616.238
HAR
k
c.1

PENELITIAN AKHIR

KECEMASAN DAN DEPRESI PADA PENDERITA ASMA BRONKIAL

OLEH: ESTHER HARYANTO
PEMBIMBING: MS HARTONO

BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI SEMARANG
1999

HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Dr. Esther Haryanto
Bagian : Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro RS. Dr. Kariadi, Semarang
NIP : 140 255 168
Tingkat : Program Pendidikan Dokter Spesialis
Judul : KECEMASAN DAN DEPRESI PADA PENDERITA ASMA BRONKIAL

Semarang, Desember 1999.

Telah diteliti dan disetujui oleh:

Ketua Program Studi Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Dr. M.S. Hartono, SpKJ
NIP. 130 285 639

Pembimbing

Dr. M.S Hartono SpKJ
NIP. 130 285 639

Kepala Bagian/SMF Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang

Dr. Ismed Yusuf SpKJ
NIP. 130 529 445

PRAKATA

Terima-kasih Tuhan, atas karuniaMu. Engkau telah menciptakan jalan yang terbaik, sehingga kami berhasil menyelesaikan karya tulis ilmiah akhir ini. Kekuatan serta kasihMu yang tak hentinya mengalir, telah mendorong kami untuk tabah dalam menempuh Program Pendidikan Spesialis I bidang Psikiatri di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Dalam rentang waktu antara Juli 1995 hingga selesainya karya tulis ilmiah akhir ini, kami telah memperoleh kesempatan dan bantuan dari berbagai pihak. oleh karena itu kami mengucapkan terima-kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Dr. Ismed Yusuf SpKJ, Kepala Bagian Psikiatri yang telah banyak memacu saya untuk belajar dan memberikan dorongan untuk menyelesaikan tugas-tugas saya selama masa pendidikan.
2. Dr. MS Hartono SpKJ, selaku pembimbing dan ketua Program Studi Psikiatri mengarahkan, membimbing serta memberikan dorongan selama masa pendidikan dan dalam penyusunan penelitian ini.
3. Dr. Nana lestari SpKJ, yang telah membimbing di bangsal dengan memberikan nasihat-nasihat dan dorongan dalam menyelesaikan penelitian ini.

4. Dr. Anggraini Noviastuti SpKJ, Dra Sri Hartati MS, dan Drs. Karyono MSi, selaku staf pengajar bagian psikiatri FK UNDIP yang banyak memberi dorongan dan nasihat dalam menyelesaikan penelitian ini.
5. Bapak Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Beliau telah memberi kesempatan yang berharga kepada kami untuk memperdalam bidang psikiatri.
6. Bapak Direktur Rumah Sakit dr. Kariadi, Semarang. Beliau telah memberi fasilitas yang seluas-luasnya untuk memperdalam bidang kedokteran yang berkaitan dengan bidang psikiatri.
7. Bapak Direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang. Beliau telah memberi banyak fasilitas dan kesempatan untuk mengembangkan kemampuan dalam menangani kasus-kasus psikiatri.
8. Dr. Hanafi SpKJ, Dr. Gunawan Laksmana SpKJ, dan psikiater lainnya yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah banyak meberikan bantuan dan bimbingan selama saya menjalani masa pendidikan.
9. Para staf dan para karyawan baik di Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang maupun Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang, yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah bekerjasama dengan baik selama saya menjalani masa pendidikan.
10. Suami dan anak-anakku yang telah dengan sabar mendampingi, memberikan dorongan dan semangat selama menyelesaikan tugas akhir ini.

Kami sadar penelitian ini masih jauh dari sempurna, tetapi saya berharap mudah-mudahan penelitian ini dapat bermanfaat bagi penderita asma bronkial untuk mengetahui adanya gangguan psikiatrik sebagai pencetus atau bahkan dapat memperberat serangan.

Penulis.

Daftar isi

Halaman pengesahan i

Prakata ii

Daftar isi v

Daftar tabel viii

Daftar lampiran ix

Abstrak x

Bab I. Pendahuluan

1.1. Latar belakang 1

1.2. Perumusan masalah 2

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum 3

1.3.2. Tujuan khusus 3

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Segi ilmiah 3

1.4.2. Segi praktis 4

Bab II. Tinjauan kepustakaan

2.1. Faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi

medis (Psikosomatik) 5

2.1.1. Sejarah 5

2.1.2. Definisi 5

2.1.3. Epidemiologi 6

2.1.4. Etiologi 7

2.1.4.1. Teori pembiasaan (conditioning) 7

2.1.4.2. Rangsangan emosi dan reaksi fisiologik tubuh 9

2.1.4.3. Teori psikodinamik 10

2.1.5. Gambaran klinik dan perjalanan penyakit 11

2.1.6. Kriteria diagnostik 13

2.2. Asma bronkial

2.2.1. Definisi 14

2.2.2. Etiologi 15

2.2.3. Patogenesis 15

2.2.4. Diagnosis 16

2.2.5. Klasifikasi asma bronkial 17

2.3. Kecemasan pada penderita asma bronkial 18

2.4. Depresi pada penderita asma bronkial 19

2.5. Kerangka teori 21

2.6. Kerangka konsep 22

2.7. Hipotesis 22

Bab III. Metode penelitian

3.1. Jenis penelitian 23

3.2. Populasi dan sampel

3.2.1. Kriteria inklusi 23

3.2.2. Kriteria eksklusi 23

3.2.3. Estimasi sampel 24

3.3. Cara pengumpulan data 24

3.4. Instrumen yang digunakan 25

3.5. Definisi operasional 31

Bab IV. Hasil dan pembahasan

4.1. Sampel 33

4.2. Data demografi sampel 34

4.3. Proporsi 37

4.4. Hubungan kecemasan dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial 38

4.5. Hubungan depresi dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial 41

4.6. Hubungan lama sakit dan depresi 44

Bab. V. Kesimpulan dan saran

5.1. Kesimpulan 46

5.2. Saran 47

Daftar Pustaka 48

Lampiran 51

Daftar tabel.

Tabel 1. Derajat asma bronkial menurut jenis kelamin 33

Tabel 2. Distribusi umur dan jenis kelamin penderita yang mengalami serangan asma 34

Tabel 3. Distribusi pendidikan pada penderita asma akut 35

Tabel 4. Distribusi status perkawinan pada penderita asma akut 36

Tabel 5. Distribusi pekerjaan pada penderita asma akut 36

Tabel 6. Beratnya serangan asma dan kecemasan berdasarkan Zung Anxiety Zung Anxiety Self-rating Scale 38

Tabel 7. Beratnya serangan asma dan gangguan cemas menyeluruh (GAD) berdasarkan PPDGJ-III 39

Tabel 8. Beratnya serangan asma dan derajat depresi berdasarkan Zung Depression Self-rating Scale 41

Tabel 9. Beratnya serangan asma dan derajat depresi berdasarkan PPDGJ-III 42

Daftar lampiran.

1. Kuesioner 51
2. Inform concent 52
3. Zung Depression Self-rating Scale 53
4. Zung Anxiety Self-rating Scale 54
5. Data umum subyek penelitian 56

A b s t r a k

Pendahuluan *:* Asma bronkial merupakan suatu penyakit yang sampai saat ini etiologinya belum diketahui dengan jelas. Ada bermacam-macam pencetus yang dapat mendahului serangan asma bronkial, diantaranya cuaca, iritan, alergi, dan stres psikis. Adanya gejala psikiatrik, terutama depresi dan kecemasan adalah komplikasi yang umum terjadi dan dapat memperberat terjadinya serangan. Keadaan tersebut meningkatkan morbiditas dan kematian, meskipun kondisi tersebut kurang dikenal dan diperhatikan pada populasi pasien asma. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kecemasan, depresi, dan asma bronkial.

Metode *:* 106 pasien asma bronkial yang mendapat serangan akut dan berobat ke UGD RS Dr. Kariadi setelah diterapi diukur APEnya dengan menggunakan Mini Wright Peak Flow Meter. Kemudian subyek diminta mengisi kuesioner Zung Anxiety Self-rating Scale (ZASS) dan Zung Depression Self-rating Scale (ZDSS) dan dilakukan pemeriksaan psikiatrik untuk menentukan ada atau tidaknya episode depresi atau gangguan cemas menyeluruh menurut PPDGJ-III.

Hasil *:* Dari 106 subyek, 49,1 % memenuhi kriteria cemas berdasarkan ZASS. Setelah dilakukan uji kai kuadrat untuk mengetahui hubungan kecemasan (ZASS) dengan derajat beratnya serangan asma didapatkan p=0,701 (tidak bermakna). Gangguan cemas menyeluruh (GAD) menurut PPDGJ-III didapatkan pada 17,92 % subyek. Setelah dilakukan uji kai kuadrat untuk mengetahui hubungan GAD dengan beratnya serangan asma didapatkan p= 0,0001 (bermakna). Subyek yang memenuhi kriteria depresi menurut ZDSS sebanyak 23,58 5, pada uji kai kuadrat untuk mengetahui hubungan depresi dengan derajat beratnya serangan asma didapatkan p=0,265 (tidak bermakna). Sedangkan yang memenuhi kriteria episode depresi menurut PPDGJ-III 20,75 %. Setelah dilakukan uji kai kuadrat untuk mengetahui hubungan antara beratnya depresi dengan derajat beratnya serangan asma didapatkan p= 0,004 (bermakna).

Kesimpulan: Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara kecemasan dan depresi sebagai suatu sindrom dengan derajat beratnya serangan asma bronkial. Pada kecemasan dan depresi sebagai suatu gangguan, baik GAD dan episode depresi terdapat hubungan yang bermakna. Masih diperlukan penelitian dengan metode yang lebih baik dan dimasukkannya faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap asma bronkial.

Kata kunci: kecemasan; depresi; asma bronkial.

Bab. I. PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang.

Asma bronkial merupakan penyakit kronik saluran nafas yang ditandai dengan adanya sesak nafas dan mengi yang berulang. Penyakit ini dapat mengenai semua umur dan kedua jenis kelamin, tapi terbanyak pada usia dewasa muda. Prevalensi penyakit ini untuk tiap negara berbeda, tergantung dari definisi yang dianut. Di Indonesia diperkirakan prevalensinya antara 0,5-1 % dari populasi, sedangkan di Rumah Sakit Dr. Kariadi asma menempati ranking ke 2 dari kunjungan penderita pada Unit Gawat Darurat R.S Dr. Kariadi pada tahun 1997 serta merupakan 12,0 % dari kunjungan total di UGD R.S Dr. Kariadi, Semarang. [1,2,3]

Asma bronkial juga merupakan suatu penyakit yang sampai saat ini etiologinya belum diketahui dengan jelas. Ada bermacam-macam pencetus yang dapat mendahului serangan asma bronkial, diantaranya adalah cuaca, iritan, alergi, dan stres psikis. [4]

Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi III, 1993 (PPDGJ-III) mengelompokkan asma bronkial ke dalam suatu penyakit yang tergolong dalam "Faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi (penyakit) sistim pernafasan" Penyakit ini dianggap merupakan reaksi fisik terhadap stres yang kemudian disertai dengan terjadinya perubahan-perubahan morfologik jaringan. [5,6,7]

Gejala psikiatrik, terutama depresi dan kecemasan, adalah komplikasi yang umum terjadi pada penyakit pernafasan kronik dan kemungkinan pada penyakit-penyakit paru menahun yang lain. Meskipun perkembangan terakhir ada beberapa pandangan

UPT - PERPUSTAKAAN UNDIP

yang terbaru terhadap keadaan tersebut, tetapi kondisi ini tetap kurang dikenal dan kurang diperhitungkan pada populasi pasien asma [8]. Keadaan tersebut juga dapat menunjukkan peningkatan morbiditas dan kematian. Penderita asma juga menunjukkan angka depresi dan kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dari penyakit kronik lainnya dan pada populasi secara keseluruhan.[9,10] Oleh karena itu dipandang penting penanganan secara terpadu dari berbagai disiplin ilmu.

Asma bronkial sendiri merupakan penyakit saluran nafas kronik yang dapat merupakan stresor sehingga menimbulkan gangguan cemas atau depresi pada penderita asma bronkial. Secara fisiologik yang berperan pada stresor adalah neuroendokrin dan sistim otonom yang meliputi gangguan saraf simpatis dan parasimpatis. Rangsangan reseptor kolinergik dan alfa-adrenergik akan menimbulkan bronkhokonstriksi pada penderita asma bronkial. Demikian juga pada sebagian depresi, selain terdapat gangguan serotonin, juga dijumpai gangguan katekolamin oleh karena rendahnya kadar epineprin. Keadaan ini dapat pula menimbulkan konstriksi bronkus pada asma bronkial, jadi antara cemas, depresi dan asma dapat merupakan suatu proses yang timbal balik. [11,12,13]

1.2. Perumusan Masalah

Mengingat hubungan timbal balik antara depresi, cemas, dan asma bronkial mempunyai peranan penting dalam terjadinya serangan asma dan juga terhadap derajat serangan, maka rumusan masalahnya adalah : Apakah kecemasan dan depresi berhubungan dengan beratnya derajat serangan asma bronkial ?

1.3. Tujuan Penelitian.

1.3.1. Tujuan Umum :

Tujuan penelitian ini untuk mempelajari hubungan antara kecemasan, depresi dan asma.

1..3.2. Tujuan Khusus :

1. Mendiskripsikan derajat beratnya serangan asma bronkial.
2. Mengetahui hubungan kecemasan dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial.
3. Mengetahui hubungan depresi dengan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial.
4. Mengetahui hubungan lama sakit dengan kecemasan pada penderita asma bronkial.
5. Mengetahui hubungan lama sakit dengan depresi pada penderita asma bronkial.

1.4. Manfaat Penelitian.

1.4.1. Segi ilmiah

a. Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi karya ilmiah kesehatan jiwa pada penyakit-penyakit fisik lainnya.

b. Dapat digunakan sebagai penelitian awal untuk melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut.

c. Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat sebagai masukan bagi bagian lain untuk mempertimbangkan perlunya suatu konsultasi psikiatri pada penyakit-penyakit tertentu.

1.4.2. Segi Praktis

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan pada penderita asma bronkial dapat dilakukan intervensi psikiatrik bila memungkinkan, untuk membantu mengurangi beratnya derajat serangan asma dan frekuensi serangan.

Bab II. TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Faktor psikologik yang mempengaruhi medis (Psikosomatik)

2.1.1. Sejarah.

Sejarah kedokteran psikomatik adalah sejalan dengan sejarah umat manusia. Pakar dari bidang psikiatrik dan kedokteran telah setuju selama lebih dari 100 tahun, bahwa pada beberapa gangguan, aktivitas emosional dan somatik saling bertumpang-tindih. Gangguan tersebut pertama kali disebut sebagai psikosomatik oleh Johann Christian Heinroth pada tahun 1818, saat ia menggunakan istilah tersebut berkenaan dengan insomnia. Kata ini kemudian dipopulerkan oleh Maximillian Jacobi, seorang psikiater Jerman. Makin lama jumlah gangguan yang diidentifikasi sebagai gangguan psikosomatik semakin banyak, termasuk kolitis ulseratif, ulkus peptikum, migren, asma bronkial dan artritis rheumatoid.[14]

2.1.2. Definisi

Dalam pengertian sempit, paham psikosomatik diartikan dalam ruang lingkup gangguan-gangguan psikofisiologik saja, yaitu yang dikenal dengan istilah *the holy seven*, dimana asma bronkial termasuk diantaranya. Penyakit-penyakit ini dianggap merupakan reaksi fisik terhadap stres, yang kemudian disertai dengan terjadinya perubahan-perubahan morfologik jaringan. Organ yang terkena dipengaruhi oleh predisposisi yang ada pada individu. [15]

Menurut DSM-III-R faktor-faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi fisik mengharuskan adanya suatu hubungan temporal antara stimulus lingkungan dan dianggap berarti untuk mereka dan perkembangan atau eksarsebasi dari kondisi fisik.[16]

Sedangkan DSM-IV mengatakan gambaran pokok dari faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi medis adalah adanya 1 atau lebih faktor psikologik yang spesifik atau perilaku yang secara merugikan mempengaruhi kondisi medis umum. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi perjalanan dari kondisi medis umum (yang diduga mengganggu hubungan temporal antara faktor-faktor tersebut di atas dan perkembangan atau eksarsebasi, atau memperlambat penyembuhan suatu kondisi medis.[17]

2.1.3. Epidemiologi.

Pada penelitian epidemiologik 1989, Dales dkk menemukan suatu hubungan yang positif antara gejala-gejala saluran pernafasan dan keadaan psikologik. Gejala psikiatrik terutama kecemasan dan depresi, adalah komplikasi yang umum terjadi pada penyakit pernafasan kronik dan penyakit-penyakit paru menahun yang lain.[18] Dari suatu penelitian pada populasi yang terseleksi, 34 % diantaranya mempunyai gangguan cemas yang didiagnosis berdasarkan kriteria DSM-III-R. Angka ini lebih tinggi 2-5 % daripada gangguan cemas yang terdapat pada populasi.[9] Sedangkan penelitian lain menemukan 44 % depresi pada mahasiswa yang menderita asma bronkial.[18]

2.1.4. Etiologi.

Keabsahan dari konsep psikofisiologis masih dipertanyakan. Beberapa peneliti telah mengatakan bahwa istilah tersebut adalah terlalu samar-samar, yang lainnya mengatakan terlalu 'sempit'. Tetapi sebagian besar peneliti setuju bahwa stres yang kronik, parah, dapat memainkan peranan kausatif dalam perkembangan banyak penyakit somatik. Karakter stres, faktor psikofisiologik dasar umum, kerentanan genetik dan organik pasien, sifat konflik emosional, dan cara mereka berinteraksi untuk menghasilkan penyakit semuanya masih kontroversial.[14]

Hingga sekarang belum dapat diterangkan secara tepat bagaimana terjadinya proses perubahan fisiologik dalam kaitannya dengan rangsangan emosional. Namun demikian, banyak teori telah dikemukakan dan banyak penelitian telah dilakukan untuk menjelaskannya. Untuk menyebut beberapa teori penting, misalnya teori pembiasaan (*conditioning*) Pavlov, teori *emergency response* (Cannon), teori adaptasi stres (Selye), teori konflik spesifik pada penyakit (Franz Alexander), teori *alexithymia* (Sifneos), teori *object loss* (Freyberger), dan lain sebagainya.[15]

Penelitian-penelitian dalam bidang psikoneuroimunologi juga sedang banyak dilakukan untuk menjelaskan interaksi antara otak, susunan saraf, perilaku, sistem endokrin dan imunitas pada manusia.[15]

2.1.4.1. Teori pembiasaan (conditioning) atau teori belajar.

Salah satu proses psikologik yang penting pada asma bronkial adalah pembiasaan (*conditioning*) berdasarkan teori *conditioning reflex* Pavlov dan *operant conditioning* menurut teori belajar Skinner. Pavlov

membedakan 2 jenis fungsi susunan saraf, yaitu yang satu disebutnya sebagai *lower nervous system* yang terletak di medula spinalis dan beberapa bagian otak, yang berfungsi terutama untuk mengintegrasi hubungan antara fungsi bagian-bagian tubuh; yang kedua disebutnya sebagai *higher nervous system* yang meliputi hemisfer otak dan subkorteks yang terkait, dan berfungsi agar terjadi hubungan normal dan kompleks antara seluruh organisme dengan lingkungannya. Model yang diberikan atas *dasar conditioned reflex*, sangat berguna dalam usaha memformulasi teori psikosomatik.[15]

Pada tahun 1886, Sir James MacKenzie menggambarkan suatu contoh kasus sebagai prototipe mengenai peranan *conditioning* itu pada asma. Seorang pasiennya menderita serangan-serangan asma yang seringkali dicetuskan oleh aroma bunga mawar. Di kamar periksanya secara tiba-tiba ia mengkonfrontir pasiennya itu dengan sekuntum bunga mawar tiruan yang diletakkan di bawah sebuah gelas. Pasien itu segera mengalami serangan asma. Pada pasien ini jelas bahwa serangan asmanya dicetuskan oleh makna yang diberikan oleh pasien terhadap bunga mawar tersebut. Serangan asma dapat pula ditimbulkan secara eksperimental pada mencit dengan antigen atau histamin, dan sesudah kurang lebih lima kali di *reinforce* dengan signal akustik, serangan dapat dipresipitasi hanya dengan signal akustik saja.[15]

2.1.4.2. Rangsangan emosi dan reaksi fisiologik tubuh.

Fungsi respiratorik pada umumnya sangat sensitif terhadap rangsangan emosi (misalnya menangis, gembira, amarah, dan sebagainya). Emosi yang opresif dapat merangsang sekresi bronkial seperti juga dapat merangsang sekresi gaster.[15]

Alexander, mengemukakan pendapatnya bahwa gejala-gejala neurosis vegetatif (gangguan psikofisiologik) merupakan gejala konkomitan fisik dari keadaan atau situasi emosional tertentu, yang tetap berkelanjutan walaupun situasi emosional yang mencetuskannya itu sudah tidak ada lagi. Pada stadium lebih lanjut, gejala-gejala fungsional yang mulanya reversibel itu menjadi tidak reversibel lagi dan terjadi kerusakan jaringan. Alexander membedakan antara neurosis vegetatif yang berhubungan dengan keadaan kesiagaan (*states of preparedness*) yang didasari fungsi susunan saraf otonom simpatis (misalnya pada hipertensi esensial, *tachycardia sinus rhythm*, dan sebagainya), dan neurosis vegetatif yang berhubungan dengan kebutuhan untuk ditolong serta dependensi pasif yang didasari fungsi susunan saraf otonom parasimpatis (misalnya ulkus peptikum dan asma bronkial).[15]

Menurut Alexander, untuk terjadinya gangguan psikofisiologik (neurosis vegetatif) diperlukan 3 variabel penting, yaitu [15]

1. kepekaan (*vulnerability*) organ
2. suatu konstelasi psikodinamik yang "spesifik"
3. situasi kehidupan sebagai presipitat

Menurut Cannon, manusia itu selalu ada dalam suatu keadaan 'siap' (*state of preparedness*) untuk menghadapi kemungkinan keadaan 'darurat' yang dapat terjadi setiap waktu. Bila kedaruratan itu benar terjadi, kesiap-siagaan itu dikonversikan ke dalam bentuk perubahan-perubahan fisiologik tubuh. Keadaan darurat itu dapat nyata, atau hanya persepsi individu. Emosi tampaknya berperan dalam mempercepat respons tubuh terhadap kedaruratan yang terjadi.[15]

Hipotesis Selye yang menguraikan patogenesis stres dan adaptasi individu terhadap stres, telah pula dibuktikan dan didukung oleh eksperimen-eksperimen yang dilakukan pada binatang yang berhasil mendemonstrasikan terjadinya perubahan humoral dan morfologik, terutama pada medula adrenal, selama fase-fase proses adaptasi. Bagaimana proses adaptasi itu umumnya berlangsung, sangat ditentukan oleh keadaan atau kondisi semula organisme itu.[15]

2.1.4.3. Teori psikodinamik.

Situasi stres atau konflik, menimbulkan suatu perasaan yang menye-nangkan dalam diri individu, suatu ketegangan emosional, yang disebut sebagai "anxietas". Bagaimana individu mengatasi anxietasnya itulah yang menentukan taraf kesehatan jiwanya. Gangguan psikofisiologik, merupakan salah satu hasil tidak efisiennya seorang individu mengatasi anxietasnya itu.[15]

Keterbatasan stres atau konflik, menimbulkan mempersepsi alam perasaan dan kesulitan untuk mengekspresikan pelbagai pengalaman emosional dalam diri (*inner feelings and experiences*), merupakan ciri yang menonjol pada pasien-pasien psikosomatik. Hal ini pernah dikemukakan oleh Sifneos yang menggambarkan keadaan itu sebagai *alexithymia* (a= kurang, lexi= kata, thymos= emosi). Walaupun pasien-pasien itu sudah berobat pada banyak dokter dengan gejala-gejala somatik, mereka selalu menyangkal bahwa mereka mempunyai problem emosional. Serangan asma seringkali dianggap sebagai ekuivalen 'tangisan yang represi' (*repressed weeping*). Von Weizsacker membandingkan serangan asma dengan tangisan anak sebagai protes terhadap kehilangan rasa aman. ia melihatnya sebagai suatu 'adegan air mata yang dimainkan oleh paru-paru' (*a scene oftears acted by lungs*). [13]

2.1.5. Gambaran klinik dan perjalanan penyakit.

Gambaran dasar faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi medis adalah adanya 1 atau lebih faktor psikologik yang spesifik atau perilaku yang secara merugikan mempengaruhi kondisi medis umum. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi perjalanan dari kondisi medis umum (yang diduga mengganggu hubungan temporal antara faktor-faktor tersebut di atas dan perkembangan atau eksarsebasi, atau memperlambat penyembuhan suatu kondisi medis).[17]

Faktor-faktor psikologik atau perilaku dapat mengganggu pengobatan dari kondisi medis umum. Faktor-faktor tersebut dapat merupakan suatu risiko kesehatan

tambahan untuk individu tersebut (sebagai contoh makan yang terus-menerus pada seorang dengan diabetes melitus yang berhubungan dengan berat badan). Mereka dapat mencetuskan atau mengeksarsebasi gejala-gejala dari suatu kondisi medis umum dengan adanya respon fisiologis yang berhubungan dengan stres (contoh penyebab nyeri dada pada individu dengan penyakit koroner, atau spasme bronkus pada individu dengan asma).[17]

Faktor-faktor psikologik atau perilaku yang mempengaruhi kondisi medis umum termasuk gangguan pada axis I, axis II, gejala-gejala psikologik atau ciri kepribadian yang tidak memenuhi kriteria penuh untuk suatu gangguan mental yang spesifik, perilaku sehat yang maladaptif, atau respon-respon fisiologis terhadap lingkungan atau stresor sosial.[17]

Faktor-faktor psikologik atau perilaku memainkan suatu peran yang potensial pada pemberian atau pengobatan dari hampir setiap kondisi medis umum. Kategori ini dicadangkan untuk keadaan-keadaan dimana faktor-faktor psikologik mempunyai suatu pengaruh klinik yang bermakna pada perjalanan atau hasil dari kondisi medis umum atau tempat individu pada suatu risiko yang tinggi untuk suatu akibat yang merugikan. Harus ada bukti yang masuk akal untuk mengesankan suatu hubungan antara faktor-faktor psikologik dan kondisi medis, meskipun sering tidak mungkin sebagai penyebab langsung atau mekanisme yang mendasari. Faktor-faktor psikologis atau perilaku dapat mempengaruhi perjalanan hampir setiap kategori utama dari penyakit, termasuk keadaan kardiovaskuler, dermatologik, endokrin, gastrointestinal, neoplastik, neurologik, pulmoner, ginjal, dan rematik.[17]

Diagnosis faktor-faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi medis tercantum pada axis I, dan kondisi medis umum yang menyertai tercantum pada axis III. Untuk membuktikan spesifitas yang lebih besar berkenaan dengan jenis faktor psikologik, namanya dipilih dari daftar yang terdapat pada kriteria diagnostik berikut ini. Jika terdapat lebih dari 1 jenis faktor, ditentukan yang paling menonjol. [17]

2.1.6. Kriteria diagnostik.

Kriteria DSM-IV untuk faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi medis (yaitu gangguan psikosomatik) menyatakan bahwa faktor psikologik secara merugikan mempengaruhi kondisi medis pasien dalam salah satu dari bermacam-macam cara.[17]

Kriteria diagnostik faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi medis umum menurut kriteria *Diagnostic Statistical Manual IV* (DSM-IV) adalah sebagai berikut:

A. Terdapat suatu kondisi medis umum (dituliskan pada aksis III).
B. Faktor psikologik secara merugikan mempengaruhi kondisi medis umum dalam salah satu cara berikut:
   1. Faktor psikologik telah mempengaruhi perjalanan kondisi medis umum seperti yang ditunjukkan oleh hubungan temporal yang erat antara faktor psikologik dan perkembangan atau eksarsebasi dari, atau keterlambatan penyembuhan dari, kondisi medis umum.
   2. Mempengaruhi terapi kondisi medis umum
   3. Menyumbang risiko kesehatan tambahan bagi individu
   4. Respon psikologik yang berhubungan dengan stres mencetuskan atau mengeksarsebasi gejala kondisi medis umum

Pilihlah nama berdasarkan sifat faktor psikologik (jika terdapat lebih dari 1 faktor, nyatakan yang paling menonjol).
Gangguan mental yang mempengaruhi kondisi medis (misalnya, suatu gangguan yang terdapat pada axis I seperti gangguan depresif berat memperlambat pemulihan dari infark miokardium)
Gejala psikologik yang mempengaruhi kondisi medis (misalnya, gejala depresif memperlambat pemulihan dari pembedahan; kecemasan mengeksarsebasi asma)
Sifat kepribadian atau gaya menghadapi masalah mempengaruhi kondisi medis (misalnya penyangkalan patologis terhadap kebutuhan pembedahan pada seorang pasien dengan kanker; perilaku bermusuhan dan tertekan berperan pada penyakit kardiovaskuler.

Perilaku kesehatan maladaptif mempengaruhi kondisi medis (misalnya, tidak melakukan olahraga, seks yang tidak aman, makan berlebihan).
Respon fisiologis yang berhubungan dengan stres yang mempengaruhi kondisi medis umum (misalnya eksarsebasi ulkus, hipertensi, aritmia, atau nyeri kepala tension yang berhubungan dengan stres).
Faktor psikologis lain yang tidak ditentukan yang mempengaruhi kondisi medis (misalnya, faktor interpersonal, kultural, atau religius). [17]

2.2. Asma bronkial.

2.2.1. Definisi

Asma bronkial adalah gangguan inflamasi kronik jalan nafas yang melibatkan berbagai sel inflamasi, termasuk sel mast, eosinofil dan limfosit T. Pada penderita yang rentan, inflamasi ini menyebabkan gejala-gejala yang pada umumnya berhubungan dengan timbulnya obstruksi saluran nafas, luasnya inflamasi, dan derajatnya dapat berubah-ubah yang seringkali reversibel baik spontan maupun sebagai hasil pengobatan. [1,19]

Asma bronkial adalah penyakit obstruktif kronis rekuren pada bronkus dan cabang-cabangnya, yang cenderung berespon terhadap berbagai stimuli dengan konstriksi bronkial, oedem dan sekresi mukus yang berlebihan. Faktor genetik, faktor alergi, infeksi, dan faktor emosi dapat berinteraksi secara bersamaan untuk menimbulkan penyakit. Mengingat kecepatan dan kedalaman pernafasan orang yang sehat dapat diubah secara volunter untuk menyesuaikan dengan berbagai keadaan emosional, perubahan tersebut dapat diperberat dan diperpanjang pada orang dengan asma. [1,19]

2.2.2. Etiologi

Sampai sekarang belum diketahui etiologinya secara jelas. Masih belum jelas mengapa dan bagaimana mekanismenya sehingga bronkus menjadi hipersensitif atau hiperreaktif, yang merupakan salah satu kelainan dasar asma bronkial. Bronkus yang sudah dalam keadaan hipersensitif atau hiperreaktif ini bila mendapat rangsangan oleh faktor pencetus akan mengalami penyempitan , yang merupakan gejala klinik asma [1,19]. Faktor pencetus ini antara lain alergen, iritan, infeksi saluran nafas, kelelahan fisik, makanan, stres atau emosi. Sebagai salah satu gangguan psikosomatik disamping adanya faktor predisposisi organik, faktor psikologik dianggap berperan penting, baik pada timbulnya maupun memperberat kondisi klinis.[20]

2.2.3. Patogenesis.

Asma bronkial adalah penyakit inflamasi saluran nafas pada penderita yang didasari hiperreaktivitas bronkus. Hipereaktivitas bronkus yaitu kepekaan saluran nafas yang berlebihan terhadap berbagai rangsang dari dalam maupun luar tubuh, dengan manifestasi penyempitan saluran nafas yang menyeluruh dengan derajat yang berubah-ubah, baik secara spontan atau dengan pengobatan.[1,19]

Pada kumat asma, komponen penyempitan saluran nafas ada 2, yaitu :

1. Bronkospasme yang disebabkan oleh konstriksi otot polos bronkus dan menimbulkan perubahan lebar (penampang) saluran nafas, berakibat penyempitan dan peningkatan tahanan saluran nafas.

2. Inflamasi yang menimbulkan oedem bronkus dan meningkatkan sekresi mukus. Keadaan ini juga menyebabkan obstruksi bronkus dan mengganggu aliran udara.

Bronkokonstriksi yang timbul segera sesudah pemaparan alergen merupakan reaksi hipersensitifitas tipe cepat (tipe 1). Pada reaksi tersebut sel mast mengeluarkan berbagai mediator kimiawi antara lain: histamin, prostaglandin, leukotrin, dan PAF (Platelet activating factor). Sedangkan perangsangan nonimunologik (non alergen) misalnya beban kerja, rangsangan dingin, asap rokok, debu dan lain-lain merangsang saluran nafas secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung zat-zat tersebut merangsang otot polos bronkus dengan akibat timbul bronkokonstriksi karena pelepasan mediator seperti histamin. Secara tidak langsung yaitu melalui aktivitas saraf eferen parasimpatis dan selanjutnya melepaskan substansia bronkokonstriksi dari ujung saraf ini, akan merangsang otot polos yang mengandung reseptor muskarinik.[1]

2.2.4. Diagnosis.

Diagnosis asma bronkial sebenarnya tidak sulit. Penderita umumnya mempunyai riwayat serangan sesak nafas yang berulang yang kadang-kadang dapat menghilang secara spontan. Pada waktu serangan dapat ditemukan tanda-tanda obstruksi saluran nafas pada pemeriksaan fisik, misalnya periode ekspirasi yang memanjang, wheezing, pemakaian otot-otot bantu nafas inspirasi dan ekspirasi. Secara obyektif adanya peningkatan tahanan saluran nafas,

penurunan volume ekspirasi paksa 1 detik pertama (VEP1), atau penurunan arus puncak ekspirasi (APE).[1]

2.2.5. Klasifikasi asma bronkial.

Klasifikasi asma bronkial yang digunakan disini adalah :

1. Asma akut adalah asma bronkial pada waktu serangan
2. Asma kronik atau asma stabil adalah asma bronkial diluar serangan [1]

Dibawah ini dapat dilihat klasifikasi beratnya asma akut

Klasifikasi derajat asma bronkial akut[1]

	Ringan	Sedang	Berat	Gagal nafas mengancam
Sesak	Berjalan dapat berbaring	Lebih suka duduk	Membungkuk kedepan	
Cara bicara	Beberapa kalimat	Satu kalimat	Kata	
Kesadaran	Mungkin gelisah	Umumnya gelisah	Gelisah	Mengantuk atau bingung
Frekuensi nafas	Meningkat	Meningkat	> 30/menit	
Retraksi otot bantu nafas	Biasanya tidak ada	Biasanya ada	Ada	Gerakan paradoksal torako-abdominal
Mengi	Ringan-sedang	Keras	Keras	Menghilang
APE % terhadap standar (sesudah terapi)	> 70 – 80 %	50 – 70 %	< 50 % (< 100 L/menit)	
PO2	Normal (test biasanya tidak perlu)	> 60 mmHg	< 60 mmHg (mungkin sianosis)	
PCO2	< 45 mmHg	< 45 mmHg	> 45 mmHg (mungkin gagal nafas)	
SO2	> 95 %	91 – 95 %	< 90 %	

2.3. Kecemasan pada penderita asma bronkial.

Cemas (*anxiety*) adalah suatu fenomena psikologi yang kompleks, subyektif, dan sulit dirumuskan dengan jelas secara harafiah. Namun semua orang pernah mengalami perasaan tersebut dalam kehidupan sehari-hari dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapinya dengan sebaik-baiknya. Jadi cemas sampai taraf dan kualitas tertentu mempunyai fungsi adaptif dan konstruktif, demi kelangsungan hidup individu dalam lingkungan yang serba berubah-ubah. Lebih dari itu akan menjadi suatu sindrom klinik yang mengganggu kesehatan, kegiatan sehari-hari, dan kesejahteraan hidup. [21]

Gangguan cemas dan gejala cemas pada penderita asma bronkial dapat memperberat terjadinya serangan asma bronkial. Disamping itu penyakit kronik sendiri dapat menimbulkan kecemasan, jadi dalam hal ini terdapat suatu hubungan yang timbal balik.[22]

Pada penelitian epidemiologik 1989, Dales dkk menemukan suatu hubungan yang positif antara gejala-gejala saluran pernafasan dan keadaan psikologik. Ada beberapa kemungkinan yang dapat menjelaskan hal tersebut. Sesak nafas diketahui sebagai gejala somatik yang biasa menyertai kecemasan, sehingga individu-individu dengan gejala-gejala psikologik kemungkinan melaporkan adanya gejala-gejala saluran pernafasan lebih banyak. Asma dan gangguan cemas adalah suatu kondisi medis yang berbeda. Umumnya terjadi, gangguan cemas pada pasien asma dan bentuk lain dari penyakit saluran nafas kronik yang telah diketahui sebagai suatu serangan asma dengan "sugesti" dan hubungan antara mood dan fungsi paru-paru. Hibbert &

Pilsbury menggunakan monitoring ambulatori PCO2 untuk menunjukkan bahwa hiperventilasi mendahului eksarsebasi asma pada pasien cemas. Pada kasus ini diajarkan pada pasien bagaimana cara mengontrol pernafasan setelah terjadinya hiperventilasi yang berperanan penting untuk menghindari serangan asma.[9]

Dari penelitian pada 2 bagian populasi yang terseleksi pada 40 kasus asma ringan dan 25 kasus asma berat, 34 % diantaranya mempunyai gangguan cemas yang didiagnosa berdasarkan kriteria DSM III-R. Angka ini lebih tinggi 2-5 % daripada gangguan cemas yang terdapat pada populasi.[9]

2.4. Depresi pada penderita asma bronkial.

Istilah depresi sering digunakan dalam pengertian yang rancu, dapat berarti mulai dari suatu keadaan alam perasaan yang biasa dialami seseorang pada waktu-waktu tertentu, sampai kepada suatu keadaan yang tergolong gangguan jiwa yang berat. [23]

Gambaran utama dari semua keadaan depresi tersebut adalah suasana perasaan "murung" (yang dapat mencapai perasaan sedih yang mendalam) dan kehilangan minat melakukan sesuatu atau Salah satu penelitian epidemiologik yang dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa DepKes RI pada tahun 1986 di suatu Puskesmas di Jakarta terhadap pasien yang berobat ke poliklinik, ditemukan 28,37 % menunjukkan adanya gangguan kesehatan jiwa. Dari gangguan ini yang terbanyak 37,7 % adalah gangguan dengan gejala-gejala yang dikenal sebagai sindroma depresi, walaupun pasien-pasien tersebut datang dengan keluhan-keluhan fisik tertentu. [23]

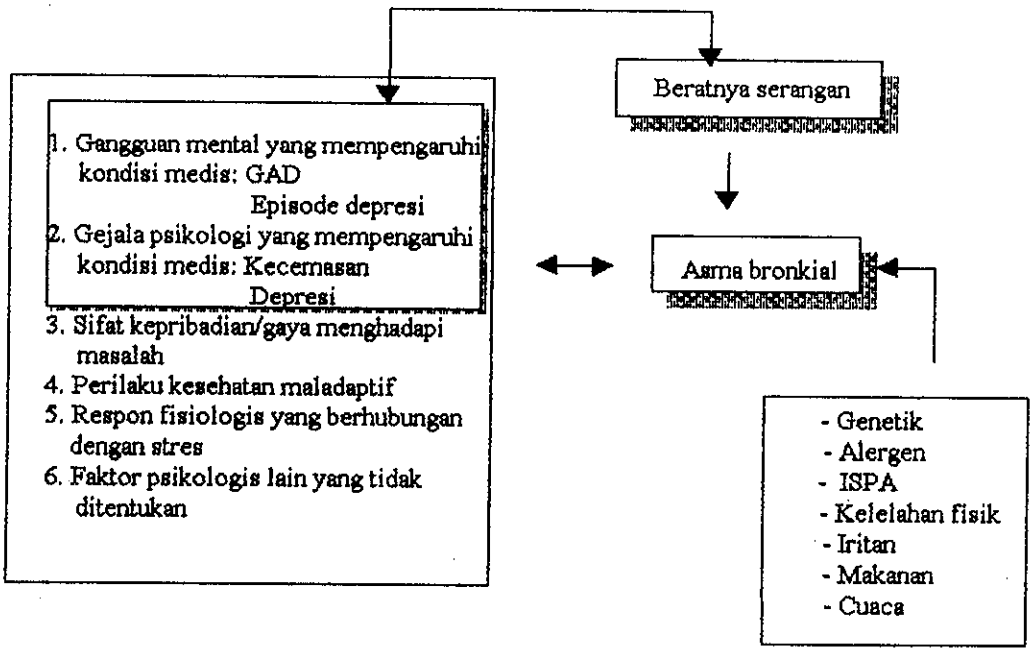
Gambaran utama dari semua keadaan depresi tersebut adalah suasana perasaan "murung" (yang dapat mencapai perasaan sedih yang mendalam) dan kehilangan

minat melakukan sesuatu atau kehilangan gairah dalam kehidupan sehari-hari. Keadaan ini biasanya disebut juga sebagai *"depressive mood"*. Bila keadaan tersebut sudah mencapai pada suatu taraf yang diserta dengan gangguan fungsional, seperti gangguan tidur, gangguan makan, gangguan konsentrasi pikiran, gangguan aktivitas sehari-hari, dan lain-lain, dan memberikan dampak terhadap kesejahteraan hidup pribadi, melaksanakan pekerjaan dan hubungan dengan orang lain, maka keadaan itu disebut sindroma depresi. Dengan gambaran klinis yang lebih spesifik, sindroma depresi dapat merupakan atau berkaitan dengan gangguan jiwa tertentu yang tergolong sebagai gangguan depresi. [23]

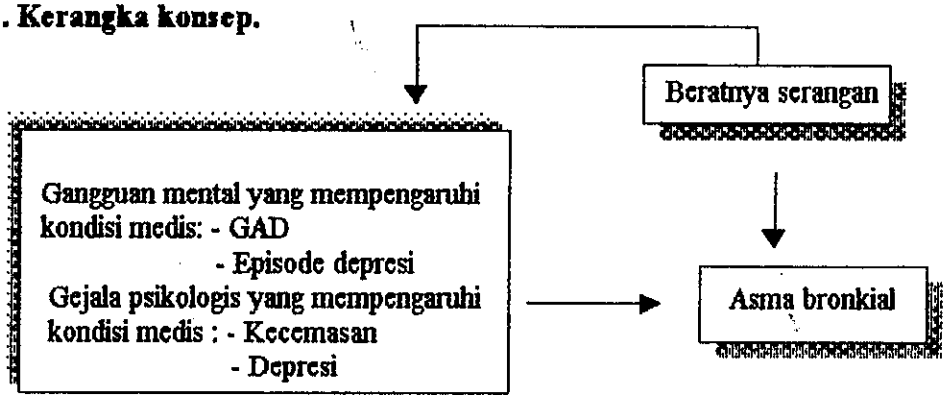
Depresi adalah jenis psikopatologi yang merupakan salah satu faktor pencetus timbulnya asma bronkial. Depresi ini tidak berdiri sendiri, sebab depresi dapat terjadi karena stresor kronik lingkungan. Secara fisiologik yang berperan dalam stresor adalah neuroendokrin dan sistem otonom yang meliputi gangguan saraf simpatis dan parasimpatis. Rangsangan reseptor kolinergik dan adrenergik alfa akan menimbulkan bronkokonstriksi pada asma bronkial. depresi selain berhubungan erat dengan gangguan serotonergik, juga berhubungan dengan gangguan katekolamin yang menyebabkan rendahnya kadar epinefrin. Keadaan ini juga akan menimbulkan bronkokonstriksi. Demikian pula sebaliknya, bila asma bronkial yang kronik ini (yang menahun dan sering terjadi kekambuhan sehingga dapat menurunkan kualitas hidup pasien) dianggap sebagai suatu stresor psikososial yang berkepanjangan yang memungkinkan timbulnya depresi. [18,24,25]

Pada suatu survei yang dilakukan Bell, dkk pada tahun 1991, ditemukan 44 % depresi pada mahasiswa yang menderita asma bronkial. Pada penelitian lainnya didapatkan suatu hubungan yang bermakna antara beratnya asma dan simptom depresi. [18,26]

2.5. Kerangka teori:



2.6. Kerangka konsep.



2.7. Hipotesis:

1. Ada hubungan antara kecemasan dengan beratnya derajat serangan asma akut.
2. Ada hubungan antara depresi dengan beratnya derajat serangan asma akut.
3. Ada hubungan antara lama menderita asma dengan kecemasan dan depresi.

Bab III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis penelitian

Krosseksional analitik

3.2. Populasi dan sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita asma bronkial akut yang berobat ke bagian penyakit dalam UGD R.S Dr. Kariadi, Semarang dari bulan September 1998 – Juni 1999.

3.2.1. Kriteria inklusi :

- Berusia 14 - 60 tahun
- Pendidikan minimal SMP
- Tidak mengalami serangan asma dalam 2 minggu terakhir
- Bersedia menjadi responden

3.2.2. Kriteria eksklusi :

- Mempunyai penyakit fisik lainnya
- Menderita gangguan jiwa berat/psikotik
- Tidak bersedia menjadi responden

3.2.3. Estimasi sampel

Estimasi besar sampel yang dibutuhkan untuk depresi

$$n = z\alpha^2 \frac{PQ}{d^2}$$

$$= \frac{1.96^2(0,44 \times 0,56)}{(0,1)^2} = 95$$

Estimasi besar sampel yang dibutuhkan untuk kecemasan

$$n = z\alpha^2 \frac{PQ}{d^2}$$

$$= \frac{1,96^2(0,34 \times 0,66)}{(0,1)^2} = 86$$

Karena adanya perbedaan hasil dari perhitungan untuk sampel yang dibutuhkan, maka diambil estimasi jumlah sampel yang terbesar, yaitu 95 orang

3.3. Cara pengumpulan data

1. Pasien sesak nafas yang datang berobat ke UGD RS Dr. Kariadi, dilakukan pemeriksaan fisik oleh bagian penyakit dalam.
2. Setelah didiagnosis sebagai asma bronkial , pasien diminta persetujuannya untuk mengikuti penelitian ini dengan menanda-tangani *informed-consent* yang tersedia.

3. Bila pasien bersedia ikut dalam penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka pasien akan dicatat nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, agama, lama menderita asma.
4. Kemudian dilakukan terapi dengan nebulizer, yang berisi bisolvon, atropen dan berotec, selama 15 menit dan dapat diperpanjang selama 30 menit bila belum tampak perbaikan. Bila pasien dirawat, maka pengisian kuesioner ZASS, ZDSS, serta pemeriksaan psikiatrik dilakukan di bangsal setelah pasien mengalami perbaikan.
5. Dilakukan pengukuran arus puncak ekspirasi (APE) dengan menggunakan *Mini Wright Peak Flow Meter.*
6. Pasien diminta untuk mengisi kuesioner *Zung Anxiety Self-rating Scale* dan *Zung Depression Self-rating Scale,* serta dilakukan pemeriksaan psikiatrik.

3.4. Instrumen yang digunakan

1. ***Mini Wright Peak Flow Meter.***

   Alat ini digunakan untuk mengukur arus puncak ekspirasi. Untuk mengukur APE dengan alat ini, sebelumnya kita harus mengetahui umur dan tinggi badan penderita, kemudian nilai normal PEFR (liter/detik) dapat dilihat pada tabel PEFR Tabel PEFR untuk laki-laki dan wanita berbeda. Setelah itu hasil yang didapat dikalikan 60. Nilai APE adalah nilai tiupan peak flow meter yang didapat dari pasien dibagi nilai normal dikalikan 100 %.[1]

2. *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS).*

ZSAS adalah suatu inventori untuk mengukur kecemasan secara kuantitatif. ZSAS ini terdiri dari 20 item yang terdiri dari karakteristik yang paling umum ditemukan pada suatu gangguan cemas, yaitu terdiri dari 15 gejala-gejala somatik dan 5 gejala afektif. Lima dari item-item tersebut adalah gejala-gejala positif dan 15 lainnya berupa gejala-gejala negatif. Kemudian responden diminta untuk memilih 1 diantara ke 4 skala poin yang sesuai dengan dirinya. Skor terendah adalah 0 dan skor tertinggi adalah 60. Perincian jawaban dan skor ZSAS adalah sebagai berikut [24]

1. Tidak pernah sama sekali (skor: 0)
2. Kadang-kadang saja mengalami hal yang demikian (skor: 1)
3. Sering mengalami hal yang demikian (skor: 2)
4. Selalu mengalami hal yang demikian setiap hari (skor: 3)

Bila skor < 23, pasien tidak mengalami kecemasan, dan bila skor > 23 pasien mengalami kecemasan.

Inu Wicaksana (1995) di Magelang telah mengadaptasi ZASS yang dibuat oleh Zung (1971) dan telah menguji kesahihan dan keterandalannya, dimana disimpulkan nilai batas pemisah 23/24 untuk tidak cemas dan cemas, dengan sensitivitas 93,5 %; spesifitas 96,67 %; Yourden indeks 0,83; nilai ramal positif 96,5 %; nilai ramal negatif 93,5 %; dan efektivitas instrumen 95 %.[24]

3. *Zung Self-rating Depression Scale (ZSDS).*

ZSDS adalah suatu inventori yang dikembangkan oleh William WK Zung pada tahun 1965 untuk mengukur derajat depresi secara kuantitatif. ZSDS terdiri dari 20 item yang dikembangkan untuk memeriksa 3 aspek dasar depresi yaitu : [25]

1. *pervasive affect*
2. *physiological concomitant*
3. *psychological concomitant*

ZSDS terdiri dari 10 item gejala-gejala positif dan 10 item gejala-gejala negatif. Kemudian responden diminta untuk memilih 1 diantara ke 4 poin yang sesuai dengan dirinya. Skor terendah adalah 20 dan skor tertinggi adalah 80. perincian jawaban dan skor ZSDS adalah sebagai berikut :

1. Tidak pernah sama sekali (skor: 1)
2. Kadang-kadang saja mengalami hal yang demikian (skor: 2)
3. Sering mengalami hal yang demikian (skor: 3)
4. Selalu mengalami hal yang demikian setiap hari (skor: 4)

Bila skor: - 50 - 59 : depresi ringan

- 60 - 69 : depresi sedang
- > 70 : depresi berat

5. Pemeriksaan psikiatrik gangguan cemas menyeluruh (GAD) menurut PPDGJ III.

Kriteria diagnostik :

- Menunjukkan anxietas sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya "free floating" atau "mengambang")
- Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut :
    a. kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti diujung tanduk, sulit konsentrasi, dan sebagainya.
    b. ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemetaran, tidak dapat santai); dan
    c. overaktivitas otonomik (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak nafas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dan sebagainya).
- Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (*reassurance*) serta keluhan-keluhan somatik berulang yang menonjol.
- Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari), khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis utama gangguan cemas menyeluruh, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresif (F32.-0, gangguan anxietas fobik (F40.-), gangguan panik (F41.0), atau gangguan obsesif-kompulsif (F42.-).[5]

Pemeriksaan psikiatrik episode depresi berdasarkan kriteria PPDGJ III.

Kriteria diagnostik :

- Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat) :
    1. afek depresif
    2. kehilangan minat dan kegembiraan, dan

3. berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah bekerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

- Gejala lainnya :

  a. konsentrasi dan perhatian berkurang

  b. harga diri dan kepercayaan diri berkurang

  c. gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna

  d. pandangan masa depan yang suram dan pesimistis

  e. gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri

  f. tidur terganggu

  g. nafsu makan berkurang

- Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
- Kategori diagnosis episode depresif ringan (F32.0), sedang (F32.1), dan berat (F32.2) hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasi dibawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang (F33.-)

Episode depresif ringan

Kriteria diagnostik

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya : (a) sampai dengan (g)
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

Episode depresi sedang

Kriteria diagnostik

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F.30.0)
- Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya
- Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu
- Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

Episode Depresi Berat

Kriteria diagnostik

- Semua 3 gejala utama harus ada
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat
- Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
- Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
- Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.[5]

3.5. Definisi operasional.

a. **Asma akut** adalah penderita asma bronkial yang sedang mendapat serangan.

b. Batasan **usia** yang digunakan **14 – 60 tahun**, karena usia < 14 tahun berobat ke bagian anak, sedangkan batasan 60 tahun digunakan karena usia lansia di Indonesia berjalan lebih awal,[26] dimana komorbiditas yang sering pada depresi lansia adalah penyakit-penyakit fisik lainnya.[27]

b. **Derajat beratnya serangan asma** adalah derajat beratnya serangan asma yang ditentukan dengan APE. Derajat serangan asma berdasarkan APE ini dibagi sebagai berikut:

1. Asma ringan, bila APE > 70 %
2. Asma sedang, bila APE 50 - 70 %
3. Asma berat, bila APE < 50 %

c. Didiagnosis **gangguan cemas menyeluruh** bila memenuhi kriteria diagnostik gangguan cemas menyeluruh menurut PPDGJ-III.

d. **Gejala-gejala kecemasan** pada penelitian ini dinilai dengan menggunakan *Zung Anxiety Self-rating Scale*. Subyek dikatakan cemas bila skor *Zung Anxiety Self-rating Scale* > 24.

e. Di diagnosis depresi bila memenuhi kriteria diagnostik **episode depresi ringan, episode depresi sedang**, dan **episode depresi berat** menurut PPDGJ-III.

f. **Gejala-gejala depresi** pada penelitian ini dinilai dengan menggunakan *Zung Depression Self-rating Scale*. