

Serial Kasus Gangguan Psikologis Pada Pasien Tuberkulosis *Multidrug Resistant* (MDR TB) Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi

Reviono¹, I.G.B. Indro Nugroho², Aditya Nanda Priyatama³, Martha Ratnawati¹

¹Bagian Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi, ²Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/RS dr. Moewardi Surakarta
Jl. Kolonel Sutarto No 132 Surakarta, ³Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran
Universitas Sebelas Maret
email: reviono@staff.uns.ac.id

Abstrak

Efek samping obat berupa gangguan psikologis sebenarnya jarang ditemukan pada tatalaksana penyakit infeksi, misalnya kasus tuberkulosis (TB). Saat ini banyak ditemukan kasus TB resisten ganda ganda (*multidrug resistant tuberculosis/ MDR TB*). Kasus MDR TB ini memerlukan pengobatan jangka panjang dan ternyata banyak menimbulkan efek samping psikologis mulai dari yang ringan sampai yang berat. Pada serial kasus ini efek samping yang ditemukan berupa gangguan halusinasi, ansietas, depresi, perubahan perilaku dan ide bunuh diri. Efek samping psikologis mempengaruhi keberhasilan pengobatan MDR TB.

Tujuan penelitian ini untuk memberikan gambaran klinis gangguan psikologis yang berhubungan dengan kasus MDR TB.

Pengumpulan kasus secara retrospektif pasien pengobatan MDR TB dengan efek samping gangguan psikologis dari bulan Januari 2013 sampai Juni 2017 di RS dr. Moewardi. Data didapat dari rekam medis dan wawancara dalam bentuk kuesioner.

Sembilan pasien dalam serial kasus ini terdiri dari 7 laki-laki dan 2 perempuan dengan keluhan terbanyak perubahan perilaku, bicara kacau, marah-marah, gangguan tidur. Keluhan lain depresi, ansietas, halusinasi dan keinginan bunuh diri. Efek samping gangguan psikologis timbul setelah pasien mendapatkan pengobatan sikloserin 2 minggu – 7 bulan.

Sebagian besar kasus gangguan psikologis akibat efek samping pengobatan MDR TB tidak memiliki riwayat gangguan psikologis sebelumnya. Dukungan sosial sangat diperlukan dalam mengatasi masalah psikis pasien MDR TB baik dari keluarga maupun teman dekat. Gangguan psikologis pada pengobatan MDR TB mungkin dapat tertangani dengan manajemen multimodalitas yang baik.

Kata kunci: Pengobatan MDR TB, efek samping psikologis, sikloserin.

PENDAHULUAN

Sekitar 30 tahun terakhir, prevalensi TB meningkat secara mendadak di antara pasien tersebut menerima obat yang berhubungan dengan gangguan psikologis. Faktor yang menyebabkan kegagalan pengobatan pada TB adalah akibat terdapat

gangguan psikologis pada pasien tersebut. Tingginya prevalensi distress psikologis pada pasien TB juga berhubungan dengan factor co-morbidity pada kasus *immunocompromised*, termasuk HIV/AIDS, malnutrisi, penyebaran ekstra paru, perokok, stigmatisasi dan diskriminasi (Lasebikan OV, *et al*, 2015)

Tuberkulosis resisten obat ganda yang dikenal sebagai MDR TB (multidrug resistant tuberculosis) adalah isolat *Mycobacterium tuberculosis* yang resisten minimal terhadap isoniazid dan rifampisin yaitu obat anti tuberkulosis (OAT) paling kuat dengan atau tanpa disertai resisten terhadap OAT lainnya. Pasien MDR TB mendapatkan paduan standar pengobatan yang mengandung obat lini kedua terdiri dari kanamisin, etionamid, levofloksasin, sikloserin, pirazinamid dan ethambutol. OAT lini kedua dalam paduan standar OAT MDR memiliki efek samping lebih banyak (Kemkes RI, 2013). Efek samping yang berat salah satunya gangguan psikologis perlu mendapatkan perhatian untuk kenyamanan pasien dan dokter dalam rangka pemberian terapi MDR TB. Pemberian sikloserin pada MDR TB dilaporkan dari 9,7 – 50% kasus timbul beberapa manifestasi psikologis diantaranya halusinasi, ansietas, depresi, euforia, perubahan perilaku dan ide bunuh diri (Vega P *et al*, 2004). Pasien MDR TB dengan gangguan psikologis harus ditangani tim ahli klinis yang melibatkan dokter ahli jiwa dengan menghentikan sementara OAT yang dicurigai sebagai penyebab gejala psikologis serta diberikan obat anti psikologis dan konseling (Kemkes RI, 2013).

PASIEN DAN METODE

Pasien dalam serial kasus ini adalah pasien MDR TB di rumah sakit dr. Moewardi yang mendapat pengobatan standar obat anti tuberkulosis untuk MDR TB dan mengalami efek samping gangguan psikologis dari bulan Januari 2013 sampai dengan Juni tahun 2017. Data demografi, data klinis, keluhan yang muncul serta pengobatan diambil secara retrospektif dari data rekam medis dan wawancara dalam bentuk kuesioner.

Tujuan penelitian ini untuk memberi gambaran kondisi klinis gangguan psikologis pada pasien MDR TB serta upaya untuk mengatasi gangguan klinis tersebut.

Sikloserin adalah :

Obat anti tuberkulosis oral lini kedua yang mempunyai efek bakteriostatik dengan menghambat sintesis dinding sel kuman tuberkulosis. Dosis pemberian dewasa 10 – 15 mg/kg/hari. Konsentrasi puncak yang diharapkan antara 20-35 mcg/ml. Konsentrasi diatas 35 mcg/ml atau mungkin dibawahnya bisa mengakibatkan toksisitas ke susunan saraf pusat (SSP). Efek samping antara lain kesulitan konsentrasi, letargi, kejang, depresi, psikologis, keinginan bunuh diri, neuropati perifer dan kelainan kulit (Curry ITC, 2011).

Kelainan psikologis adalah :

Kelainan yang ditandai dengan adanya gangguan berat dalam kemampuan menilai realitas, gangguan berat dalam fungsi-fungsi mental (inkoheren, waham, halusinasi, gangguan perasaan, perilaku aneh, afek tumpul, apatis, pasif, menyendiri) dan gangguan berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari (tidak mampu bekerja, menjalin hubungan sosial dan kegiatan rutin) (Maslim R, 2007).

Pedoman diagnosis psikologis akut (Ditjen Yanmed, 1993)

- Ciri-ciri utama onset yang akut (dalam 2 minggu atau kurang dan mengganggu sedikitnya beberapa aspek kehidupan dan pekerjaan sehari-hari), sindrom yang khas (berupa polimorfik, schizophrenia-like), adanya stres akut yang berkaitan (tidak selalu ada) dan tanpa diketahui berapa lama gangguan akan berlangsung.
- Tidak ada gangguan yang memenuhi kriteria episode manik atau episode depresif, walaupun perubahan emosional dan gejala-gejala afektif individual dapat menonjol dari waktu ke waktu.
- Tidak ada penyebab organik, seperti trauma kapitis, delirium, atau demensia. Tidak merupakan intoksikasi akibat penggunaan alkohol atau obat-obatan.

Depresi adalah

Kelainan yang ditandai dengan gejala utama (afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energi yang membuat mudah lelah dan menurunnya aktivitas) disertai gejala lainnya (konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna,

pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, nafsu makan berkurang) (Ditjen Yanmed, 1993).

Depresi berat dengan gejala psikologis adalah kelainan dengan semua gejala utama depresi ditambah minimal 4 gejala lainnya dan diantaranya harus berintensitas berat, disertai waham, halusinasi atau stupor depresif (Ditjen Yanmed, 1993).

HASIL

Pasien MDR TB dengan efek samping gangguan psikologis dalam serial kasus ini terdapat 7 pasien laki-laki dan 2 pasien perempuan. Usia terbanyak antara 20-30 tahun, usia termuda 21 tahun dan usia tertua 51 tahun. Pasien rata-rata lulusan SMA/ sederajat dan sudah bekerja. Karakteristik pasien dapat dilihat pada tabel satu.

