

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang dapat menular secara langsung melalui udara, disebabkan oleh kuman TB yaitu *Mycobacterium Tuberculosis* (Risikesdas, 2013). Menurut *World Health Organization* (WHO, 2014), saat ini TB masih menjadi ancaman masalah kesehatan global. Hampir sepertiga populasi di dunia tertular dengan penyakit TB yang sebagian penderitanya berada pada rentan usia produktif secara ekonomi yaitu antara 15-50 tahun (Kemenkes RI, 2011). Sekitar 9 juta penderita TB baru dan 3 juta kematian akibat TB lebih banyak terjadi di negara-negara berkembang dengan prevalensi 98% kasus TB dan yang mengalami kematian di dunia akibat TB sekitar 95% (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan data WHO (2015), pada tahun 2014 jumlah kasus baru TB di dunia mencapai 9,6 juta kasus dan mengalami peningkatan pada tahun 2015 mencapai 10,4 juta kasus yang terdiri dari 5,9 juta (56%) laki-laki, 3,5 juta (34%) perempuan, dan 1 juta (10%) anak-anak. Adapun jumlah temuan TB terbesar adalah di India sebanyak 2,8 juta kasus, diikuti Indonesia sebanyak 1,2 juta kasus dan Tiongkok sebanyak 918 ribu kasus. Tujuh negara yang menyumbang 64% dari kasus penderita TB baru diantaranya yaitu negara yang menduduki perhitungan paling tinggi adalah India, selanjutnya

diikuti oleh Indonesia, Cina, Filipina, Pakistan, Nigeria, dan Afrika Selatan (WHO, 2016).

Prevalensi penderita TB di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 395 per 100.000 populasi dengan angka kematian sebesar 40 per 100.000 populasi. Menurut Profil Kesehatan Kemenkes RI (2017), 5 provinsi di Indonesia yang memiliki jumlah penderita TB tertinggi adalah Jawa Barat (31.598), kemudian disusul oleh Jawa Timur (22.585), Jawa Tengah (18.248), DKI Jakarta (12.597), dan Sumatera Utara (11.897). Sedangkan DI Yogyakarta berada pada urutan ke-27 dari 34 provinsi dengan jumlah penderita TB sebanyak 1.323 kasus. Provinsi dengan kasus TB paling rendah dimiliki oleh provinsi Kalimantan Utara dengan jumlah penderita TB sebanyak 492 kasus.

Menurut data WHO (2014), sekitar 10,4 juta orang menderita penyakit TB dan 1,7 juta meninggal karena penyakit tersebut termasuk orang dengan HIV sekitar 0,4 juta. Sedangkan di Indonesia, TB termasuk salah satu dari 10 penyebab kematian karena lebih dari 95% penderita meninggal akibat penyakit TB terjadi di negara yang dominan berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2016). Jika penderita menjalani pengobatan secara rutin, TB dapat sembuh selama 6-8 bulan, tetapi jika penderita tidak rutin menjalani pengobatan, akibatnya kuman TB akan menjadi kebal dan mungkin hingga 2 tahun menjalani proses pengobatan agar memutus penularan penyakit serta mencegah terjadinya kekambuhan (Abata, 2014).

TB saat ini masih menjadi masalah dalam penegakkan diagnosis ataupun pengobatannya. TB dapat sembuh dengan Obat Anti Tuberculosis (OAT) melalui strategi *Direct Observed Treatment Short-Course* (DOTS) (WHO, 2015). Menurut Kemenkes RI (2011), tahap pengobatan TB dibagi menjadi 2 yaitu tahap awal atau tahap intensif dan tahap lanjutan. Tahap intensif merupakan tahap pengobatan pada rentan waktu 2-3 bulan pertama, penderita mendapatkan obat setiap hari serta harus diawasi secara langsung agar tidak terjadi resisten terhadap OAT. Jika pengobatan diberikan secara rutin maka dalam jangka waktu 2 minggu penderita menular dapat menjadi tidak menular dan penderita BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan ketika tahap intensif (Wahid & Suprpto, 2013). Macam-macam OAT yang diberikan pada tahap intensif yaitu Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z), Streptomisin (S), dan Etambutol (E).

