HUBUNGAN KEADAAN FISIK, SOSIOEKONOMI, DAN KARAKTERISTIK KLINIS PASIEN DENGAN STATUS DEPRESI PADA PASIEN TUBERKULOSIS *MULTI DRUG RESISTANT*

(Studi Kasus di RSUP. Dr Kariadi Semarang)

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Indah Septiani
NIM 6411415059

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
November 2019

ABSTRAK

Indah Septiani
Hubungan Keadaan Fisik, Sosioekonomi, dan Karakteristik Klinis Pasien dengan Status Depresi pada Pasien Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (Studi Kasus di RSUP. Dr kariadi Semarang)
XIX+ 113 halaman + 28 tabel + 2 gambar + 12 lampiran

Indonesia merupakan negara dengan urutan ke-9 di antara 27 negara yang mempunyai beban tinggi untuk TB MDR. Depresi merupakan kondisi komorbiditas yang umum pada penderita tuberkulosis (TB) akibat pengobatan jangka panjang dan efek samping obat. Depresi pada pasien TB dapat menyebabkan resistensi obat, morbiditas, dan mortalitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara keadaan fisik, sosioekonomi, dan karakteristik klinis pasien dengan status depresi pada pasien Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* di RSUP. Dr kariadi Semarang.

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Sampel penelitian yaitu 72 responden dengan teknik *consequtive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah lembar dokumentasi dan catatan medis. Data dianalisis secara univariat dan bivariat (dengan uji *chi square*).

Hasil menunjukkan bahwa jenis kelamin, keberadaan komorbiditas, adanya stigma dan efek samping obat yang berat berhubungan dengan status depresi pasien TB MDR di RSUP. Dr. Kariadi Kota Semarang.

Saran penelitian diberikan kepada masyarakat dan instansi kesehatan agar berpartisipasi dalam mengontrol munculnya depresi pada pasien TB MDR.

Kata kunci: Depresi, TB MDR, *Cross sectional*
Kepustakaan: 77 (1997–2019)

Public Health Science Department
Faculty Of Sport Science
Universitas Negeri Semarang
November 2019

ABSTRACT

Indah Septiani

Association between Physical Condition, Socio-Economic, and Clinical Characteristics with Depression Status among Multi Drug Resistant Tuberculosis Patient (Study at Kariadi Hospital Semarang City)

XIX+ 113 pages + 28 tables + 2 images + 12 appendices

Indonesia is the 9th country among 27 countries that have a high burden of MDR TB. Depression is a common comorbid condition in tuberculosis (TB) sufferers due to long-term treatment and drug side effects. Depression in tuberculosis patients can lead to drug resistance, morbidity, and mortality. This study aims to determine the relationship between physical conditions, socioeconomics, and clinical characteristics of patients with depressed status among multi drug resistant tuberculosis patients in RSUP. Dr. Kariadi Semarang.

This type of research is observational analytic with cross sectional design. The samples were 72 respondents with consequtive sampling. The instruments used were documentation sheets and medical records. Data were analyzed univariately and bivariately (with chi square test).

The results showed that sex, presence of comorbidities, stigma, and severe drug side effects were associated with depression status among patients with multidrug resistat tuberculosis

Advice given to the community and health agencies to participate in controlling the emergence of depression in MDR TB patients.

Keywords: Depression, TB MDR, Cross sectional
Literatures: 77 (1997–2019)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, November 2019

Penulis

Indah Septiani

NIM 6411415059

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Hubungan Keadaan Fisik, Sosioekonomi, dan Karakteristik Klinis Pasien dengan Status Depresi pada Pasien Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (Studi Kasus di RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang)" yang disusun oleh Indah Septiani, NIM 6411415059 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Rabu, 13 November 2019
Tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B

Panitia Ujian,

Ketua	Sekretaris
Prof. Dr. Tangiyo Rahayu, M.Pd.	Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes
NIP 196103201984032001	NIP 198205182012121002

Dewan Penguji		Tanggal
Penguji I	drg. Yunita Dyah Puspita Santik, M.Kes(Epid) NIP 198306052009122004	12-12-2019
Penguji II	Dr. Widya Hary Cahyati, S.K.M., M.Kes(Epid). NIP 197712272005012001	31-01-2020.
Penguji III	Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes. NIP 197511192001121001	25-11-2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

Keberhasilan bukanlah milik orang pintar. Namun keberhasilan itu adalah milik mereka yang senantiasa berusaha

(Prof. Dr. Ing. H. Bacharuddin Jusuf Habibie, FREng Allahyarham)

PERSEMBAHAN

Karya ini saya persembahkan untuk:

1. Diri sendiri. Terimakasih sudah berjalan sejauh ini setegar ini. Kamu HEBAT!
2. Papa (Zulkifli Sani) dan Mama (Lucia Sumiati)
3. Almamater UNNES

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah–Nya, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi yang berjudul "Hubungan Keadaan Fisik, Sosioekonomi, dan Karakteristik Klinis Pasien dengan Status Depresi pada Pasien Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (Studi Kasus di RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang)", disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini, dengan rasa rendah hati disampaikan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd. atas izin penelitiannya
2. Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Setya Rahayu, M.S., atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Irwan Budiono, M.Kes.(Epid).
4. Pembimbing I, Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas arahan dan bimbingannya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji I, drg. Yunita Dyah Puspita Santik, M.Kes.(Epid)., atas saran dan masukan dalam perbaikan skripsi ini.
6. Penguji II, Dr. Widya Hary Cahyati S.K.M., M.Kes.(Epid) atas saran dan masukan dalam perbaikan skripsi ini.

7. Staf pengajar dan staf administrasi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas dukungan dan bantuan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
8. Direktur Utama SDM dan Pendidikan RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang, Dr. dr. Dodik Tugasworo Pramukarso, Sp.S(K), atas ijin penelitian.
9. Staf Poli TB MDR RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang, Ibu Utami, Ibu Dewi, dan Pak Roni, atas bantuan dalam pengambilan data.
10. Kedua orang tua dan adikku, serta keluarga besar atas doa, cinta, ketulusan, pengorbanan, dan motivasinya, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
11. Keluarga besar papa dan mama atas doa dan motivasi dalam penyusunan skripsi,
12. Sahabat-sahabatku Ruwana, Chrisna, dan Fitriana Dwi Rahayu atas doa, semangat, dan motivasinya, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
13. Rekan Ilmu Kesehatan Masyarakat 2015 serta teman di Kos Joglo.
14. Teman-teman bidang Sosial Masyarakat Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah Hamka Unnes dan KARISMA FIK UNNES angkatan 15 atas motivasinya selama ini,
15. Responden yang telah meluangkan waktunya untuk berpartisipasi dalam penelitian.
16. Semua pihak yang terlibat, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini. Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT.

Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu kritik dan saran sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat dalam pembangunan bangsa dan negara.

Semarang, November 2019

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman
ABSTRAK ii
ABSTRACT iii
PERNYATAAN iv
PENGESAHAN v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN vi
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI x
DAFTAR TABEL xv
DAFTAR GAMBAR xvii
DAFTAR LAMPIRAN xviii
DAFTAR ISTILAH xix
BAB I. PENDAHULUAN 1
1.1. LATAR BELAKANG MASALAH 1
1.2. RUMUSAN MASALAH 5
1.2.1. Rumusan Masalah Umum 6
1.2.2. Rumusan Masalah Khusus 6
1.3. TUJUAN PENELITIAN 7
1.3.1. Tujuan Penelitian Umum 7
1.3.2. Tujuan Penelitian Khusus 7
1.4. MANFAAT PENELITIAN 8
1.4.1. Bagi Instansi Kesehatan Terkait 8
1.4.2. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat 8
1.4.3. Bagi Peneliti 9
1.5. KEASLIAN PENELITIAN 9
1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN 12
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat 12
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu 12
1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan 12

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA 2
2.1. LANDASAN TEORI 2
2.1.1. Tuberkulosis Multi Drug Resistent 2
2.1.1.1. Definisi Tuberkulosis Multi Drug Resisten 2
2.1.1.2. Epidemiologi Kasus TB MDR 2
2.1.1.3. Klasifikasi Penyakit dan Tipe Pasien TB MDR 14
2.1.1.4. Mekanisme Resistensi *Mycobacterium tuberculosis* 15
2.1.1.4.1. Mekanisme *Acquired Resistance* 15
2.1.1.4.2. Mekanisme *Acquired* Intrinsik 15
2.1.1.5. Mekanisme Resistensi Berdasarkan Jenis Obat 16
2.1.1.5.1. Mekanisme Resistensi terhadap INH (Isoniazide) 16
2.1.1.5.2. Mekanisme Resistensi terhadap Rifampisin 16
2.1.1.6. Penyebab TB MDR 17
2.1.1.7. Suspek TB MDR 19
2.1.1.8. Diagnosis TB Resisten Obat 20
2.1.1.9. Prosedur Dasar Diagnostik Untuk Suspek TB MDR 20
2.1.1.10. Pengobatan TB MDR 21
2.1.1.11. Efek Samping Obat 24
2.1.1.12. Pencegahan TB Resisten Obat 25
2.1.2. Depresi 26
2.1.2.1. Definisi Depresi 26
2.1.2.2. Epidemiologi Depresi 27
2.1.2.3. Klasifikasi Depresi 28
2.1.2.3.1. Jenis Depresi Berdasarkan Tingkat Penyakit 28
2.1.2.3.2. Jenis Depresi Berdasarkan Klasifikasi Nosologi 29
2.1.2.3.3. Jenis Depresi Menurut Penyebab, Gejala dan Arah Penyakit ... .29
2.1.2.3.4. Depresi Tersembunyi 30
2.1.2.3.5. Depresi Pada Perempuan 30
2.1.2.3.6. Depresi Pada Remaja 30
2.1.2.3.7. Depresi Pada Anak 30
2.1.2.3.8. *Burnout* 31

2.1.2.4. Faktor Risiko Depresi 31
2.1.2.5. Tanda Gejala Depresi 32
2.2. KERANGKA TEORI 34
BAB III. METODE PENELITIAN 35
3.1. KERANGKA KONSEP 35
3.2. VARIABEL PENELITIAN 35
3.2.1. Variabel Bebas 36
3.2.2. Variabel Terikat 36
3.3. HIPOTESIS PENELITIAN 36
3.3.1. Hipotesis Mayor 37
3.3.2. Hipotesis Minor 37
3.4. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN 38
3.5. DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL 38
3.6. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN 40
3.6.1. Populasi Penelitian 40
3.6.2. Sampel Penelitian 40
3.6.3. Teknik Pengambilan Sampel 41
3.7. SUMBER DATA 42
3.7.1. Data Primer 42
3.7.2. Data Sekunder 42
3.8. INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA 42
3.8.1. Instrumen Penelitian 42
3.8.2. Teknik Pengambilan Data 43
3.9. PROSEDUR PENELITIAN 43
3.9.1. Persiapan Penelitian 43
3.9.2. Pelaksanaan Penelitian 44
3.9.3. Tahap Penulisan Hasil Penelitian 44
3.10. TEKNIK ANALISIS DATA 44
3.10.1. Analisis Univariat 45
3.10.2. Analisis Bivariat 45
BAB IV. HASIL PENELITIAN 47

4.1. GAMBARAN UMUM 47
4.2. HASIL PENELITIAN 49
4.2.1. Analisis Univariat 50
4.2.1.1. Jenis Kelamin 50
4.2.1.2. Usia 50
4.2.1.3. IMT 51
4.2.1.4. Keberadaan Komorbiditas 51
4.2.1.5. Jenis Agama 51
4.2.1.6. Tingkat Pendidikan Akhir 52
4.2.1.7. Status Pekerjaan 52
4.2.1.8. Penerimaan Stigma 53
4.2.1.9. Lama Pengobatan 53
4.2.1.10. Efek Samping Obat 54
4.2.2. Analisis Bivariat 54
4.2.2.1. Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Depresi 54
4.2.2.2. Hubungan Usia dengan Status Depresi 55
4.2.2.3. Hubungan IMT dengan Status Depresi 56
4.2.2.4. Hubungan Keberadaan Komorbiditas dengan Status Depresi 56
4.2.2.5. Hubungan Jenis Agama dengan Status Depresi 57
4.2.2.6. Hubungan Tingkat Pendidikan Akhir dengan Status Depresi 58
4.2.2.7. Hubungan Status Pekerjaan dengan Status Depresi 58
4.2.2.8. Hubungan Penerimaan Stigma dengan Status Depresi 59
4.2.2.9. Hubungan Lama Pengobatan dengan Status Depresi 60
4.2.2.10. Hubungan Efek Samping Obat dengan Status Depresi 61
4.2.3. Rangkuman Hubungan Antara Variabel Bebas dengan Status Depresi 61
BAB V. PEMBAHASAN 63
5.1. PEMBAHASAN 63
5.1.1. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Status Depresi 63
5.1.2. Hubungan antara Usia dengan Status Depresi 64
5.1.3. Hubungan antara IMT dengan Status Depresi 65
5.1.4. Hubungan antara Keberadaan Komorbiditas dengan Status Depresi 66

5.1.5. Hubungan antara Jenis Agama dengan Status Depresi 68
5.1.6. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Akhir dengan Status Depresi .68
5.1.7. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Status Depresi 69
5.1.8. Hubungan antara Penerimaan Stigma dengan Status Depresi.....70
5.1.9. Hubungan antara Lama Pengobatan dengan Status Depresi 71
5.1.10. Hubungan antara Efek Samping Obat dengan Status Depresi 72
5.2. HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN.....73
5.2.1. Hambatan Penelitian.....73
5.2.2. Kelemahan Penelitian.....72
BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN 75
6.1. SIMPULAN.....75
6.2. SARAN.....76
6.2.1. Saran Untuk Masyarakat, Khususnya Pasien TB MDR dengan Depresi.....76
6.2.2. Saran Untuk Instansi dan Tenaga Kesehatan 76
6.2.3. Saran Untuk Peneliti Selanjutnya.....77
DAFTAR PUSTAKA 78
LAMPIRAN.....84

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian 9

Tabel 2.1. Klasifikasi Pasien TB MDR Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya 14

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel 38

Tabel 3.2. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data 43

Tabel 4.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Asal Daerah.....48

Tabel 4.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Pasien TB MDR 49

Tabel 4.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Depresi 49

Tabel 4.4. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....50

Tabel 4.5. Distribusi Responden Berdasarkan Usia 50

Tabel 4.6. Distribusi Responden Berdasarkan IMT 51

Tabel 4.7. Distribusi Responden Berdasarkan Keberadaan Komorbiditas 51

Tabel 4.8. Distribusi Responden Berdasarkan Agama 52

Tabel 4.9. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Akhir 52

Tabel 4.10. Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan 52

Tabel 4.11. Distribusi Responden Berdasarkan Penerimaan Stigma.....53

Tabel 4.12. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pengobatan 53

Tabel 4.13. Distribusi Responden Berdasarkan Efek Samping Obat 54

Tabel 4.14. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Status Depresi 54

Tabel 4.15. Hubungan antara Usia dengan Status Depresi 55

Tabel 4.16. Hubungan antara IMT dengan Status Depresi 56

Tabel 4.17. Hubungan antara Keberadaan Komorbiditas dengan Status Depresi .56

Tabel 4.18. Hubungan antara Jenis Agama dengan Status Depresi.....57

Tabel 4.19. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Akhir dengan Status Depresi..58

Tabel 4.20. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Status Depresi.....59

Tabel 4.21. Hubungan antara Penerimaan Stigma dengan Status Depresi 59

Tabel 4.22. Hubungan antara Lama Pengobatan dengan Status Depresi 60

Tabel 4.23. Hubungan antara Efek Samping Obat dengan Status Depresi.....61

Tabel 4.24. Rangkuman Hubungan antara Variabel Bebas denganStatus Depresi62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....34

Gambar 3.1. Kerangka Konsep 35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing 85

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan, UNNES....86

Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari RSUP. Dr. Kariadi Semarang.....87

Lampiran 4. Surat *Ethical Clearance* 88

Lampiran 5. Surat Sudah Melakukan Penelitian.....89

Lampiran 6. Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana 90

Lampiran 7. Instrumen Penelitian 91

Lampiran 8. Data Hasil Penelitian 92

Lampiran 9. Hasil Perhitungan Uji Analisis Univariat 96

Lampiran 10. Hasil Uji Bivariat.....100

Lampiran 11. Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian 111

Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian.....112

DAFTAR ISTILAH

AOR : *Adjusted Odd Ratio*

Cm : Kapreomisin

Cs : Sikloserin

DOTS : *Directly Observed Treatment Short–course*

E : Etambutol

ETO : Etionamid

IMT : Indeks Massa Tubuh

INH : Isoniazid

Km : Kanamisin

Lfx : Levofloksasin

MDR : *Multi Drug Resistant*

Mfx : Moksifloksasin

OAT : Obat Anti Tuberkulosis

PAS : Para-amino Salisilat

PMO : Petugas Minum Obat

PR : Prevalensi Rasio/ *Prevalence Ratio*

TB : Tuberkulosis

WHO : *World Health Organization*

XDR : *Extensive Drug Resistant*

Z : Pirazinamid

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menempati peringkat sepuluh besar penyebab kematian tertinggi di dunia pada tahun 2016 (WHO, 2018). Penyakit ini disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri TB biasanya menyerang paru-paru (TB paru), tetapi juga dapat menyerang organ lain (TB luar paru). Secara global kasus baru TB sebesar 6,3 juta, setara dengan 61% dari insiden TB (10,4 juta). Sebagian besar perkiraan jumlah kasus insiden pada tahun 2016 terjadi di Wilayah Asia Tenggara (45%) dengan lima negara teratas adalah India, Indonesia, Cina, Filipina, dan Pakistan (WHO, 2017).

Indonesia adalah salah satu dari lima negara dengan beban TB terbesar diantara India, China, Filipina, dan Pakistan. Selain itu terdapat tantangan yang perlu menjadi perhatian, salah satunya yaitu meningkatnya kasus Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (TB MDR). Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Indonesia kini menempati urutan ke-9 di antara 27 negara yang mempunyai beban tinggi untuk TB MDR (WHO, 2012). Penyakit TB MDR adalah jenis TB yang kebal terhadap setidaknya dua obat TB yaitu rifampisin dan isoniazid (INH)

(Kementerian Kesehatan RI, 2011). Total kasus TB MDR dari tahun 2013 s.d tahun 2017 sebanyak 107 kasus (Dinkes Kota Semarang, 2018).

RSUP Dr. Kariadi merupakan rumah sakit rujukan untuk penanganan kasus TB MDR di Jawa Tengah. Hasil laporan pasien dengan kasus *confirm* TB MDR Tahun 2017 sebanyak 2.957 kasus dengan 71 pasien melanjutkan pengobatan, di tahun 2018 terjadi kenaikan dari tahun sebelumnya yaitu 8.145 kasus *confirm* TB MDR dengan 109 pasien melanjutkan pengobatan, dan hingga Agustus tahun 2019 terdapat 6.819 kasus *confirm* TB MDR dengan 111 orang menjalani pengobatan rutin (RSUP. Dr. Kariadi, 2019).

Pasien TB MDR memiliki gejala fisik, psikologis, dan sosial yang parah dibandingkan dengan mereka yang selamat dari penyakit ini (Singla *et al.*, 2018; Thomas *et al.*, 2016). Pasien TB memiliki risiko yang secara signifikan lebih tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan dengan orang-orang pada populasi umum (Shen *et al.*, 2014). Penyakit kejiwaan, termasuk gejala depresi selama pengobatan TB MDR membutuhkan perhatian karena keduanya merupakan kondisi komorbiditas yang umum pada pasien tuberkulosis (Das *et al.*, 2014; Acha *et al.*, 2007; Pachi *et al.*, 2013; Vega *et al.*, 2004).

Depresi adalah suasana hati yang rendah yang berlangsung lama yang mempengaruhi kehidupan sehari-hari. Dalam bentuknya yang paling ringan, depresi bisa berarti hanya semangat yang rendah dan tidak menggaggu seseorang menjalani kehidupan normal, tetapi membuat segalanya lebih sulit untuk dilakukan dan tampak kurang berharga. Paling parah, depresi bisa mengancam jiwa karena

dapat membuat penderita merasa ingin bunuh diri atau menyerah begitu saja akan hidup (Dunn, 2016).

Pasien dengan TB dapat menderita kelainan mental akibat perawatan yang lama (Aydin & Ulusahin, 2001; Marselia *et al.*, 2017; Sulehri *et al.*, 2010; I. F. Walker *et al.*, 2018; Akaputra & Qurrotaa'yun, 2017), keadaan kronisitas penyakit, masalah diagnostik, stigma sosial, masalah medis (seperti infertilitas, nyeri, dan sesak napas) (Aydin & Ulusahin, 2001), efek samping obat anti-TB (OAT) (Alfiyani *et al.*, 2015; Masumoto *et al.*, 2014), kondisi fisik yang dialami penderita (Castro-silva *et al.*, 2018; Kehbila *et al.*, 2016; Masumoto *et al.*, 2014) dan kesalahpahaman mereka mengenai TB. Mereka menganggap TB sebagai penyakit berbahaya yang memiliki peluang kecil untuk sembuh dan bertahan hidup sehingga mengakibatkan penghentian pengobatan (Aamir & Aisha, 2010).

Penelitian sebelumnya telah dilakukan di berbagai negara tentang prevalensi depresi pada pasien TB. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa dari 86 responden, diperoleh 31.4% mengalami gejala depresi di Brazil yang secara signifikan berhubungan dengan enam skor domain SF-36 (fungsi fisik, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental) (Paula *et al.*, 2017), sebanyak 69.55% responden mengalami depresi di Pakistan dengan pasien perempuan, usia yang lebih muda (≤ 30 tahun), tempat tinggal di daerah perkotaan, durasi penyakit yang lebih lama, penggunaan OAT lini kedua sebelumnya, komorbiditas, status sosial ekonomi yang buruk, dan hasil yang buruk dari pengobatan TB sebelumnya berhubungan dengan keadaan depresi (Javaid *et al.*, 2017), dan 43.4 % responden mengalami gejala depresi di Ethiopia yang secara

statistik berhubungan dengan adanya komorbiditas, penerimaan stigma, dan dukungan sosial (Duko *et al.*, 2015).

Sementara pada pasien dengan TB MDR, prevalensi responden dengan gejala depresi di Pakistan berturut-turut menunjukkan angka 43,9% dimana depresi ditemukan tiga kali lebih banyak pada pasien wanita dibandingkan dengan pasien pria (Javaid *et al.*, 2017), sebanyak 65.5% responden mengalami gejala depresi pada penelitian Mehreen *et al.*, (2015), 52.2% responden mengalami gejala depresi di Peru (Vega *et al*., 2004).

Penelitian depresi pada penderita TB di Indonesia menunjukkan angka 51-67% responden di Indonesia mengalami depresi pada pasien TB (Basuki *et al.*, 2012; Marselia *et al*., 2017; Nahda *et al*., 2017) dan 32% pasien TB-MDR mengalami gejala depresi di Indonesia (Faizah *et al*., 2016). Penelitian sebelumnya di RSUP Dr. Kariadi menunjukkan angka 51.9% responden mengalami depresi selama pengobatan TB dengan hanya komplikasi TB dan penyakit komorbid yang berpengaruh terhadap kejadian depresi (Nahda *et al.*, 2017).

Gejala d,epresi dalam masa pengobatan TB MDR membutuhkan perhatian. (Das *et al.*, 2014) karena masalah ini menjadi tantangan dalam pengobatan pasien dengan TB MDR (Vega *et al.*, 2004). Penurunan berat badan, kehilangan nafsu makan, dan kelelahan adalah karakteristik dari TB dan gejala somatik depresi (Ambaw *et al.*, 2017). Penderita TB paru cenderung mengalami syok ketika pertama kali didiagnosis TB dikarenakan mereka akan kesulitan beradaptasi dengan situasi ini, seperti kewajiban penderita TB untuk mengonsumsi obat-obatan, perubahan pola tidur akibat gejala batuk-batuk yang lebih parah dirasakan di malam

hari, sehingga membuat penderita sering bangun malam merupakan beban bagi penderita TB (Akaputra & Qurrotaa'yun, 2017).

Pada orang dengan TB, depresi dapat menyebabkan resistensi obat, morbiditas, dan mortalitas (Pachi *et al.*, 2013), serta memiliki dampak negatif pada mata pencaharian pasien dan keberhasilan penyelesaian pengobatan (Walker *et al.*, 2018). Depresi juga dapat meningkatkan risiko reaktivasi TB, berkontribusi terhadap pengembangan penyakit, dan/atau menghambat tanggapan fisiologis terhadap pengobatan antituberkulosis karena kemiskinan, kurang gizi, imunosupresi, dan/atau perilaku koping negatif, termasuk penyalahgunaan zat. Depresi dapat berdampak negatif pada perilaku kesehatan seperti diet, pencarian perawatan kesehatan, kepatuhan pengobatan, dan / atau penyelesaian pengobatan, yang merupakan tantangan signifikan untuk penghapusan TB global (Sweetland *et al.*, 2018).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, dimana penelitian mengenai depresi pada pasien TB MDR masih sangat jarang dilakukan di Indonesia, maka penulis melakukan penelitian tentang hubungan keadaan fisik, sosioekonomi, dan karakteristik klinis pasien dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut:

1.2.1. Rumusan Masalah Umum

Apakah keadaan fisik, sosioekonomi, dan karakteristik klinis pasien TB MDR berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?

1.2.2. Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah jenis kelamin berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
2. Apakah usia berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
3. Apakah IMT berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
4. Apakah keberadaan komorbiditas berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
5. Apakah jenis agama berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
6. Apakah tingkat pendidikan akhir berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
7. Apakah status pekerjaan berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
8. Apakah penerimaan stigma berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?
9. Apakah lama pengobatan berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?

10. Apakah efek samping OAT berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian mengenai status depresi pada pasien TB MDR antara lain sebagai berikut:

1.3.1. Tujuan Penelitian Umum

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara keadaan fisik, sosioekonomi, dan karakteristik klinis pasien TB MDR dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.3.2. Tujuan Penelitian Khusus

1. Mengetahui hubungan antara jenis kelamin dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
2. Mengetahui hubungan antara usia dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
3. Mengetahui hubungan antara IMT dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
4. Mengetahui hubungan antara keberadaan komorbiditas dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
5. Mengetahui hubungan antara jenis agama dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
6. Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan akhir berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

7. Mengetahui hubungan antara status pekerjaan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
8. Mengetahui hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
9. Mengetahui hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
10. Mengetahui hubungan antara efek samping OAT dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.4. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini memiliki beberapa manfaat sebagai berikut :

1.4.1. Bagi Instansi Kesehatan Terkait

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan masukan bagi instansi kesehatan untuk memberikan intervensi preventif dalam mengurangi atau menghindari terjadinya masalah kesehatan masyarakat khususnya dalam menanggulangi gangguan psikologis pada penderita penyakit kronis.

1.4.2. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi dan Biostatistika, diharapkan penelitian ini bisa menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat di bidang kesehatan jiwa dan penyakit menular serta sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya tentang kesehatan jiwa pada pasien TB MDR.

1.4.3. Bagi Peneliti

Diharapkan penelitian ini mampu memberikan wawasan serta ilmu tentang epidemiologi kesehatan jiwa dan epidemiologi penyakit menular, serta untuk melatih kecakapan dalam penelitian dan penulisan ilmiah.

1.5. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Shoichi Masumoto, Taro Yamamoto, Akihiro Ohkado, Shoji Yoshimatsu , Aurora G Querri, dan Yasuhiko Kamiya (Masumoto *et al*., 2014).	Prevalence and associated factors of depressive state among pulmonary tuberculosis patients in Manila, The Philippines.	*Cross sectional*.	Variabel bebas: umur, jenis kelamin, IMT, tipe pengobatan, diagnosis apusan dahak, fase pengobatan, status pekerjaan, pendapatan bulanan, status pernikahan, tingkat pendidikan, status merokok dan konsumsi alkohol, status perokok pasif, kepemilikan tanda gejala ≥4, keberadaan efek samping ≥4, tingkat dyspnea ≥3, nilai *functional social support questionnaire*≤ 3.5 Variabel terikat: derajat depresi.	Analisis regresi logistik menunjukkan bahwa indeks massa tubuh <18,5 kg / m2, status perkawinan kohabitasi dibandingkan dengan menikah, empat atau lebih gejala, empat atau lebih efek samping obat yang merugikan, tingkat dyspnea ≥3, dan dukungan sosial rendah secara signifikan berhubungan dengan keadaan depresi.
2	Jules Kehbila , Cyril Jabea	Prevalence and correlates of	Analitik observasional, desain	Variabel bebas: umur, jenis kelamin, status	Hasil uji multivariat didapatkan hasil

	Ekabe, Leopold Ndemnge Aminde, Jean Jacques N. Noubiap, Peter Nde Fon, dan Gottlieb Lobe Monekosso (Kehbila *et al.*, 2016).	depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon.	penelitian *cross sectional*.	tinggal di rumah tangga, IMT, apusan dahak, status pengobatan, mengakhiri pengobatan sebelum lengkap, status pasien, keberadaan tanda, komorbiditas, riwayat keluarga dengan kelainan mental. Variabel terikat: gejala depresi.	jenis kelamin perempuan, dalam perawatan untuk PTB, riwayat keluarga dengan penyakit mental, penghentian pengobatan dan koinfeksi HIV / TB berhubungan dengan gejala depresi pada pasien TB.
3	Risky Akaputra, Sabrina Qurrotaa' yun (Akaputra & Qurrotaa' yun, 2017).	Effect of duration tuberculosis treatment on depression symptoms level of tuberculosis patients in Karang Bahagia Primary Health Care Bekasi.	Analitik observasional, desain penelitian *cross sectional*.	Variabel bebas: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, durasi pengobatan TB. Variabel terikat: gejala depresi.	Ada hubungan yang signifikan antara lamanya pengobatan TB paru dengan tingkat gejala depresi pada pasien TB paru berusia 18 hingga 65 tahun di Puskesmas Karang Bahagia, Bekasi.
4	Nisrina Darin Nahda, Fathur Nur Kholis, Natalia Dewi Wardani, Hardian (Nahda *et al.*, 2017).	Faktor – faktor yang berpengaruh terhadap kejadian depresi pada pasien tuberkulosis Di RSUP Dr. Kariadi Semarang.	Analitik observasional, desain penelitian *cross sectional*.	Variabel bebas: umur, jenis kelamin, komplikasi tuberkulosis, penyakit komorbid, serta efek samping obat. Variabel terikat: kejadian depresi.	Adanya komplikasi tuberkulosis dan penyakit komorbid berhubungan secara bermakna dengan kejadian depresi pada pasien tuberkulosis ($p<0,001$). Hasil analisis uji regresi logistik

					multivariat hanya komplikasi tuberkulosis dan penyakit komorbid yang berpengaruh terhadap kejadian depresi.
5	Ashari Zuprin (Zuprin, 2015).	Hubungan lama pengobatan tuberkulosis (TB) dengan tingkat gejala depresi pada pasien TB paru Di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.	Penelitian analitik observasional dengan desain study *cross sectional*.	Variabel bebas: lama pengobatan TB paru. Variabel terikat: tingkat gejala depresi.	Ada hubungan yang signifikan antara lamanya pengobatan TB paru dengan tingkat gejala depresi pada pasien usia 18 sampai 60 tahun di Poliklinik DOTS instalasi PTT RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh dengan p<0,001.
6	Arshad Javaid, Sumaira Mehreen, Mazhar Ali Khan, Nadia Ashiq, Muhammad Ihtesham, Afsar Khan, Irfan Ullah, dan Anila Basit (Javaid *et al.*, 2017)	Depression and its associated factors with multidrug-resistant tuberculosis at Baseline.	Penelitian analitik observasional dengan desain study *cross sectional*.	Variabel bebas: jenis kelamin, usia, berat badan, tipe tempat tinggal, status pernikahan, durasi pengobatan TB sebelumnya, komorbiditas, pendapatan bulanan, hasil pengobatan TB sebelumnya. Variabel terikat: depresi	Depresi ditemukan pada 127 (43,9%) pasien TB-MDR pada saat pendaftaran terkait dengan berbagai faktor. Jenis kelamin, lamanya penyakit, tempat tinggal, komorbiditas, dan pengobatan TB sebelumnya dikaitkan dan faktor risiko independen dari depresi.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sasaran penelitian. Sasaran penelitian ini adalah pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian ini berada di RSUP Dr. Kariadi yang berada di Kota Semarang, Jawa Tengah.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2019.

1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini merupakan penelitian bagian dari Ilmu Kesehatan Masyarakat kajian bidang epidemiologi kesehatan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Tuberkulosis Multi Drug Resistent

2.1.1.1. Definisi Tuberkulosis Multi Drug Resisten

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). TB resistan/kebal obat ganda adalah keadaan dimana kuman TB resisten terhadap rifampisin dan INH dengan atau tanpa obat anti tuberkulosis lini pertama yang lain. Resistansi tersebut dapat diketahui dengan pemeriksaan dahak di rumah sakit rujukan dan sub rujukan yang ditunjuk (Dirjen P2PL Kemenkes RI, 2015; Wilkinson, 2014).

2.1.1.2. Epidemiologi Kasus TB MDR

Data surveilans resistansi obat anti TB terbaru menunjukkan bahwa 4,1% dari kasus TB baru dan 19% yang sebelumnya diobati di dunia diperkirakan memiliki TB yang resistan terhadap rifampisin atau multidrug (MDR / RR-TB). Pada 2016, diperkirakan 600.000 kasus baru MDR / RR-TB muncul secara global. MDR / RR-TB menyebabkan 240.000 kematian pada 2016. Sebagian besar kasus dan kematian terjadi di Asia. Sekitar 6,2% dari kasus TB MDR memiliki tambahan resistensi obat, TB yang resistan terhadap obat secara luas (TB-XDR) (WHO, 2017c).

2.1.1.3. Klasifikasi Penyakit dan Tipe Pasien TB MDR

a. Klasifikasi TB MDR (Berdasarkan Lokasi) :

– Paru, apabila kelainan ada di dalam parenkim paru.

– Ekstra Paru, apabila kelainan ada di luar parenkim paru.

Catatan : bila dijumpai kelainan di paru maupun di luar paru, maka pasien di registrasi sebagai pasien TB MDR dengan klasifikasi TB MDR paru.

b. Pasien TB MDR diregistrasi sesuai dengan klasifikasi pasien berdasar riwayat pengobatan sebelumnya, sebagai berikut :

Tabel 2.1. Klasifikasi Pasien TB MDR Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya

1. Pasien Baru	Pasien yang belum pernah mendapat pengobatan dengan OAT atau pernah diobati menggunakan OAT kurang dari 1 bulan
2. Pengobatan Ulangan	Pasien yang mendapatkan pengobatan ulang karena : • Kambuh (relaps) • Pengobatan setelah putus berobat (defaulter) • Kasus kronik Pasien TB dengan hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang dengan kategori 2. Hal ini ditunjang dengan rekam medis sebelumnya dan atau riwayat penyakit dahulu. • Kasus gagal pengobatan kategori 1 • Lain-lain: Pasien yang tidak termasuk kedalam kriteria di atas, sebagai contoh pasien yang diobati oleh dokter praktek swasta atau sarana pengobatan non DOTS yang tidak dapat dipastikan paduan pengobatan maupun lamanya pengobatan.

Sumber: (Permenkes RI, 2013)

2.1.1.4. Mekanisme Resistensi *Mycobacterium tuberculosis*

Menurut Irianti *et al.*, (2016), berdasarkan molekuler biologi mikobakteria, mekanisme penyebab munculnya strain resisten dapat dibagi menjadi 2, yaitu mekanisme *acquired resistance* dan mekanisme resistensi intrinsik.

2.1.1.4.1. Mekanisme Acquired Resistance

Bakteri yang tergolong patogenik seperti M. tuberculosis mampu mengalami resistensi terhadap antibiotik umum dimana sebelumnya bakteri sensitif terhadap antibiotik tersebut. Konsep resistensi ini disebut *acquired antibiotic resistance*. Resistensi ini terjadi akibat mutasi maupun transfer gen horizontal. Pada M. tuberculosis, transfer horizontal suatu gen resisten melalui plasmid atau elemen transposon belum dilaporkan, namun semua *acquired resistance* yang diketahui saat ini terjadi akibat adanya mutasi kromosomal.

2.1.1.4.2. Mekanisme Acquired Intrinsik

Bakteri tuberkulosis juga memiliki mekanisme resistensi intrinsik. Mekanisme ini memungkinkan terjadinya netralisasi aktifitas antibiotik. Resistensi jenis ini menghasilkan tingginya background resistensi yang membatasi penggunaan antibiotik pada pasien TB dan menghambat perkembangan obat baru. Resistensi intrinsik ini dapat dibagi menjadi 2 kategori, yaitu resistensi pasif dan resistensi terspesialisasi.

2.1.1.5. Mekanisme Resistensi Berdasarkan Jenis Obat

TB resistan/kebal obat ganda adalah keadaan dimana kuman TB resisten terhadap rifampisin dan INH. Berdasarkan jenis obatnya, mekanisme resistensi obat pada penderita TB MDR dapat dijelaskan sebagai berikut (Alfin, 2012):

2.1.1.5.1. Mekanisme Resistensi terhadap INH (Isoniazide)

Isoniazid merupakan hydrasilasi dari asam isonikotinik, molekul yang larut air sehingga mudah untuk masuk ke dalam sel. Mekanisme kerja obat ini dengan menghambat sintesis dinding sel asam mikolik (struktur bahan yang sangat penting pada dinding sel *mycobacterium*) melalui jalur yang tergantung dengan oksigen seperti rekasi katase peroksidase. Mutasi *mycobacterium* TB yang resisten terhadap isoniazid terjadi secara spontan dengan kecepatan 1 dalam 105-106 organisme. Mekanisme resistensi isoniazid diperkirakan oleh adanya asam amino yang mengubah gen katalase peroksidase (katG) atau promotor pada lokus 2 gen yang dikenal sebagai inhA. Mutasi missense atau delesi katG berkaitan dengan berkurangnya aktivitas katalase dan peroksidase.

2.1.1.5.2. Mekanisme Resistensi terhadap Rifampisin

Rifampisin merupakan turunan semisintetik dari *Streptomyces mediterranei*, yang bekerja sebagai bakterisid intraseluler maupun ekstraseluler. Obat ini menghambat sintesis RNA dengan mengikat atau menghambat secara khusus RNA polymerase yang tergantung DNA. Rifampisin berperan aktif invitro pada kokus gram positif dan gram negatif, mikobakterium, chlamydia, dan poxvirus.

Resistensi terhadap rifampisin ini disebabkan oleh adanya permeabilitas barier atau adanya mutasi dari RNA polymerase tergantung DNA. Rifampisin menghambat RNA polymerase tergantung DNA dari *mycobacterium*, dan menghambat sintesis RNA bakteri yaitu pada formasi rantai (*chain formation*) tidak pada perpanjangan rantai (*chain elongation*), tetapi RNA polymerase manusia tidak terganggu. Resistensi rifampisin berkembang karena terjadinya mutasi kromosom dengan frekuensi tinggi dengan kecepatan mutasi tinggi yaitu 10-7 sampai 10-3, dengan akibat terjadinya perubahan pada RNA polymerase. Resistensi terjadi pada gen untuk beta subunit dari RNA polymerase dengan akibat terjadinya perubahan pada tempat ikatan obat tersebut.

2.1.1.6. Penyebab TB MDR

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat *dormant*, tertidur lama selama beberapa tahun (Dirjen P2PL Kemenkes RI, 2014).

Division of Tuberculosis Elimination CDC (2012) menyatakan bahwa resistensi terhadap obat anti TB dapat terjadi ketika obat ini disalahgunakan atau salah kelola. Sebagai contoh ketika pasien tidak menyelesaikan perawatan lengkap

mereka, ketika penyedia layanan kesehatan meresepkan pengobatan yang salah, dosis yang salah, lamanya waktu untuk mengambil obat, ketika persediaan obat-obatan tidak selalu tersedia, atau ketika obat-obatan berkualitas buruk.

Hal sama diterangkan lebih lanjut dalam buku petunjuk teknis manajemen terpadu pengendalian tuberkulosis resistan obat Dirjen P2PL Kemenkes RI (2013) bahwa faktor utama penyebab terjadinya resistansi kuman terhadap OAT adalah ulah manusia sebagai akibat tata laksana pengobatan pasien TB yang tidak dilaksanakan dengan baik. Penatalaksanaan pasien TB yang tidak adekuat tersebut dapat ditinjau dari sisi :

1. Dari sisi pemberi jasa/petugas kesehatan, yaitu karena pemberian diagnosis tidak tepat, tidak menggunakan paduan pengobatan yang tepat, dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat, penyuluhan kepada pasien yang tidak adekuat.
2. Dari sisi pasien, yaitu karena tidak mematuhi anjuran dokter/ petugas kesehatan, tidak teratur meminum obat anti TB sesuai aturan, menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya, serta adanya gangguan penyerapan obat.
3. Dari program pengendalian TB, yaitu karena persediaan OAT yang kurang, kualitas OAT yang disediakan rendah (*Pharmaco-vigillance*).

Sementara menurut Irianti *et al.*, (2016), penyebab resisten terhadap obat anti TB dapat terjadi karena salah menggunakan atau salah mengelola obat. Contoh dari tindakan tersebut yaitu:

1. Pasien tidak menyelesaikan pengobatan sesuai saran.

2. Petugas kesehatan tidak memberikan pengobatan yang tepat baik dalam hal dosis ataupun lama terapi.
3. Obat untuk terapi yang sesuai tidak tersedia.
4. Rendahnya kualitas obat TB. Resisten obat lebih sering terjadi pada pasien yang tidak menggunakan obat secara teratur, tidak meminum semua obatnya, kembali mengidap penyakit TB setelah terapi dan pulang dari negara dengan prevalensi TB resisten obat yang tinggi.

2.1.1.7. Suspek TB MDR

Kriteria suspek TB resisten obat berdasarkan Program Nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2013) adalah:

1. Kasus kronik atau pasien yang mengalami gagal pengobatan dengan OAT kategori II.
2. Pasien dengan hasil pemeriksaan dahak tetap positif setelah tiga bulan pengobatan dengan OAT kategori II.
3. Pasien yang pernah diobati TB secara substandar di fasyankes tanpa DOTS, termasuk penggunaan OAT lini kedua seperti kuinolon dan kanamisin.
4. Pasien dengan pengobatan OAT kategori I yang mengalami gagal pengobatan.
5. Pasien dengan hasil pemeriksaan dahak tetap positif setelah sisipan dengan OAT kategori I.
6. Pasien dengan kasus TB kambuh.
7. Pasien yang kembali setelah lalai pada pengobatan kategori I dan / atau kategori II.

8. Pasien suspek TB dengan keluhan yang tinggal dekat pasien TB resisten obat ganda yang terkonfirmasi termasuk petugas kesehatan yang bertugas di bangsal TB resisten obat ganda.
9. Pasien koinfeksi TB-HIV, yang tidak memberikan respons klinis terhadap pengobatan TB dengan OAT lini pertama.

2.1.1.8. Diagnosis TB Resisten Obat

a. Diagnosis TB resistan obat dipastikan berdasarkan uji kepekaan *M. tuberkulosis*, baik secara metode konvensional dengan menggunakan media padat atau media cair, maupun metode cepat (*rapid test*).
b. Untuk keperluan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M. tuberculosis*, suspek TB resistan obat diambil dahaknya dua kali, salah satu harus ‘dahak pagi hari’(Permenkes RI, 2013).

2.1.1.9. Prosedur Dasar Diagnostik Untuk Suspek TB MDR

a. Pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M. tuberkulosis* untuk OAT lini kedua bersamaan dengan OAT lini pertama:

   – Kasus TB kronis.

   – Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB non DOTS suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan kasus TB XDR konfirmasi.
b. Pemeriksaan uji kepekaan *M. tuberkulosis* untuk OAT lini kedua setelah terbukti menderita TB MDR :

   - Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi.
   - Pasien pengobatan kategori 1 yang gagal.

- Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan.
- Pasien kambuh (*relaps*), kategori 1 dan kategori 2.
- Pasien yang berobat kembali setelah lalai berobat/default, kategori 1 dan kategori 2.
- Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR – Pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT.

c. Pemeriksaan uji kepekaan *M. tuberculosis* untuk OAT lini kedua atas indikasi khusus:

- Setiap pasien yang hasil biakan tetap positif pada atau setelah bulan ke empat pengobatan menggunakan paduan obat standar yang digunakan pada pengobatan TB MDR.
- Pasien yang mengalami rekonversi biakan menjadi positif kembali setelah pengobatan TB MDR bulan ke empat.

Sambil menunggu hasil uji kepekaan *M. tuberculosis* di laboratorium rujukan TB MDR, maka suspek TB MDR akan tetap meneruskan pengobatan sesuai dengan pedoman penanggulangan TB nasional di tempat asal rujukan, kecuali pada kasus kronik, pengobatan sementara tidak diberikan. Suspek TB MDR tersebut akan diberikan penyuluhan tentang pengendalian infeksi (Permenkes RI, 2013).

2.1.1.10. Pengobatan TB MDR

a. OAT untuk Pengobatan TB MDR.

Pengobatan pasien TB MDR menggunakan paduan OAT yang terdiri dari OAT lini pertama dan lini kedua, yang dibagi dalam 5 kelompok berdasar potensi dan efikasinya.

b. Panduan Obat TB MDR di Indonesia

Pilihan paduan OAT TB MDR saat ini adalah paduan terstandar, yang pada permulaan pengobatan akan diberikan sama kepada semua pasien TB MDR (standardized treatment). Adapun paduan yang akan diberikan adalah :

Km – Eto – Lfx – Cs – Z-(E) / Eto – Lfx – Cs – Z-(E)

1. Paduan ini diberikan pada pasien yang sudah terkonfirmasi TB MDR secara laboratoris.
2. Paduan pengobatan ini diberikan dalam dua tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan. Tahap awal adalah tahap pemberian suntikan dengan lama paling sedikit 6 bulan atau 4 bulan setelah terjadi konversi biakan. Apabila hasil pemeriksaan biakan bulan ke-8 belum terjadi konversi, maka disebut gagal pengobatan. Tahap lanjutan adalah pemberian paduan OAT tanpa suntikan setelah menyelesaikan tahap awal.
3. Etambutol tidak diberikan jika terbukti sudah resistan atau riwayat penggunaan sebelumnya menunjukkan kemungkinan besar terjadinya resistansi terhadap etambutol.
4. Paduan OAT akan disesuaikan paduan atau dosis pada:
   - Pasien TB MDR yang diagnosis awal menggunakan *rapid test*, setelah ada konfirmasi hasil uji resistansi *M. tuberculosis* dengan cara konvensional, paduan OAT akan disesuaikan.

- Bila ada riwayat penggunaan salah satu obat tersebut di atas sebelumnya, sehingga dicurigai telah ada resistansi, misalnya : pasien sudah pernah mendapat kuinolon pada pengobatan TB sebelumnya, maka diberikan levofloksasin dosis tinggi. Apabila sudah terbukti resistan terhadap levofloksasin maka paduan pengobatan ditambah PAS dan levofloxacin diganti dengan moksifloksasin. Hal tersebut dilakukan dengan pertimbangan dan persetujuan dari tim ahli klinis atau tim *ad hoc*.
- Terjadi efek samping yang berat akibat salah satu obat yang sudah dapat diidentifikasi sebagai penyebabnya.
- Terjadi perburukan keadaan klinis, sebelum maupun setelah konversi biakan. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah kondisi umum, batuk, produksi dahak, demam, penurunan berat badan.

5. Penentuan perpindahan ke tahap lanjutan ditentukan oleh TAK.
6. Jika terbukti resistan terhadap kanamisin, maka paduan standar disesuaikan sebagai berikut:

Cm – Lfx – Eto –Cs – Z – (E) / Lfx – Eto – Cs – Z – (E)

7. Jika terbukti resistan terhadap kuinolon, maka paduan standar disesuaikan sebagai berikut:

Km – Mfx – Eto –Cs – PAS – Z – (E) / Mfx – Eto – Cs – PAS – Z – (E)

8. Jika terbukti resistan terhadap kanamisin dan kuinolon (TB XDR), atau pasien TB-MDR/ HIV memerlukan penatalaksanaan khusus.

c. Pemberian Obat

1. Pada fase awal : obat per oral ditelan setiap hari (7 hari dalam 1 minggu), suntikan diberikan 5 (lima) hari dalam seminggu (senin – jumat).
2. Pada fase lanjutan : obat per oral ditelan selama 6 (enam) hari dalam seminggu (hari minggu pasien tidak minum obat).
3. Obat suntikan harus diberikan oleh petugas kesehatan.
4. Pemberian obat oral selama periode pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan menganut prinsip DOT = *Directly Observed Treatment*, dengan PMO diutamakan adalah tenaga kesehatan atau kader kesehatan terlatih.
5. Piridoxin (vit. B6) ditambahkan pada pasien yang mendapat sikloserin, dengan dosis 50 mg untuk setiap 250 mg sikloserin.
6. Berdasar sifat farmakokinetiknya pirazinamid, etambutol, dan fluoroquinolon diberikan sebagai dosis tunggal. Etionamid, sikloserin, dan PAS dapat diberikan sebagai dosis terbagi untuk mengurangi efek samping. Catatan : pada awal pemberian OAT bisa dilakukan ramping/ *incremental dose* selama maksimal 1 minggu untuk mengurangi kejadian efek samping obat (Permenkes RI, 2013).

2.1.1.11. Efek Samping Obat

a. Efek samping ringan dan yang sering muncul diantaranya reaksi kulit alergi ringan, reaksi kulit alergi sedang dengan atau tanpa demam, neuropati perifer, mual muntah ringan hingga berat, anoreksia, diare, nyeri kepala, vertigo, arthralgia, gangguan tidur, gangguan elektrolit ringan: hipokalemi, depresi, perubahan perilaku, gastritis, nyeri di tempat suntikan dan *metallic taste.*
b. Efek samping berat diantaranya kelainan fungsi hati, kelainan fungsi ginjal, perdarahan lambung, gangguan elektrolit berat (*bartter like syndrome),*

gangguan pendengaran, gangguan pengelihatan, gangguan psikotik (*suicidal tendency)*, kejang, tendinitis, syok anafilaktik, reaksi alergi toksik menyeluruh, dan SJS serta hipotiroid.

2.1.1.12. Pencegahan TB Resisten Obat

Usaha terpenting untuk mencegah penyebaran TB resisten obat adalah dengan menggunakan semua obat sesuai saran petugas kesehatan (dokter atau apoteker). Semua obat harus diminum sesuai jadwal dan instruksi, tidak boleh ada dosis terlewat maupun pengehentian pengobatan lebih awal. Selain itu, pasien penerima pengobatan TB harus memberitahu dokter jika mereka mengalami kesulitan dalam meminum obat atau adanya efek samping yang dialami.

Penyedia layanan kesehatan dapat membantu pencegahan TB resisten obat dengan berbagai cara. Petugas dapat melakukan diagnosis kasus secara dini, pemberian pedoman pengobatan, pemantauan respon pasien terhadap pengobatan, dan pemastian selesainya terapi. Cara lain untuk mencegah TB resisten adalah menghindari paparan dengan pasien TB resisten obat di tempat-tempat tertutup atau penuh sesak seperti rumah sakit, penjara, atau tempat penampungan tunawisma. Orang-orang yang bekerja di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dimana pasien TB datang hampir setiap hari, maka sebaiknya berkonsultasi terkait pengendalian infeksi dan kesehatan kerja (Irianti *et al*., 2016).

2.1.2. Depresi

2.1.2.1. Definisi Depresi

Depresi menjadi istilah yang sangat popular di masyarakat, dan semua orang mengetahuinya bahkan orang yang awam dalam bidang kedokteran dan psikologi. Depresi adalah penyakit otak yang berasal dari interaksi gen dan lingkungan yang kompleks. Depresi sebenarnya sukar untuk didefinisikan secara tepat. Sedih dan putus asa tidak identik dengan depresi meski keduanya merupakan gejala penting depresi (Kim, 2018; Lubis, 2016).

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di masyarakat dimana depresi berawal dari stres yang tidak diatasi. Penyakit ini kerap diabaikan karena dianggap bisa hilang sendiri tanpa pengobatan. Depresi dapat diartikan sebagai suatu gangguan perasaan (afek) berupa perasaan sendu atau sedih yang biasanya ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah), gangguan diperlambatnya gerak dan fungsi tubuh, hingga suatu perasaan tidak ada harapan lagi dan tidak berdaya disertai dengan gejala lain seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan (Lubis, 2016).

Depresi merupakan serangkaian gejala afektif (kesedihan, apatis, anhedonia, keputusasaan, kelemahan, mudah marah, perasaan subyektif tentang kesusahan, dan ketidakberdayaan ketika dihadapkan dengan tuntutan hidup). Namun, pada tingkat yang berbeda-beda, ada juga gejala tipe kognitif, kehendak dan somatik, sehingga seseorang dapat berbicara tentang pengaruh fisik dan mental secara keseluruhan, dengan penekanan khusus pada bidang afektif (Ministry Of Health Social Services And Equality, 2014).

Menurut Sutejo (n.d.), depresi merupakan gangguan mental serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Gangguan ini dapat menghilang dalam beberapa hari, namun dapat juga berkelanjutan sehingga dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Menurut WHO dalam World Federation for Mental Health (2012), depresi adalah gangguan mental umum yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan, menurunnya energi, perasaan bersalah atau merasa rendah diri, disertai gangguan tidur atau nafsu makan, dan konsentrasi yang buruk. Selain itu, depresi sering kali disertai dengan gejala kecemasan.

Istilah "keputusasaan," yang tidak termasuk dalam DSM-IV, baru ditambahkan ke deskriptor subjektif dari suasana hati depresi di DSM-5. Penambahan keputusasaan ke DSM-5 sesuai dengan "pandangan suram dan pesimis tentang masa depan" yang terkandung dalam definisi mood depresi dalam Klasifikasi Penyakit Internasional, revisi kesepuluh (ICD-10) (Kim, 2018).

2.1.2.2. Epidemiologi Depresi

Proporsi populasi global dengan depresi pada 2015 diperkirakan 4,4%. Depresi lebih sering terjadi pada wanita (5,1%) dibandingkan pada pria (3,6%). Tingkat prevalensi bervariasi berdasarkan usia, memuncak pada usia lansia (di atas 7,5% pada wanita berusia 55-74 tahun, dan di atas 5,5% pada pria). Depresi juga terjadi pada anak-anak dan remaja di bawah usia 15 tahun, tetapi pada tingkat yang lebih rendah daripada kelompok usia yang lebih tua. Jumlah total orang yang hidup dengan depresi di dunia adalah 322 juta. Hampir setengah dari orang-orang ini

tinggal di wilayah Asia Tenggara dan wilayah Pasifik Barat dengan angka prevalensi depresi di Indonesia sebesar 9.162.886 jiwa (WHO, 2017) dan hanya 9% penderita depresi yang minum obat atau menjalani pengobatan medis (Kemenkes RI, 2018).

2.1.2.3. Klasifikasi Depresi

Menurut Lubis (2016), penggolongan atau klasifikasi depresi hingga kini masih sukar diterima oleh kalangan psikiater. Beberapa jenis depresi menurut Lubis (2016) adalah sebagai berikut:

2.1.2.3.1.Jenis Depresi Berdasarkan Tingkat Penyakit

WHO mengklasifikasikan depresi menjadi:

1. *Mild Depression/Minor Depression dan Dysthymic Disorder*

Minor depression ditandai dengan *mood* rendah disertai dengan adanya dua gejala depresi yang muncul selama dua minggu berturut-turut, dan bukan pengaruh obat-obatan atau penyakit. Distimia menimbulkan gangguan *mood* ringan dalam jangka waktu lama, sehingga seseorang tidak dapat bekerja optimal. Gejala depresi ringan pada distimia dirasakan minimal dalam jangka waktu dua tahun.

2. *Moderate Depression*

Mood rendah berlangsung terus menerus dengan terdapat banyak gejala dan individu mengalami *simptom* fisik yang berbeda satu sama lain.

3. *Severe Depression/Major Depression*

Tingkat depresinya parah. Individu akan mengalami gangguan dalam kemampuan bekerja, tidur, makan, dan menikmati hal yang menyenangkan, sehingga penting untuk mendapatkan bantuan medis secepat mungkin. Depresi ini

ditandai dengan adanya lima atau lebih *simptom* dan berlangsung dalam dua minggu berturut-turut.

2.1.2.3.2.Jenis Depresi Berdasarkan Klasifikasi Nosologi

Jenis-jenis depresi menurut klasifikasi nosologi:

1. Depresi psikogenik, yaitu karena pengaruh psikologis individu. Depresi ini terjadi akibat adanya kejadian yang dapat membuat sedih atau stres berat
2. Depresi endogenik, terjadi karena trauma fisik maupun pskis.
3. Depresi somatogenik, dianggap bahwa faktor jasmani berperan dalam timbulnya depresi.

2.1.2.3.3.Jenis Depresi Menurut Penyebab, Gejala dan Arah Penyakit

1. Menurut Penyebabnya
   a. Depresi reaktif, dimana gejala diperkirakan akibat stres luar seperti kehilangan seseorang atau pekerjaan.
   b. Depresi endogenus, berbeda dengan depresi reaktif, depresi ini terjadi tanpa dipengaruhi faktor luar.
   c. Depresi primer sekunder.
2. Menurut Gejalanya

   Menurut gejalanya, depresi dapat digolongkan sebagai "*neurotic*" atau "*psikotik*", namun perbedaan keduanya tidak terlalu jelas.
3. Menurut Arah Penyakit

Terdapat depresi "unipolar" yang dicirikan oleh suasana perasaan depresif saja dan depresi "bipolar" yang meliputi lingkaran depresi pada satu kutub dan gembira

berlebihan pada kutub lainnya dimana perasaan tersebut berubah secara cepat dan drastis.

2.1.2.3.4.Depresi Tersembunyi

Depresi tersembunyi merupakan depresi dengan gangguan fisik misalnya keletihan, sakit kepala, tidak nafsu makan, dan susah tidur yang kadang kala disertai dengan kesedihan, sehingga sering dianggap oleh penderita sebagai gangguan fisik/ stress.

2.1.2.3.5.Depresi Pada Perempuan

Depresi yang biasa dialami oleh perempuan adalah sindroma pramenstruasi, depresi saat menopause, dan depresi pasca melahirkan.

2.1.2.3.6.Depresi Pada Remaja

Perilaku remaja umumnya ditandai dengan *mood* yang naik turun dan berubah setiap harinya. Depresi bisa terjadi akibat respon sementara situasi maupun stres. Pada remaja, *mood* sedih adalah hal yang umum karena proses pendewasaan, pengaruh hormon seksual dan konflik kebebasan dengan orang tua. Meskipun normal, namun bisa jadi tidak normal jika berlarut-larut dengan kekacauan emosi yang luar biasa.

2.1.2.3.7.Depresi Pada Anak

Anak-anak mengalami stres karena suatu kejadian misalnya perceraian dan kekerasan dalam rumah tangga. *Simptom* depresi pada anak-anak sama dengan dewasa, hanya saja anak-anak tidak memiliki cukup kata untuk mengekspresikannya, sehingga mereka mengekspresikannya melalui perilaku

seperti fobia, kecemasan bila ditinggal, komplain sakit somatik, dan mendapatkan halusinasi.

2.1.2.3.8.Burnout

Burnout merupakan keadaan seseorang di tempat kerja yang ditandai dengan menurunnya produktivitas karena stres di tempat kerja yang terus menerus.

2.1.2.4. Faktor Risiko Depresi

Faktor risiko depresi menurut Lubis (2016) terdiri dari faktor fisik dan faktor psikologis. Faktor fisik berupa faktor genetik, susunan kimia otak dan tubuh, faktor usia, gender, gaya hidup, penyakit fisik, obat-obatan, obatan-obatan terlarang, atau kurangnya cahaya matahari. Sementara faktor psikologis berupa kepribadian, pola pikir, harga diri, stres, lingkungan keluarga, dan penyakit jangka panjang.

Adapun faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya depresi menurut Tamher & Noorkasiani (2009) adalah kehilangan orang atau sesuatu yang dicintai, seseorang dengan sikap pesimistik, kecenderungan berasumsi negatif terhadap suatu pengalaman yang mengecewakan, kehilangan integritas pribadi, orang dengan penyakit degeneratif kronik yang tidak disertai dukungan sosial yang adekuat.

Variabel-variabel yang meningkatkan risiko depresi dapat diklasifikasikan ke dalam pribadi, sosial, kognitif, keluarga, dan genetik. Faktor pribadi dan sosial meliputi jenis kelamin, penyakit kronis baik fisik dan mental, dan kemungkinan hubungan dengan konsumsi NAPZA, ciri-ciri kepribadian neurotik, keadaan sosial, dan status pernikahan (Ministry Of Health Social Services And Equality, 2014).

Sementara faktor risiko terjadinya depresi lainnya menurut (Manimala *et al.*, 2016) adalah individu yang merasakan kesendirian dan isolasi, kurangnya dukungan sosial, pengalaman hidup yang penuh tekanan baru-baru ini, memiliki anggota keluarga dengan riwayat depresi, memiliki masalah perkawinan atau hubungan, masalah finansial, trauma atau kekerasan pada anak usia dini, penyalahgunaan alkohol atau narkoba, pengangguran atau setengah pengangguran, dan masalah kesehatan atau sakit kronis.