Tabel 1 Karakteristik pasien (n= 9)

Karakteristik	Jumlah
Jenis kelamin	
Laki-laki	7
Perempuan	2
Usia	
20 – 30 tahun	5
30 – 40 tahun	3
40 – 50 tahun	-
50 tahun ke atas	1
Pendidikan	
SD	-
SMP	2
SMA/SMEA/STM/SMK	7
Sarjana 1	-
Pekerjaan	
Bekerja	7
Tidak bekerja	2
Status	
Menikah	6
Belum menikah	3

Keluhan yang banyak muncul pada pasien adalah perubahan perilaku, bicara kacau, marah-marah dan gangguan tidur. Keinginan bunuh diri didapatkan pada empat pasien dan satu diantaranya meninggal karena bunuh diri. Keluhan lain diantaranya depresi, ansietas, gangguan makan/minum, halusinasi dan paranoid. Kondisi yang diperkirakan sebagai pemicu timbulnya keluhan jiwa didapatkan pada empat pasien yaitu karena adik menikah (pasien belum menikah), anak sakit TB, tinggal terpisah jauh dari keluarga selama pengobatan awal dan kondisi sosial ekonomi (tidak mempunyai penghasilan karena sakit). Sembilan pasien pada serial kasus ini 8 kasus tidak memiliki riwayat gangguan psikologis sebelumnya. Riwayat gangguan psikologis pada keluarga tidak ada. Penjabaran secara lebih jelas dapat dilihat pada tabel dua.

Diagnosis psikologis pada sembilan kasus adalah psikologis akut dan depresi berat dengan gejala psikologis. Keluhan psikologis timbul setelah pengobatan MDR TB selama 2 minggu sampai dengan 7 bulan. Perubahan terapi MDR TB pada kasus-kasus ini yaitu penghentian pemberian obat sikloserin kecuali satu pasien karena pasien bunuh diri. Gangguan psikologis dapat teratasi dalam waktu antara 1 minggu sampai dengan 3 bulan setelah penghentian sikloserin. Pasien selama gangguan psikologis diberikan obat antipsikologis, antidepresan serta dilakukan psikoterapi oleh bagian psikiatri. Hasil akhir pengobatan dari serial kasus ini adalah 3 kasus telah selesai pengobatan dan dinyatakan sembuh, 3 kasus masih dalam pengobatan bulan 9, 10 dan 17. Dua kasus menghentikan pengobatan (drop out/DO) dan satu kasus bunuh diri setelah menjalani 1,5 bulan pengobatan. Data secara lengkap dapat dilihat pada tabel tiga.

DISKUSI

Tuberkulosis resisten obat ganda merupakan ancaman dalam mengontrol tuberkulosis di dunia (WHO, 2014). Paduan obat MDR TB di Indonesia menggunakan gabungan OAT lini kedua (kanamisin, levofloksasin, etionamid, sikloserin dan PAS) dan OAT lini pertama (pirazinamid dan etambutol) (Kemkes RI, 2013). Kekurangan obat MDR TB lini ke dua adalah obat-obat ini lebih toksik dan

kurang efektif dibandingkan dengan obat lini pertama (Vega P, et al, 2004; Out AA, et al, 2014).

Efek samping pemberian OAT MDR TB bisa bersifat ringan sampai dengan berat. Semua efek samping ini perlu penanganan yang baik untuk keberhasilan pengobatan. Salah satu efek samping yang perlu perhatian khusus adalah gangguan psikologis. *World Health Organization* melaporkan efek samping psikologis pasien dengan TB resisten obat didapatkan sebanyak 3,4% dan depresi 6,2% berdasar penelitian oleh Nathanson E dkk (WHO, 2014). Obat TB

Tabel 2. Keluhan psikologis pada pasien, pemicu timbul keluhan, riwayat keluarga gangguan psikologis, riwayat gangguan psikologis sebelumnya. (n = 9)

Pasien	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Keluhan									
Sedih (depresi)	-	+	-	+	-	+	+	+	+
Cemas (ansietas)	-	-	-	+	-	+	+	+	+
Bicara kacau	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Perubahan perilaku	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Marah tanpa penyebab	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gangguan makan/minum, mandi	+	-	+	-	+	+	-	-	-
Gangguan tidur	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Halusinasi	+	+	+	+	+	+	+	-	-
Paranoid	+	-	+	-	-	+	+	-	-
Keinginan bunuh diri	+	+	-	-	-	+	-	+	+
Kondisi pemicu	-	-	+	-	-	-	+	+	+
Riwayat keluarga gangguan psikologis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riwayat gangguan psikologis	-	+	-	-	-	-	-	-	-

Tabel 3. Diagnosis, onset keluhan setelah pengobatan, lama gangguan psikologis, perubahan terapi, hasil akhir pengobatan
(n = 9)

Pasien	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diagnosis psikologis	Psikologis akut	Depresi berat dengan gejala psikologis	Psikologis akut	Gangguan psikologis lir skizofrenia akut	Psikologis akut	Depresi berat dengan gejala psikologis	Psikologis polimorfik akut	Depresi berat dengan gejala psikologis	Depresi berat dengan gejala psikologis
Onset keluhan	3 bulan	2 minggu	7 bulan	1 bulan	3 bulan	3 bulan	2 bulan	1,5 bulan	1 bulan
Lama gangguan psikologis	1 bulan	3 bulan	11 hari	12 hari	14 hari	12 hari	3 minggu	1 minggu	2 minggu
Perubahan terapi Sikloserin	stop	stop	stop	stop	stop	stop	stop	stop	-
Pengobatan MDR TB	dalam terapi bulan ke 9	DO bulan ke 4	DO bulan ke 8	sembuh pengobatan bulan ke 20	dalam terapi bulan ke 17	sembuh pengobatan bulan ke 20	dalam terapi bulan ke 10	sembuh pengobatan bulan ke 19	meninggal (bunuh diri) pengobatan bulan ke 2

MDR yang diduga kuat penyebab gangguan psikologis adalah sikloserin yang juga dapat menyebabkan perubahan perilaku, depresi dan keinginan untuk bunuh diri (Kemkes, RI, 2014; Maslim R, 2007; WHO, 2014). Doherty dkk menerangkan bahwa efek samping psikologis karena penggunaan sikloserin pasien MDR TB angka kejadiannya adalah 20-30% kasus dengan kelainan antara lain mania, insomnia dan ansietas. Kasus psikologis akibat sikloserin mencapai 13% termasuk didapatkan satu kasus percobaan bunuh diri (Doherty AM, 2013). Laporan kasus psikologis pada pasien MDR TB di Calabar Nigeria tidak mempunyai riwayat gangguan mental sebelumnya (Out AA, et al, 2014). Laporan kasus sikloserin menyebabkan mania pada pasien MDR TB di India tidak mempunyai riwayat keluarga gangguan psikologis dan riwayat gangguan psikologis sebelumnya (Bakhla AK, 2013).

Keluhan psikologis yang didapatkan pada serial kasus ini antara lain depresi, ansietas, perubahan perilaku (makan, minum, mandi, tidur, bicara kacau), marah-marah, halusinasi, paranoid dan keinginan bunuh diri. Sembilan pasien pada serial kasus ini 8 kasus tidak memiliki riwayat gangguan psikologis sebelumnya. Riwayat gangguan psikologis pada keluarga tidak didapatkan.

Obat sikloserin didalam kepastakaan merupakan obat MDR TB dengan efek samping yang paling sering ialah gangguan pada susunan saraf pusat (SSP) dan biasanya terjadi dalam 2 minggu pertama pengobatan dan gangguan psikologis sering muncul setelah 3 bulan pengobatan (Vega P, et al, 2004). Sikloserin mempunyai jendela terapi yang sempit, efek neurotoksisitas serta dapat menembus sawar otak dan menurunkan produksi *gamma amino butyric acid* (GABA) (Out AA, et al, 2014). Penurunan produksi GABA di cairan serebrospinal akan menyebabkan depresi.²⁰ Konsentrasi sikloserin plasma idealnya dilakukan pemeriksaan dan dimonitor dibawah 30 mcg/ml pada kasus dengan dosis sikloserin > 500 mg/hari dan dicurigai adanya toksisitas (Out AA, et al, 2014). Gangguan psikologis pada serial kasus ini muncul setelah mengkonsumsi obat MDR TB dengan waktu bervariasi dari 2 minggu sampai 7 bulan pengobatan standar, 5 kasus dalam jangka waktu 2 minggu – 2 bulan setelah pengobatan, 3 kasus setelah 3 bulan pengobatan dan satu kasus setelah 7 bulan pengobatan. Pemeriksaan konsentrasi sikloserin pada serial kasus ini tidak dimonitor.

Pasien dengan gangguan psikologis dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan serta ditangani tim ahli klinis yang melibatkan dokter ahli jiwa. Sikloserin berdasar pedoman manajemen terpadu pengendalian TB resistan obat apabila muncul keinginan untuk bunuh diri

atau sampai gejala terkendali dengan obat antipsikologis dihentikan selama 1-4 minggu (Caminero JA, 2013). Gangguan psikologis bisa menetap selama beberapa hari sampai beberapa minggu setelah obat sikloserin dihentikan. Obat sikloserin bisa diberikan kembali dengan dosis uji setelah pasien kembali normal. Pasien yang tidak dapat mentoleransi pemberian ulang sikloserin maka bisa diganti dengan alternatif obat yang lain (Out AA, et al, 2014). Obat antipsikologis tetap diberikan selama gangguan psikologis masih ada dan dapat dilanjutkan selama pengobatan MDR TB. Piridoksin diberikan dengan dosis 50 mg setiap 250 mg sikloserin dan bisa ditingkatkan sampai 150 mg/hari untuk mengurangi toksisitas sikloserin (Curry ITC, 2011).⁵ Pasien dalam serial kasus ini telah dikonsulkan ke bagian psikiatri dan didiagnosis sebagai psikologis akut dan depresi berat dengan gejala psikologis. Manajemen multimodalitas dilakukan dengan penghentian terapi sikloserin, pemberian obat anti psikologis, antidepresan dan psikoterapi oleh bagian psikiatri sampai kondisi membaik. Sikloserin pada serial kasus ini tidak diberikan kembali dengan dosis uji setelah kondisi pasien membaik namun diberikan P-aminosalicylic acid (PAS) diberikan pengganti sikloserin. Terapi piridoksin tetap diberikan dengan dosis 100 mg/hari. Terapi Lama gangguan psikologis berlangsung antara 1 minggu sampai dengan 1 bulan setelah penghentian sikloserin pada 7 kasus, satu kasus yang menetap sampai 3 bulan pada pasien yang mempunyai riwayat gangguan psikologis satu tahun sebelumnya.

Hasil akhir pengobatan dari kasus-kasus ini dari sembilan kasus tiga pasien sudah dinyatakan sembuh, kemudian tiga pasien lain masih dalam pengobatan yaitu pengobatan bulan ke 17, 9 dan 10 dan menunjukkan perbaikan secara klinis. Dua kasus lainnya tidak melanjutkan pengobatan setelah timbul efek samping gangguan psikologis. Penyebab putus obat kedua pasien ini adalah kurangnya dukungan lingkungan/teman supaya pasien menyelesaikan pengobatan dan ketidakmauan pasien untuk melanjutkan pengobatan karena merasa terisolir dari lingkungan pekerjaan dan tempat tinggal pasien. Satu kasus bunuh diri setelah menjalani pengobatan selama 1,5 bulan, sebelumnya pasien sering merasa bersalah karena tidak bisa bekerja sedangkan pasien adalah tulang punggung keluarga. Pasien tidak menunjukkan perubahan perilaku, bicara kacau atau halusinasi maka terapi yang diberikan sesuai paduan obat standard. Kondisi depresi berat yang ditambah dengan beban kondisi ekonomi keluarga, serta belum adanya psikoterapi pada pasien mengakibatkan gagalnya pengobatan.

Pada pasien MDR TB tidak mudah untuk mengatasi masalah depresi pada awal pengobatan tersebut. Beberapa factor yang diketahui berhubungan dengan timbulnya depresi pada kasus MDR TB antara lain, usia muda (kurang dari 30 tahun), perempuan, lamanya menderita sakit, pengobatan TB sebelumnya, penyakit penyerta (Javaid A, 2016; Lasebikan VO, 2015), TB ekstra paru (Lasebikan VO, 2015), penghasilan (Javaid A, 2016). Secara umum usia pasien adalah usia produktif, terdapat riwayat mendapat obat anti TB sebelumnya, berat penyakitnya sama, tidak menderita TB ekstra paru, status sosial ekonomi cukup. Beberapa pasien tidak mampu mengatasi depresi walaupun telah dilakukan psikoedukasi kepada keluarga dan teman dekatnya, serta psikoterapi suportif pada pasien itu sendiri, sehingga diharapkan mampu mengatasi perasaan underestimate pada pasien tersebut.

Penanganan masalah depresi ini sangat penting karena dapat mempengaruhi kualitas hidup, yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan, sehingga akan terjadi putus berobat, tidak menyelesaikan pengobatan dan dapat terjadi resisten obat tingkat lanjut. Javaid A, et al melaporkan bahwa depresi berhubungan dengan treatment outcome (Javaid A, 2016).

Beberapa faktor yang kemungkinan berhubungan dengan keberhasilan pasien untuk mengatasi masalah efek samping psikiatri adalah: dukungan social yang kurang memadai, coping mechanism (Javaid A, 2016), faktor psikologi lainnya (Doherty AM, 2013). Dukungan sosial sangat diperlukan dalam pengobatan MDR TB terutama untuk mengatasi perasaan rendah diri pada pasien, karena berbagai sebab misalnya stigmatiasi sosial, putus harapan, sense of worthlessness. Beberapa penelitian tentang dukungan sosial, menunjukkan bahwa dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman memiliki efek yang bermanfaat untuk kesehatan mental seperti depresi. Berkenaan dengan depresi, dukungan sosial mungkin penting dalam membantu individu mengatasi kesulitan pribadi secara lebih efektif dan mengelola tekanan emosional yang terkait dengan masalah ini. Sebagai contoh, apabila terdapat dukungan emosional dari orang yang dicintai akan dapat mengurangi kekhawatiran tentang masalah hidup dan persoalan sehari-hari (Taylor RJ, 2015).

Selain dukungan sosial, faktor yang penting juga adalah coping strategies dari individu tersebut. Dukungan sosial memang dapat mengatasi persoalan mereka tetapi kemauan individu

sendiri juga menentukan keberhasilan mengatasi masalah psikologis pada pasien tersebut. Coping dapat didefinisikan secara luas sebagai cara kognitif dan perilaku yang dikelola untuk beradaptasi dengan keadaan stress yang dialami. Keimanan dalam agama dapat menjadi sumber daya penanggulangan utama bagi pasien yang menghadapi penyakit serius. Orang religius sering melaporkan penggunaan coping agama yang positif, yang ditandai dengan ketergantungan konstruktif pada agama untuk mempromosikan penyesuaian (mis. Penilaian agama yang penuh kebajikan, bekerja sama dengan Tuhan untuk mengatasinya) (Maciejewski PK, 2012).

Mengapa coping agamis sudah umum dilakukan antara pasien dengan penyakit medis dan kejiwaan? Keyakinan/ keimanan dalam beragama memberikan makna dan tujuan selama kehidupan yang sulit yang membantu dengan integrasi psikologis; mereka biasanya mempromosikan pandangan dunia positif yang optimis dan penuh harapan; mereka memberikan teladan dalam tulisan-tulisan suci yang memfasilitasi penerimaan penderitaan; mereka memberi orang perasaan kontrol tidak langsung terhadap keadaan, mengurangi kebutuhan untuk kontrol pribadi; dan mereka menawarkan komunitas dukungan, baik manusia dan ilahi, untuk membantu mengurangi isolasi dan kesepian. Tidak seperti banyak sumber daya coping lainnya, agama tersedia untuk siapa saja kapan saja, terlepas dari keadaan keuangan, sosial, fisik, atau mental. (Koenig HG, 2009).

Pada penatalaksanaan MDR TB di Indonesia awal pengobatan dilakukan di referral hospital, apabila kondisi pasien sudah stabil dan tidak ada adverse event maka dilakukan rawat jalan. Rawat jalan dapat dilakukan tidak di referral hospital yaitu di fasilitas kesehatan terdekat agar memudahkan pasien dan meningkatkan ketaatan dalam berobat. Saat ini fasilitas kesehatan untuk rawat jalan ditetapkan berdasarkan kemampuan mengatasi adverse event yang kemungkinan terjadi selama penanganan MDR TB. Akan tetapi kemampuan rawat jalan yang diperhatikan saat ini hanya yang bersifat fisik saja belum yang bersifat psikis. Dengan semakin meningkatnya laporan adverse event psychiatric maka perlu perhatian khusus terhadap kasus MDR TB dengan gangguan psikis. Dukungan psikososial merupakan komponen penting untuk pengelolaan efek samping. Ini adalah salah satu peran paling penting yang dimainkan oleh petugas kesehatan, yang mendidik pasien tentang efek samping dan mendorong mereka untuk melanjutkan pengobatan. Kelompok pendukung pasien adalah cara lain untuk memberikan dukungan psikososial kepada pasien (WHO, 2014). *Health care* professional dengan

keterampilan yang tepat dalam mengidentifikasi status kesehatan mental pasien perlu ditempatkan di fasilitas kesehatan tempat pasien MDR TB selama rawat jalan, sehingga mampu mendeteksi gangguan psikis pasien MDR TB (Javaid A, 2017). Saat ini melibatkan tenaga medis di bidang psikologi sangat diperlukan, terutama pada pasien yang pernah mengalami efek samping psikologis.

KESIMPULAN

Sebagian besar kasus dengan efek samping psikologis tidak memiliki riwayat gangguan psikologis sebelum mendapatkan pengobatan MDR TB dan tidak ada riwayat keluarga gangguan psikologis. Efek samping gangguan psikologis muncul setelah pasien mendapatkan pengobatan MDR TB. Laporan efek samping psikologis dalam pengobatan MDR TB saat ini mulai meningkat. Penyebab timbulnya efek samping ini diduga akibat cycloserine. Secara umum pada awal terapi MDR TB, pasien mengalami depresi karena khawatir akan hidup dengan penyakit kronik yang membahayakan dan khawatir berulangnya gagal pengobatan. Dukungan sosial sangat diperlukan dalam mengatasi masalah psikis pasien MDR TB baik dari keluarga maupun teman dekat. Selain itu faktor individu sendiri juga berpengaruh dalam mengatasi masalah psikis dalam perawatan MDR TB. Penerapan coping strategies yang efektif diperlukan misalnya dengan coping agamis dalam mengatasi masalah psikis tersebut. Manajemen multimodalitas yang baik mungkin dapat menangani gangguan psikologis pada pengobatan MDR TB.

DAFTAR PUSTAKA

- Bakhla AK, Gore PS, Srivastava SL. *Cycloserine induced mania*. *Industrial Psychiatry Journal*. 2013;22(1):69-70.
- Camirero JA. *Principles treatment for susceptible and drug-resistant tuberculosis*. In: Camirero JA, editor. *Guidelines for clinical and operational management of drug-resistant tuberculosis*. Perancis: IUATLD; 2013. p.71-97.
- Curry International Tuberculosis Centre. Medication fact sheets. In: *Curry International Tuberculosis Centre. Drug-resistant tuberculosis: a survival guide for clinicians* 2011. 2nd ed. California: CDPH; 2011. p. 66-7,158-60.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III*. Cetakan pertama. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. 1993.p.150-65.

- Doherty AM, Kelly J, Cooney J. A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Elsevier B.V.; 2013;(May). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.018>.
- Javaid A, Mehreen S, Khan MA, Ashiq N, Ihtesham M, Khan A, et al. Journal of Depression and Anxiety Depression and its Associated Factors with Multidrug-Resistant Tuberculosis at Baseline. *J Depress Anxiety*. 2017;6(1):1–6.
- Kementerian Kesehatan RI. Pendahuluan. In: Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013. p.1-5.
- Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Penatalaksanaan pasien. In: Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. *Petunjuk teknis manajemen terpadu pengendalian tuberkulosis resistan obat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013. p.11-83.
- Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283–91.
- Lasebikan VO, Ige OM. Prevalence of psychosis in tuberculosis patients and their nontuberculosis family contacts in a multidrug treatment-resistant treatment center in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Elsevier B.V.; 2015;37(6):542–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.012>
- Maciejewski PK, Phelps AC, Kacel EL, Tracy A, Balboni M, Wright AA, et al. Religious Coping and Behavioral Disengagement: Opposing Influences on Advance Care Planning and Receipt of Intensive Care Near Death. *Psychooncology*. 2012;21(7):714–23.
- Maslim R. Panduan praktis, *penggunaan klinis obat psikotropik (psychotropic medication)* edisi ketiga. Jakarta. PT Nuh Jaya;2007. p.16.
- Otu AA, Offor JB, Ekpor IA, Olarenwaju O. New-Onset Psychosis in a Multi-Drug Resistant Tuberculosis Patient on Cycloserine in Calabar , Nigeria : A Case Report. *Trop J Pharm Res*. 2014;13(2):303–5.
- Taylor RJ, Chae DH, Lincoln KD, Chatters LM. Extended Family and Friendship Support Networks are both Protective and Risk Factors for Major Depressive Disorder, and Depressive Symptoms Among African Americans and Black Caribbeans. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(2):132–40.

Vega P et al. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Int J tuberculosis lung disease*. 2004;8(6):749-59.

World Health Organization. Drug-resistant TB. In: *World Health Organization. Global tuberculosis report 2015*. Geneva: WHO Press; 2014. p.54-68.