Pada tahap lanjutan merupakan tahap pengobatan pada rentan waktu 4-6 bulan, penderita TB mendapatkan beberapa jenis obat yang lebih sedikit tetapi dalam rentan waktu yang lebih lama dan tahap ini sangat penting untuk membunuh kuman agar tidak terjadinya kekambuhan (Wahid & Suprpto, 2013). Panduan obat yang diberikan pada tahap lanjutan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang direkomendasikan oleh WHO adalah Rifampisin, INH, Pirasinamid, Streptomisin dan Etambutol. Sedangkan jenis obat tambahan yang dapat diberikan adalah Kanamisin, Amikasin, dan Kuinolon. Prinsip dasar pengobatan TB pada tahap intensif

adalah minimal 3 macam obat pada 2 bulan pertama, sedangkan pada fase lanjutan diberikan dengan 2 macam obat tambahan pada 4 bulan selanjutnya.

Lamanya pengobatan ini tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik penderita TB saja, tetapi juga psikologis, ekonomi dan hubungan sosial. Sehingga penderita TB sangat rentan untuk mengalami depresi yang kemungkinan dapat disebabkan karena lingkungan sosial atau efek yang ditimbulkan selama pengobatan (Chrisnawati, Beda & Maratning, 2017). Ketika penderita menjalani terapi, terdapat beberapa efek samping yang ditimbulkan akibat dari obat yang diminum seperti mual, muntah, atralgia, gangguan psikiatri, renal, gangguan pendengaran, gangguan tidur, hipokalemia, diare, dan nyeri pada daerah tubuh yang disuntikkan. Efek samping yang paling banyak terjadi pada penderita yang menjalani pengobatan adalah mual terjadi pada 91 pasien (79,8%), muntah dan atralgia terjadi pada 90 pasien (78,9%), dan efek samping yang paling jarang terjadi adalah hipokalemia terjadi pada 20 pasien (17,5%) (Reviono, dkk, 2014).

Efek samping yang dari obat yang di minum akan berpengaruh terhadap penderita TB selama menjalani pengobatan serta dapat menimbulkan depresi pada penderita (Duko, Gebeyehu & Ayano, 2015). Hal ini sejalan dengan penelitian Nahda, Kholis, Wardani & Hardian (2017) bahwa terdapat 27 responden (51,9%) dari 52 sampel, penderita TB mengalami depresi disebabkan karena komplikasi, memiliki penyakit komorbid dan efek samping obat dengan kategori depresi sebanyak 17 orang (32,7%) kategori

normal, 8 orang (15,4%) depresi ringan, 8 orang (15,4%) depresi sedang, 7 orang (13,5%) depresi parah, dan 12 orang (23,1%) depresi sangat parah. Tidak jarang penderita mengalami kebosanan selama menjalani terapi karena lamanya proses pengobatan, akibatnya penderita menjadi tidak patuh selama menjalani pengobatan (Nahda, Kholis, Wardani & Hardian, 2017).

Ketidakpatuhan dalam minum obat akan menimbulkan depresi pada penderita TB, dimana semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat maka semakin berat depresi yang dialami oleh penderita TB, sebaliknya semakin tinggi tingkat kepatuhan minum obat maka semakin ringan depresi yang dialami oleh penderita TB. Hal ini sejalan dengan penelitian Mustaqin, Suryawati & Priyanto (2017), bahwa dari 6 responden dengan tingkat kepatuhan minum obat kategori rendah, terdapat 3 responden yang mengalami gejala depresi berat, dan dari 11 responden dengan tingkat kepatuhan minum obat kategori sedang, terdapat 8 responden yang mengalami gejala depresi minimal.

