



**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA
TUBERKULOSIS PARU PRIA DAN WANITA DI
RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT PARU
JEMBER JAWA TIMUR**

SKRIPSI

Asal:	Hadiah Pembelian	Klass	616.85-2
Terima Tgl :	18 JUL 2007		Nisc
No. Induk :			P
Oleh:	KLASIR / PENYALIN :		

**Wiwin Sri Niscahyawati
NIM 032010101018**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2007



**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA
TUBERKULOSIS PARU PRIA DAN WANITA DI
RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT PARU
JEMBER JAWA TIMUR**

SKRIPSI

diajukan guna memenuhi syarat-syarat untuk menyelesaikan
Pendidikan di Fakultas Kedokteran (S1) dan mencapai
Gelar Sarjana Kedokteran
Universitas Jember

Oleh

Wiwin Sri Niscahyawati

NIM. 032010101018

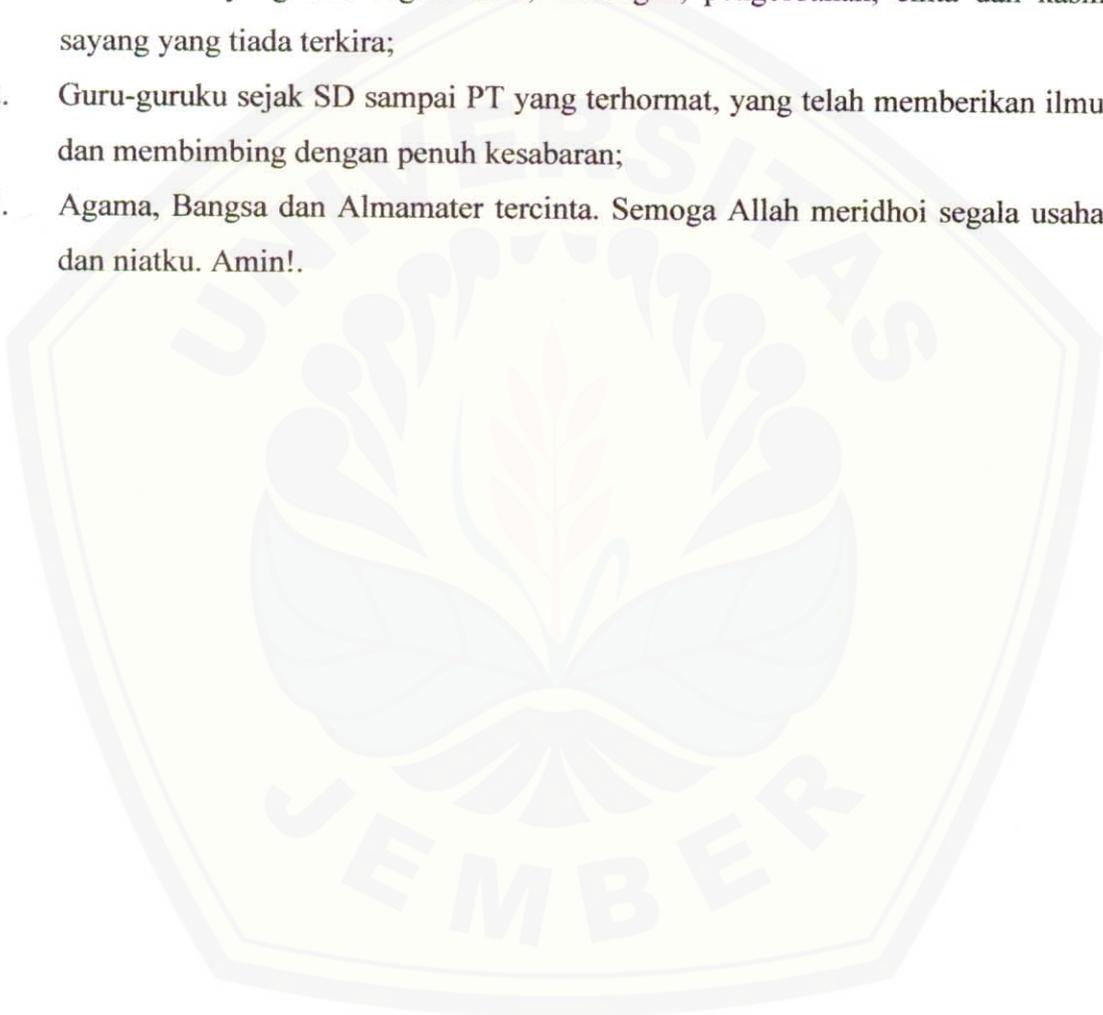
**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2007

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada:

1. Abaku H. Moh. Syafiuddin. AR dan Umiku Hj. Rohaynah tercinta serta adik-adikku tersayang atas segala do'a, dukungan, pengorbanan, cinta dan kasih sayang yang tiada terkira;
2. Guru-guruku sejak SD sampai PT yang terhormat, yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
3. Agama, Bangsa dan Almamater tercinta. Semoga Allah meridhoi segala usaha dan niatku. Amin!.



MOTTO

Tidak ada satu tarikan nafaspun yang engkau hembuskan, melainkan ada takdir yang dijalankan-NYA pada dirimu. Karena itu, tunduklah pada Allah dalam setiap keadaan.

(Ibnu Athailah As, Sakandari)

Sebuah tong yang penuh dengan pengetahuan belum tentu sama nilainya dengan setetes budi.

(Phytagoras)

Jangan lihat masa lampau dengan penyesalan. Jangan pula lihat masa depan dengan ketakutan. Tapi lihatlah sekitarmu dengan kesadaran.

(James Thusber)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wiwin Sri Niscahyawati

NIM : 032010101018

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : *Perbedaan Tingkat Depresi pada Penderita Tuberkulosis Paru Pria dan Wanita di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember Jawa Timur* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 02 Mei 2007

Yang menyatakan,

Wiwin Sri Niscahyawati

NIM. 032010101018

SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA TUBERKULOSIS
PARU PRIA DAN WANITA DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT PARU JEMBER JAWA TIMUR**

Oleh

Wiwin Sri Niscahyawati

NIM 032010101018

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Sujono Kardis, SpKJ

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Hairruddin, Mkes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Perbedaan Tingkat Depresi Pada Penderita Tuberkulosis Paru Pria dan Wanita di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur* telah di uji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 02 Mei 2007

Tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji :

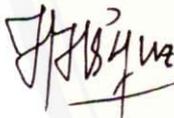
Ketua,



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ

NIP.140 130 813

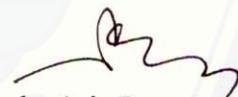
Anggota I,



dr. Hairrudin, M.kes.

NIP 132 304 466

Anggota II,



dr. Aris Prasetyo, M.kes.

NIP 132 232 798

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kedokteran

Universitas Jember



dr. Wasis Prajitno, Sp. OG

NIP. 140 062 229

RINGKASAN

Perbedaan Tingkat Depresi Penderita Tuberkulosis Paru Pria dan Wanita di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur; Wiwin Sri Niscahyawati, 03201010101018; 2007; 65 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Depresi adalah sindroma klinik yang ditandai dengan kesukaran berfikir, daya konsentrasi menurun, hilangnya minat, harapan serta retardasi psikomotor. Depresi timbul berkaitan dengan suatu tekanan perasaan atau stress dan hampir selalu bersifat kehilangan. Kehilangan itu mungkin berupa kematian suami/istri, perceraian, perpisahan, masuk penjara, kematian orang terdekat dan bisa juga karena penyakit fisik. Salah satu penyakit fisik tersebut adalah penyakit tuberkulosis paru.

Penelitian yang dilakukan pada bulan Agustus hingga Oktober 2006 bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi penderita tuberkulosis paru pria dan wanita yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dan didapatkan 38 responden yang memenuhi kriteria inklusi yang terdiri dari 20 responden penderita pria dan 18 responden penderita wanita. Data diperoleh melalui wawancara langsung dengan bantuan kuesioner HDRS (*Halminton Depression Rating Scale*). Penelitian observasi analitik ini menggunakan analisis statistik *Independents t-test* yaitu membandingkan 2 kelompok sampel pria dan wanita penderita tuberkulosis yang menjalani rawat inap di Rumah sakit Paru Jember Jawa Timur.

Dari penelitian ini didapatkan hasil jumlah penderita tuberkulosis wanita yang mengalami depresi lebih banyak dibandingkan dengan penderita pria. Namun secara statistik penelitian ini menyatakan bahwa tidak ada perbedaan tingkat depresi penderita tuberkulosis paru pria dan wanita yang menjalani Rawat inap di rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas kehendak dan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *Perbedaan Tingkat Depresi Penderita Tuberkulosis Paru Pria dan Wanita Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur* dapat terselesaikan.

Untaian kata yang terkemas dalam karya ini, dengan ketulusan hati kupersembahkan untuk Aba dan Umiku tercinta yang senantiasa mengiringi setiap langkahku dengan doa.

Mulai dari pelaksanaan penelitian hingga penyusunan laporan ini penulis telah banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada sebagai berikut :

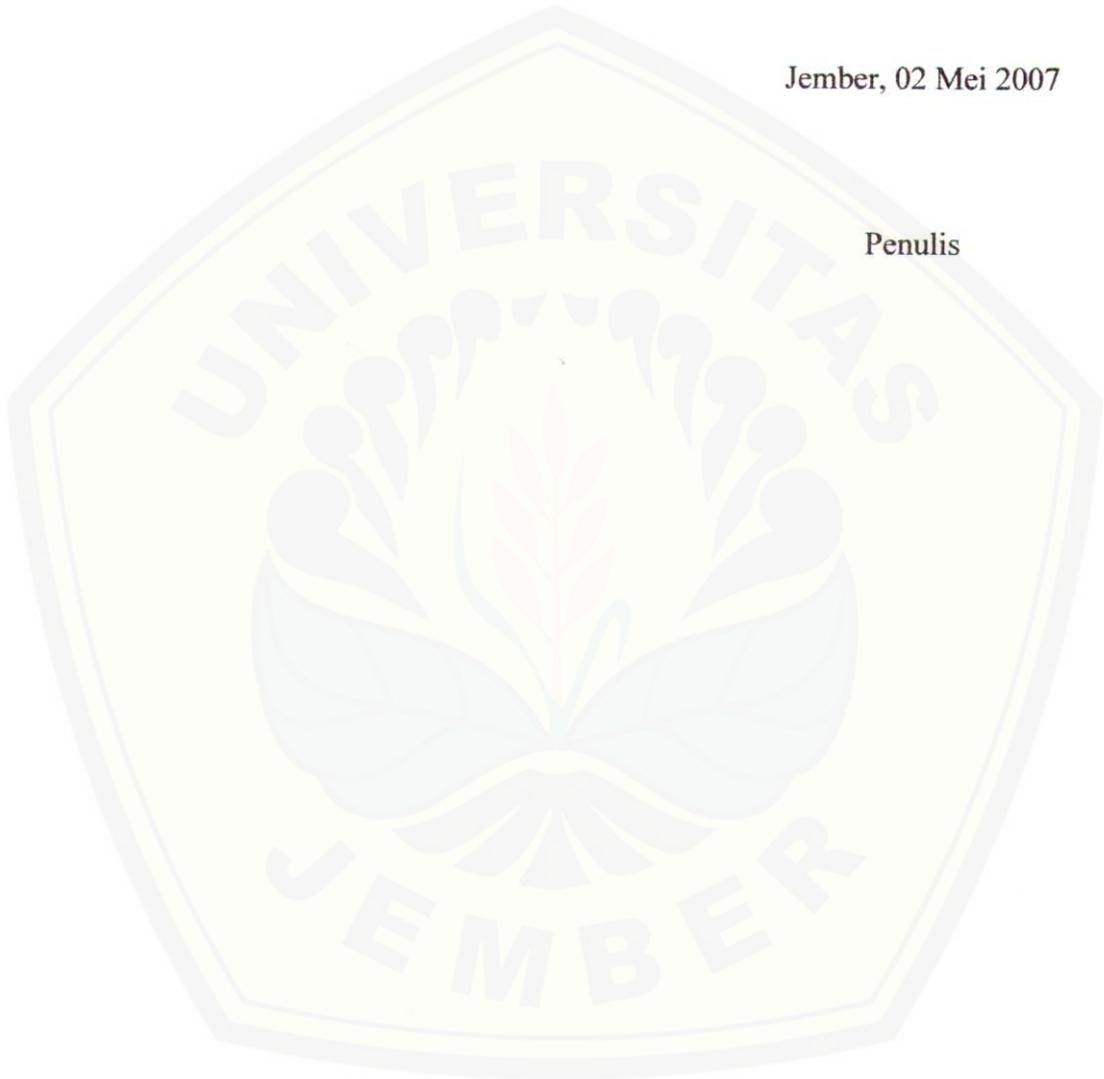
1. dr. Wasis Prajitno, Sp. OG, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
2. dr. Sujono Kardis, Sp. KJ, selaku dosen pembimbing pertama dan ketua tim penguji, yang telah memberikan petunjuk, bimbingan, dan perhatian. Serta atas waktu dan kesabarannya yang sungguh menolong saya dalam penyusunan skripsi ini.
3. dr. Hairudin, Mkes selaku dosen pembimbing kedua dan penguji yang telah memberikan saran, bimbingan, petunjuk dan koreksi yang berguna dalam penyusunan skripsi ini.
4. dr. Aries Prasetyo selaku anggota dosen penguji yang telah memberikan saran, petunjuk dan koreksi yang berguna dalam penyusunan skripsi ini.
5. Seluruh dosen, mahasiswa, dan karyawan di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
6. Seluruh dokter dan perawat di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember yang telah membantu dalam penelitian ini.