2.1.2.5. Tanda Gejala Depresi

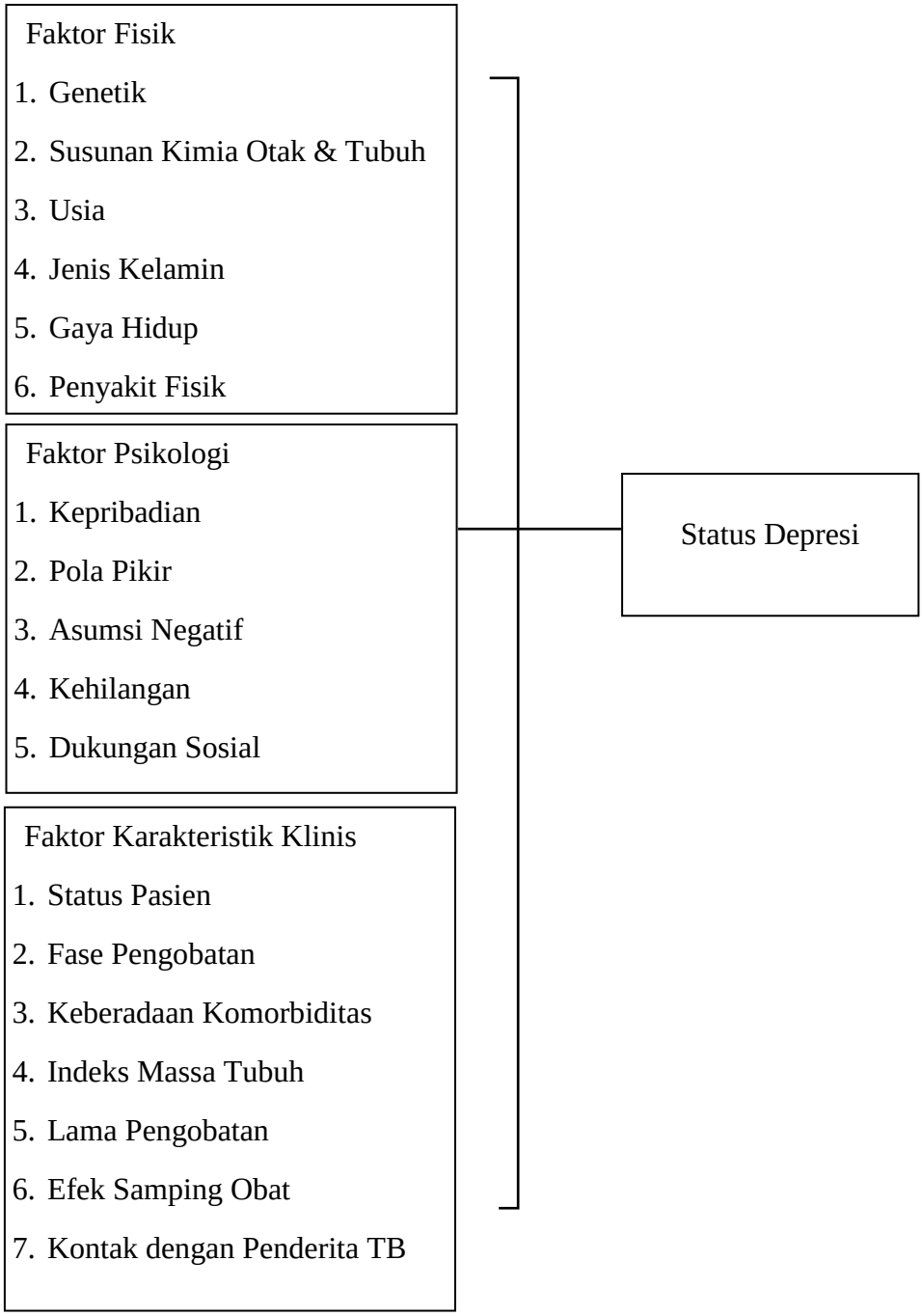
Ada banyak tanda dan gejala depresi, tetapi pengalaman setiap orang akan bervariasi. Beberapa tanda-tanda umum depresi menurut Dunn (2016) adalah sedih atau mudah menangis, gelisah atau mudah tersinggung, merasa bersalah, tidak berharga dan merendahkan diri sendiri, merasa kosong dan mati rasa, terisolasi dan tidak dapat berhubungan dengan orang lain, tidak menemukan kesenangan dalam hidup atau hal-hal yang biasanya dinikmati, tidak ada kepercayaan diri atau merasa tidak berharga, putus asa, dan berpikir untuk bunuh diri.

Gejala-gejala depresi dalam Tamher & Noorkasiani (2009) adalah adanya afek depresif, kehilangan minat, terjadi penurunan atau penambahan berat badan, gangguan tidur berupa Insomnia atau *hypersomnia*, menurun atau meningkatnya aktivitas psikomotor, kelelahan atau mudah lemas, perasaan tak berguna lagi atau merasa bersalah, sulit untuk berkonsentrasi, dan adanya keinginan untuk mati.

Sementara menurut Manimala *et al.*, (2016), tanda gejala depresi diantaranya perasaan tidak berdaya dan putus asa, kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, perubahan nafsu makan atau berat badan berupa penurunan berat badan

yang signifikan atau penambahan berat badan, perubahan pola tidur, kemarahan atau mudah marah, merasa gelisah, atau bahkan kasar, kehilangan energi, adanya kebencian terhadap diri sendiri, perilaku menyimpang (seperti penyalahgunaan narkoba, judi, mengemudi dengan asal, atau olahraga berbahaya), masalah konsentrasi seperti kesulitan fokus, sulit membuat keputusan, atau mengingat sesuatu, nyeri yang tidak dapat dijelaskan seperti peningkatan keluhan fisik seperti sakit kepala, sakit punggung, otot yang sakit, dan sakit perut.

2.2. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1. Kerangka Teori

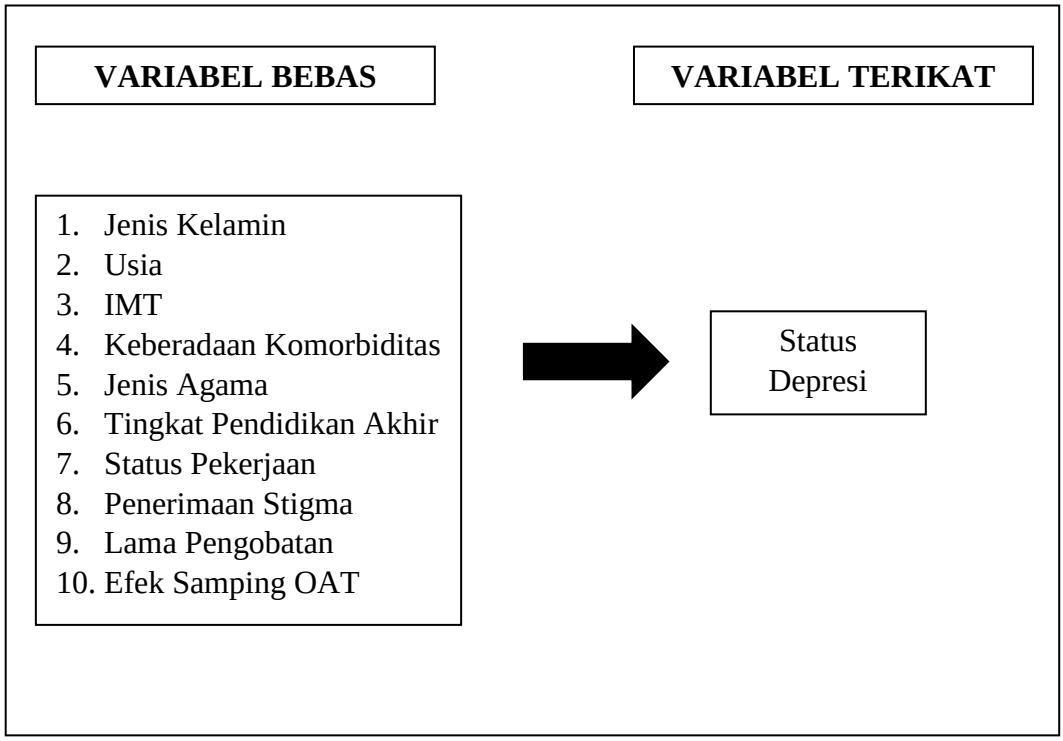
Sumber: Castro-silva *et al*., (2018); Duko *et al*., (2015); Javaid *et al*., (2017); Kehbila *et al*., (2016); Lubis (2016); Manimala *et al*., (2016); Ministry Of Health Social Services And Equality (2014); Tamher & Noorkasiani (2009).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep penelitian ini adalah:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.2. VARIABEL PENELITIAN

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan kelompok lain.

Definisi lain mengatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu. Variabel juga dapat diartikan sebagai konsep yang mempunyai bermacam-macam nilai (Notoatmodjo, 2010). Adapun variabel yang digunakan dalam penelitian ini mencakup:

3.2.1. Variabel Bebas

Variabel bebas atau variabel yang akan mempengaruhi dan mengakibatkan perubahan pada variabel lainnya. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, IMT, keberadaan komorbiditas, jenis agama, tingkat pendidikan akhir, status pekerjaan, penerimaan stigma, lama pengobatan, dan efek samping OAT.

3.2.2. Variabel Terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status depresi.

3.3. HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro, 2011). Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

3.3.1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara keadaan fisik, sosioekonomi, dan karakteristik klinis pasien TB MDR dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

3.3.2. Hipotesis Minor

1. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
2. Ada hubungan antara usia dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
3. Ada hubungan antara IMT dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
4. Ada hubungan antara keberadaan komorbiditas dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
5. Ada hubungan antara jenis agama dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
6. Ada hubungan antara tingkat pendidikan akhir berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
7. Ada hubungan antara status pekerjaan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
8. Ada hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
9. Ada hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

10. Ada hubungan antara efek samping OAT dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

3.4. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian merupakan wadah untuk menjawab pertanyaan penelitian atau untuk menguji kesahihan hipotesis (Sastroasmoro, 2011). Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik dengan studi observasional. Rancangan penelitian yang digunakan adalah studi *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2010).

3.5. DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala
Variabel Bebas					
1.	Jenis kelamin.	Karakteristik biologis yang dilihat dari penampilan luar.	Rekam medis.	1. Wanita 2. Pria	Nominal.
2.	Usia responden.	Usia responden pada pengobatan TB. Dikelompokkan sesuai rentang umur produktif dan non produktif.	Rekam medis.	1. Produktif (bila usia 15–64 tahun). 2. Tidak produktif (bila usia ≥65 tahun).	Ordinal.
3.	Indeks massa tubuh.	Hasil bagi berat badan (kg) dan tinggi badan(m) kuadrat.	Rekam medis.	1. <18,5kg/m^2 2. ≥18.5kg/m^2 (Masumoto *et al.*, 2014)	Ordinal.

4.	Keberadaan komorbiditas.	Keberadaan penyakit yang terjadi bersamaan dengan TB MDR.	Rekam medis.	1. Ada. 2. Tidak ada.	Nominal.
5.	Jenis agama.	Kepercayaan yang dianut.	Rekam medis.	1. Islam. 2. Kristen/ katholik.	Nominal.
6.	Tingkat pendidikan.	Tingkat pendidikan akhir yang pernah diikuti oleh responden secara formal.	Kuesioner.	1. Rendah (tidak sekolah, SD, SMP). 2.Tinggi (SMA, perguruan tinggi/ akademi) (UU RI No. 20 Tahun 2003).	Ordinal.
7.	Status pekerjaan.	Kegiatan utama yang dilakukan responden dan mendapat penghasilan atas kegiatan tersebut serta masih dilakukan pada saat pengambilan data.	Kuesioner.	1. Tidak/ belum bekerja. 2. Bekerja.	Nominal.
8.	Penerimaan stigma.	Pandangan negatif orang terhadap penyakit yang diderita responden.	Kuesioner.	1. Terdapat stigma masyarakat. 2. Tidak mendapat stigma.	Nominal.
9.	Lama pengobatan.	Rentang waktu sejak dimulai pengobatan tahap awal saat mulai terdiagnosis TB	Rekam medis.	1. 1-6 bulan. 2. >6 bulan.	Ordinal.

		MDR hingga pemeriksaan terakhir saat dilakukan pengambilan data, dinyatakan dalam bulan.			
10.	Efek samping OAT.	Keluhan yang terjadi selama masa pengobatan.	Rekam medis.	1. Berat. 2. Ringan. (Baghaei *et al*., 2011).	Nominal.
Variabel Terikat					
1.	Status depresi.	Perasaan sedih berkepanjangan yang ditunjukkan dengan kehilangan minat untuk melakukan aktivitas sosial.	Rekam medis.	1. Depresi. 2. Tidak depresi.	Ordinal.

3.6. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah sekelompok subyek dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2011). Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh pasien TB MDR, sementara populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

3.6.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel yang diteliti adalah pasien TB MDR yang tercatat di Klinik TB MDR RSUP Dr. Kariadi Semarang yang sedang menjalani pengobatan pada tahun 2019. Sampel yang diteliti adalah yang memenuhi kriteria inklusi.

1. Kriteria Inklusi

   Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien berusia ≥ 18 tahun yang tercatat di Poli TB MDR RSUP Dr. Kariadi di tahun 2019.

2. Kriteria Eksklusi

   Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

   a. Pasien TB MDR yang meninggal dunia

   b. Pasien TB MDR tidak bersedia menjadi responden

3.6.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling dilakukan secara *consecutive sampling* sampai terpenuhi sejumlah besar sampel minimal berdasarkan rumus dari Lemeshow (Lemeshow & David W.H.Jr, 1997) dengan hasil penelitian dari Ambaw *et al*., (2017)

$$n = \frac{Z^2 1 - \frac{\alpha}{2} . p . q}{d^2}$$

$$n = \frac{1{,}64^2 . 0{,}54 . 0{,}46}{0{,}1^2}$$

$$n = \frac{0{,}6680}{0{,}01}$$

n = 66,80

Didapatkan jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 67 orang. Tingkat partisipasi dikatakan dapat diterima (*acceptable*) jika lebih besar dari 85% (Murti, 2003), maka sampel dalam penelitian ini dibulatkan menjadi 74 orang untuk *antisipasi lost of follow up* sebesar 10%.

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal yang diperlukan.

Z^2-$1^{\alpha}/_2$= derajat kepercayaan.

p = proporsi kejadian depresi pada MDR-TB.

q= proporsi MDR-TB tanpa depresi.

d= limit dari error atau presisi absolut.

3.7. SUMBER DATA

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder.

3.7.1. Data Primer

Data primer adalah data yang berasal dari responden langsung melalui wawancara untuk mendapatkan keterangan lebih lanjut dan pasti mengenai variabel bebas yaitu tingkat pendidikan akhir, status pekerjaan, dan penerimaan stigma di masyarakat.

3.7.2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diambil dari hasil rekam medis pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi. Data yang diambil berupa data jenis kelamin, usia, IMT, keberadaan komorbiditas, jenis agama, lama pengobatan dan efek samping obat yang diterima.

3.8. INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat–alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen merupakan alat yang

digunakan untuk mengungkap data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini bisa diliat pada tabel berikut:

Tabel 3.2. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data

No	Data	Instrumen	Teknik Pengumpulan Data
1	Tingkat pendidikan akhir, status pekerjaan, dan penerimaan stigma di masyarakat.	Lembar dokumentasi.	Wawancara.
2	Jenis kelamin, usia, IMT, keberadaan komorbiditas, jenis agama, lama pengobatan, dan efek samping obat.	1. Lembar dokumentasi. 2. Lembar catatan medis pasien.	Dokumentasi.

3.8.2. Teknik Pengambilan Data

Teknik pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan lembar dokumentasi, yaitu pengumpulan data berupa daftar pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk mengetahui variabel berupa tingkat pendidikan akhir pasien, status pekerjaan pasien, dan keberadan stigma di masyarakat, serta dengan dokumentasi menulis kembali beberapa data yang diperlukan dari catatan medis pasien.

3.9. PROSEDUR PENELITIAN

Prosedur dalam pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.9.1. Persiapan Penelitian

1. Studi literatur mengenai kejadian TB dan TB MDR serta depresi pada pasien dengan TB dan TB MDR.
2. Mengurus perizinan dan persetujuan termasuk dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan.

3. Menyiapkan proposal penelitian dan instrumen penelitian untuk pengumpulan data primer.
4. Mengurus surat perijinan dari Kepala RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang sebagai tempat dilakukan penelitian.
5. Mengajukan surat pengambilan data awal pada jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK Unnes untuk mengambil data sekunder di RSUP. Dr. Kariadi.

3.9.2. Pelaksanaan Penelitian

1. Berkunjung ke RSUP Dr. Kariadi untuk melaksanakan penelitian.
2. Merekap data sekunder dari RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang.
3. Meminta kesediaan subyek penelitian untuk mengikuti penelitian.

3.9.3. Tahap Penulisan Hasil Penelitian

1. Pengumpulan data hasil wawancara dan dokumentasi catatan medis pasien.
2. Melakukan *editing*, *coding*, *entry*, dan analisis data.
3. Penyusunan naskah skripsi.

3.10. TEKNIK ANALISIS DATA

Setelah proses pengumpulan data selesai, maka tahapan selanjutnya adalah dilakukan pengolahan data dengan beberapa tahapan, antara lain:

1. *Editing*, yaitu pemeriksaan kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan untuk meyakinkan bahwa semua pertanyaan telah terjawab. *Editing* dilakukan di lapangan sebelum proses pemasukan data agar data yang salah atau meragukan masih dapat dikonfirmasi kepada responden yang bersangkutan.

2. *Coding*, yaitu pemberian kode terhadap jawaban yang ada pada kuesioner yang bertujuan untuk mempermudah dalam analisis data dan mempercepat proses entri data.
3. *Entry*, yaitu memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau *database* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi.
4. Analisis data, teknik analisis pada penelitian ini diolah secara statistik dengan menggunakan bantuan program komputer, melalui dua jenis analisis yaitu analisis univariat, dan bivariat.

3.10.1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan setiap variabel, baik variabel bebas (*independent*), variabel terikat (*dependent*), dengan membuat tabel distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel (Paputungan *et al.*, 2016). Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai *mean* atau rata-rata, median, dan standar deviasi. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010).

3.10.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam analisis bivariat dilakukan beberapa tahap antara lain analisis proporsi, analisis dari hasil uji statistik, dan analisis keeratan hubungan antara dua variabel dengan melihat nilai *Odd Ratio* (OR) (Notoatmodjo, 2010).

Uji statistik pada analisis bivariat yang digunakan adalah uji *chi square* untuk mengetahui hipotesis hubungan secara signifikan. Pengambilan keputusan hipotesis penelitian berdasarkan tingkat signifikansi (*p value*), jika nilai *p value* > 0,05 maka H0 diterima dan Ha ditolak, serta jika p < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima.

Uji *chi square* dapat dilakukan jika memenuhi beberapa syarat yaitu tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat *chi square* tidak terpenuhi maka uji yang digunakan adalah uji alternatif yaitu uji Fisher (bila tabel 2x2) dan uji Kolmogorov (bila tabel (2xK) (Dahlan, 2009).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. GAMBARAN UMUM

4.1.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSUP Dr. Kariadi Semarang merupakan rumah sakit terbesar sekaligus berfungsi sebagai rumah sakit rujukan bagi wilayah Jawa Tengah. RSUP Dr. Kariadi menjadi rujukan untuk penanganan kasus TB MDR di Jawa Tengah. Kasus TB MDR di RSUP Dr. Kariadi dari tahun 2017 hingga Agustus 2019 mengalami fluktuasi. Hasil laporan pasien dengan kasus *confirm* TB MDR bulan Januari-Agustus tahun 2019 terdapat 6.819 kasus *confirm* TB MDR dengan 111 orang menjalani pengobatan rutin. Terdapat 40 pasien diantaranya tidak menjalani pengobatan atau menjalani pengobatan di tempat lain atau sebab lain yang menyebabkan *lost to follow up*, 1 orang berusia 15 tahun, 14 pasien telah selesai pengobatan, 15 pasien tidak datang pada masa penelitian (tidak bisa dijangkau), serta 9 pasien tidak bersedia menjadi responden. Terdapat 72 pasien akhirnya bersedia dan dapat diwawancarai.

