebagian besar responden pada fase intensif dan fase lanjutan tidak mengalami depresi. Depresi ringan sebagian besar pada fase intensif, sedangkan depresi sedang sebagian besar pada fase lanjutan. Tidak adanya perbedaan secara statistik antara fase intensif dan fase lanjutan disebabkan oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan, mendapatkan edukasi TB dan efek samping obat. Depresi dapat terjadi pada siapa saja, baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan, namun kemungkinan ada

faktor lain yang dapat membuat penderita tidak mengalami depresi pada laki-laki. Tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang terhadap suatu objek sehingga dengan pengetahuan yang baik responden menjadi paham dan tidak mudah stres, hal ini berhubungan dengan responden yang pernah mendapatkan edukasi TB. Selain itu, tidak mengalami efek samping obat juga merupakan salah satu faktor responden tidak mengalami depresi dikarenakan tidak ada gejala fisik yang dialami selama menjalani pengobatan.

Berdasarkan jenis kelamin, didapatkan sebagian besar responden pada fase intensif dan fase lanjutan berjenis kelamin laki-laki. Sejalan dengan penelitian Issa, Yussuf & Kuranga (2009) di populasi Nigeria, bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan kejadian depresi pada penderita TB, hal ini disebabkan karena depresi lebih berkaitan dengan faktor lain yang berhubungan dengan gender misalnya status perkawinan, jumlah anak dan sebagainya. Selain itu juga terdapat perubahan hormon yang dialami perempuan pada saat *pra haid* dan *post menopause*, dimana kondisi tersebut tidak dialami oleh laki-laki (Mustaqin, Suryawati & Priyanto, 2017). Sehingga, dengan adanya perubahan hormon tersebut, menyebabkan pada penelitian ini tidak ada perbedaan tingkat depresi karena responden laki-laki lebih banyak dibandingkan responden perempuan.

Berdasarkan tingkat pendidikan, didapatkan sebagian besar responden pada fase intensif dan fase lanjutan dengan tingkat pendidikan SMA/SLTA. Menurut penelitian Budi & Tuntun (2016) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik pengetahuan seseorang terhadap objek penyakitnya sehingga seseorang mendapatkan informasi lebih banyak dari orang lain dan media masa yang dapat mengurangi gejala depresi yang muncul pada diri seseorang.

Berdasarkan mendapatkan edukasi TB, didapatkan bahwa sebagian besar responden pada fase intensif dan fase lanjutan pernah mendapatkan edukasi TB. Menurut penelitian Zahroh & Subai'ah (2016), menyatakan bahwa penyuluhan dan konseling yang diberikan oleh tenaga kesehatan di puskesmas ataupun di pelayanan kesehatan lainnya dapat mengatasi stres yang dialami oleh penderita TB, selain akan menambah pengetahuan juga dapat memotivasi penderita TB untuk rutin minum obat selama 6-8 bulan dan rutin kontrol ke puskesmas sehingga penderita tidak terlalu stres dengan penyakitnya.

Berdasarkan efek samping obat, didapatkan bahwa sebagian besar responden pada fase intensif dan fase lanjutan tidak mengalami efek samping obat. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa semakin lama pengobatan TB maka proses adaptasi terhadap pengobatan dapat semakin membaik, sehingga penderita TB yang menjalani pengobatan pada fase lanjutan sebagian besar tidak mengalami efek

samping obat (Marselia, Wilson & Pratiwi, 2017). Adanya efek samping obat yang dialami responden, hal ini dapat berhubungan dengan keadaan mental pasien, sebagaimana teori yang dipaparkan oleh peneliti terdahulu bahwa beberapa OAT memiliki efek samping yang dapat menyebabkan komplikasi terhadap keadaan mental pasien, seperti *Isoniazid* (INH), *Oproniazid* (IPH), *Ethambutol*, *Cycloserine* (CS).

Pada obat INH merupakan senyawa kimia dimana obat tersebut memiliki efek kerja sebagai penghambat Monoamine Oksidase (MOA). Jika pasien mengkonsumsi obat tersebut, pasien dapat mengalami terjadinya gangguan perilaku, perubahan pola tidur, berkurangnya memori dan pasien juga dapat mengalami kejang bahkan koma jika dalam konsumsi yang berlebihan. Selain itu INH juga dapat memicu terjadinya piridoksin yang diikuti dengan penurunan produksi Norepinefrin (NE), serotonin dan *Gamma-Aminobutyric* (GABA).

Selanjutnya pada obat IPH dan *Ethambutol* dapat menyebabkan pasien mengalami gangguan psikosis, sehingga responden cenderung memiliki skor stres negatif yang lebih tinggi akibatnya lebih banyak responden yang mengalami stressor negatif dan dapat mempengaruhi derajat stress pada responden tersebut (Faizah, dkk, 2016). Sedangkan pada obat CS dapat menunjukkan beberapa gangguan kejiwaan dari berbagai tingkat keparahan. Hal ini dikarenakan obat CS dilaporkan bersifat neurotoksik yang dapat terjadi karena penurunan produksi GABA

yang diakibatkan karena penghambat enzim glutamate dekarbosisilase. Efek neurotoksik pada obat CS ini yang dapat mempermudah CS untuk masuk sawar darah otak.

Apabila pasien mengidap penyakit kronis seperti TB paru, maka pasien tersebut cenderung mengalami depresi yang diakibatkan karena menurunnya kadar monoamin di otak. Monoamin merupakan suatu sistem neurotransmitter di otak dalam bentuk dopamin, serotonin, dan norepinefrin. Neuron yang didalamnya mengandung dopamine dapat mempengaruhi timbulnya rasa senang, seks, dan aktivitas psikomotor. Selanjutnya norepinefrin dapat mempengaruhi beberapa fungsi seperti kewaspadaan, *mood*, nafsu makan, penghargaan, dan dorongan kehendak. Sedangkan serotonin dapat berperan dalam pengontrolan afek, agresivitas, tidur dan nafsu makan. Ketika neurotransmitter tidak dapat mencetuskan potensial aksi yang baru pada neuron pasca sinaps di celah sinaps yang pada gilirannya dapat menyebabkan perubahan pada area-area tertentu dari Sistem Saraf Pusat (SSP), perubahan ini yang terbukti dapat menyebabkan gejala depresi. Teori tersebut dapat disimpulkan bahwa jika neurotransmitter di dalam otak menurun dapat membuat penderita TB sangat rentan terhadap kejadian depresi.

Pada penelitian ini, sebagian besar responden menjalani pengobatan pada fase intensif dan merupakan kasus baru terkena TB. Menurut Marselia, Wilson & Pratiwi (2017), penderita yang baru menjalani terapi

dapat mengalami gejala depresi lebih berat dibandingkan dengan penderita yang menjalani terapi pada tahap akhir, hal ini diakibatkan karena proses adaptasi yang mempengaruhi gejala depresi.

Pada masing-masing fase pengobatan memiliki faktor pencetus depresi yang berbeda-beda. Pada fase intensif, faktor pencetus depresi disebabkan karena adanya efek samping obat yang dialami responden, efek samping tersebut yang membuat gejala depresi itu muncul. Berat atau ringannya gejala depresi yang muncul dapat terjadi akibat adanya proses adaptasi seseorang terhadap terapi TB. Selain itu, pada fase intensif sebagian besar responden dengan jenis kelamin laki-laki yang tidak bekerja, memiliki tingkat pendidikan SD/MI tetapi pernah mendapatkan edukasi TB.

Faktor pencetus lainnya pada responden fase intensif sebagian besar responden merasa sedih dan berkecil hati mengenai masa depannya tetapi responden menganggap dirinya sebagai orang yang gagal karena mengalami penyakit TB, responden juga merasa bersalah disebagian waktunya sehingga lebih banyak menangis dan sedikit pmarah dibanding biasanya, responden agak kurang minat terhadap orang lain dan membutuhkan suatu usaha ekstra untuk melakukan sesuatu, nafsu makan responden tidak sebaik biasanya dan terkadang merasa lelah ketika melakukan sesuatu.