Gangguan ansietas dan depresi merupakan gangguan psikiatri yang cukup tinggi dialami oleh penderita TB pada tahap awal pengobatan sebanyak 53,5%, keadaan ini kemungkinan dapat disebabkan karena stigmatisasi masyarakat yang salah terhadap penderita TB (Reviono, dkk, 2014). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marselina, Wilson & Pratiwi (2017) bahwa semakin lama penderita menjalani pengobatan TB maka gejala depresi pada penderita akan semakin menurun. Penderita TB yang mengalami depresi

yaitu 29 orang (46,8%) kategori normal, 17 orang (27,4) depresi ringan, 12 orang (19,4%) kategori sedang, dan 4 orang (6,5%) depresi berat. Menurut Hidayati (2014), depresi dipengaruhi oleh banyaknya stigma masyarakat yang memandang rendah terhadap penderita TB ditandai dengan adanya penolakan, pengucilan, dan celaan, sehingga sangat mudah bagi penderita untuk mengalami gejala-gejala depresi. Selain itu, menurut Mustaqin, Suryawati & Priyanto (2017), banyak faktor yang dapat menyebabkan depresi seperti faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial. Faktor penyebab depresi yang biasa terjadi pada penderita TB adalah faktor psikososial yang dapat berhubungan dengan peristiwa kehidupan dan stress lingkungan, faktor psikoanalitik dan faktor psikodinamik (Mustaqin, Suryawati & Priyanto, 2017).

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 dibagi dalam tiga tingkatan, yaitu depresi ringan, depresi sedang dan depresi berat. Perbedaan antara episode depresi terletak pada penilaian klinis yang kompleks seperti jumlah, bentuk dan keparahan gejala yang ditemukan (Lestari, 2015).

Seperti yang Allah SWT perintahkan didalam QS. Ar-Raad (13) ayat 28 :

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ <sup>قَالَهُ</sup>  
 أَلَّا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ

Artinya :

*“(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tentram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram”.*

Di dalam surat tersebut sangat jelas, jika dengan mengingat Allah SWT hati kita menjadi tentram, maka sebaliknya jika kita tidak mengingat Allah SWT hati kita akan menjadi kering dan gersang. Oleh sebab itu, sejauh mana kita ingin bersungguh-sungguh untuk menjalani hidup dengan ketentraman hati, maka akan sangat terlihat dari berapa banyak waktu yang kita gunakan untuk mengingat Allah SWT.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang diperoleh dari data primer yang dilaksanakan pada tanggal 6, 10, 29 September dan 2 Oktober 2018 di Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Puskesmas Depok 3, Puskesmas Berbah, Puskesmas Sleman, Puskesmas Mlati II, dan Puskesmas Kalasan bahwa penderita baru TB BTA (+) di DI Yogyakarta tersebar hampir diseluruh Kabupaten dan Kota. Pada

tahun 2016 jumlah tertinggi penemuan kasus baru TB BTA (+) berada di Kota Yogyakarta dengan jumlah penderita laki-laki dan perempuan sebanyak 388 kasus, Kabupaten Sleman 347 kasus, Kabupaten Bantul 324 kasus, Kabupaten Gunung Kidul 163 kasus, dan Kabupaten Kulon Progo 113 kasus (Dinkes Provinsi Yogyakarta, 2016). Pada tahun 2017 Kabupaten Sleman merupakan wilayah dengan jumlah tertinggi penemuan kasus baru TB BTA (+) sebanyak 372 kasus, diikuti oleh Kota Yogyakarta 253 kasus, Kabupaten Bantul 175 kasus, Kabupaten Gunung Kidul 114 kasus, dan Kabupaten Kulon Progo 78 kasus (Dinkes Provinsi Yogyakarta, 2017).

Kabupaten Sleman terdiri dari 25 puskesmas dan 17 kecamatan. Pada tahun 2017 terdapat 5 puskesmas dengan jumlah kasus tertinggi penderita baru TB BTA (+) yaitu di Puskesmas Depok III (39), Puskesmas Berbah (17), Puskesmas Sleman (17), Puskesmas Mlati II (16), dan Puskesmas Kalasan (14) (Dinkes Sleman, 2017). Setelah melakukan studi pendahuluan di 5 puskesmas tersebut, peneliti mendapatkan data terbaru berdasarkan laporan triwulan 1 dan 2 pada tahun 2018 dengan total penderita baru TB BTA (+) sebanyak 63 kasus, yaitu Puskesmas Depok 3 (21), Puskesmas Mlati II (16), Puskesmas Sleman (8), Puskesmas Kalasan (8) dan Puskesmas Berbah (10).

Berdasarkan hasil permasalahan diatas, peneliti tertarik untuk meneliti terkait perbedaan depresi penderita TB yang menjalani pengobatan pada fase intensif dan fase lanjutan dengan judul penelitian “Perbedaan Tingkat Depresi Penderita Tuberkulosis (TB) Pada Fase Intensif dan Fase Lanjutan di Sleman”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dalam penelitian ini dapat dirumuskan masalah “Bagaimana perbedaan tingkat depresi penderita Tuberkulosis (TB) pada fase intensif dan fase lanjutan di Sleman?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan di Sleman.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran karakteristik penderita TB di Sleman.
- b. Mengetahui tingkat depresi penderita TB pada fase intensif di Sleman.
- c. Mengetahui tingkat depresi penderita TB pada fase lanjutan di Sleman.
- d. Mengetahui perbedaan tingkat depresi penderita TB pada fase intensif dan fase lanjutan di Sleman.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Penderita TB

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu penderita TB untuk mengidentifikasi yang dapat menyebabkan depresi sehingga penderita mampu mengatasi depresi yang dialaminya.

2. Bagi Praktik Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi perawat terkait perbedaan tingkat depresi yang dialami penderita TB sehingga perawat mampu memberikan sikap dan edukasi yang tepat untuk penderita.

3. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan oleh pihak puskesmas untuk memberikan edukasi dan konseling kepada penderita TB untuk mengatasi kejadian depresi yang dialami penderita TB.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi peneliti selanjutnya yang berfokus pada tingkat depresi penderita TB fase intensif dan fase lanjutan.

#### **E. Penelitian Terkait**

1. Nahda, Kholis, Wardani & Hardian (2017) dengan judul “Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Depresi pada Pasien Tuberkulosis

di RSUP Dr. Kariadi Semarang”. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan metode studi analitik observasional dengan rancangan belah lintang. Sampel diambil dengan cara *purposive sampling*. Instrument penelitian yang digunakan adalah kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-42). Hasil penelitian ini besarnya kejadian depresi adalah 51,9%, artinya terdapat hubungan antara adanya komplikasi TB dan penyakit komorbid dengan kejadian depresi pada pasien TB. Pasien TB dengan komplikasi dan penyakit komorbid lebih banyak yang mengalami depresi dibandingkan dengan pasien TB yang tanpa komplikasi dan penyakit komorbid.

Persamaan penelitian ini adalah penelitian kuantitatif untuk mengetahui tingkat depresi pada penderita TB. Perbedaan penelitian ini adalah terletak pada cara pengambilan sampel yang akan digunakan. Pada penelitian Nahda, Kholis, Wardani, & Hardian mengambil sampel dengan cara *purposive sampling*, sedangkan pada penelitian ini akan mengambil sampel dengan cara *simple random sampling*. Selain itu, penelitian sebelumnya menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-42), sedangkan pada penelitian ini menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI-II).

2. Suryani, Widiyanti, Hernawati & Sriati (2016) dengan judul ”Psikoedukasi Menurunkan Tingkat Depresi, Stress Dan Kecemasan Pada Pasien Tuberculosis Paru”. Jenis penelitian yang digunakan adalah quasi

experimental (*pretest and posttest design with control group*). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *consecutive sampling*. Total sampel berjumlah 74 orang yang terbagi menjadi 2 kategori yaitu 37 orang kelompok intervensi dan 37 orang kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi sedangkan kelompok kontrol hanya mendapatkan pengarahan seperti yang biasa dilakukan di Puskesmas. Setelah selesai penelitian, kelompok kontrol juga diberikan psikoedukasi.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*. Pengumpulan data dilakukan 2 kali, pertama sebelum dilakukan psikoedukasi. Pengumpulan data kedua dilakukan 1 minggu setelah dilakukan intervensi. Hasil penelitian pertama menunjukkan bahwa sebelum dilakukan psikoedukasi sebagian besar responden (64,9 %) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi (yang diukur dengan DASS) dengan tingkatan ringan. Hampir setengahnya dari responden (35,1%) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi tingkat sedang. Setelah diberikan terapi psikoedukasi sebagian besar responden (75,7 %) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi normal dan hanya sebagian kecil yang masih mengalami stres, cemas dan depresi, itupun dengan tingkatan ringan. Jadi, pemberian terapi psikoedukasi memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkat depresi, cemas dan stress pada penderita TB paru sehingga pemberian terapi

psikoedukasi sangat berguna dan baik untuk diterapkan kepada penderita TB paru untuk mengurangi tingkat depresi, cemas dan stress penderita.

Persamaan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat depresi pada penderita Tuberkulosis (TB) menggunakan metode kuantitatif. Perbedaan penelitian ini adalah terletak pada desain penelitian dan jenis instrument penelitian yang akan digunakan. Pada penelitian Suryani, Widianti, Hernawati, & Sriati menggunakan desain penelitian eksperimen dengan rancangan quasi eksperimental (*pretest and posttest design with control group*) dan instrument penelitian menggunakan kuisiener *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), sedangkan pada penelitian ini akan menggunakan desain penelitian Non-Eksperimental (*Study Comparative*) dan menggunakan instrument penelitian kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI-II).

3. Mustaqin, Suryawati & Priyanto (2017) dengan judul “Hubungan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis dengan Gejala Depresi pada Pasien TB Paru di RSUDZA Banda Aceh”. Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik *observasional* dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel penelitian ini dilakukan secara *Non Probability Sampling* dengan metode *consecutive sampling*.

Pengumpulan data primer dengan menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory- II* dan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale- 8*. Analisis bivariat menggunakan uji statistik *Spearman's*

*correlation*. Jumlah responden sebanyak 34 orang. Berdasarkan hasil tabulasi silang, terdapat 6 responden dengan tingkat kepatuhan minum obat kategori rendah, terbanyak di dapatkan dengan gejala depresi berat yaitu 3 responden. Pada kategori kepatuhan minum obat sedang dengan total 11 responden, sebanyak 8 responden memiliki gejala depresi minimal. Pada hasil yang lain kepatuhan minum obat kategori tinggi dengan jumlah responden sebanyak 17, didapatkan semua responden dengan gejala depresi minimal. Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil analisis statistik didapatkan  $p(0,000)$ . Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum OAT dengan gejala depresi dengan tingkat kemaknaan 95% dan  $\alpha = 0,05$ .

Persamaan penelitian ini adalah penelitian kuantitatif untuk mengetahui tingkat depresi pada penderita TB menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory II* (BDI-II). Perbedaan penelitian ini terletak pada cara pengambilan sampel yang akan digunakan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mustaqin, Suryawati, & Priyanto mengambil sampel dengan cara *consecutive sampling*, sedangkan pada penelitian ini akan mengambil sampel dengan cara *simple random sampling*. Selain itu, penelitian sebelumnya ini untuk mengetahui hubungan tingkat kepatuhan minum OAT dengan gejala depresi, sedangkan penelitian yang akan dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi pada penderita TB fase intensif dan fase lanjutan.