Peneliti tertarik melakukan penelitian pada RSUP Dr. Kariadi yang ada di Kota Semarang dengan responden penelitian pasien pada Poliklinik TB MDR. Penelitian ini dilakukan selama bulan Juli-Agustus 2019 menggunakan lembar dokumentasi yang berisi pertanyaan terkait faktor yang berhubungan dengan status depresi pasien tuberkulosis *multi drug resistant.*

4.1.2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diamati dalam penelitian ini berdasarkan asal daerah pasien dan tipe pasien TB MDR dan derajat depresi pada pasien TB MDR.

4.1.2.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Asal Daerah

Karakteristik responden berdasarkan asal daerah responden dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Asal Daerah

	Frekuensi	
Asal Daerah	N	**%**
Semarang	34	47,2
Luar Semarang	38	52,8
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.1. diketahui bahwa karakteristik responden paling banyak dari luar Semarang yaitu sejumlah 38 orang (52,8%), sedangkan responden yang bertempat tinggal di semarang terdapat sejumlah 34 orang (47,2%).

Sebaran responden yang bertempat tinggal di luar Semarang dengan responden terbanyak terdapat di Kabupaten Kendal sejumlah 10 orang, kemudian Kabupaten Demak jumlah 8 orang, dan Kabupaten Kudus sejumlah 6 orang, Kabupaten Batang, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Jepara, dan Kabupaten Rembang masing–masing sejumlah 2 orang, serta daerah lain (Lampung, Magelang, Pati, Pemalang, Tegal, dan Temanggung) masing–masing sejumlah 1 orang.

4.1.2.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Pasien TB MDR

Karakteristik responden berdasarkan tipe pasien TB MDR dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Pasien TB MDR

Tipe Pasien	Frekuensi	
	N	**%**
Pasien kambuh	37	51,4
Pasien Baru	11	15,3
Pasien Kat. Lain-lain	9	12,5
Pasien Gagal Kat. I	8	11,1
Pasien *lost to follow-up*	7	9,7
Jumlah	72	100,0

Data responden dengan tipe pasien TB MDR yang ditemukan pada sampel penelitian ini dapat dilihat sebarannya, yaitu responden kasus baru sejumlah 11 orang (15,3%) dan pasien kasus lama TB MDR sejumlah 61 orang (84,7%).

4.1.2.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Depresi

Karakteristik responden berdasarkan tingkat depresi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Depresi

Status Depresi	Frekuensi	
	N	**%**
Tidak Depresi	53	73,6
Depresi	19	26,4
Jumlah	72	100,0

Data responden dengan tingkat depresi yang ditemukan pada sampel penelitian ini dapat dilihat sebarannya, yaitu responden dengan dengan status tidak depresi sejumlah 53 orang (73,6%), sedangkan responden dengan status depresi sejumlah 19 orang (26,4%).

4.2. HASIL PENELITIAN

Bagian pertama merupakan hasil analisis univariat berupa distribusi dan frekuensi variabel terikat (status depresi) dan variabel bebas (jenis kelamin, usia,

IMT, keberadaan komorbiditas,jenis agama, tingkat pendidikan akhir, status pekerjaan, penerimaan stigma, lama pengobatan, dan efek samping OAT).

Pada bagian terakhir, akan dibahas mengenai hasil analisis bivariat berupa hubungan antar variabel penelitian (variabel bebas dan variabel terikat). Berikut ini merupakan hasil penelitian yang diperoleh:

4.2.1. Analisis Univariat

4.2.1.1. Jenis Kelamin

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.4. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	
	N	%
Wanita	30	41,7
Pria	42	58,3
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.4. diketahui responden pria sejumlah 42 orang (58,3%), sedangkan responden wanita sejumlah 30 orang (41,7%).

4.2.1.2. Usia

Distribusi responden berdasarkan usia dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.5. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	
	N	%
Produktif	68	94,4
Non Produktif	4	5,6
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.5. diketahui responden dengan usia produktif sejumlah 68 orang (94,4%) dengan distribusi paling banyak, sedangkan responden usia non produktif sejumlah 4 orang (5,6%).

4.2.1.3. IMT

Distribusi responden berdasarkan IMT dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.6. Distribusi Responden Berdasarkan IMT

IMT	Frekuensi	
	N	%
<18,5 kg/m^2	33	45,8
≥ 18,5 kg/m^2	39	54,2
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.6. diketahui responden dengan IMT ≥18,5 kg/m^2 sejumlah 39 orang (54,2%) merupakan kelompok dengan distribusi paling banyak, sedangkan responden dengan IMT <18,5 kg/m^2 sejumlah 33 orang (45,8%).

4.2.1.4. Keberadaan Komorbiditas

Distribusi responden berdasarkan keberadaan komorbiditas dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.7. Distribusi Responden Berdasarkan Keberadaan Komorbiditas

Keberadaan Komorbditas	Frekuensi	
	N	%
Ada	33	45,8
Tidak	39	54,2
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.7. diketahui responden yang tidak memiliki penyakit komorbiditas sejumlah 39 orang (54,2%), sedangkan responden yang memiliki penyakit komorbiditas sejumlah 33 orang (45,8%).

4.2.1.5. Jenis Agama

Distribusi responden berdasarkan agama dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.8. Distribusi Responden Berdasarkan Agama

Agama	Frekuensi	
	N	%
Islam	70	97,2
Kristen/Katholik	2	2,8
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.8. diketahui responden dengan agama Islam sejumlah 70 orang (97,2%) merupakan kelompok dengan distribusi paling banyak, sedangkan responden dengan agama Kristen/Katholik sejumlah 2 orang (2,8%).

4.2.1.6. Tingkat Pendidikan Akhir

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan akhir dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.9. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Akhir

Tingkat Pendidikan Akhir	Frekuensi	
	N	%
Rendah	27	37,5
Tinggi	45	62,5
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.9. diketahui responden dengan tingkat pendidikan akhir tinggi sejumlah 45 orang (62,5%), sedangkan responden dengan tingkat pendidikan akhir rendah sejumlah 27 orang (37,5%).

4.2.1.7. Status Pekerjaan

Distribusi responden berdasarkan status pekerjaan dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.10. Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

Status Pekerjaan	Frekuensi	
	N	%
Tidak bekerja	49	68,1
Bekerja	23	31,9
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.10. diketahui responden dengan status pasien tidak bekerja sejumlah 49 orang (68,1%) merupakan kelompok dengan distribusi paling banyak, sedangkan responden dengan status tidak bekerja sejumlah 23 orang (31,9%).

4.2.1.8. Penerimaan Stigma

Distribusi responden berdasarkan penerimaan stigma dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.11. Distribusi Responden Berdasarkan Penerimaan Stigma

Penerimaan Stigma	Frekuensi	
	N	%
Ada	31	43,1
Tidak Ada	41	56,9
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.11. diketahui responden yang tidak mendapatkan stigma di masyarakat sejumlah 41 orang (56,9%), sedangkan responden yang mendapatkan stigma di masyarakat sejumlah 31 orang (43,1%).

4.2.1.9. Lama Pengobatan

Distribusi responden berdasarkan lama pengobatan dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.12. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pengobatan

	Frekuensi	
Lama Pengobatan	N	%
1-6 bulan	28	38,9
>6 bulan	44	61,1
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.12. diketahui responden dengan lama pengobatan lebih dari 6 bulan sejumlah 44 orang (61,1%), sedangkan responden dengan lama pengobatan 1-6 bulan sejumlah 28 orang (38,9%).

4.2.1.10. Efek Samping Obat

Distribusi responden berdasarkan efek samping yang didapatkan dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4.13. Distribusi Responden Berdasarkan Efek Samping Obat

Efek Samping Obat	Frekuensi	
	N	%
Berat	27	37,5
Ringan	45	62,5
Jumlah	72	100,0

Berdasarkan tabel 4.13. diketahui responden dengan efek samping ringan sejumlah 45 orang (62,5%) sedangkan responden dengan efek samping obat berat sejumlah 27 orang (37,5%).

4.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Pengolahan data secara bivariat terkait variabel yang diteliti dapat dilihat sebagai berikut:

4.2.2.1. Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara jenis kelamin dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.14. di bawah ini:

Tabel 4.14. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Status Depresi

Jenis Kelamin	Status Depresi						*p value*	PR (95% CI)
	Depresi		Tidak Depresi		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Wanita	12	40,0	18	60,0	30	100	0,027	2,40 (1,072-5,373)
Pria	7	16,7	35	83,3	42	100		
Total	19	26,4	53	73,6	72	100		

Tabel 4.14. menunjukkan bahwa terdapat 30 responden wanita, sebanyak 12 orang (40,0%) mengalami depresi dan 18 orang (60,0%) tidak mengalami

depresi. Sebanyak 42 responden pria diantaranya 7 orang (16,7%) mengalami depresi dan 35 orang (83,3%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.14. menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,027 < α (0,05). Besar PR adalah 2,4 yang berarti bahwa pasien wanita 2,4 kali lebih berisiko untuk depresi dibandingkan dengan pasien pria.

4.2.2.2. Hubungan Usia dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara usia dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.15. di bawah ini:

Tabel 4.15. Hubungan antara Usia dengan Status Depresi

	Status Depresi						*p value*
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
Usia	n	%	n	%	n	%	
Produktif	19	27,9	49	72,1	68	100	0,567
Non Produktif	0	0,0	4	100,0	4	100	
Total	19	26,4	53	73,6	72	100	

Tabel 4.15. menunjukkan bahwa terdapat 68 responden dengan usia produktif, sebanyak 19 orang (27,9%) mengalami depresi dan 49 orang (72,1%) tidak mengalami depresi. Sebanyak 4 responden usia non produktif, semuanya (100%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.15. menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan antara usia dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,567 > α (0,05).

4.2.2.3. Hubungan IMT dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara IMT dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.16. di bawah ini:

Tabel 4.16. Hubungan antara IMT dengan Status Depresi

IMT	Status Depresi						*p value*
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<18 kg/m^2	12	36,4	21	63,6	33	100	0,077
≥18,5 kg/m^2	7	17,9	32	82,1	39	100	
Total	19	26,4	53	73,6	72	100	

Tabel 4.16. menunjukkan bahwa dari 33 responden dengan IMT <18 kg/m^2, sebanyak 12 orang (36,4%) mengalami depresi dan 21 orang (63,6%) tidak mengalami depresi. Dari 39 responden dengan IMT ≥18,5 kg/m^2, 7 diantaranya (17,9%) mengalami depresi dan 32 orang (82,1%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.16. menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan antara IMT dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,077 > α (0,05).

4.2.2.4. Hubungan Keberadaan Komorbiditas dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara keberadaan komorbiditas dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.17. di bawah ini:

Tabel 4.17. Hubungan antara Keberadaan Komorbiditas dengan Status Depresi

Keberadaan Komorbiditas	Status Depresi						*p value*	PR (95% CI)
	Depresi		Tidak Depresi		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Ada	13	39,4	20	60,6	33	100	0,021	2,56 (1,096-5,985)
Tidak ada	6	15,4	33	84,6	39	100		
Total	19	26,4	53	73,6	72	100		

Tabel 4.17. menunjukkan bahwa dari 33 responden yang memiliki penyakit komorbiditas, sebanyak 13 orang (39,4%) mengalami depresi dan 20 orang (60,6%) tidak mengalami depresi. Dari 39 responden yang tidak memiliki penyakit komorbiditas, diantaranya 6 orang (15,4%) mengalami depresi dan 33 orang (84,6%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.17. menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara keberadaan komorbiditas dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,021 < α (0,05). Besar PR adalah 2,56 yang berarti bahwa pasien yang memiliki penyakit komorbiditas 2,56 kali lebih berisiko untuk depresi dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki komorbiditas.

4.2.2.5. Hubungan Jenis Agama dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara jenis agama dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.18. di bawah ini:

Tabel 4.18. Hubungan antara Jenis Agama dengan Status Depresi

Jenis Agama	Status Depresi						*p value*
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Islam	19	27,1	51	72,9	70	100	1,000
Kristen/Katholik	0	0,0	2	100,0	2	100	
Total	19	26,4	53	73,6	72	100	

Tabel 4.18. menunjukkan bahwa dari 70 responden yang beragama Islam, sebanyak 19 orang (27,1%) mengalami depresi dan 51 orang (72,9%) tidak mengalami depresi. Sebanyak 2 responden beragama Kristen/Katholik, semuanya (100%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.18. menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan antara jenis agama dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 1,000 > α (0,05).

4.2.2.6. Hubungan Tingkat Pendidikan Akhir dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan akhir dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.19. di bawah ini:

Tabel 4.19. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Akhir dengan Status Depresi

Tingkat Pendidikan Akhir	Status Depresi						*p value*
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Rendah	5	18,5	22	81,5	27	100	0,241
Tinggi	14	31,1	31	68,9	45	100	
Total	19	26,4	53	73,6	72	100	

Tabel 4.19. menunjukkan bahwa dari 27 responden dengan tingkat pendidikan akhir rendah, sebanyak 5 orang (18,5%) mengalami depresi dan 22 orang (81,5%) tidak mengalami depresi. Dari 45 responden dengan tingkat pendidikan akhir tinggi, diantaranya 14 orang (31,1%) mengalami depresi dan 31 orang (68,9%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.19. menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan akhir pasien dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,241 > α (0,05).

4.2.2.7. Hubungan Status Pekerjaan dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara status pekerjaan dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.20. di bawah ini:

Tabel 4.20. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Status Depresi

Status Pekerjaan	Status Depresi						*p value*
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tidak/belum bekerja	15	30,6	34	69,4	49	100	0,235
Bekerja	4	17,4	19	82,6	23	100	
Total	19	26,4	53	73,6	72	100	

Tabel 4.20. menunjukkan bahwa dari 49 responden yang tidak/belum bekerja, sebanyak 15 orang (30,6%) mengalami depresi dan 34 orang (69,4%) tidak mengalami depresi. Dari 23 responden bekerja, diantaranya 4 orang (17,4%) mengalami depresi dan 19 orang (82,6%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.20. menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan akhir pasien dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,235 > α (0,05).

4.2.2.8. Hubungan Penerimaan Stigma dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.21. di bawah ini:

Tabel 4.21. Hubungan antara Penerimaan Stigma dengan Status Depresi

Penerimaan Stigma	Status Depresi						*p value*	PR (95% CI)
	Depresi		Tidak Depresi		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Ada	12	38,7	19	61,3	31	100	0,039	2,27 (1,012-5,081)
Tidak ada	7	17,1	34	82,9	41	100		
Total	19	26,4	53	73,6	72	100		

Tabel 4.21. menunjukkan bahwa dari 31 responden menerima stigma, sebanyak 12 orang (38,7%) mengalami depresi dan 19 orang (61,3%) tidak mengalami depresi. Dari 41 responden tidak menerima stigma, diantaranya 7 orang (17,1%) mengalami depresi dan 34 orang (82,9%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.21. menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,039 < α (0,05). Besar PR adalah 2,267 yang berarti bahwa pasien yang menerima stigma di masyarakat 2,27 kali lebih berisiko untuk depresi dibandingkan dengan pasien yang tidak menerima stigma di masyarakat.

4.2.2.9. Hubungan Lama Pengobatan dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.22. di bawah ini:

Tabel 4.22. Hubungan antara Lama Pengobatan dengan Status Depresi

Lama Pengobatan	Status Depresi						*p value*
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
	n	%	n	%	n	%	
1-6bulan	4	14,3	24	85,7	28	100	0,063
>6 bulan	15	34,1	29	65,9	44	100	
Total	19	26,4	53	73,6	72	100	

Tabel 4.22. menunjukkan bahwa dari 28 responden dengan lama pengobatan 1-6 bulan, sebanyak 4 orang (14,3%) mengalami depresi dan 24 orang (85,7%) tidak mengalami depresi. Dari 44 responden dengan lama pengobatan >6 bulan , diantaranya 15 orang (34,1%) mengalami depresi dan 29 orang (65,9%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.22. menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,063 > α (0,05).

4.2.2.10. Hubungan Efek Samping Obat dengan Status Depresi

Adapun untuk mengetahui hubungan antara efek samping obat dengan status depresi pada pasien TB MDR dapat dilihat dalam tabel 4.23. di bawah ini:

Tabel 4.23. Hubungan antara Efek Samping Obat dengan Status Depresi

Efek Samping Obat	Status Depresi						*p value*	PR (95% CI)
	Depresi		Tidak Depresi		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Berat	11	40,7	16	59,3	27	100	0,032	2,29 (1,055-4,978)
Ringan	8	17,8	37	82,2	45	100		
Total	19	26,4	53	73,6	72	100		

Tabel 4.23. menunjukkan bahwa dari 27 responden dengan efek samping obat berat, sebanyak 11 orang (40,7%) mengalami depresi dan 16 orang (59,3%) tidak mengalami depresi. Dari 45 responden dengan efek samping obat ringan, diantaranya 8 orang (17,8%) mengalami depresi dan 37 orang (82,2%) tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 4.23. menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara efek samping obat dengan status depresi pasien TB MDR. Hasil ini didasarkan pada uji *chi square* diperoleh *p value* sebesar 0,032 < α (0,05). Besar PR adalah 2,29 yang berarti bahwa pasien dengan efek samping obat berat 2,92 kali lebih berisiko untuk depresi dibandingkan dengan pasien dengan efek samping obat ringan.

4.2.3. Rangkuman Hubungan Antara Variabel Bebas dengan Status Depresi

Hasil uji *chi square* antara variabel bebas dengan variabel terikat (status depresi) dapat dilihat pada tabel rangkuman berikut ini:

Tabel 4.24. Rangkuman Hubungan antara Variabel Bebas dengan Status Depresi

No	Variabel Bebas	*P value*	PR	95%CI	Keterangan
1	Jenis kelamin	0,027	2,40	1,072-5,373	Terdapat hubungan
2	Usia	0,567	-	-	Tidak terdapat hubungan
3	IMT	0,077	-	-	Tidak terdapat hubungan
4	Keberadaan komorbiditas	0,021	2,56	1,096-5,985	Terdapat hubungan
5	Jenis agama	1,000	-	-	Tidak terdapat hubungan
6	Tingkat pendidikan akhir	0,241	-	-	Tidak terdapat hubungan
7	Status pekerjaan	0,235	-	-	Tidak terdapat hubungan
8	Penerimaan stigma	0,039	2,27	1,012-5,081	Terdapat hubungan
9	Lama pengobatan	0,063			Tidak terdapat hubungan
10	Efek samping obat	0,032	2,29	1,055-4,978	Terdapat hubungan

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. PEMBAHASAN

5.1.1. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin memiliki *p value* sebesar 0,027 < α (0,05) yang artinya ada hubungan antara jenis kelamin dengan status depresi pasien TB MDR dengan pasien jenis kelamin wanita lebih berisiko 2,40 kali untuk depresi dibandingkan dengan pasien pria.

Penelitian ini sejalan dengan Ambaw *et al*., (2017) yang menyatakan bahwa pada penelitian yang dilakukan di salah satu pelayanan kesehatan primer di Ethiopia, depresi ditemukan pada pasien perempuan, dan menunjukkan adanya hubungan antara jenis kelamin perempuan dengan status depresi pada pasien TB MDR dengan *p value* <0,01 dimana pasien wanita 1,23 kali lebih berisiko untuk depresi dibandingkan dengan pasien pria dengan interval kepercayaan 1,18–1,27. Kesamaan dengan penelitian ini adalah responden wanita lebih rentan untuk depresi daripada responden pria. Wanita lebih memungkinkan untuk menderita depresi karena perbedaan hormon dengan pria yang dihubungkan dengan kelahiran anak dan menoupose, dan perempuan lebih mungkin kekurangan dukungan dari suami mereka, yang dapat membuat mereka mengalami risiko depresi lebih lanjut (Dirgayunita, 2016; Walker *et al*., 2018).

5.1.2. Hubungan antara Usia dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel usia memiliki *p value* sebesar 0,567 > α (0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara usia dengan status depresi pasien TB MDR. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Masumoto *et al*., (2014) di Manila yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia muda dengan status depresi pasien TB dengan nilai sig. 0,72 > α (0,05).

Studi lain oleh Javaid *et al*., (2017) menunjukkan bahwa usia mempunyai hubungan dengan status depresi pasien TB (p= 0,028) dimana pasien dengan usia di bawah 30 tahun 2,170 kali lebih berisiko untuk depresi dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih dari 30 tahun dengan interval kepercayaan 1,073-4,389.

Javaid *et al*., (2017) dalam studinya di Pakistan menyatakan bahwa pasien TB MDR usia kurang dari 30 tahun lebih banyak menderita depresi dibandingkan pasien berusia lebih dari 30 tahun. Alasan yang masuk akal dikarenakan pengobatan TB MDR berlangsung lama, dan banyak obat disertai berbagai efek samping, sehingga membuat mereka cenderung kehilangan harga diri dan keberanian mereka. Tingkat kedewasaan yang rendah tidak dapat bertahan menghadapi situasi berat akibat penyakit maupun stigma, sehingga menyebabkan depresi dibandingkan dengan pasien yang lebih tua.

Studi lain menyatakan bahwa 15% lansia memiliki gejala depresi yang signifikan, 3% memiliki depresi mayor, dan risiko bunuh diri meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Pada lansia yang mengalami gangguan intelektual, kadang sulit untuk mengetahui apakah penyebabnya demensia atau depresi. Kedua kelainan ini umum dialami pada lansia. Penurunan fungsi mental cenderung lebih

cepat mengalami depresi dibandingkan menderita alzheimer atau demensia jenis lain (Coltrera *et al*., 2008).

Pada penelitian ini, pasien usia non produktif dimana berusia lebih dari 65 tahun, semuanya tidak mengalami depresi. Pasien lansia yang sudah tidak bekerja masih mendapatkan dukungan keluarga yang positif untuk kesembuhan pasien. Sementara pada pasien usia produktif lebih banyak ditemukan pasien tidak mengalami depresi. Pasien usia produktif masih dapat menjalankan kegiatan masing-masing tanpa stigma di sekeliling mereka, sehingga beberapa pasien masih dapat bekerja di lingkungan pekerjaan mereka, sehingga dapat mengurangi beban finansial. Dengan demikian, baik pasien lansia maupun usia produktif mempunyai faktor protektif yang hampir sama untuk mengalami depresi.

5.1.3. Hubungan antara IMT dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel IMT memiliki *p value* sebesar 0,077 > α (0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara IMT dengan status depresi pasien TB MDR. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Castro-silva *et al*., (2018) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara IMT dengan status depresi pasien TB dengan *p value* 0,63> α (0,05) (OR=1,28; 95%CI=0,48-3,40).

Studi lain oleh Kehbila *et al*., (2016) menunjukkan bahwa pada uji bivariat, IMT mempunyai hubungan dengan status depresi pasien TB MDR dengan nilai p= <0,01 dimana pasien dengan IMT kurus memiliki level tertinggi depresi. Perbedaan hasil penelitian ini dapat disebabkan karena pada penelitian Kehbila *et al*., terdapat

3 kategori IMT dan 3 kategori status depresi, sehingga uji statistik yang digunakan berbeda pula dengan uji statistik yang digunakan untuk tabel 2x2.

Seseorang dapat menderita depresi akibat persepsi dari kekurangan berat badan yang berhubungan dengan penampilan fisik (Jung *et al*., 2017). Penelitian sebelumnya juga menyimpulkan bahwa keadaan depresi sendiri berakibat pada gangguan nafsu makan yang akan mengakibatkan penurunan berat badan (Manu *et al*., 2015). Penelitian ini menggambarkan tidak ada hubungan antara IMT dengan kejadian depresi. Pasien dengan IMT kurang maupun normal sama-sama mendapat dukungan dari keluarga, dan hal ini dapat mencegah mereka untuk mengalami depresi.

5.1.4. Hubungan antara Keberadaan Komorbiditas dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel keberadaan komorbiditas memiliki *p value* sebesar 0,021 < α (0,05) yang artinya ada hubungan antara keberadaan komorbiditas dengan status depresi pasien TB MDR dengan pasien yang memiliki penyakit komorbiditas lebih berisiko 2,56 kali untuk depresi dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki penyakit komorbiditas.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nahda *et al.*, (2017) di Indonesia (AOR=20,1; 95%CI=3,4-117,6; p=0,001) yang menyatakan bahwa depresi ditemukan pada pasien dengan adanya penyakit komorbiditas lainnya, dan menunjukkan adanya hubungan antara adanya penyakit komorbiditas dengan status depresi pada pasien TB. Kesamaan dengan penelitian ini adalah responden dengan penyakit komorbiditas lebih rentan untuk depresi daripada responden yang tidak memiliki penyakit komorbiditas lainnya, ditunjukkan dengan angka depresi pada

responden dengan penyakit komorbiditas lebih tinggi dibandingkan dengan responden tanpa penyakit komorbiditas. Penyakit komorbid lainnya dapat menjadi penyebab buruk untuk pasien karena sebagai faktor risiko masalah kesehatan mental yang kompleks (Nahda *et al*., 2017).

Studi lain oleh Castro-silva *et al*., (2018) di Brazil yang menunjukkan nilai p= 0.68 yang berarti keberadaan komorbiditas tidak mempunyai hubungan dengan status depresi pasien TB MDR (AOR=1,24; 95%CI=0,55-2,83; p= 0.68).

Distribusi keberadaan penyakit komorbiditas pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang terdapat 6 jenis penyakit komorbiditas dengan jumlah terbanyak yaitu pasien TB MDR dengan diabetes melitus sejumlah 28 orang, hipertensi sejumlah 7 orang, hiperurisemia dan penyakit liver masing-masing sejumlah 2 orang, dan penyakit hepatitis B dan *destroyed lung* masing-masing sejumlah 1 orang. Pasien yang menjalani pengobatan TB MDR diskrining terkait penyakit lain yang dapat mempengaruhi proses pengobatan. Pasien TB MDR dapat menderita satu atau lebih penyakit komorbiditas yang harus selalu rutin dipantau selama pengobatan TB MDR.

Terdapat hubungan timbal balik antara penyakit kronis dan depresi (Chapman *et al*., 2005; Wulandari, 2011), karena penyakit fisik dapat mengakibatkan penurunan kemampuan fisik dan fisiologis, sehingga dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk beraktivitas seperti biasanya baik dalam bekerja maupun melakukan kegiatan fisik lainnya (Wurff *et al*., 2004). Penelitian ini menggambarkan bahwa baik pasien yang mengalami penyakit komorbiditas maupun yang tidak mengalami penyakit komorbiditas sama-sama mendapatkan

dukungan dari keluarga dan hal tersebut dapat mencegah mereka untuk mengalami depresi.

5.1.5. Hubungan antara Jenis Agama dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel jenis agama memiliki *p value* sebesar 1,000 > α (0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara jenis agama dengan status depresi pasien TB MDR. Penelitian ini sejalan dengan hasil uji *fischer* dengan p= 0.625 oleh Salodia *et al.,* (2019) di Delhi dan diperkuat kembali oleh penelitian Gong *et al.,* (2018) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis agama dengan status depresi pasien TB dengan *p value* 0,34.

Penelitian ini menggambarkan tidak terdapat hubungan antara jenis agama dengan status depresi pasien TB MDR. Setiap agama mengajarkan kebaikan termasuk di dalamnya larangan untuk putus asa. Hal tersebut dapat menjadi pencegah mereka untuk depresi, karena mereka semua pemeluk agama dan percaya kepada Tuhan apapun agamanya.

5.1.6. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Akhir dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel tingkat pendidikan akhir pasien memiliki *p value* sebesar 0,241 > α (0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan akhir pasien dengan status depresi pasien TB MDR. Penelitian ini sejalan hasil uji *chi square* penelitian oleh Lee (2015) di Kenya yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan akhir pasien dengan status depresi pasien TB dengan nilai *p value* sebesar 0.564 > α (0,05).

Studi lain oleh Gong *et al.*, (2018) menunjukkan hasil uji bivariat dengan *p value* <0,01 yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan akhir pasien mempunyai hubungan dengan status depresi pasien TB.

Pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang, dimana seseorang akan semakin mudah menerima informasi dan banyak pengetahuan ketika semakin tinggi pendidikan orang tersebut (Marwiati, 2010). Pendikan juga sebagai modal awal dalam perkembangan kognitif, dimana pendidikan menjadi mediator antara suatu kejadian dan *mood*, sehingga kurangnya pendidikan dapat menjadi faktor risiko depresi (Stewart *et al*., 2004).

Penelitian ini menyatakan tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan akhir dengan status depresi pada pasien TB MDR dikarenakan baik pasien dengan tingkat pendidikan akhir yang tinggi maupun rendah mendapatkan informasi yang memadai mengenai penyakit dan pengobatan dari petugas kesehatan yang bertugas, serta dukungan moral dari keluarga yang turut andil dalam pengobatan pasien. Hal ini dapat menyebabkan mereka sama-sama terproteksi dari kejadian depresi.

5.1.7. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel status pekerjaan pasien memiliki *p value* sebesar 0,235 > α (0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara status pekerjaan pasien dengan status depresi pasien TB MDR. Penelitian ini sejalan hasil uji *chi square* penelitian oleh Lee (2015) di Kenya yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan pasien dengan status depresi pasien TB dengan nilai *p value* sebesar 0.638 > α (0,05).

Studi lain oleh Salodia *et al*., (2019) menunjukkan hasil uji bivariat dengan *p value* 0,021 yang menyatakan bahwa status pekerjaan pasien mempunyai hubungan dengan status depresi pasien TB. Kesulitan keuangan mungkin berkontribusi pada perkembangan depresi diantara pasien (Salodia *et al.,* 2019). Pengalaman tidak bekerja dapat berubah menjadi serangkaian kesengsaraan yang mempengaruhi dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan individu yang tidak bekerja (Price *et al*., 2002). Kehilangan pekerjaan dapat mengancam kesehatan mental karena mengalami depresi, kekhawatiran, dan gangguan kesegatan yang berkaitan dengan stres bahkan bunuh diri (Wanberg, 2012).

Penelitian ini menggambarkan tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan status depresi pada pasien TB MDR karena meskipun tidak bekerja, beberapa pasien menjadi tanggungan keluarga atau memiliki pemasukan keuangan dari sumber lainnya. Hal ini menyebabkan pasien yang bekerja dan pasien yang tidak bekerja memiliki tingkat risiko yang hampir sama untuk tidak mengalami depresi

5.1.8. Hubungan antara Penerimaan Stigma dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel penerimaan stigma memiliki *p value* sebesar 0,039 < α (0,05) yang artinya ada hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pasien TB MDR, dimana pasien yang menerima stigma di masyarakat lebih beresiko 2,27 kali untuk depresi dibandingkan dengan pasien yang tidak menerima stigma di masyarakat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Duko *et al.,* (2015) di Ethiopia (AOR = 10,86; 95%CI= 10,26-23,47; p= <0,05) dan penelitian Gong *et al.,* (2018)

di China (AOR=1,1; 95%CI=1,0–1,1; p <0,0001). Kesamaan penelitian ini yaitu terdapat lebih banyak pasien TB yang depresi dengan penerimaan stigma dibandingkan pasien TB yang depresi namun tidak menerima stigma. Menguatkan penelitian Duko *et al.*, (2015) bahwa depresi ditemukan pada pasien dengan adanya stigma di masyarakat karena pasien yang menerima stigma akan memiliki citra diri yang rendah dan terisolasi secara sosial (Gong *et al.*, 2018), sehingga menunjukkan adanya hubungan antara adanya penerimaan stigma dengan status depresi pada pasien TB MDR.

5.1.9. Hubungan antara Lama Pengobatan dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel lama pengobatan pasien memiliki *p value* sebesar 0,063 > α (0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara lama pengobatan pasien dengan status depresi pasien TB MDR. Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Faizah (2015) di Jakarta yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara lama pengobatan pasien dengan status depresi pasien TB MDR (AOR=0,889; 95%CI=0,271-2,919; p=0,846)

Hasil uji *chi square* oleh Akaputra & Qurrotaa'yun, (2017) menunjukkan hasil ada hubungan antara lama pengobatan dengan kejadian depresi pada pasien TB usia 18-65 tahun di Bekasi dengan *p value*= 0.003 dan sejalan dengan penelitian Zuprin (2015) di Aceh yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pasien dengan *p value* <0,001. Penderita TB paru cenderung mengalami syok ketika pertama kali didiagnosis TB dikarenakan mereka akan kesulitan beradaptasi dengan situasi ini, seperti kewajiban penderita TB untuk mengonsumsi obat-obatan, perubahan pola tidur akibat gejala batuk-batuk yang

lebih parah dirasakan di malam hari, sehingga membuat penderita sering bangun malam merupakan beban bagi penderita TB (Akaputra & Qurrotaa'yun, 2017).

Berbeda dari penelitian Akaputra & Qurrotaa'yun, (2017) dan Zuprin (2015), hasil penelitian ini menyatakan tidak terdapat hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pasien TB MDR. Banyaknya pasien dengan lama pengobatan lebih dari 6 bulan membuat mereka telah terbiasa dengan pengobatan dan perubahan yang terjadi. Sementara pada pasien dengan lama pengobatan 1-6 bulan tidak merasa terbebani dengan pengobatan karena merasa perlu pengobatan untuk segera sembuh dari penyakit yang dideritanya meskipun dengan perubahan yang terjadi. Hal tersebut menyebabkan mereka sama-sama terproteksi dari risiko depresi.

5.1.10. Hubungan antara Efek Samping Obat dengan Status Depresi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel efek samping obat memiliki *p value* sebesar 0,032 < α (0,05) yang artinya ada hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pasien TB MDR, dimana pasien yang mendapatkan efek samping obat berat lebih beresiko 2,29 kali untuk depresi dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan efek samping obat ringan.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Lee (2015) di Kenya dengan *p value* 0.034 dan penelitian Masumoto *et al*., (2014) di Manila (AOR= 2,96; 95%CI= 1,71–5,13; p <0,001) yang menyatakan bahwa depresi ditemukan pada pasien dengan adanya efek samping obat, dan menunjukkan adanya hubungan antara adanya efek samping obat dengan status depresi pada pasien TB MDR. Studi lain oleh Nahda *et al.*, (2017) di Indonesia yang menunjukkan nilai p= 0.68 yang berarti

efek samping obat tidak mempunyai hubungan dengan status depresi pasien TB MDR (AOR=1,4; 95%CI=0,8-2,3; p= 0.3).

Pasien yang mengalami efek samping obat cenderung mengalami depresi daripada pasien yang tidak mengalami efek samping obat. Pasien yang mengalami efek samping obat akan merasa terganggu kenyamanan hidupnya (misalnya pusing, mual, muntah, dan sebagainya yang dapat mengganggu pola tidur, makan, dan pekerjaannya), dan apabila keadaan ini berlangsung lama, maka pasien tersebut akan berisiko depresi.

5.2. HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

5.2.1. Hambatan Penelitian

Hambatan penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

1. Pasien banyak yang tidak mendatangi rumah sakit ketika jadwal kontrol sudah ditentukan. Untuk mengatasi hal tersebut, peneliti menjangkau pasien dengan cara menghubungi via telepon seluler dengan memberikan pertanyaan yang tertera untuk melengkapi lembar dokumentasi.
2. Responden merasa keamanan data tentang penyakitnya terancam tersebar, sehingga banyak responden yang enggan berpartisipasi dalam penelitian. Untuk mengatasi hal tersebut, peneliti berusaha meyakinkan dengan surat persetujuan penelitian dan *informed consent* peneliti bahwa peneliti akan menjaga keamanan data pasien.

5.2.2. Kelemahan Penelitian

Kelemahan penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

1. Derajat kepercayaan dalam penelitian ini 90%, sehingga memperbesar risiko limit dari *error* atau presisi absolut. Penelitian selanjutnya dapat digunakan derajat kepercayaan sejumlah 95% agar didapatkan hasil penelitian yang lebih maksimal.
2. Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional*, sehingga tidak bisa menilai seberapa jauh faktor resiko mempengaruhi terjadinya kasus depresi. Jika ingin mengetahui lebih jauh mengenai faktor resiko yang dapat mempengaruhi terjadinya kasus depresi pada pasien TB, maka dapat dilakukan penelitian lanjutan dengan desain penelitian *case control*.
3. Tidak semua faktor risiko tersedia dalam kumpulan data kami untuk lebih mengeksplorasi hubungan dengan depresi seperti wilayah perumahan, gejala tuberkulosis, penyalahgunaan NAPZA, dan lain sebagainya, sehingga diperlukan studi literatur lebih mendalam terhadap faktor risiko yang dapat berhubungan dengan depresi.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai status depresi pada pasien TB MDR, maka didapatkan hasil sebegai berikut:

1. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
2. Ada hubungan antara keberadaan komorbiditas dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
3. Ada hubungan antara penerimaan stigma dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
4. Ada hubungan antara efek samping OAT dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
5. Tidak ada hubungan antara usia dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
6. Tidak ada hubungan antara IMT dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
7. Tidak ada hubungan antara jenis agama dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
8. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan akhir berhubungan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

9. Tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
10. Tidak ada hubungan antara lama pengobatan dengan status depresi pada pasien TB MDR di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

6.2. SARAN

Berdasarkan penelitian ini, saran yang dapat diberikan adalah:

6.2.1. Saran Untuk Masyarakat, Khususnya Pasien TB MDR dengan Depresi

1. Demi tercapainya keberhasilan pengobatan, hendaknya pasien selalu komunikasikan efek samping yang didapatkan dari OAT kepada dokter yang melayani pasien, sehingga efek samping yang didapatkan dapat tertangani oleh tenaga kesehatan yang melayani pasien.
2. Memberikan dukungan positif dan keyakinan untuk sembuh pada anggota keluarga atau kerabat yang menderita TB MDR terutama kepada pasien wanita agar mendapat dukungan dari keluarga terutama suami.

6.2.2. Saran Untuk Instansi dan Tenaga Kesehatan

1. Melaksanakan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat tentang penyebab dan penularan penyakit Tb terutama TB MDR guna menambah pengetahuna masyarakat agar menghilangkan stigma yang beredar di tengah masyarakat tentang penyakit tuberkulosis.
2. Efek samping pemberian OAT bisa bersifat ringan sampai dengan berat. Perlu adanya penanganan yang baik terhadap semua efek samping untuk keberhasilan

pengobatan. Salah satu efek samping yang perlu perhatian khusus adalah gangguan psikologis.

3. Melakukan usaha preventif untuk mencegah terjadinya penyakit tidak menular atau penyakit menular lainnya yang dapat menjadi penyakit penyerta pada pasien TB MDR seperti mengurangi asupan gula, garam dan minyak, olahraga teratur, dan lainnya.

6.2.3. Saran Untuk Peneliti Selanjutnya

1. Penentuan derajat kepercayaan dalam menentukan minimal jumlah sampel menggunakan derajat kepercayaan 95% agar mendapatkan hasil yang lebih maksimal.
2. Menggunakan desain penelitian lainnya untuk mengetahui hubungan antara paparan dan pajanan berdasarkan studi literatur mendalam mengenai depresi pada pasien TB MDR.
3. Menambahkan variabel lainnya yang berbeda dan ada kaitannya dengan depresi pada pasien TB MDR untuk mengetahui hubungan antara variabel lainnya dengan kejadian depresi pada pasien TB MDR seperti wilayah perumahan, gejala tuberkulosis, penyalahgunaan NAPZA, dan lain sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

Aamir, S., & Aisha., (2010). Co-Morbid Anxiety and Depression Among Pulmonary Tuberculosis Patients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 20:1–3.

Acha, J., Sweetland A., Guerra, D., Chalco, K., Castillo, H., Castillo, H., & Palacios, E., (2007). Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: five years of experience. *Global Public Health*, 2:404–417.

Akaputra, R., & Qurrotaa'yun, S., (2017). Effect of Duration Tuberculosis Treatment on Depression Symptoms Level of Tuberculosis Patients in Karang Bahagia Primary Health Care Bekasi. In *1st International Integrative Conference on Health, Life and Social Sciences (ICHLaS 2017)*, 10:150–154.

Alfin, S. K., (2012). *Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR-TB); Sebuah Tinjauan Kepustakaan*. Banda Aceh. Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala.

Alfiyani, L., Rahardjo, S. S., & Murti, B., (2015). Biopsychosocial Determinants of Multi Drug Resistant Tuberculosis in Surakarta. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(3):255–266.

Ambaw, F., Mayston, R., Hanlon, C., & Alem, A., (2017). Burden and Presentation of Depression among Newly Diagnosed Individuals with TB in Primary Care Settings in Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 17(57):1–10.

Aydin, I. O., & Ulusahin, A., (2001). Depression, Anxiety Comorbidity, and Disability in Tuberculosis and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Applicability of GHQ-12. *General Hospital Psychiatry*, 23:77–83.

Baghaei, P., Tabarsi, P., Dorriz, D., Marjani, M., Shamaei, M., Pooramiri, M. V., … Velayati, A., (2011). Adverse Effects of Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment With a Standardized Regimen : A Report From Iran. *American Journal of Therapeutics*, 34.

Basuki, R., Rihadini, & Budhiarti, E., (2012). Pengaruh Depresi Terhadap Kepatuhan Minum OAT pada Penderita TB. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 2:1–8.

Castro-silva, K. M., De, Carvalho, A. C., Cavalcanti, M. T., Martins, P. S., Franc, R., Oquendo, M., … Sweetland, A., (2018). Prevalence of Depression among Patients with Presumptive Pulmonary Tuberculosis in Rio de Janeiro , Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 41(4):316-323.

Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W., (2005). The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2(1):1–10.

Coltrera, F., Junge, C., & Leinwand, K., (2008). *Understanding Depression*. Boston: Harvard Health Publications.

Dahlan, M. S., (2009). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Das, M., Isaakidis, P., Van Den Bergh, R., Kumar, A. M. V., Nagaraja, S. B., Valikayath, A., … Ladomirska, J., (2014). HIV, Multidrug-resistant TB and Depressive Symptoms: when Three Conditions Collide. *Global Health Action*, 7(1):1–5.

Dinkes Kota Semarang., (2018). *PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Dirgayunita, A., (2016). Depresi : Ciri , Penyebab dan Penangannya. *Journal An-nafs: Kajian dan Penelitian Psikologi*, 1(1):1–14.

Dirjen P2PL Kemenkes RI., (2013). *Petunjuk Teknis Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Dirjen P2PL Kemenkes RI., (2014). *Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Dirjen P2PL Kemenkes RI., (2015). *Buku Saku Pasien TB MDR*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Division of Tuberculosis Elimination CDC., (2012). *TB Elimination, Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR TB)*. United States.

Duko, B., Gebeyehu, A., & Ayano, G., (2015). Prevalence and Correlates of Depression and Anxiety among Patients with Tuberculosis at WolaitaSodo University Hospital and Sodo Health Center, WolaitaSodo, South Ethiopia, cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 15:214.

Dunn, K., (2016). *Understanding Depression*. London: Mind (National Association for Mental Health).

Faizah, U., (2015). *Gambaran Gangguan Psikiatri Pada Pasien TB-MDR (Multi Drug Resistant) dan Stres Psikososial yang Memengaruhi di RSUP Persahabatan*. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.

Faizah, U., Agiananda, F., Winarsih, N. S., Ginting, T. T., Isbaniah, F., & Elvira, S. D., (2016). Gangguan Psikiatri Pasien TB-MDR (Multi Drug Resistant) dan Stres Psikososial yang Memengaruhi di RSUP Persahabatan. *J Indon Med Assoc*, 66(10):473–480.

Gong, Y., Yan, S., Qiu, L., Zhang, S., Lu, Z., Tong, Y., … Yin, X., (2018). Prevalence of Depressive Symptoms and Related Risk Factors among Patients with Tuberculosis in China : a Multistage Cross-Sectional Study. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene Prevalence*, 98(6):1624–1628.

Irianti, K., Yasin, N. M., & Kusumaningtyas, R. A., (2016). *Mengenal Anti-Tuberkulosis*. Yogyakarta: Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada.

Javaid, A., Mehreen, S., Khan, M. A., Ashiq, N., Ihtesham, M., Khan, A., … Basit, A., (2017). Depression and Its Associated Factors with Multidrug-Resistant Tuberculosis at Baseline. *Journal of Depression and Anxiety*, 6(1):1–6.

Jung, S. J., Woo, H., Cho, S., Park, K., & Jeong, S., (2017). Association Between Body Size, Weight Change and Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211:14–21.

Kehbila, J., Ekabe, C. J., Aminde, L. N., Noubiap, J. J. N., & Fon, P. N., (2016). Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms in Adult Patients with Pulmonary Tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon. *Infectious Diseases of Poverty*, 5(51):1–8.

Kemenkes RI., (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI., (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI., (2013). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI., (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kim, Y., (2018). *Understanding Depression* (Vol. 2 Clinical). Singapore: Springer Nature.

Lee, E. (2015). Prevalence of Depression among Active TB and TB/HIV Patients in Kisumu County. Independent Study Project (ISP) Collection.

Lemeshow, S., & David W.H.Jr., (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (terjemahan)*. Yogyakarta: Gadjahmada University Press.

Lubis, N. L., (2016). *Depresi Tinjauan Psikologis* (1 ed.). Jakarta: KENCANA.

Manimala, S., Gautam, S., & B, G. R., (2016). An Overview on Depression. *Journal of Pharmacology and Toxicological Studies*, 4(3):119–124.

Manu, P., Dima, L., Shulman, M., Vancampfort, D., & M, D. H., (2015). Weight Gain and Obesity in Schizophrenia: Epidemiology, Pathobiology, and Management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132:97–108.

Marselia, R., & Pratiwi, S. E., (2017). Hubungan antara Lama Terapi terhadap Tingkat Gejala Depresi pada Pasien TB Paru di Unit pengobatan Penyakit Paru-Paru Pontianak. *Jurnal Cerebellum*, 3:831–841.

Marwiati., (2010). Hubungan Mekanisme Koping dengan Terjadinya Depresi pada Lansia di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran Kabupaten Semarang.

Jurnal Ilmu Kesehatan, 2(2):1–9.

Masumoto, S., Yamamoto, T., Ohkado, A., Yoshimatsu, S., Querri, A. G., & Kamiya, Y., (2014). Prevalence and Associated Factors of Depressive State among Pulmonary Tuberculosis Patients in Manila, The Philippines. *Int J Tuberc Lung Dis*, 18(2):174–179.

Mehreen, S., Khan, M. A., Basit, A., Khan, A., Ashiq, N., & Javaid, A., (2015). Frequency of Depression in Multidrug-Resistant Tuberculosis Patients: An Experience from a Tertiary Care Hospital. *PJCM*, 4(December), 149–154.

Ministry of Health Social Services and Equality., (2014). *Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults*. Spanish.

Murti, B., (2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjahmada University Press.

Nahda, N. D., Kholis, F. N., Wardani, N. D., & Hardian., (2017). Faktor – Faktor yang Berpengaruh terhadap Kejadian Depresi pada Pasien Tuberkulosis di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6(4):1529–1542.

Notoatmodjo, S., (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Pachi, A., Bratis, D., Moussas, G., & Tselebis, A., (2013). Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients. *Tuberc Res Treat*, 2013:1–37.

Paputungan, W., Rombot, D., & Akili, R. H., (2016). Dengan Kejadian Demam Tifoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Upai Kota Kotamobagu Tahun 2015. *Pharmacon*, 5(2):266–275.

Paula, A., Sc, M., Lazzari, T. K., Sc, M., Silva, D. R., & Ph, D., (2017). Health-Related Quality of Life , Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis. *Tuberc Respir Dis*, 80:69–76.

Permenkes RI., (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2013 Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Price, R. H., Choi, J. N., & Vinokur, A. D., (2002). Links in the Chain of Adversity Following Job Loss : How Financial Strain and Loss of Personal Control Lead to Depression, Impaired Functioning, and Poor Health. *Journal of Occupational Health Psycholog*, 7(4):302–312.

Republik Indonesia., (2003). Undang-Undang No 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Lembar Negara RI Tahun 2003, No. 4301. Sekretariat Negara. Jakarta.

Salodia, U. P., Sethi, S., & Khokhar, A., (2019). Depression among Tuberculosis Patients Attending a DOTS Centre in a Rural Area of Delhi : a Cross-Sectional

Study. *Indian Journal Of Public Health*, 63:39–43.

Sastroasmoro, S., (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Shen, T., Wang, C., Lin, C., Liao, W., Chen, C., Tu, C., … Chung, C., (2014). People with Tuberculosis are Associated with a Subsequent Risk of Depression. *European Journal of Internal Medicine*, 25(10):936–940.

Singla, R., Mallick, M., Mrigpuri, P., Singla, N., & Gupta, A., (2018). Sequelae of Pulmonary Multidrug-Resistant Tuberculosis at the Completion of Treatment. *Lung India*, 35:4–8.

Stewart, D. E., Rolfe, D. E., & Robertson, E., (2004). Depression, Estrogen, and the Women's Health Initiative. *psychosomatics*, 45(5):445–447.

Sulehri, M. A., Dogar, I. A., Sohail, H., Mehdi, Z., Azam, M., Niaz, O., … Iqbal, Z., (2010). Prevalence of Depression among Tuberculosis Patients. *A.P.M.C*, 4:133–137.

Sutejo, N. (n.d.). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Sweetland, A. C., Kritski, A., Oquendo, M. A., Sublette, M. E., Pala, A. N., Silva, B., … Wainberg, M. L., (2018). Addressing the Tuberculosis–Depression Syndemic to End the Tuberculosis Epidemic. *Int J Tuberc Lung Dis*, 21(8):852–861.

Tamher, S., & Noorkasiani., (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Thomas, B. E., Shanmugam, P., Malaisamy, M., Ovung, S., Suresh, C., Subbaraman, R., & Adinarayanan, S., (2016). Psycho-Socio-Economic Issues Challenging Multidrug Resistant Tuberculosis Patients : A Systematic Review. *Plos One*, 11(1):1–15.

Vega, P., Sweetland, A., Acha, J., Castillo, H., Guerra, D., Fawzi, M. S., & Shin, S., (2004). Psychiatric Issues in the Management of Patients with Multidrug-Resistant Tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 8:749–759.

Walker, I. F., Khan, A. M., Khan, A. M., Khan, N. M., Ayub, R. M., Ghias, K. N., & Walley, J. D. (2018). Depression among multidrug-resistant tuberculosis patients in Punjab, Pakistan: a large cross-sectional study. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, *22*(7), 773–778. https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0788

Walker, I., Khanal, S., Hicks, J., Lamichhane, B., Thapa, A., Elsey, H., … Newell, J. N., (2018). Implementation of a Psychosocial Support Package for People Receiving Treatment for Multidrug-Resistant Tuberculosis in Nepal : A Feasibility and Acceptability Study. *Plos One*, 13(7):1–15.

Wanberg, C. R., (2012). The Individual Experience of Unemployment. *The Annual Review of Psychology*, 63:369–396.

WHO., (2012). *Global Tuberculosis Control 2011*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO., (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland.

WHO., (2017b). *Global Tuberculosis Report 2017*. Switzerland.

WHO., (2017c). *Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) 2017 Update*. Geneva, Switzerland.

WHO., (2018). The Top 10 Causes of Death.

Wilkinson, R. J., (2014). Tuberculosis. In R. Davidson, A. Brent, & A. Seale (Ed.), *Oxford Handbook of Tropical Medicine* (4 ed.). United States of America: Oxford University Press.

World Federation for Mental Health. (2012). *Depression: A Global Crisis*.

Wulandari, A. F. S., (2011). *Kejadian dan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia :* Studi Perbandingan di Panti Wreda dan Komunitas. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro.

Wurff, F. B., Van Der, Beekman, A. T. F., Dijkshoorn, H., & Spijker, J. A., (2004). Prevalence and Risk-Factors for Depression in Elderly Turkish and Moroccan Migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83:33–41.

Zuprin, A., (2015). *Hubungan Lama Pengobatan Tuberkulosis (TB) dengan Tingkat Gejala Depresi pada Pasien TB Paru Di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.* Skripsi. Banda Aceh: Universitas Syiah Kuala.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing

UNNES

KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 19695/UN37.1.6/EP/2018
Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat :
1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;

Menimbang : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 19 November 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:

Nama : dr. MAHALUL AZAM, M.Kes.
NIP : 197511192001121001
Pangkat/Golongan : IV/b
Jabatan Akademik : Lektor Kepala
Sebagai Pembimbing

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :

Nama : Indah Septiani
NIM : 6411415059
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : kesehatan jiwa

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

DITETAPKAN DI : SEMARANG
PADA TANGGAL : 26 November 2018
DEKAN,

Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd
NIP 196010201984032001

Tembusan
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal

6411415059
FM-03-AKD-24/Rev. 00

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan, UNNES

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PERGURUAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Gedung F Kampus Sekaran Gunungpati, Semarang 50229
Telepon (024) 8508007, Fax (024) 8508007
Laman: http://fik.unnes.ac.id, email : fik@unnes.ac.id

Nomor : 8132/UM 3.7.1.6/EP/2019 08 Mei 2019
Hal : Izin Penelitian Payung

Yth. Direktur Utama RSUP dr. Kariadi Semarang
Jl. DR. Sutomo No. 16, Randusari Semarang

Dengan Hormat, Kami sampaikan bahwa Penelitian Payung di bawah ini:

Nama Peneliti Utama :	Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes	NIDN. 0019117501
Nama Anggota :	1. dr. Arulita Ika Fibriana, M. Kes (Epid)	NIDN. 0002027403
	2. dr. Fitri Indrawati, M.P.H.	NIDN. 0011078302
Asisten/Mahasiswa	1 Muhammad Zal-ki Saefurrohim	NIM. 6411415036
	2 Sri Maryuni	NIM. 6411415012
	3 Ucu Yulia	NIM. 6411415005
	4 Akhriyah Atsna Setiana	NIM. 6411415090
	5 Indah Septiani	NIM.6411415059
Program Studi :	Kesehatan Masyarakat	
Judul Penelitian :	Tuberkulosis Paru dan Permasalahannya di RSUP Dr. Kariadi Semarang	

Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin penelitian di instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 13 Mei – 27 Juni 2019.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, Kami mengucapkan terima kasih

an. Dekan FIK
Wakil Dekan Bid. Akademik

Dr. Setya Rahayu, M.S.
NIP. 196111101986012001

Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari RSUP. Dr. Kariadi Semarang

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI
Jl. Dr. Sutomo No.16 Semarang, PO BOX 1104
Telp: (024) 8413476 (Hunting), Fax : (024) 8318617, Call Center: (024) 8450800
Website : http://www.rskariadi.co.id, Email: info@rskariadi.co.id

RSUP Dr. KARIADI
Sahabat Menuju Sehat

SURAT IZIN
MELAKSANAKAN PENELITIAN

DP.02.01 /I.II/ 3263 / 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: Dr. dr. Dodik Tugasworo Pramukarso, Sp.S(K)
N I P	: 19620423 198911 1 001
Jabatan	: Direktur SDM dan Pendidikan RSUP Dr. Kariadi

Memberikan izin melakukan penelitian untuk :

Ketua peneliti	: DR. dr. Mahalul Azam, M.Kes
Anggota peneliti	: 1. Dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes(Epid) 2. dr. Fitri Indrawati, M.P.H
Asisten peneliti	: 1. Muhammad Zakki Saefurrohim 2. Sri Maryuni 3. Ucu Yulia 4. Akhriyah Atsna Setiana 5. Indah Septiani
Institusi	: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang
Judul penelitian	: Tuberkulosis Paru dan Permasalahannya di RSUP Dr.Kariadi Semarang
Lokasi penelitian	: 1. Instalasi Merpati 2. Instalasi Rekam Medis 3. Tim TB
No. Hp	: 085741912977

Untuk melaksanakan kegiatan penelitian selama 2 bulan, terhitung mulai sejak diterbitkannya surat izin penelitian ini.

Peneliti wajib menyerahkan laporan hasil akhir penelitian (1 berkas)

Semarang, 24 JUN 2019
a.n. Direktur Utama
Direktur SDM dan Pendidikan

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

dr. Dodik Tugasworo Pramukarso, Sp.S(K)
NIP. 19620423198911001

Lampiran 4. Surat *Ethical Clearance*

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 052/KEPK/EC/2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Tuberkulosis Paru dan Permasalahannya di RSUP DR. Kariadi

Nama Peneliti Utama : Dr. dr. Mahalul Azam.M. Kes
Alamat Institusi Peneliti : Universitas Negeri Semarang
Lokasi Penelitian : RSUP DR. Kariadi Semarang
Tanggal Persetujuan : 08 Mei 2019
(*berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan*)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:
☐ Laporan kemajuan penelitian
☐ Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
☑ Laporan akhir penelitian

Semarang, 08 Mei 2019
Ketua,

KEPK
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 5. Surat Sudah Melakukan Penelitian

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI
Jl. Dr. Sutomo No.16 Semarang, PO BOX 1104
Telp: (024) 8413476 (Hunting), Fax : (024) 8318617, Call Center: (024) 8450800
Website : http://www.rskariadi.co.id, Email: info@rskariadi.co.id

Sehat Menuju Sehat

Nomor : DP.02.01 / I.II / 5065 / 2019
Lamp. : –
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian

20 SEP 2019

Yth. **Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan**
Universitas Negeri Semarang
Gedung F, Kampus UNNES Sekaran
Gunungpati, Semarang

Menindaklanjuti surat kami No. DP.02.01/I.II/3263/2019 tanggal 24 Juni 2019 perihal Penelitian, dengan ini disampaikan bahwa :

Ketua peneliti	: DR. dr. Mahalul Azam, M.Kes
Anggota peneliti	: 1. Dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes(Epid) 2. dr. Fitri Indrawati, M.P.H
Asisten peneliti	: 1. Muhammad Zakki Saefurrohim 2. Sri Maryuni 3. Ucu Yulia 4. Akhriyah Atsna Setiana 5. Indah Septiani
Institusi peneliti	: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang
Judul penelitian	: Tuberkulosis Paru dan Permasalahannya di RSUP Dr.Kariadi Semarang

Telah melaksanakan Penelitian pada tanggal 28 Juni – 28 Agustus 2019 di RSUP Dr. Kariadi dan Peneliti wajib menyerahkan laporan hasil akhir penelitian ke Bagian Diklit.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur Utama
Direktur SDM dan Pendidikan

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Dr. dr. Dodik Tugasworo Pramukarso, Sp.S(K)
NIP. 19620423 198911 1 001

Lampiran 6. Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana

KEMENTERIAN RISTEK DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Gedung F5 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
Telepon: 024-8508107
Laman: http://www.ikm.unnes.ac.id, surel: ikm@mail.unnes.ac.id

No. : 18565/UN37.1.6/TU/2019
Lamp. :
Hal : Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana

Dengan ini kami tetapkan bahwa ujian Sarjana Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut:

I. Susunan Panitia Ujian:
   a. Ketua : Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
   b. Sekretaris : MUHAMMAD AZINAR, S.KM., M.Kes.
   c. Pembimbing Utama : Dr. dr. MAHALUL AZAM, M.Kes.
   d. Penguji : 1. drg. YUNITA DYAH PUSPITA SANTIK, M.Kes. (Epid)
   : 2. Dr. Widya Hary Cahyati,, S.KM, M.Kes (Epid)

II. Calon yang diuji:
   Nama : Indah Septiani
   NIM/Jurusan/Program Studi : 6411415059/Ilmu Kesehatan Masyarakat /Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi dan Biostatistik), S1
   Judul Skripsi : HUBUNGAN KEADAAN FISIK, SOSIOEKONOMI DAN KARAKTERISTIK KLINIS PASIEN DENGAN STATUS DEPRESI PADA PASIEN TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (Studi Kasus di RSUP. Dr Kariadi Semarang)

II. Waktu dan Tempat Ujian:
   Hari/Tanggal : Rabu / 13 November 2019
   Jam : 08:00:00
   Tempat : Ruang ujian A
   Pakaian : .....