Pada fase lanjutan, faktor pencetus depresi disebabkan karena adanya efek samping obat, pada penelitian ini responden fase lanjutan juga mengalami efek samping obat tetapi dengan jumlah responden yang tidak terlalu banyak dibandingkan responden pada fase intensif, efek samping yang dialami responden fase lanjutan juga dapat membuat gejala depresi itu muncul. Selain itu, pada fase lanjutan sebagian besar responden dengan jenis kelamin perempuan yang tidak bekerja, memiliki tingkat pendidikan SMA/SLTA dan pernah mendapatkan edukasi TB.

Faktor pencetus lainnya pada responden fase lanjutan berbeda dengan fase intensif, dimana sebagian besar responden merasa tidak puas atau bosan dengan segalanya yang dialami oleh responden sehingga responden berpikiran bahwa saat ini sedang dihukum karena mengalami penyakit TB yang begitu lama dan merasa kecewa bahkan menyalahkan diri sendiri, karena mengalami penyakit TB responden juga muncul perasaan bahwa adanya perubahan yang menetap pada fisiknya tetapi perasaan tersebut muncul hanya disebagian waktu saja, responden tidak mengalami gangguan tidur dan tidak mengalami penurunan pada berat badannya, responden juga terkadang merasa khawatir ketika muncul gejala sakit pada tubuhnya dan melihat adanya perubahan dalam minat seks. Sebagian besar responden fase lanjutan yang mengalami perubahan dalam minat seks berada pada rentang usia antara 43-66 tahun.



Sebagaimana teori yang dipaparkan oleh Kubler (1969) bahwa terdapat 5 tahapan yang berkaitan dengan proses kesedihan yang dialami manusia yaitu penolakan, kemarahan, perundingan, depresi, dan penerimaan. Tahap pertama, pada tahap penolakan berfungsi untuk penyangga setelah datangnya berita buruk yang tidak terduga. Ketika tahap ini tidak dapat dipertahankan maka dapat terjadi perasaan marah, iri hati, dan kebencian yang merupakan tahap kedua. Tahap ketiga adalah tahap perundingan yang merupakan periode dimana pasien mencoba untuk bernegosiasi dengan Tuhan-Nya, selain itu pasien juga berfikir apabila mereka tidak mampu menghadapi kenyataan yang menyedihkan dan kemarahan tidak berhasil membuat keadaannya membaik, mereka masih memiliki kesempatan untuk menunda kejadian buruk yang menimpa pasien. Tahap keempat merupakan depresi, tahap ini merupakan tahap dimana pasien benar-benar larut dalam kesedihannya. Pada tahap ini pasien mengalami gangguan pola tidur, penurunan nafsu makan, penurunan aktivitas bahkan munculnya pemikiran untuk bunuh diri. Tahap kelima yaitu penerimaan, dimana pasien mulai mencoba menerima dan memahami masalah kesehatan yang sedang dihadapinya. Tahap ini sering disebut dengan tahap akhir penyembuhan karena pasien mulai belajar untuk melanjutkan hidupnya.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini tidak ada perbedaan tingkat depresi penderita TB pada fase

intensif dan fase lanjutan disebabkan oleh jenis kelamin laki-laki, memiliki tingkat pendidikan SMA/SLTA, pernah mendapatkan edukasi TB dan tidak mengalami efek samping obat. Tingkat depresi normal sebagian besar dialami penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan, sedangkan tingkat depresi ringan sebagian besar pada fase intensif dan tingkat depresi sedang sebagian besar pada fase lanjutan. Hal ini dapat disebabkan karena terdapat faktor pencetus depresi yang berbeda-beda antara fase intensif dan fase lanjutan.

#### **D. Kelebihan dan Kelehamahan**

##### **1. Kelebihan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *total sampling* yang dilakukan di 5 wilayah kerja puskesmas.

##### **2. Kelemahan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan kuesioner yang dijawab oleh responden berdasarkan pilihan yang ada, sehingga tidak mendapatkan data yang lebih mendalam terkait perasaan yang dialami responden selama menderita penyakit TB. Selain itu, jumlah responden penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan tidak sebanding, sehingga kemungkinan ketika analisa data mendapatkan hasil yang tidak sesuai dengan hipotesis.