7. Nenekku tersayang Hj. Misyani dan Supra'i terima kasih atas segala doa, pengorbanan, cinta dan kasih sayang yang tiada henti.
8. Adik-adikku tercinta (Risal, Latifa, Melly, Yuni dan Uuk) dan seluruh anggota keluargaku yang tak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih atas segala doa dan dukungannya.
9. Keluarga Pamekasan (Almarhum paman Sukri, bibi Hairiyah, Paman mang, Bibi Ris, Mbak kud, Kak Sale, Mbak Aan dan Suaminya) yang selalu memberikan dukungan dan doanya.
10. Keluarga Mulyadi (Bapak Mul, Ibu Mul, Om Marsuki, Ibu Ningsih, Mbak dini) terima kasih atas usaha dan bantuannya selama ini.
11. Bapak adi dan Ibu di perumahan Gunung Batu yang selalu mau menampung keluh kesah saya selama ini. Terima kasih banyak atas segala bantuan, saran, dan masukannya.
12. Keluarga Ayah (Ayah makasih atas cinta dan kasih sayangmu selama ini, Mama, Iik, Entio, Mbak Lia, Mas Arip, Mas Fatwa) yang selalu memberi dukungan dan doa.
13. Sahabat- sahabatku (Qico, Inaroh, Vina, Rika, Santet, Ina di malang, dan Ratih) terima kasih atas waktu, kasih sayang, cinta kalian selama ini. Jangan pernah bosan dengar sampah- sampah dan air mata yang aku teteskan ma kalian ya....!
14. Temen- temen satu atap (Ayu, dina, Dita, Mbak Unik, Embon, Bude, Titi, Debrong, Endut, Karin), suka duka yang kita alami tidak akan pernah terlupakan.
15. *Special thank to:* Jangan pernah berhenti memberiku semangat dan motivasi sampai kapanpun. Tetap semangat !!!
16. Teman- teman KKT Kelurahan Jumerto (Aang, Fera, Prita, Bajuri, Kang mamat, Cute', dan Emmy) terima kasih atas pengalaman yang begitu berharga.
17. Teman-teman clerekship (Beta, Hepy, Mala, Sigit, Ucup dan semuanya) terima kasih atas kerjasama dan perjuangannya selama berada di Rumah Sakit Soebandi.

18. Teman- teman angkatan 2003 (Khamdi, Eka, Islami, Yustian, Shiro dan semuanya yang tidak mungkin disebut satu persatu) jangan pernah berhenti berjuang untuk jadi dokter yang handal dan tangguh, Oke!
19. Dan semua pihak yang telah membantu terselesainya penulisan skripsi ini.

Jember, 02 Mei 2007

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Depresi	5
2.1.1 Definisi Depresi	5
2.1.2 Etiologi Depresi	6
2.1.3 Patofisiologi Depresi.....	8
2.1.4 Gejala Depresi.....	9
2.1.5 Alat Ukur Depresi	10
2.1.6 Depresi pada Pria dan Wanita	11

2.2 Tuberkulosis	12
2.2.1 Definisi Tuberkulosis.....	12
2.2.2 Cara Penularan Penyakit Tuberkulosis Paru.....	12
2.2.3 Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis Paru.....	13
2.2.4 Gejala Klinik Penyakit Tuberkulosis Paru.....	14
2.2.5 Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis Paru.....	15
2.2.6 Komplikasi Penyakit Tuberkulosis Paru.....	16
2.2.7 Terapi Penyakit Tuberkulosis Paru	16
2.3 Hubungan Depresi dengan Tuberkulosis Paru	17
2.4 Kerangka Konseptual Penelitian	19
2.5 Hipotesis Penelitian	20
BAB 3. METODE PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian	21
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian	21
3.2.1 Populasi Penelitian.....	21
3.2.2 Kriteria Sampel Penelitian	21
3.2.3 Besar Sampel	22
3.2.4 Teknik Pengambilan Sampel	22
3.3 Variabel Penelitian	22
3.3.1 Variabel Bebas	22
3.3.2 Variabel Terikat	23
3.3.3 Variabel Terkendali	23
3.3.4 Definisi Operasional Variabel.....	23
3.4 Instrumen Penelitian	24
3.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	24
3.5.1 Lokasi Penelitian.....	24
3.5.2 Waktu Penelitian.....	24
3.6 Prosedur Penelitian	25
3.6.1 Alur Penelitian	25
3.6.2 Analisis Data.....	25

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

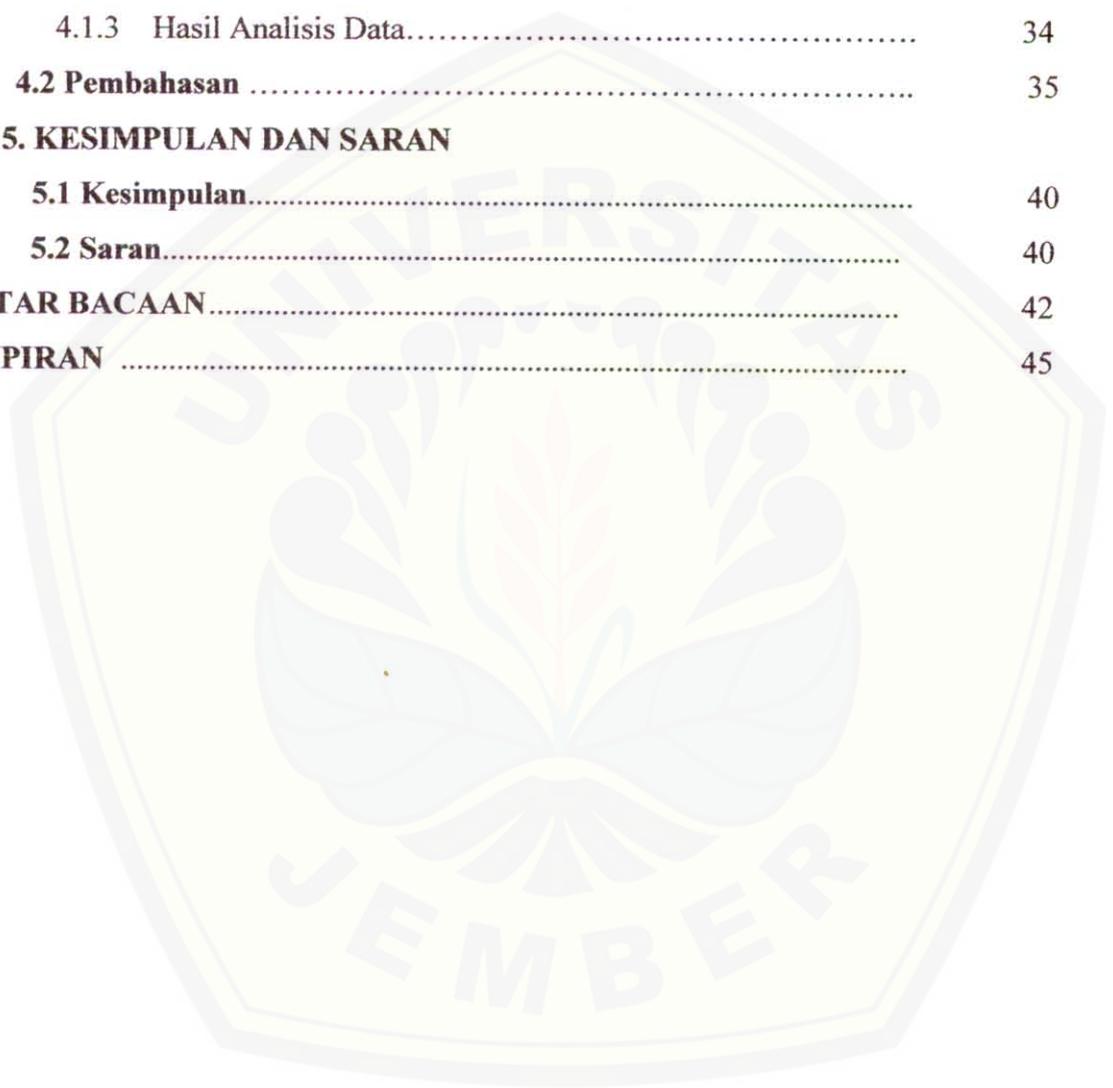
4.1 Hasil Penelitian	26
4.1.1 Gambaran Umum Penderita Tuberkulosis Paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.....	26
4.1.2 Distribusi Tingkat Depresi Pada Penderita Tuberkulosis Paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.....	33
4.1.3 Hasil Analisis Data.....	34
4.2 Pembahasan	35

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	40
5.2 Saran	40

DAFTAR BACAAN	42
----------------------------	----

LAMPIRAN	45
-----------------------	----



DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Distribusi responden berdasarkan usia penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	26
4.2 Data demografi penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit Paru Jember.....	27
4.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	28
4.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan terakhir penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	29
4.5 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit Paru Jember.....	30
4.6 Distribusi responden berdasarkan jumlah anak penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit Paru Jember.....	32
4.7 Distribusi tingkat depresi antara pria dan wanita penderita tuberkulosis paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.....	33
4.8 Rata-rata, standar deviasi dan standar kesalahan rata-rata HDRS Penderita tuberkulosis.....	35

DAFTAR GAMBAR

	halaman
2.1 Asal Usul Sindroma Depresi.....	7
2.2 Kerangka Konsep Penelitian	19
3.1 Alur Penelitian	25
4.2 Diagram distribusi responden berdasarkan usia penderita tuberculosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	28
4.3 Diagram distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir penderita tuberculosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	29
4.4 Diagram distribusi responden berdasarkan pekerjaan terakhir penderita tuberculosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	30
4.5 Diagram distribusi responden berdasarkan status perkawinan penderita tuberculosis paru di Rumah Sakit Paru Jember	31
4.6 Diagram distribusi responden berdasarkan jumlah anak penderita tuberculosis paru di Rumah Sakit Paru Jember.....	32
4.7 Diagram distribusi tingkat depresi antara pria dan wanita penderita tuberculosis paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Persetujuan Setelah Mendapat Penjelasan (<i>Informed Consent</i>).....	45
B. Lembar Data Demografi.....	46
C. Lembar H.D.R.S (<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>).....	47
D. Data Demografi Responden.....	53
E. Data Hasil Kuesioner HDRS.....	54
F. Crosstab Status Responden	56
G. Analisis Hasil dengan SPSS for Window.....	63



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi adalah sindroma klinik yang ditandai dengan tiga gejala utama depresi yaitu penurunan *mood*, *anhedonie*, dan berkurangnya energi atau adanya rasa lelah. Disertai juga gejala lain seperti kesukaran berfikir, daya konsentrasi menurun, gangguan sistem pencernaan, hilangnya minat dan harapan serta retardasi psikomotor (Maramis, 2004:270; Lubis, 1979:150).