Semarang, 04 NOV 2019
Dekan,

Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP 196103201984032001

Tembusan
1. Ketua Jurusan ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
2. Calon yang diuji

6411415059

Lampiran 7. Instrumen Penelitian

LEMBAR DOKUMENTASI REKAM MEDIS KLINIK TB MDR

RSUP DR. KARIADI SEMARANG

NAMA	JK	UMUR	IMT	AGAMA	PEND. AKHIR	PEKERJAAN	LAMA PENGOBATAN	EFEK SAMPING	KOMORBIDITAS	STIGMA	Status depresi

Lampiran 8. Data Hasil Penelitian

Nama Pasien	BB/TB (IMT)	JK	Umur	Agama	Pend. Terahir	Pekerjaan	Efek Samping	Kormobiditas	Stigma	Lama Pengobatan	Status Depresi
AK	165/49	Laki-laki	57	Islam	SD	Tidak kerja	Berat	DM	Tidak ada	Maret 18	Tidak depresi
AM	39/167	Laki-laki	46	Islam	SMA	Swasta	Ringan	-	Tidak ada	Des 18	Tidak depresi
AgM	163/35	Perempuan	29	Islam	SMA	Tidak kerja	Berat	-	Ada	Nov 18	Tidak depresi
AJ	160/56.5	Laki-laki	52	Islam	SMA	Swasta	Ringan	HT	Ada	Jan 18	Depresi
Amr	54/160	Laki-laki	68	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	DM, HT	Tidak ada	Feb 19	Tidak depresi
And	143/38	Perempuan	38	Islam	SD	Tidak kerja	Berat	-	Ada	Agt 19	Tidak Depresi
AnH	165/43	Perempuan	18	Islam	SMA	Pelajar	Ringan	-	Tidak ada	Jul 19	Tidak Depresi
AV	160/66	Perempuan	40	Islam	SD	Tidak kerja	Berat	DM	Ada	Agt 18	Depresi
Ary	43/180 (13,7)	Laki-laki	37	Islam	SMA	Tidak kerja	Berat	Underweight, destroyed lung	Ada	Jan 19	Depresi
ABA	170/68	Laki-laki	32	Islam	SMA	Tidak kerja	Berat	DM	Ada	Feb 18	Depresi
AY	160/52	Perempuan	26	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	-	Tidak ada	Okt 18	Tidak depresi
RWH	62/160	Laki-laki	54	Islam	Sarjana	Wiraswasta	Ringan	DM II	Ada	Feb 19	Tidak depresi
BK	54/170	Laki-laki	28	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	-	Ada	Jan 19	Tidak depresi
BMH	51/182	Laki-laki	26	Islam	SMA	Tidak kerja	Berat	DM	Ada	Mei 19	Depresi
Bn	165/48	Laki-laki	52	Kristen	SMA	Wiraswasta	Berat	DM	Tidak ada	Okt 18	Tidak depresi
Ds	49/155	Perempuan	47	Islam	SMA	IRT	Berat	DM II	Ada	Jan 19	Depresi
DWM	160/51	Perempuan	41	Islam	SMA	IRT	Ringan	-	Ada	Mar 19	Depresi
Dj	165/54	Laki-laki	60	Islam	SD	Wiraswasta	Ringan	-	Tidak ada	Feb 19	Tidak depresi
DW	44/148	Perempuan	19	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	-	Ada	Juni 19	Tidak depresi

FM	31,5/160	Perempuan	22	Islam	SMA	Bekerja	Berat	-	Tidak ada	Maret 19	Tidak depresi
GD	60,5/173	Laki-laki	24	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	-	Ada	Juni 19	Tidak depresi
Hrt	Norm	Laki-laki	53	Islam	SMP	Tidak kerja	Ringan	DM, HT	Tidak ada	Agt 19	Tidak depresi
HNK	45/167	Laki-laki	44	Islam	Sarjana	Guru	Ringan	-	Tidak ada	Juni 19	Tidak depresi
Hs	55/168	Laki-laki	61	Islam	SD	Wiraswasta	Berat	DM, Hiperurisemia, Azotemia	Ada	Juni 19	Tidak depresi
Hrd	155/52	Perempuan	46	Islam	SMA	IRT	Ringan	DM	Ada	Maret 19	Tidak depresi
HF	160/39	Laki-laki	31	Islam	SMA	Swasta	Berat	-	Ada	Jan 19	Tidak depresi
IM	165/44	Laki-laki	55	Islam	SMP	Tidak kerja	Berat	DM	Tidak ada	Jan 19	Depresi
Is	155/51	Perempuan	60	Islam	SD	IRT	Ringan	-	Ada	Juli 19	Depresi
IDA	150/40	Perempuan	32	Islam	SMP	IRT	Ringan	-	Tidak ada	Jan 18	Depresi
Js	160/44	Laki-laki	44	Islam	SD	Bertani	Berat	-	Tidak ada	Juni 19	Tidak depresi
Jw	73/170 (24,220	Laki-laki	59	Islam	SMA	Swasta	Ringan	DM	Tidak ada	Jan 19	Tidak depresi
KA	60/157	Perempuan	20	Islam	SMA	Pelajar	Ringan	-	Tidak ada	Apr 18	Tidak depresi
Kmn	45/150	Perempuan	48	Islam	SMP	IRT	Berat	DM	Ada	Jan 19	Tidak depresi
KCM	Norm	Perempuan	40	Islam	Sarjana	IRT	Ringan	-	Tidak ada	Jan 19	Tidak depresi
LM	168/49	Perempuan	24	Islam	Sarjana	Tidak kerja	Ringan	-	Tidak ada	Maret 19	Tidak depresi
MJM	150/42	Perempuan	48	Islam	SMA	Tidak kerja	Berat	DM	Ada	Nov 17	Depresi
MS	57/164	Laki-laki	46	Islam	SMP	Tidak kerja	Ringan	DM HT	Ada	Jan 19	Tidak depresi
MZM	172/53	Laki-laki	69	Islam	Sarjana	Pensiun PNS	Berat	DM	Tidak ada	Juli 19	Tidak depresi
MMK	170/50	Laki-laki	20	Islam	SMA	Mahasiswa	Berat	-	Ada	Juni 19	Depresi

Msr	44,5/156	Perempuan	48	Islam	SD	IRT	Berat	-	Tidak ada	Juli 19	Tidak depresi
MJS	42/167	Laki-laki	51	Islam	SMA	Tidak kerja	Berat	-	Tidak ada	Mei 19	Tidak depresi
Moe	170/53	Laki-laki	64	Islam	SMP	Pensiun PNS	Ringan	-	Ada	Jan 19	Tidak depresi
MB	55,5/160	Laki-laki	58	Islam	SMA	PNS	Ringan	DM, HT, IHD	Ada	Agt 18	Tidak depresi
MJ	45/160	Laki-laki	44	Islam	SD	Buruh tani	Ringan	DM II	Tidak ada	Jan 19	Tidak depresi
MI	Norm	Laki-laki	33	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	-	Ada	Apr 19	Tidak depresi
MR	Norm	Laki-laki	26	Islam	SMA	Buruh	Ringan	-	Tidak ada	Okt 18	Tidak depresi
Muk	Norm	Laki-laki	48	Islam			Ringan	-	Ada	Juli 19	Tidak depresi
NA	168/47	Perempuan	44	Islam	Sarjana	Guru	Ringan	-	Tidak ada	Sept 18	Depresi
NR	60/165	Laki-laki	69	Islam	Pascasarja-na	Guru	Berat	DM	Tidak ada	Des 18	Tidak depresi
RN	158/42	Perempuan	36	Islam	SMA	IRT	Berat	Liver	Tidak ada	Okt 17	Depresi
Ry	Norm	Laki-laki	42	Islam	SD	Tidak kerja	Ringan	-	Tidak ada	Nov 17	Tidak depresi
Rhm	160/39	Laki-laki	50	Islam	SMA	Tidak kerja	Ringan	-	Ada	Juli 19	Tidak depresi
Rum	150/47	Perempuan	52	Islam	SD	IRT	Ringan	-	Tidak ada	Sept 18	Tidak depresi
Sis	177/78	Laki-laki	40	Islam	SMP	Tidak kerja	Ringan	DM	Ada	Jan 18	Tidak depresi
SR	150/37	Perempuan	39	Islam	SMA	IRT	Ringan	Hiperurisemia	Ada	Jan-19	Depresi
SW	153/45	Perempuan	50	Islam	SD	IRT	Ringan	DM	Tidak ada	Maret 18	Tidak depresi
SH	165/72	Laki-laki	45	Islam	SMA	Polisi	Ringan	-	Tidak ada	Agt 19	Depresi
Sof	38/145 (18,1)	Perempuan	42	Islam	SMP	IRT	Berat	DM	Tidak ada	Jan 19	Depresi
SU	Norm	Perempuan	41	Islam	SMA	IRT	Berat	HT	Tidak ada	Des 18	Depresi
Sdm	160/50	Perempuan	64	Islam	SD	IRT	Ringan	DM	Tidak ada	Okt 18	Tidak depresi

Sun	158/56	Perempuan	53	Islam	SMP	IRT	Ringan	-	Tidak ada	Jan 18	Tidak depresi
Spg	160/55	Laki-laki	57	Islam	SMP	Tidak bekerja	Ringan	-	Tidak ada	Jan 19	Tidak depresi
Spy	54/162 (20,3)	Laki-laki	57	Islam	SMA	Asisten	Berat	-	Tidak ada	Jan 19	Tidak depresi
Srt	165/54	Laki-laki	54	Islam	SD	Security	Ringan	DM HEPATITIS B	Ada	Juli 19	Tidak depresi
Stn	norm	Perempuan	39	Islam	SMA	Buruh	Ringan	DM	Ada	Juli 17	Depresi
Swt	44/162	Laki-laki	68	Islam	SMA	Pensiuna n PNS	Berat	-	Tidak ada	Mei 19	Tidak depresi
TS	48/160 (18)	Laki-laki	38	Islam	SMA	Swasta	Ringan	-	Tidak ada	Maret 19	Tidak depresi
TJ	165/59	Laki-laki	59	Islam	SMP	Tidak bekerja	Ringan	DM	Tidak ada	Agt 19	Tidak depresi
Wfr	50/169	Laki-laki	48	Islam	SD	Tidak bekerja	Ringan	DM 2, HT	Tidak ada	Agt 17	Tidak depresi
WN	norm	Perempuan	19	Islam	SMA	Belum bekerja	Berat	-	Ada	Des 18	Tidak depresi
Wr	175/50	Laki-laki	47	Islam	SD	Tidak bekerja	Ringan	-	Tidak ada	Okt 18	Tidak depresi
YS	55/ 136	Perempuan	28	Kristen	SMA	Swasta	Ringan	-	Tidak ada	Jan 19	Tidak depresi

Lampiran 9. Hasil Perhitungan Uji Analisis Univariat

Frequencies

Asal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Semarang	34	47.2	47.2	47.2
	Luar Semarang	38	52.8	52.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Tipe.Pengobatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baru	11	15.3	15.3	15.3
	Kambuh	37	51.4	51.4	66.7
	Lost to follow up	7	9.7	9.7	76.4
	gagal Kategori 1	8	11.1	11.1	87.5
	lain-lain	9	12.5	12.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

depresi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	depresi	11	15.3	39.3	39.3
	tdk depr	17	23.6	60.7	100.0
	Total	28	38.9	100.0	
Missing	System	44	61.1		
Total		72	100.0		

SEX

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	30	41.7	41.7	41.7
	Laki-Laki	42	58.3	58.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Produktif	68	94.4	94.4	94.4
	Non Produktif	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

IMT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<18,5 kg/m2	33	45.8	45.8	45.8
	Lebih dari sama dengan 18,5 kg/m2	39	54.2	54.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

KOMORBIDITAS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	33	45.8	45.8	45.8
	Tidak Ada	39	54.2	54.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

AGAMA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	70	97.2	97.2	97.2
	Kristen/Katholik	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

PENDIDIKAN.TERAKHIR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	27	37.5	37.5	37.5
	Tinggi	45	62.5	62.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

STATUS.PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	49	68.1	68.1	68.1
	Bekerja	23	31.9	31.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

STIGMA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	31	43.1	43.1	43.1
	Tidak Ada	41	56.9	56.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

LAMA.PENGOBATAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-6 bulan	28	38.9	38.9	38.9
	>6 bulan	44	61.1	61.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

EFEK.SAMPING.OBAT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berat	27	37.5	37.5	37.5
	Ringan	45	62.5	62.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Lampiran 10. Hasil Uji Bivariat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMT * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
SEX * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
USIA * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
AGAMA * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
PENDIDIKAN.TERAKHIR * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
LAMA.PENGOBATAN * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
STATUS.PEKERJAAN * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
EFEK.SAMPING.OBAT * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
KOMORBIDITAS * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
STIGMA * STATUS.DEPRESI	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

SEX * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
SEX	Perempuan	Count	12	18	30
		Expected Count	7.9	22.1	30.0
		% within SEX	40.0%	60.0%	100.0%
	Laki-Laki	Count	7	35	42
		Expected Count	11.1	30.9	42.0
		% within SEX	16.7%	83.3%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within SEX	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.905[a]	1	.027		
Continuity Correction[b]	3.777	1	.052		
Likelihood Ratio	4.872	1	.027		
Fisher's Exact Test				.033	.026
Linear-by-Linear Association	4.837	1	.028		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.92.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SEX (Perempuan / Laki-Laki)	3.333	1.119	9.932
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	2.400	1.072	5.373
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.720	.522	.993
N of Valid Cases	72		

USIA * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
USIA	Produktif	Count	19	49	68
		Expected Count	17.9	50.1	68.0
		% within USIA	27.9%	72.1%	100.0%
	Non Produktif	Count	0	4	4
		Expected Count	1.1	2.9	4.0
		% within USIA	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within USIA	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.518[a]	1	.218		
Continuity Correction[b]	.421	1	.517		
Likelihood Ratio	2.534	1	.111		
Fisher's Exact Test				.567	.285
Linear-by-Linear Association	1.497	1	.221		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.06.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.721	.621	.836
N of Valid Cases	72		

IMT * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		
			Depresi	Tidak Depresi	Total
IMT	<18,5 kg/m2	Count	12	21	33
		Expected Count	8.7	24.3	33.0
		% within IMT	36.4%	63.6%	100.0%
	Lebih dari sama dengan 18,5 kg/m2	Count	7	32	39
		Expected Count	10.3	28.7	39.0
		% within IMT	17.9%	82.1%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within IMT	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.120[a]	1	.077		
Continuity Correction[b]	2.244	1	.134		
Likelihood Ratio	3.131	1	.077		
Fisher's Exact Test				.108	.067
Linear-by-Linear Association	3.077	1	.079		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for IMT (<18,5 kg/m2 / Lebih dari sama dengan 18,5 kg/m2)	2.612	.885	7.712
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	2.026	.902	4.548
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.776	.576	1.044
N of Valid Cases	72		

KOMORBIDITAS * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
KOMORBIDITAS	Ada	Count	13	20	33
		Expected Count	8.7	24.3	33.0
		% within KOMORBIDITAS	39.4%	60.6%	100.0%
	Tidak Ada	Count	6	33	39
		Expected Count	10.3	28.7	39.0
		% within KOMORBIDITAS	15.4%	84.6%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within KOMORBIDITAS	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.304[a]	1	.021		
Continuity Correction[b]	4.140	1	.042		
Likelihood Ratio	5.362	1	.021		
Fisher's Exact Test				.031	.021
Linear-by-Linear Association	5.231	1	.022		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KOMORBIDITAS (Ada / Tidak Ada)	3.575	1.172	10.907
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	2.561	1.096	5.985
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.716	.527	.973
N of Valid Cases	72		

AGAMA * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
AGAMA	Islam	Count	19	51	70
		Expected Count	18.5	51.5	70.0
		% within AGAMA	27.1%	72.9%	100.0%
	Kristen/Katholik	Count	0	2	2
		Expected Count	.5	1.5	2.0
		% within AGAMA	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within AGAMA	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.737[a]	1	.390		
Continuity Correction[b]	.002	1	.964		
Likelihood Ratio	1.246	1	.264		
Fisher's Exact Test				1.000	.539
Linear-by-Linear Association	.727	1	.394		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .53.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.729	.632	.841
N of Valid Cases	72		

PENDIDIKAN.TERAKHIR * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
PENDIDIKAN.TERAKHIR	Rendah	Count	5	22	27
		Expected Count	7.1	19.9	27.0
		% within PENDIDIKAN.TERAKHIR	18.5%	81.5%	100.0%
	Tinggi	Count	14	31	45
		Expected Count	11.9	33.1	45.0
		% within PENDIDIKAN.TERAKHIR	31.1%	68.9%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within PENDIDIKAN.TERAKHIR	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.378[a]	1	.241		
Continuity Correction[b]	.806	1	.369		
Likelihood Ratio	1.427	1	.232		
Fisher's Exact Test				.281	.186
Linear-by-Linear Association	1.358	1	.244		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN.TERAKHIR (Rendah / Tinggi)	.503	.158	1.602
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	.595	.241	1.468
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	1.183	.906	1.544
N of Valid Cases	72		

STATUS.PEKERJAAN * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
STATUS. PEKERJAAN	Tidak Bekerja	Count	15	34	49
		Expected Count	12.9	36.1	49.0
		% within STATUS.PEKERJAAN	30.6%	69.4%	100.0%
	Bekerja	Count	4	19	23
		Expected Count	6.1	16.9	23.0
		% within STATUS.PEKERJAAN	17.4%	82.6%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within STATUS.PEKERJAAN	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.408[a]	1	.235		
Continuity Correction[b]	.810	1	.368		
Likelihood Ratio	1.482	1	.223		
Fisher's Exact Test				.269	.185
Linear-by-Linear Association	1.389	1	.239		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUS.PEKERJAAN (Tidak Bekerja / Bekerja)	2.096	.608	7.224
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	1.760	.657	4.715
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.840	.645	1.094
N of Valid Cases	72		

STIGMA * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
STIGMA	Ada	Count	12	19	31
		Expected Count	8.2	22.8	31.0
		% within STIGMA	38.7%	61.3%	100.0%
	Tidak Ada	Count	7	34	41
		Expected Count	10.8	30.2	41.0
		% within STIGMA	17.1%	82.9%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within STIGMA	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.254[a]	1	.039		
Continuity Correction[b]	3.213	1	.073		
Likelihood Ratio	4.242	1	.039		
Fisher's Exact Test				.058	.037
Linear-by-Linear Association	4.195	1	.041		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STIGMA (Ada / Tidak Ada)	3.068	1.033	9.107
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	2.267	1.012	5.081
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.739	.541	1.010
N of Valid Cases	72		

LAMA.PENGOBATAN * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		Total
			Depresi	Tidak Depresi	
LAMA. PENGOBATAN	1-6 bulan	Count	4	24	28
		Expected Count	7.4	20.6	28.0
		% within LAMA.PENGOBATAN	14.3%	85.7%	100.0%
	>6 bulan	Count	15	29	44
		Expected Count	11.6	32.4	44.0
		% within LAMA.PENGOBATAN	34.1%	65.9%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within LAMA.PENGOBATAN	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.455[a]	1	.063		
Continuity Correction[b]	2.511	1	.113		
Likelihood Ratio	3.670	1	.055		
Fisher's Exact Test				.099	.054
Linear-by-Linear Association	3.407	1	.065		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.39.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for LAMA.PENGOBATAN (1-6 bulan / >6 bulan)	.322	.094	1.101
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	.419	.155	1.135
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	1.300	1.002	1.688
N of Valid Cases	72		

EFEK.SAMPING.OBAT * STATUS.DEPRESI

Crosstab

			STATUS.DEPRESI		
			Depresi	Tidak Depresi	Total
EFEK. SAMPING. OBAT	Berat	Count	11	16	27
		Expected Count	7.1	19.9	27.0
		% within EFEK.SAMPING.OBAT	40.7%	59.3%	100.0%
	Ringan	Count	8	37	45
		Expected Count	11.9	33.1	45.0
		% within EFEK.SAMPING.OBAT	17.8%	82.2%	100.0%
Total		Count	19	53	72
		Expected Count	19.0	53.0	72.0
		% within EFEK.SAMPING.OBAT	26.4%	73.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.581[a]	1	.032		
Continuity Correction[b]	3.475	1	.062		
Likelihood Ratio	4.481	1	.034		
Fisher's Exact Test				.052	.032
Linear-by-Linear Association	4.517	1	.034		
N of Valid Cases[b]	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EFEK.SAMPING.OBAT (Berat / Ringan)	3.180	1.076	9.393
For cohort STATUS.DEPRESI = Depresi	2.292	1.055	4.978
For cohort STATUS.DEPRESI = Tidak Depresi	.721	.512	1.014
N of Valid Cases	72		

Lampiran 11. Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

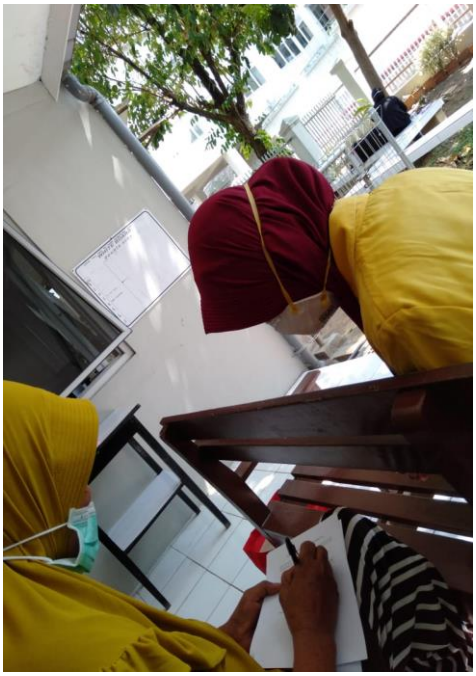
Tandatangan subjek Tanggal 1 - 08 - 2019

(Nama jelas :.....)

Tandatangan saksi

(Nama jelas :.....)

Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Wawancara dengan Pasien Wanita

Gambar 2. Wawancara dengan Pasien Pria

Gambar 3. Proses Dokumentasi Data dari Rekam Medis