Sartorius memperkirakan lebih dari 100.000.000 penduduk dunia menderita depresi. Angka-angka dari hasil penelitian epidemiologi berbagai negara, seperti Taiwan, Jepang, Uganda, Australia dan negara lainnya prevalensi depresi berkisar antara 20-690 per 100.000 penduduk (Iskandar, 1990:118).

Depresi juga diartikan sebagai suatu keadaan emosi yang ditandai dengan penurunan semangat, putus asa dan perasaan sedih. Prevalensinya 2-3% pada pria dan 5-10% pada wanita. Sehingga didapatkan jumlah perbandingan jumlah penderita depresi pria hanyalah setengah kali penderita depresi wanita (Kaplan, 1997:847).

Semua penderita penyakit fisik mempunyai efek psikologi. Jumlah penderita di klinik, di Jakarta 25% memiliki gangguan jiwa berupa kelainan afektif yaitu anxietas dan depresi yang merupakan respon lazim yang jelas. Salah satu penyakit fisik tersebut adalah penyakit tuberkulosis (Ingram *et al.*, 1995).

Penyakit tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit yang mendapatkan perhatian khusus karena dapat menyebabkan kematian dan kecacatan, secara ekonomi menyebabkan kerugian material dan secara psikologi menyebabkan penderitaan yang hebat. Bagi penderita penyakit tuberkulosis paru akan merasa menjadi makhluk yang terasing. Hal tersebut membuat penderita menjadi rendah diri, mempunyai perasaan putus asa dan tidak berguna sehingga bisa memicu terjadinya depresi (Iskandar, 1990:119).

Penyakit Tuberkulosis merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Tahun 1995, hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 58.000 kasus baru tuberkulosis dengan kematian karena tuberkulosis sekitar 140.000 secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru tuberkulosis paru BTA positif (Depkes, 2002:2).

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan pada kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi terhadap stresor yang timbul, jumlah stresor dapat disebut lebih dari satu. Pada umumnya jenis stresor dapat digolongkan sebagai berikut: perkawinan, masalah anak, lingkungan hidup, keuangan, perkembangan, penyakit fisik atau cedera. Penyakit tuberkulosis paru adalah penyakit fisik kronik. Penyakit fisik kronik merupakan predisposisi timbulnya depresi (Iskandar, 1990:45)

Sebuah survey dari 100 penderita penyakit tuberkulosis di Afrika selatan menunjukkan bahwa 68% menderita depresi: 22 pasien menunjukkan depresi ringan, 38 pasien menunjukkan depresi sedang dan 8 pasien menunjukkan depresi yang lebih berat (Trenton dan Curier, 2001:236). Penyakit ini tidak hanya menyerang kaum laki-laki tetapi penyakit ini juga banyak ditemukan pada kaum wanita. Dalam kenyataannya kaum wanita juga mempunyai resiko yang cukup tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan dengan kaum pria. Untuk itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi diantara keduanya.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian di atas, maka dapat dirumuskan bahwa penderita penyakit tuberkulosis paru bisa menderita depresi. Permasalahannya apakah ada perbedaan tingkat depresi penderita penyakit tuberkulosis paru pria dan wanita yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk mengetahui depresi pada penderita penyakit tuberkulosis paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui tingkat depresi pada pria penderita penyakit tuberkulosis di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.
- b. Untuk mengetahui tingkat depresi pada wanita penderita penyakit tuberkulosis di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.
- c. Untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi pada penderita penyakit tuberkulosis paru pria dan wanita di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain:

- a. Bagi penderita penyakit tuberkulosis
Dengan mengetahui tingkat depresi pada penderita penyakit tuberkulosis maka diharapkan subjek dapat mencari pertolongan sesegera mungkin.
- b. Bagi Lembaga Kesehatan
Sebagai acuan tambahan dalam penatalaksanaan penderita penyakit tuberkulosis dan sebagai bahan masukan dalam prediksi kesehatan bagi pengelola kesehatan.
- c. Bagi Pendidikan
Sebagai bahan studi dan kajian lebih lanjut untuk mahasiswa maupun referensi bagi staf pengajar atau dosen mengenai Depresi.
- d. Bagi Peneliti
Sebagai tambahan ilmu dan pengalaman dalam melaksanakan suatu penelitian ilmiah serta memperdalam pengetahuan tentang Depresi.

- e. Sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian sejenis yang lebih spesifik/khusus.





BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Depresi

2.1.1 Definisi Depresi

Depresi adalah suatu gangguan keadaan perasaan yang secara umum ditandai oleh rasa kesedihan, apati, pesimisme dan kesepian. Keadaan itu sering disebutkan dengan istilah kesedihan "sadness", murung dan kesengsaraan (Lewis, 1991:190).

Depresi merupakan respon normal terhadap berbagai stres kehidupan. Depresi dianggap abnormal hanya apabila depresi itu diluar kewajaran. Kadang-kadang depresi disertai kecemasan semacam depresi yang tidak tenang. Orang tersebut merasa jenuh dan tidak mempunyai semangat hidup tetapi pada soal yang sama diapun selalu tegang, resah dan tidak dapat santai (Maramis, 2000:258).

Suasana hati penderita depresi bervariasi tergantung berat ringannya disertai dengan gejala mental dan fisik yang berbeda. Merasa jenuh dan tidak mempunyai semangat hidup tetapi pada saat yang sama diapun selalu tegang, resah dan tidak dapat santai. Depresi merupakan gangguan kejiwaan yang tergolong dalam gangguan afeksi dan emosi.

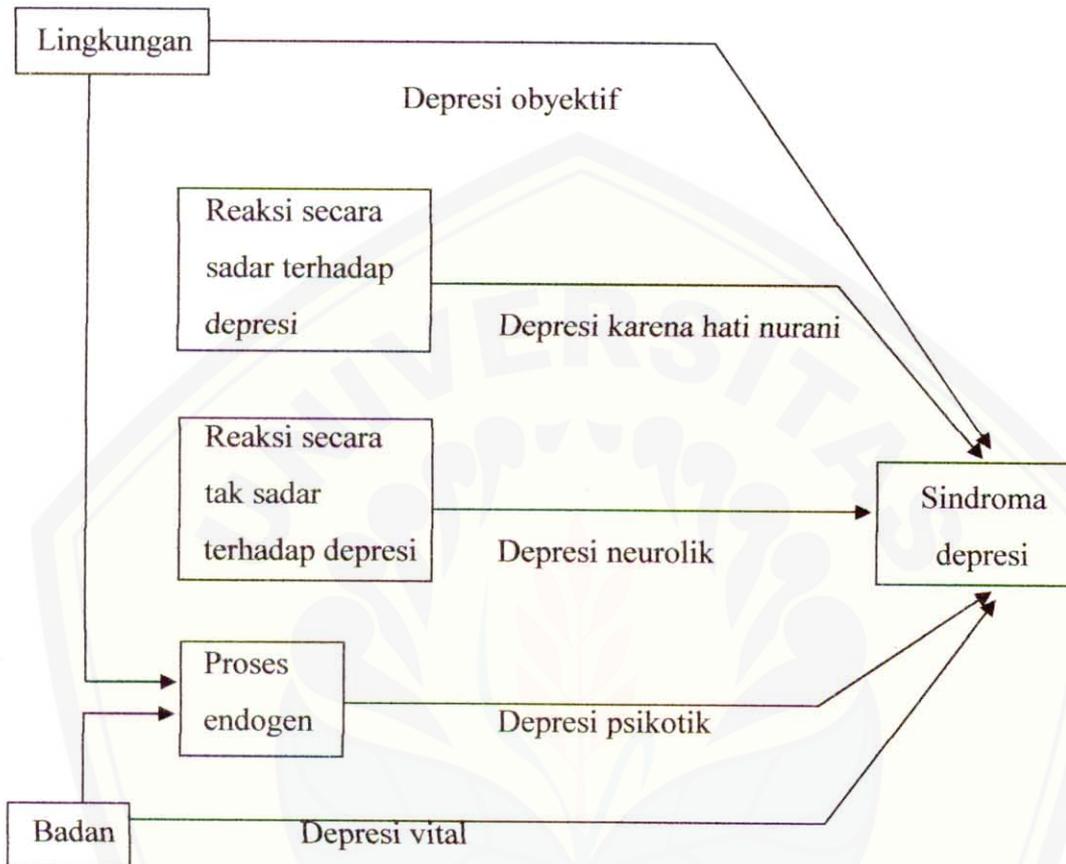
Afeksi ialah "nada" perasaan menyenangkan atau tidak (seperti kebanggaan, kekecewaan, kasih sayang) yang menyertai suatu pikiran dan biasanya berlangsung lama serta kurang disertai oleh komponen fisiologik. Emosi ialah manifestasi afeksi keluar dan disertai oleh banyak komponen fisiologik, biasanya berlangsung relatif tidak lama (misalnya ketakutan, kecemasan, depresi dan kegembiraan). Kadang istilah afeksi dan emosi dipakai bergantian. Depresi timbul berkaitan dengan suatu tekanan perasaan atau stres dan hampir selalu bersifat kehilangan. Kehilangan itu mungkin berupa kematian suami/istri, perceraian, perpisahan, masuk penjara, kematian orang terdekat, kehilangan pekerjaan. Bisa juga karena penyakit fisik yang sedang dideritanya, operasi mutilasi dan usia lanjut (Maramis, 2000:258; Kaplan, 1997:846).

Gejala adalah sekumpulan peristiwa, perilaku atau perasaan yang sering (namun tidak selalu) muncul pada waktu yang bersamaan. Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Namun yang perlu diingat, setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lain. Gejala-gejala depresi ini bisa kita lihat dari tiga segi, yaitu gejala dilihat dari segi fisik, psikis dan sosial (Maramis, 2000: 27).

2.1.2 Etiologi Depresi

Etiologi depresi yang sesungguhnya belum diketahui dengan pasti. Secara hipotesis, faktor biologis (kelainan neurotransmitter, pengaruh hormonal, penyakit fisik tertentu, dan lain-lain), faktor psikososial (misalnya, konflik individual atau interpersonal, masalah kepribadian, dan lain-lain), dan faktor genetik diduga kuat sebagai faktor yang bertanggung jawab atas gangguan tersebut. Perbedaan tersebut adalah buatan karena kemungkinan bahwa ketiga bidang tersebut saling berinteraksi di antara mereka sendiri. Sebagai contohnya, faktor psikososial dan faktor genetik dapat mempengaruhi faktor biologis (misalnya, konsentrasi neurotransmitter tertentu). Faktor biologis dan faktor psikososial juga dapat mempengaruhi ekspresi gen (Surileha, 2003:86 dan Sujono & Mawardi, 1995:24).

Faktor-faktor penyebab timbulnya depresi menurut Maramis (2000):



Sumber: Maramis, 2000: 271

Gambar 2.1 : Asal usul sindroma depresi

Sedangkan menurut Kaplan (1997) beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap depresi adalah:

a. Faktor genetik

Meskipun penyebab depresi secara tidak pasti dapat ditentukan, faktor genetika mempunyai peran terbesar. Gangguan alam perasaan cenderung terdapat dalam suatu keluarga tertentu. Bila suatu keluarga salah satu orang tuanya menderita depresi, maka anaknya beresiko dua kali lipat dan apabila kedua orang tuanya

menderita depresi maka resiko untuk mendapat gangguan alam perasaan sebelum usia 18 tahun menjadi empat kali lipat.

b. Faktor sosial

Dilaporkan bahwa orang tua dengan gangguan afektif cenderung akan selalu menganiaya atau menelantarkan anaknya dan tidak mengetahui bahwa anaknya menderita depresi sehingga tidak berusaha untuk mengobatinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan orang tua, perceraian, fungsi perkawinan atau struktur keluarga banyak berperan dalam terjadinya gangguan depresi pada anak. Ibu yang menderita depresi lebih besar pengaruhnya terhadap kemungkinan psikopatologi anak dibandingkan ayah yang mengalami depresi.

c. Faktor biologi lainnya

Dua hipotesis yang menonjol mengenai mekanisme gangguan alam perasaan terfokus pada regulator sistem monoamin neurotransmitter, termasuk norepinephrin dan serotonin. Hipotesis lain menyatakan bahwa depresi yang terjadi erat kaitannya dengan perubahan keseimbangan adrenergik-asetikolin yang ditandai dengan meningkatnya kolinergik. Sementara dopamin secara fungsional menurun.

2.1.3 Patofisiologi Depresi

Patofisiologi depresi sangatlah kompleks, para ahli seringkali menggunakan lebih dari satu pendekatan untuk menjelaskannya. Misalnya, mekanisme secara endokrinologis dan imunologis, neurologis (mencakup *neurotransmitter*) serta psikologis maupun psikososial, mempengaruhi sistem limbik yang selanjutnya mempengaruhi kinerja hormonal/ *neurotransmitter* (Purba, 2003:4).

Pendekatan secara endokrinologis dan imunologis dijelaskan oleh Guyton sebagai berikut: Setelah stresor diketahui maka stresor tersebut mempengaruhi sistem tubuh kita. Salah satu mekanismenya yaitu adanya stres dapat merangsang *hipothalamus* untuk mengeluarkan faktor pelepas *kortikotropin releasing factor (CRF)*, selanjutnya CRF disekresikan ke dalam pleksus kapiler utama dari sistem

portal hipofisis di puncak media *hipothalamus* dan kemudian dibawa ke kelenjar *hipofisis anterior*, dimana CRF ini akan merangsang sekresi (ACTH). Apabila sekresi CRF terjadi terus-menerus maka kadarnya menjadi tinggi, hal tersebut dapat berpengaruh pada *hipocampus*. Mekanisme umpan balik hipokampus terganggu, gangguan mekanisme ini menyebabkan ketidakmampuan cortisol menekan sekresi CRF. Akibatnya, bila kadar CRF meningkat, maka mempermudah seseorang untuk menderita depresi (Guyton dan Hall, 1997:1214; Purba, 2003:2).

2.1.4 Gejala Depresi

Gejala adalah sekumpulan peristiwa, perasaan yang sering namun tidak selalu muncul pada waktu yang bersamaan. Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Namun yang perlu diingat, setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapkan secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lain. Gejala-gejala depresi ini bisa kita lihat dari tiga segi, yaitu gejala dilihat dari segi fisik, psikis dan sosial (Maramis, 1996:271).

Sementara itu, berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia Edisi III (PPDGJ), depresi didefinisikan sebagai suatu bentuk gangguan mood yang ditandai dengan:

a. Gejala utama

- Afek depresif (kekecewaan, hilangnya kasih sayang).
- Kehilangan minat dan kegembiraan.
- Berkurangnya energi yang menuju pada keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas.

b. Gejala lainnya

- Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.

- Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
- Pandangan masa depan yang suram.
- Perbuatan yang membahayakan diri sendiri atau bunuh diri.
- Adanya gangguan pada pola tidur.
- Menurunnya nafsu makan.

Dari gambaran diatas, maka tingkat atau derajat depresi dapat dibedakan atas:

1) Depresi ringan

- a). Sekurang - kurangnya harus ada 2 gejala utama.
- b). Ditambah sekurang - kurangnya 2 atau lebih dari gejala lainnya.

2) Depresi sedang

- a). Sekurang - kurangnya harus ada 2 gejala utama.
- b). Ditambah sekurang - kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya.
- c). Menghadapi kesulitan yang nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

3) Depresi berat

- a). Semua 3 gejala utama harus ada.
- b). Ditambah sekurang - kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya berintensitas berat.
- c). Ada gejala lainnya yaitu retardasi psikomotor.
- d). Pasien tidak memungkinkan meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, atau urusan rumah tangga (PPDGJ, 1994:64).

2.1.5 Alat ukur tingkat depresi

Tingkat depresi dapat diukur dengan berbagai macam alat ukur. Salah satunya adalah HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*). HDRS merupakan alat ukur tingkat depresi yang telah ditetapkan oleh WHO dan merupakan alat ukur yang sering digunakan untuk penelitian sejenis. Keuntungan dari HDRS yaitu dilengkapi

dengan indeks pengukur yang dapat digunakan untuk mereka yang kurang peka terhadap gejala depresi yang dirasakannya (Craig *et al*, 1995).

Berat ringannya depresi dapat diukur dengan skoring:

Skor 0-6 : tidak ada depresi

Skor 7-17 : depresi ringan

Skor 18-24 : depresi sedang

Skor >25 : depresi berat

2.1.6 Depresi pada Pria dan Wanita

Depresi merupakan gangguan mental yang banyak dijumpai, dimana prevalensi 2-3% pada pria dan 5-10% pada wanita. Sehingga didapatkan perbandingan jumlah penderita depresi pria hanya setengah kali jumlah penderita depresi wanita (Kenneh, 1995; Sulasmi, 1995).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh dr. Kendler dan timnya, menyebutkan kecenderungan dari depresi lebih tinggi secara bermakna pada wanita (42%) dibandingkan pria (29%).

Ada beberapa hal yang membedakan antara depresi pada pria dengan depresi pada wanita yaitu : Depresi pada pria biasanya terjadi lebih cepat, tidak mempunyai kemungkinan untuk berulang, berhubungan dengan stres dalam hidupnya dan tidak sensitif terhadap perubahan suasana hati. Sedangkan pada wanita adalah sebaliknya. Wanita yang sedang mengalami depresi menunjukkan perilaku lebih suka tidur dan makan berlebihan serta depresi pada wanita berhubungan dengan kelainan, terutama gejala panik dan phobia dan kelainan dalam mengkonsumsi makanan (George, 2004).

Depresi pada pria biasanya sebagai akibat adanya tekanan dalam keluarga, masalah tentang pencarian nafkah, ketergantungan masa depan anak-anak, konflik hubungan sosial masyarakat yang menjadikan mereka kehilangan harga diri serta masalah seksual dan respon pribadi (Thomas, 1983).

Wanita mempunyai peluang menderita depresi dua kali lipat daripada pria. Suatu penelitian menunjukkan bahwa 10%-25% wanita pasti pernah mengalami depresi sepanjang hidupnya. Salah satu penyebabnya adalah sistem limbik anterior pada wanita lebih aktif daripada yang terjadi pada pria waktu sedang bersedih, jika wanita sedang bersedih aktifitas bagian itu meningkat hingga dua kali lipat dibanding pria (George, 2004).

2.2 Tuberkulosis

2.2.1 Definisi Tuberkulosis

Penyakit tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman tuberkulosis (*Mycobacterium tuberculosis*), sebagian besar kuman tuberkulosis menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, ialah kuman aerob yang hidup di paru, terutama pada daerah yang mempunyai tekanan parsial oksigen tinggi (apex). Secara klinis menimbulkan gejala antara lain : demam (subfebris), batuk, sesak nafas, nyeri dada, malaise (Sarwono,1996:714 dan Jawets,1999:124).

Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan, oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA), kuman tuberkulosis cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat Dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Pusat Informasi Penyakit Infeksi, 2006:9).

2.2.2 Cara Penularan

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan diudara pada suhu kamar

selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernapasan. Selama kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernapasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran napas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Pusat Informasi Penyakit Infeksi, 2006).

2.2.3 Epidemiologi

Mycobacterium tuberculosis yang menyebabkan TBC adalah bakteri pembunuh massal. WHO memperkirakan bakteri ini membunuh sekitar 2 juta jiwa setiap tahunnya. Antara tahun 2002-2020 diperkirakan sekitar 1 miliar manusia akan terinfeksi. Dengan kata lain penambahan jumlah infeksi lebih dari 56 juta tiap tahunnya. Biasanya 5-10% di antara infeksi berkembang menjadi penyakit, dan 40% di antara yang berkembang menjadi penyakit berakhir dengan kematian.

Jika dihitung, penambahan jumlah pasien TBC akan bertambah sekitar 2,8-5,6 juta setiap tahun, dan 1,1-2,2 juta jiwa meninggal setiap tahun karena TBC. Perkiraan WHO, yakni 2 juta jiwa meninggal tiap tahun, adalah berdasarkan perhitungan ini. Angka ini adalah angka yang besar, karena 2-4 orang terinfeksi setiap detik, dan hampir 4 orang setiap menit meninggal karena TBC ini. Di Amerika Serikat, hampir 40% dari penderita TBC adalah orang yang lahir di luar negeri. Mereka imigrasi ke Amerika dan menjadi sumber penyebaran TBC. Begitu juga dengan meningkatnya jumlah pengungsi akibat perang dengan lingkungan yang tidak sehat sehingga memudahkan penyebaran TBC.

Di kawasan Asia Tenggara, data WHO (<http://www.who.sea.org>) menunjukkan bahwa TBC membunuh sekitar 2.000 jiwa setiap hari. Dan sekitar 40% dari kasus TBC di dunia berada di kawasan Asia Tenggara. Dua di antara tiga negara dengan jumlah penderita TBC terbesar di dunia, yaitu India dan Indonesia, berada di wilayah ini. Indonesia berada di bawah India, dengan jumlah penderita terbanyak di dunia, diikuti Cina di peringkat kedua.

Berdasarkan data Rumah Sakit "Prof DR Sulianti Saroso" (<http://www.infeksi.com>), di Indonesia tiap tahun terdapat 583 ribu kasus dan 140 ribu di antaranya meninggal dunia. Jika dihitung, setiap hari 425 orang meninggal akibat TBC di Indonesia. Kalau 1 orang pasien bisa menularkan ke 10 orang, pada tahun berikutnya jumlah yang tertular adalah 5,8 juta orang. Karena itu, jelaslah bahwa TBC adalah pembunuh massal yang harus diberantas (Pusat Informasi Penyakit Infeksi, 2006).

2.2.4 Gejala klinik Tuberkulosis

Keluhan yang dirasakan oleh penderita tuberkulosis dapat bermacam macam malah tanpa keluhan sama sekali. Keluhan yang terbanyak adalah sebagai berikut :

a. Demam

Biasanya *subfebris*, tapi kadang - kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C. Serangan demam dapat sembuh/ hilang timbul. Keadaan ini dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberkulosis yang masuk.

b. Batuk

Batuk karena ada iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk - produk radang. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah terjadi peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut dapat berubah menjadi batuk

darah karena banyak pembuluh darah yang pecah. Batuk berlangsung selama tiga minggu atau lebih.

c. Sesak Nafas

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru - paru.

d. Nyeri dada

Gejala ini jarang ditemukan, nyeri dada timbul apabila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura dan menimbulkan pleuritis.

e. Malaise

Gejala malaise sering ditemukan berupa : anoreksia, tidak nafsu makan, berat badan turun, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur (Sarwono, 1998:824).

2.2.5 Klasifikasi Tuberkulosis

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan paru tidak termasuk pleura (selaput paru). Berdasarkan basil pemeriksaan dahak, tuberkulosis paru dibagi dalam :

a. Tuberkulosis paru BTA positif

- sekurang - kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak hasilnya BTA positif
- atau 1 spesimen dahak hasilnya BTA positif dan foto rontgen dada menunjukkan gambar tuberkulosis aktif.

b. Tuberkulosis Paru BTA negatif

Pemeriksaan 3 spesimen dahak artinya BTA negatif dan foto rontgen dada menunjukkan gambar tuberkulosis aktif, tuberkulosis paru BTA negatif rontgen positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan

ringan. Bentuk berat bila gambar foto rontgen dada memperlihatkan gambar kerusakan paru yang luas dan keadaan umum penderita buruk (Depkes RI, 2002:23).

2.2.6 Komplikasi Pada Penderita Tuberkulosis

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut :

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan napas.
- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronkial.
- c. Bronkiektasis dan Fibrosis pada paru.
- d. Pneumotoraks spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- f. Insufisiensi Kardio Pulmoner (Cardio Pulmonary Insufficiency) (Pusat Informasi Penyakit Infeksi, 2006).

2.2.7 Terapi Tuberkulosis

Untuk terapi, WHO merekomendasikan strategi penyembuhan TBC jangka pendek dengan pengawasan langsung atau dikenal dengan istilah DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*). Dalam strategi ini ada tiga tahapan penting, yaitu

- a. Deteksi atau diagnosa pasien sangat penting karena pasien yang lepas dari deteksi akan menjadi sumber penyebaran TBC berikutnya. Seseorang yang batuk lebih dari 3 minggu bisa diduga mengidap TBC. Orang ini kemudian harus didiagnosa dan dikonfirmasi terinfeksi kuman TBC atau tidak. Sampai saat ini, diagnosa yang akurat adalah dengan menggunakan mikroskop. Diagnosa dengan sinar-X kurang

spesifik, sedangkan diagnosa secara molekular seperti *Polymerase Chain Reaction* (PCR) belum bisa diterapkan.

- b. Jika pasien telah diidentifikasi mengidap TBC, dokter akan memberikan obat dengan komposisi dan dosis sesuai dengan kondisi pasien tersebut. Adapun obat TBC yang biasanya digunakan adalah isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, streptomycin, dan ethambutol. Untuk menghindari munculnya bakteri TBC yang resisten, biasanya diberikan obat yang terdiri dari kombinasi 3-4 macam obat ini.
- c. Dokter atau tenaga kesehatan kemudian mengawasi proses peminuman obat serta perkembangan pasien. Ini sangat penting karena ada kecenderungan pasien berhenti minum obat karena gejalanya telah hilang. Setelah minum obat TBC biasanya gejala TBC bisa hilang dalam waktu 2-4 minggu. Walaupun demikian, untuk benar-benar sembuh dari TBC diharuskan untuk mengkonsumsi obat minimal selama 6 bulan. Efek negatif yang muncul jika kita berhenti minum obat adalah munculnya kuman TBC yang resisten terhadap obat. Jika ini terjadi, dan kuman tersebut menyebar, pengendalian TBC akan semakin sulit dilaksanakan.

2.3 Hubungan Depresi dengan Tuberkulosis Paru

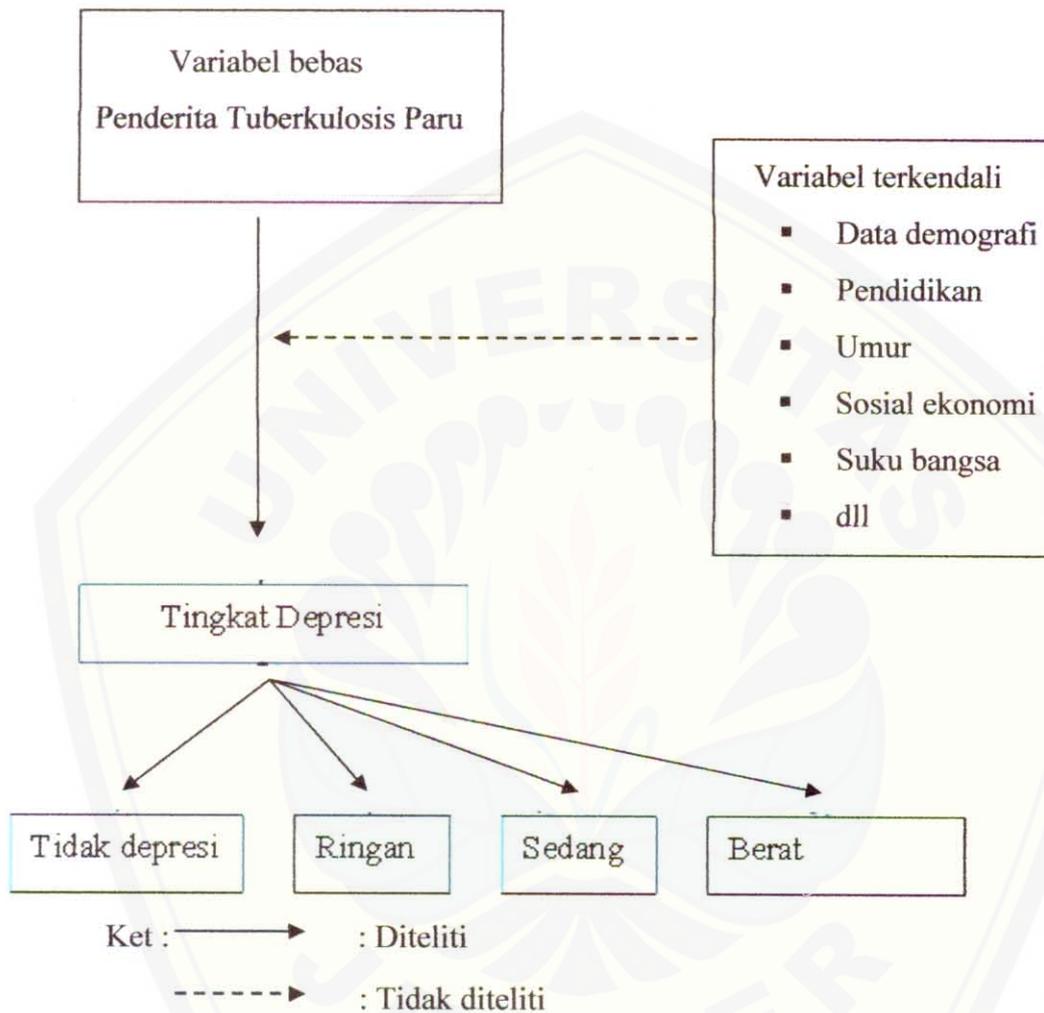
Sudah banyak penelitian yang mengatakan bahwa depresi biasanya akan disertai dengan penyakit fisik. Ada pula kasus lain, dimana depresi tidak menyebabkan penyakit tetapi justru penyakit berkepanjangan yang tak kunjung sembuh yang akhirnya menyebabkan penderitanya menjadi depresi. Contohnya adalah penderita penyakit kronik, misalnya kanker, tuberkulosis paru, asma, dan lain - lain. Prevalensi depresi pada penyakit kronik yaitu 9,4% (Sujono & Mawardi, 1995:25).

Pada penderita penyakit kronik seperti tuberkulosis paru, muncul perasaan pesimis, tak ada harapan karena kesembuhan penyakit tersebut lama disamping itu

juga adanya anggapan masyarakat awam bahwa penyakit tuberkulosis paru adalah penyakit turunan sehingga masyarakat enggan untuk berinteraksi sosial. Selain itu terjadi perubahan pada fisik penderita, badan akan menjadi kurus, dan bisa berakibat tidak mampu untuk melakukan pekerjaan yang lebih berat dan menjadi kurang percaya diri. Penderita akan merasa terkucilkan, kehilangan teman - teman dekat. Hal ini membuat penderita menjadi murung, menutup diri, mengalami kesedihan yang berat sampai depresi (Sujono & Mawardi, 1995:24).

Bila partikel atau droplet terhisap oleh orang sehat, ia akan menempel di jalan nafas atau paru - paru. Partikel dapat masuk ke alveolar bila ukuran partikel kurang dari 5 mikrometer. Kuman akan dihadapi pertama kali oleh neutrofil, kemudian difagosit oleh makrofag. Jika kuman ini terdapat banyak dalam jaringan paru maka, tubuh akan melawan dengan mengeluarkan banyak makrofag, dalam hal ini makrofag juga mengeluarkan sitokin. Zat ini dapat menstimuli hipotalamus untuk mensekresikan CRF (*Corticotropin Releasing Factor*), selanjutnya CRF merangsang *hipofisis anterior* untuk mensekresi ACTH (*Adrenocorticotropin Hormone*). ACTH akan merangsang korteks adrenal untuk mensintesa hormon glukokortikoid (kortisol) secara terus-menerus. Apabila kortisol darah sangat tinggi akan menyebabkan penurunan jumlah reseptor serotonin di hipokampus sehingga seseorang lebih mudah terkena depresi (Wenberger, 2005; Guyton dan Hall, 1997:1214).

2.4 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

Depresi adalah sindroma klinik yang ditandai dengan kesukaran berpikir, daya konsentrasi menurun, hilangnya minat, harapan serta retardasi psikomotor. Individu yang menderita penyakit fisik dapat menderita depresi (Handoko, 2003:2).

Tingkat depresi dapat digolongkan ke dalam tiga tingkat yaitu depresi ringan, sedang, dan berat. Untuk menilai tingkat depresi, digunakan skala depresi menurut Hamilton (HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*).

Penelitian ini dilakukan pada pria dan wanita penderita penyakit tuberkulosis paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur .

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah “Didapatkan adanya perbedaan tingkat depresi pada penderita penyakit tuberkulosis paru pria dan wanita di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur”.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian observasional analitik dan komparasi dengan pendekatan secara *cross sectional* karena tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi pada penderita penyakit tuberkulosis paru pria dan wanita yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah semua pasien tuberkulosis diruang rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember Jawa Timur.

3.2.2 Kriteria Sampel Penelitian

a. Kriteria Inklusi

- 1) Responden dengan kesadaran komposmentis.
- 2) Pasien tuberkulosis baru dalam minggu pertama menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember-Jawa Timur.
- 3) Responden yang tidak mengkonsumsi obat-obatan yang dapat menimbulkan depresi misalnya obat reserpine.
- 4) Bukan merupakan penderita psikotik dan retardasi mental.
- 5) Tidak mengalami stres psikososial lain (ditinggal mati anggota keluarganya dan dipecat dari pekerjaannya).
- 6) Berumur 20 – 50 tahun.
- 7) Tingkat ekonomi rendah dan sedang.
- 8) Pendidikan SD - SLTA.
- 9) Tidak dalam keadaan menstruasi.



10) Bersedia mengisi kuesioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan menjadi sampel penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Para pasien tuberkulosis di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember yang memiliki kelainan fisik dan panca indra, sehingga menyulitkan pemeriksa.
- 2) Para pasien tuberkulosis di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Jember yang mengalami stres psikososial.
- 3) Berumur <20 tahun dan > 50 tahun.
- 4) Pendidikan bukan SD – SLTA.
- 5) Bukan tingkat ekonomi rendah dan sedang.
- 6) Dalam keadaan menstruasi.
- 7) Para pasien tuberkulosis rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember yang menolak ikut dalam penelitian.

3.2.3 Besar Sampel

Besar sampel yang diambil adalah semua sampel yang telah memenuhi kriteria inklusi yaitu sebesar 38 orang terdiri dari 20 orang pria dan 18 orang wanita.

3.2.4 Teknik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* (Sarwanto dan Kuntara, 2003).

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah :

Penderita penyakit tuberkulosis paru yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.

3.3.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Tingkat depresi.

3.3.3 Variabel Terkendali

Variabel terkendali dalam penelitian ini adalah :

- Data demografi.
- Pendidikan.
- Umur.
- Lingkungan
- Genetik.
- Jenis kelamin.
- Sosial ekonomi.

3.3.4 Definisi Operasional Variabel

- a. Tingkat depresi adalah suatu ukuran untuk menggambarkan berat ringannya penyakit depresi yang terdiri dari tidak depresi, depresi ringan, depresi sedang dan depresi berat. Individu dikatakan depresi setelah diukur dengan memakai skala depresi menurut Hamilton (HDRS = *Hamilton Depression Rating Scale*) dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Nilai 0 – 6 : tidak ada depresi.
 - 2) Nilai 7 – 17 : depresi ringan.
 - 3) Nilai 18 – 24 : depresi sedang.
 - 4) Nilai >25 : depresi berat.
- b. Penderita tuberkulosis paru adalah seseorang yang terinfeksi penyakit yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, yakni kuman anaerob yang hidup di paru terutama pada daerah yang mempunyai tekanan parsial oksigen tinggi (*apek*). Secara klinik menunjukkan gejala-gejala, antara lain: demam (*subfebris*), batuk, sesak nafas, nyeri dada, malaise (Jawetz, 1999:

124, Waspadji & sarwono, 1996:174, 1997:185). Penderita yang diambil sebagai responden adalah penderita yang memenuhi kriteria inklusi.

3.4 Instrumen Penelitian

Beberapa instrumen yang dipakai dalam penelitian antara lain:

- (1) Lembar Kuesioner, yang berisi data demografi.
- (2) Skor HDRS untuk menilai tingkat depresi pada sampel penelitian.

3.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.5.1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Paru di Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember - Jawa Timur.

3.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus - Oktober 2006

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 1) Dari penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TBC yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember menderita depresi.
- 2) Pria penderita TBC diruang rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember sebagian besar mengalami depresi ringan, disusul dengan depresi sedang dan tidak ada satupun yang mengalami depresi berat.
- 3) Wanita penderita TBC diruang rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember sebagian besar juga mengalami depresi ringan, disusul dengan depresi sedang dan depresi berat.
- 4) Tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat depresi pada penderita TBC pria dan wanita yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.

5.2 Saran

- 1) Mengingat kompleksnya faktor-faktor yang menyebabkan depresi pada penderita tuberkulosis yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember, diharapkan adanya penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang menyebabkan depresi pada penderita TBC.
- 2) Melihat seriusnya masalah depresi dalam masyarakat, maka diperlukan upaya penyuluhan tentang depresi, sehingga diharapkan penatalaksanaan dan rehabilitasi dini pada penderita depresi dapat dilakukan secara komprehensif atau menyeluruh, yang mampu menimbulkan semangat hidup lebih baik dalam masyarakat.
- 3) Diharapkan ada perbaikan dan dilakukan terapi tambahan, selain dengan terapi anti mikroba juga dilakukan terapi antidepresi, terapi psikologis, dan terapi psikoreligius



- 4) Diharapkan ada penelitian lebih lanjut guna kepentingan pengembangan ilmu di bidang psikiatri khususnya tentang depresi, serta untuk bahan perbandingan penelitian sejenis, dan untuk kepentingan institut pendidikan dalam hal ini sebagai bahan studi dan kajian mahasiswa ataupun sebagai referensi bagi masyarakat tentang depresi.



DAFTAR BACAAN

- Aimir, N. 2003. *Hipokampus dan Depresi*. Disampaikan pada pertemuan Ilmiah Dua Tahunan. Jakarta: 5 juli 2003
- American Psychiatric Assosiation. 1994. *Depression In Women*. <http://www.healthyplace.com/htm> [4 Mei 2006].
- American Psychiatric Association. 1987. *Depressive Disorder: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Craig, K. D. dan Keith, S. D. (ed). 1995. *General Measures of Depressive Symptomatology*. Anxiety and Depression in Adult and Chieldrren. New Dhelhi: Sage Publication. P. 213-216
- Damping, C. 1990. *Alxithemia pada Penderita Tuberkulosis Parum yang berobat Jalan di RSUD Pasar rebo Jakarta*. *Indonesian Psychiatric Querterly*. Tahun XXIII edisi 4. Jakarta: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002. *Pedoman Peanggulan Tuberkulosis*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dharmady, A. 1999. *Pengantar Psikologi*. Surabaya: Erlangga.
- Direktorat Kesehatan Jiwa. 1994. *Pedoman Penggolongan Dan Diagnosis gangguan Jiwa III(PPDGJ III)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Eitenne *et al*. 1990. *Hormones*. New York: Chapman and Hall.
- George, Dr. 2001. *Otak Wanita Terkena Depresi dan Stress lebih besar dibandingkan Pria*. <http://www.ChangJaya-Abadi.com/htm> [4 Mei 2006].
- Guyton, Hall. 1997. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Handoko, D. 2003. *Pengalaman Klinis Penatalaksanaan Depresi Usia Lanjut*. Disampaikan pada Kongres Nasional I Assosiasi Psikogeriatri Indonesia. Jakarta 14-16 Juni.

- Ingram, I. M. Timbury, P. M. Mow Bray, R. R. 1995. *Hubungan Penyakit Psikiatri dan Fisik*. Catatan Kuliah Psikiatri. Jakarta: EGC. P.91-97.
- Iskandar, Y. 1990. *Tidur Pada Pasien Depresi*. Jakarta: PT Melton Putra.
- Jawets. 1999. *Mikrobiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Kaplan, H. I. 1997. *Sinopsis Psikiatri*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kardis, S. 2003. *Diktat Kuliah Kedokteran Jiwa*. Jember: Universitas Jember.
- Khamdi, A. 2007. *Tingkat Depresi Pada Pria Penderita TBC Kasus Ulangan Yang Menjalani Rawat Inap Di RS Paru Jember*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Latha, G. S. (ed). 2003. *First Aid for The Psychiatry Clerkship*. The United state: Mc Graw-Hill Companies.
- Lubis, D. B. 1979. *Ikhtiar Teori dan Klinik Neurosa*. Jakarta: PT Bumi Grafika Jaya.
- Maramis, W. F. 2000. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Pudjiastuti, S. S. 2003. *Fisioterapi pada lansia*. EGC: Jakarta.
- Purba, J. S. 2003. *Peranan Nueuroendokrin pada Depresi*. Disampaikan pada Pertemuan Ilmiah Dua Tahunan di Jakarta.
- Pusat Informasi Penyakit Infeksi-Penyakit Tuberculosis. 2006. *Tuberkulosis*. <http://www.google.com/htm> [2 Mei 2006].
- Reuters, 1998. *Pengaruh jenis kelamin dalam Tingkat Depresi*. <http://www.rad.ned.id> [18 Agustus 2006].
- Stiyawan, H. 2005. *Depresi Pada Tuberkulosis Paru di Puskesmas Patrang Jember Tahun 2004*. Jember: Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Jember.
- Sujono dan Mawardi. 1995. *Hubungan Antara Relasi Keluarga dan Depresi pada Penderita Cedera Sumsum Tulang Belakang Trorakolumbal*. Indonesian Psychiatric Queryerly. Tahun XXVIII edisi 4: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.

- Sulasmi dan Moetrarsi. 1995. *Depresi pada Pasien Stroke*. Indonesian Psychiatric Quarterly. Tahun XXVIII edisi 4: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.
- Surileha. 2003. *Depresi pada Pasien Osteoarthritis Usia Lanjut*. Indonesian Psychiatric Quarterly. Tahun XXXVI No.1. Jakarta: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.
- Thomas, A. 1983. *Social and Psychological Aspects*. Dalam A Manual of Leprosy, Thangaray, RH. The Leprosy Mission. Southern Asia New Dhelhi. P.381-391
- Trenton dan Curier, 2001. "*Primary Care Companion J Clin Psychiatry*" Department of Emergency Medicine University of Rochester School of Medicine. New York: Rochester Post Graduate Press, inc.
- Waney. 2004. *Minor Depressive Disorder*. Indonesian Psikiatric Quarterly. Tahun XXVIII No 1. Dalam Jiwa.Jakarta: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.
- Waspadji & Sarwono. 1996. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit Universitas Indonesia.
- Weinberger, D. Dr. 2005. *Depression Gene May Weaken Mood Regulating Circuit*. [http://www.nwh.gov/depression menu. cfm/htm](http://www.nwh.gov/depression%20menu.cfm/htm) [15 mei 2006].

Lampiran A.

INFORMED CONSENT
SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subyek penelitian dari:

Nama : Wiwin Sri Niscahyawati
NIM : 032010101018
Fakultas : Program Studi Pendidikan Dokter
Alamat : Jl Mastrip 3 no 52

Dengan judul penelitian “**Perbedaan Tingkat Depresi Antara Pria dan Wanita Penderita Tuberkulosis Paru yang Menjalani Rawat Inap di Rumah sakit Paru Jember Jawa Timur.**” Prosedur penelitian tidak akan menimbulkan resiko dan ketidaknyamanan kepada subyek penelitian.

Saya telah membaca mengenai prosedur yang terlampir dengan benar. Dengan ini saya menyatakan kesanggupan untuk mengisi kuisisioner dengan sebenar-benarnya.

Jember, 2006
Responden

(.....)

Lampiran B.

DATA DEMOGRAFI

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

Agama :

Suku Bangsa :

Sosial Ekonomi :

Jumlah Anak :

Status :

Lampiran C

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

H.D.R.S

1. Keadaan perasaan depresi (sedih, putus asa, tak berdaya, tak bergaul)

0 = Tidak ada

1 = Perasaan ini hanya ada bila ditanya

2 = Perasaan ini dinyatakan secara verbal spontan

3 = Perasaan yang nyata tanpa komunikasi verbal. Misalnya ekspresi muka, suara, kecenderungan menangis

4 = Pasien menyatakan perasaan yang sesungguhnya ini dalam komunikasi baik verbal maupun non verbal secara spontan

2. Perasaan bersalah

0 = Tidak ada

1 = Menyalahkan diri sendiri, merasa sebagai penyebab penderitaan orang lain

2 = Ide-ide bersalah atau renungan tentang kesalahan-kesalahan pada masa lalu

3 = Sakit ini adalah sebagai hukumannya, delusi bersalah

4 = Suara-suara kejaran atau tuduhan-tuduhan dengan dan halusinasi penglihatan tentang hal-hal yang menngancamnya

3. Bunuh diri

0 = Tidak ada

1 = Merasa hidup tak ada gunanya

2 = Mengharapkan kematian atau pikiran-pikiran lain kearah hal itu

3 = Ide-ide bunuh diri atau langkah-langkah kearah itu

4 = Percobaan bunuh diri

4. Insomnia (Initial)

0 = Tidak ada kesukaran masuk tidur

1 = Keluhan kadang-kadang sukar masuk tidur misalnya lebih dari setengah jam baru dapat tidur

2 = Keluhan tiap malam sukar masuk tidur

5. Insomnia (Middle)

0 = Tidak ada kesukaran untuk mempertahankan tidur

1 = Pasien mengeluh, gelisah dan terganggu sepanjang malam

2 = Terjaga sepanjang malam (bangun dari tempat tidur, kecuali buang air kecil)

6. Insomnia (Late)

0 = Tidak ada kesukaran atau keluhan bangun terlalu pagi

1 = Bangun diwaktu fajar, tetapi tidur lagi

2 = Bila telah bangun, tidak bisa tidur lagi di waktu fajar

7. Kerja dan kegiatan-kegiatannya

0 = Tidak ada kesukaran

1 = Pikiran dan perasaan-perasaan ketidakmampuan, keletihan atau kelemahan-kelemahan yang berhubungan dengan kegiatan-kegiatan kerja atau hobi

2 = Hilangnya minat akan kegiatan-kegiatan, hobi atau pekerjaan baik secara langsung maupun tidak. Pasien menyatakan kelesuan, keraguan dan bimbang (merasa bahwa dia harus memaksa diri untuk bekerja atau dalam kegiatan lainnya)

- 3 = Berkurang waktu untuk aktivitas sehari-hari atau kurang produktifitas di rumah sakit. Bila pasien tidak sanggup beraktifitas sekurang-kurangnya tiga jam sehari dalam kegiatan sehari-hari kecuali tugas-tugas di bangsal
- 4 = Tidak bekerja karena sakitnya sekarang. Di rumah sakit, bila pasien tidak bekerja sama sekali kecuali tugas-tugas di bangsal atau jika pasien gagal melaksanakan kegiatan-kegiatan di bangsal tanpa bantuan
8. Kelambanan (lambat dalam berfikir dan berbicara, gagal berkonsentrasi, aktivitas motork menurun)
- 0 = Normal dalam berbicara dan berfikir
- 1 = Sedikit lamban dalam berbicara
- 2 = Jelas lamban dalam berbicara
- 3 = Sukar diwawancarai
- 4 = Stupor (diam sama sekali)
9. Kegelisahan / agitasi
- 0 = Tidak ada
- 1 = Kegelisahan ringan
- 2 = Memainkan tangan, rambut dan lain-lain
- 3 = Bergerak terus, tidak bisa duduk tenang
- 4 = Meremas-remas tangan, menggigit-gigit kuku, menarik-narik rambut, menggigit-gigit bibir
10. Ansietas psikis
- 0 = Tidak ada kesukaran
- 1 = Ketegangan subyektif dan mudah tersinggung
- 2 = Mengkhawatirkan hal-hal kecil
- 3 = Sikap kekhawatiran yang tercermin di wajah atau pembicaraannya
- 4 = Ketakutan yang diutarakan tanpa ditanya

11. Ansietas somatik

0 = Tidak ada ansietas berhubungan fisiologik seperti :

- Gastro intestinal : mulut kering, diare
- Kardiovaskuler : palpitasi, sakit kepala
- Berkeringat
- Frekuensi buang air kecil

1 = Ringan

2 = Sedang

3 = Berat

12. Gejala somatik gastro intestinal

0 = Tidak ada

1 = Nafsu makan berkurang tetapi dapat makan tanpa dorongan teman.

Merasa perut penuh

2 = Sukar makan tanpa dorongan teman, membutuhkan pencahar untuk buang air besar atau obat-obatan untuk saluran pencernaan

13. Gejala somatik umum

0 = Tidak ada

1 = Anggota gerakanya, punggung atau kepala merasa berat, sakit punggung, kepala, otot, hilangnya kekuatan dan kemampuan

2 = Gejala-gejala diatas yang jelas

14. Genital (Gejala pada genital dan libido)

0 = Tidak ada gangguan libido atau menstruasi

1 = Ringan

2 = Sedang

15. Hipochondriasis
- 0 = Tidak ada
 - 1 = Dihayati sendiri
 - 2 = Preokupasi mengenai kesehatan diri sendiri
 - 3 = Sering mengeluh, membutuhkan pertolongan dan lain-lain
 - 4 = Delusi hipochondria
16. Kehilangan berat badan (pilih A atau B)
- A. Bila hanya riwayatnya
- 0 = Tidak ada kehilangan berat badan
 - 1 = Kemungkinan berat badan berkurang berhubungan dengan sakit sekarang
 - 2 = Jelas (menurut pasien) berkurang berat badannya
 - 3 = Tidak terjelaskan lagi penurunan berat badan
- B. Dibawah pengawasan dokter bangsal secara mingguan bila jelas berat badan berkurang menurut ukuran
- 0 = Kurang dari 0,5 kg seminggu
 - 1 = Lebih dari 0,5 kg seminggu
 - 2 = Lebih dari 1 kg seminggu
 - 3 = Tidak dinyatakan lagi kehilangan berat badan
17. Insight
- 0 = Mengetahui sedang depresi dan sakit
 - 1 = Mengetahui sakit tetapi berhubungan dengan penyebab-penyebab iklim, makanan, bekerja berlebihan, virus, perlu istirahat dan lain-lain
18. Variasi harian
- A. Catat mana yang lebih berat waktu pagi atau malam.

- 0 = Tidak ada perubahan
- 1 = Lebih buruk waktu malam
- 2 = Lebih buruk waktu pagi

B. Kalau ada perubahan tandai derajat tersebut.

- 0 = Tidak ada
- 1 = Ringan
- 2 = Berat

19. Depersonalisasi dan derealisasi. Misal merasa tidak realitas, ide-ide nihilistik

- 0 = Tidak ada
- 1 = Ringan
- 2 = Sedang
- 3 = Berat
- 4 = Berat sekali (tidak dapat bekerja karena gangguan)

20. Gejala-gejala paranoid

- 0 = Tidak ada
- 1 = Kecurigaan
- 2 = Ideas of reference
- 3 = Delusi kejaran

21. Gejala-gejala obsesi dan kompulsi

- 0 = Tidak ada
- 1 = Ringan
- 2 = Berat

LAMPIRAN D

TABULASI STATUS RESPONDEN

NO	Jenis KELAMIN	UMUR (tahun)	PENDIDIKAN	STATUS	SOSIAL EKONOMI	JUMLAH ANAK	SUKU BANGSA	HDRS	TINGKAT DEPRESI
1	Pria	28	SD	Kawin	Rendah	0	Madura	13	DEPRESI RINGAN
2	Pria	25	SMP	Tidak kawin	Sedang	0	Jawa	18	DEPRESI SEDANG
3	Pria	26	SD	Kawin	Rendah	0	Jawa	11	DEPRESI RINGAN
4	Pria	50	SD	Kawin	Rendah	2	Jawa	6	TIDAK DEPRESI
5	Pria	37	SD	Kawin	Rendah	3	Madura	6	TIDAK DEPRESI
6	Pria	50	SD	Kawin	Rendah	4	jawa-madura	20	DEPRESI SEDANG
7	Pria	48	SD	Kawin	Rendah	2	Jawa	22	DEPRESI SEDANG
8	Pria	30	SMA	Duda	Sedang	0	Jawa	12	DEPRESI RINGAN
9	Pria	21	SMA	Tidak Kawin	Sedang	0	Madura	15	DEPRESI RINGAN
10	Pria	30	SD	Kawin	Rendah	1	Madura	12	DEPRESI RINGAN
11	Pria	37	SMP	Kawin	Rendah	2	Madura	22	DEPRESI SEDANG
12	Pria	50	SD	Kawin	Rendah	3	Madura	20	DEPRESI SEDANG
13	Pria	22	SD	Kawin	Rendah	2	Madura	10	DEPRESI RINGAN
14	Pria	40	SD	Kawin	Rendah	1	Madura	23	DEPRESI SEDANG
15	Pria	25	SMA	Kawin	Sedang	0	Jawa	4	TIDAK DEPRESI
16	Pria	40	SD	Kawin	Rendah	1	Jawa	16	DEPRESI RINGAN
17	Pria	50	SD	Kawin	Rendah	1	Madura	15	DEPRESI RINGAN
18	Pria	28	SMP	Kawin	Sedang	0	Sunda	9	DEPRESI RINGAN
19	Pria	25	SD	Tidak Kawin	Rendah	0	Madura	19	DEPRESI SEDANG
20	Pria	30	SD	Kawin	Rendah	2	Jawa	10	DEPRESI RINGAN
21	Wanita	40	SD	Kawin	Rendah	0	Jawa-madura	9	DEPRESI RINGAN
22	Wanita	26	SD	Kawin	Rendah	1	Jawa	7	DEPRESI RINGAN
23	Wanita	31	SD	Kawin	Rendah	3	Jawa	15	DEPRESI RINGAN
24	Wanita	23	SD	Tidak kawin	Rendah	0	Jawa	9	DEPRESI RINGAN
25	Wanita	35	SD	Kawin	Rendah	2	Madura	20	DEPRESI SEDANG
26	Wanita	28	SD	Kawin	Rendah	2	Madura	14	DEPRESI RINGAN
27	Wanita	34	SD	Kawin	Rendah	3	Madura	6	TIDAK DEPRESI
28	Wanita	40	SD	Kawin	Rendah	1	Madura	7	DEPRESI RINGAN
29	Wanita	40	SD	Kawin	Rendah	2	Madura	25	DEPRESI BERAT
30	Wanita	24	SD	Kawin	Rendah	2	Madura	12	DEPRESI RINGAN
31	Wanita	47	SD	Kawin	Rendah	6	Madura	15	DEPRESI RINGAN
32	Wanita	47	SD	Kawin	Rendah	1	Madura	33	DEPRESI BERAT
33	Wanita	36	SD	Kawin	Rendah	3	Jawa	29	DEPRESI BERAT
34	Wanita	36	SD	Kawin	Rendah	2	Madura	13	DEPRESI RINGAN
35	Wanita	41	SD	Kawin	Sedang	4	Jawa	7	DEPRESI RINGAN
36	Wanita	34	SD	Kawin	Rendah	2	Jawa	24	DEPRESI SEDANG
37	Wanita	35	SD	Kawin	Rendah	1	Madura	25	DEPRESI BERAT
38	Wanita	24	SMP	Kawin	Rendah	2	Madura	15	DEPRESI RINGAN

Lampiran E

TABULASI DATA KUESIONER HDRS PRIA

no	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	HDRS	TINGKAT	
	Nomor pertanyaan HDRS																							
1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	13	DEPRESI
2	1	1	0	2	1	1	1	2	0	0	2	0	2	0	1	2	1	0	1	0	0	0	18	depresi ringan
3	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	11	depresi sedang
4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	depresi ringan
5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	tidak depresi
6	1	2	0	2	1	2	4	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	20	tidak depresi
7	2	3	0	0	2	2	4	3	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	22	depresi sedang
8	1	0	0	1	0	0	2	3	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	22	ddepresi sedang
9	1	2	0	1	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	12	depresi ringan
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	15	depresi ringan
11	1	2	0	1	1	1	4	1	1	2	1	2	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	12	depresi ringan
12	0	0	0	0	1	2	4	1	0	0	3	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	22	depresi sedang
13	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	20	depresi sedang
14	0	0	0	2	2	2	4	1	2	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	10	depresi ringan
15	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	3	0	0	1	0	23	depresi sedang
16	1	0	0	1	1	2	4	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	tidak depresi
17	1	1	0	2	1	2	1	2	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	15	depresi ringan
18	0	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	16	depresi ringan
19	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	2	0	2	2	0	3	1	3	0	0	0	0	9	depresi ringan
20	1	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	19	depresi sedang
																						10	depresi ringan	

TABULASI DATA KUESIONER HDRS WANITA

NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nomor pertanyaan HDRS	SKOR HDRS	TINGKAT DEPRESI		
	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	depresi ringan
	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	depresi ringan
	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	15	depresi ringan
	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	depresi ringan
	0	1	0	0	1	1	2	0	2	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	20	depresi sedang
	1	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	14	depresi ringan
	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	tidak depresi
	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	depresi ringan
	1	0	0	0	0	1	4	1	0	1	2	0	3	1	1	2	0	0	0	0	0	25	depresi berat
	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0	1	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	12	depresi ringan
	1	2	2	0	2	4	1	0	0	1	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	15	depresi ringan
	2	2	0	0	4	4	1	3	1	3	1	1	0	1	1	3	2	0	0	0	1	33	depresi berat
	1	2	2	4	4	4	1	0	2	2	1	2	0	0	5	1	0	0	0	0	1	29	depresi berat
	1	2	1	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	13	depresi ringan
	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	depresi ringan
	2	1	2	1	4	1	0	1	0	3	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	24	depresi sedang
	1	2	0	0	0	0	3	0	0	2	2	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	25	depresi berat
	1	0	0	0	1	2	1	2	1	0	0	1	3	0	0	1	2	0	0	0	0	15	depresi ringan

Lampiran F

Crosstab status Responden

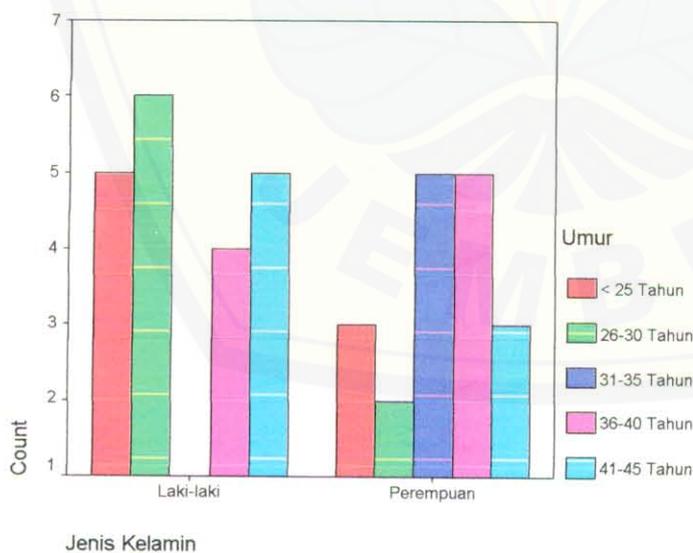
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Umur

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Umur	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Umur Crosstabulation

		Umur					Total
		< 25 Tahun	26-30 Tahun	31-35 Tahun	36-40 Tahun	41-45 Tahun	
Jenis Kelamin Laki-laki	Count	5	6		4	5	20
	% of Total	13,2%	15,8%		10,5%	13,2%	52,6%
Perempuan	Count	3	2	5	5	3	18
	% of Total	7,9%	5,3%	13,2%	13,2%	7,9%	47,4%
Total	Count	8	8	5	9	8	38
	% of Total	21,1%	21,1%	13,2%	23,7%	21,1%	100,0%



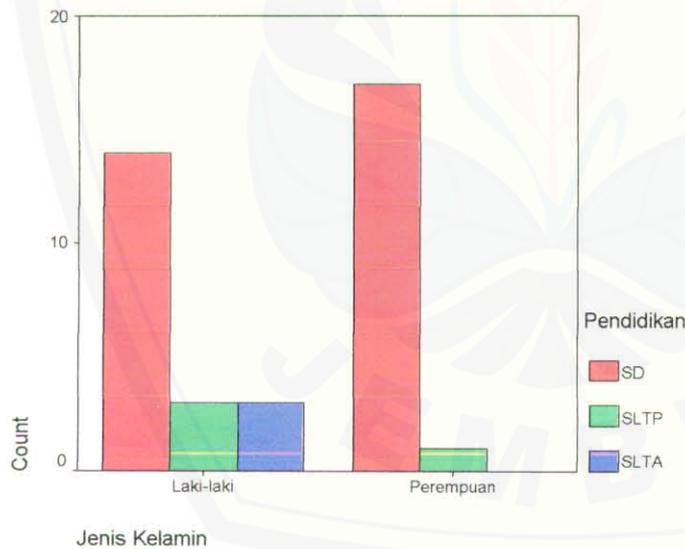
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Pendidikan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Pendidikan	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Pendidikan Crosstabulation

			Pendidikan			Total
			SD	SLTP	SLTA	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	14	3	3	20
		% of Total	36,8%	7,9%	7,9%	52,6%
	Perempuan	Count	17	1		18
		% of Total	44,7%	2,6%		47,4%
Total		Count	31	4	3	38
		% of Total	81,6%	10,5%	7,9%	100,0%



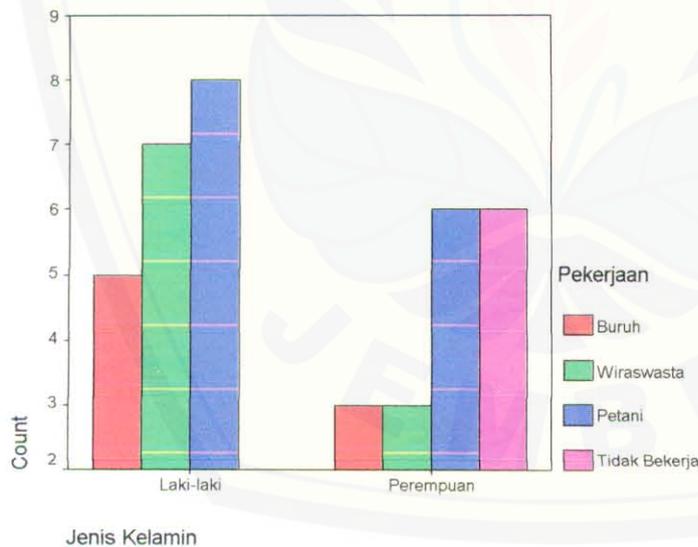
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Pekerjaan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Pekerjaan	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Pekerjaan Crosstabulation

		Pekerjaan				Total
		Buruh	Wiraswasta	Petani	Tidak Bekerja	
Jenis Kelamin Laki-laki	Count	5	7	8		20
	% of Total	13,2%	18,4%	21,1%		52,6%
Perempuan	Count	3	3	6	6	18
	% of Total	7,9%	7,9%	15,8%	15,8%	47,4%
Total	Count	8	10	14	6	38
	% of Total	21,1%	26,3%	36,8%	15,8%	100,0%



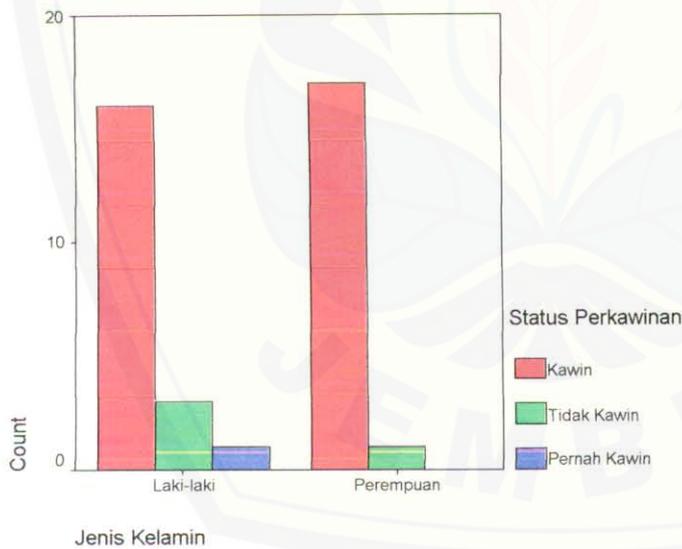
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Status Perkawinan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Status Perkawinan	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Status Perkawinan Crosstabulation

			Status Perkawinan			Total
			Kawin	Tidak Kawin	Pernah Kawin	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	16	3	1	20
		% of Total	42,1%	7,9%	2,6%	52,6%
	Perempuan	Count	17	1		18
		% of Total	44,7%	2,6%		47,4%
Total		Count	33	4	1	38
		% of Total	86,8%	10,5%	2,6%	100,0%



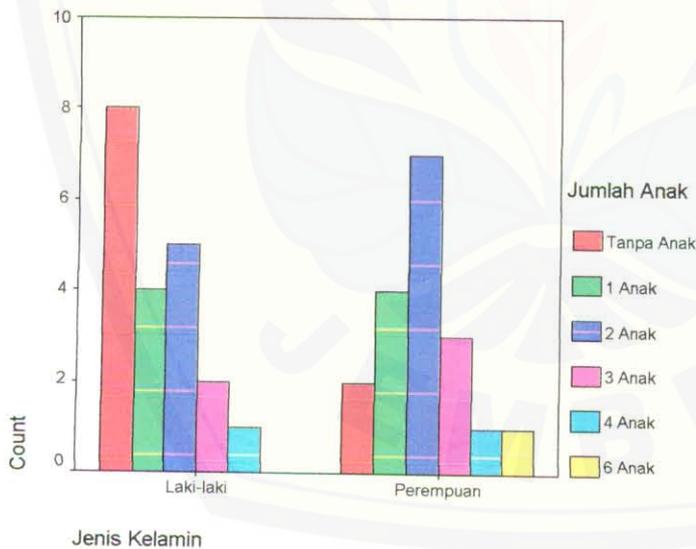
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Jumlah Anak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Jumlah Anak	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Jumlah Anak Crosstabulation

			Jumlah Anak						Total
			Tanpa Anak	1 Anak	2 Anak	3 Anak	4 Anak	6 Anak	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	8	4	5	2	1		20
		% of Total	21,1%	10,5%	13,2%	5,3%	2,6%		52,6%
	Perempuan	Count	2	4	7	3	1	1	18
		% of Total	5,3%	10,5%	18,4%	7,9%	2,6%	2,6%	47,4%
Total		Count	10	8	12	5	2	1	38
		% of Total	26,3%	21,1%	31,6%	13,2%	5,3%	2,6%	100%



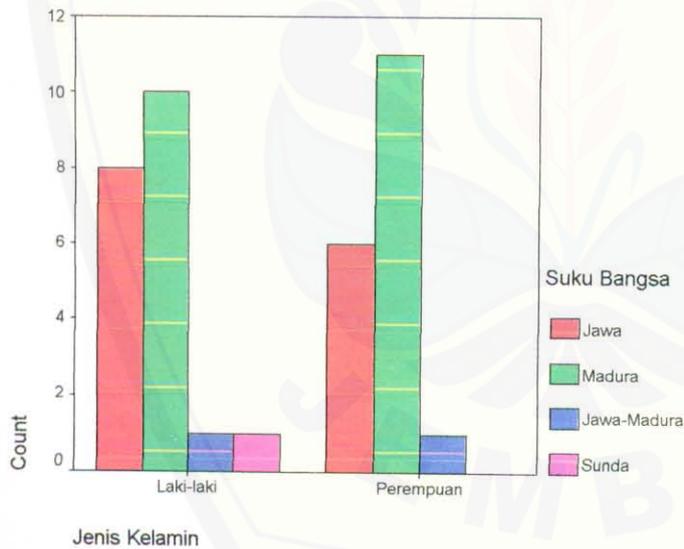
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Suku Bangsa

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Suku Bangsa	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Suku Bangsa Crosstabulation

			Suku Bangsa				Total
			Jawa	Madura	Jawa-Madura	Sunda	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	8	10	1	1	20
		% of Total	21,1%	26,3%	2,6%	2,6%	52,6%
	Perempuan	Count	6	11	1		18
		% of Total	15,8%	28,9%	2,6%		47,4%
Total		Count	14	21	2	1	38
		% of Total	36,8%	55,3%	5,3%	2,6%	100,0%



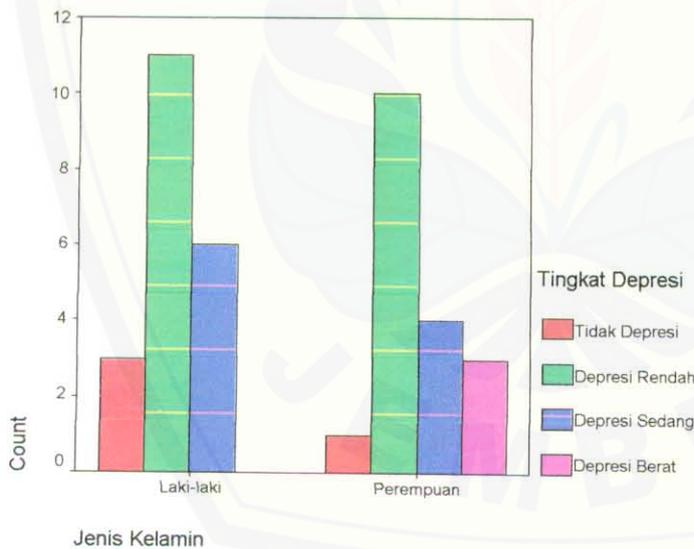
Tabulasi Silang Jenis Kelamin dan Tingkat Depresi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Tingkat Depresi	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

Jenis Kelamin * Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi				Total
			Tidak Depresi	Depresi Rendah	Depresi Sedang	Depresi Berat	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	3	11	6		20
		% of Total	7,9%	28,9%	15,8%		52,6%
	Perempuan	Count	1	10	4	3	18
		% of Total	2,6%	26,3%	10,5%	7,9%	47,4%
Total		Count	4	21	10	3	38
		% of Total	10,5%	55,3%	26,3%	7,9%	100,0%





LAMPIRAN G

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
HDRS pada Px TBC	pria	20	14.15	5.761	1.288
	wanita	18	15.833	8.305	1.957

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	2.506	0.122	-0.732	36	0.469	-1.683	2.299	-6.347	2.980
Equal variances not assumed			-0.718	29.896	0.478	-1.683	2.343	-6.470	3.103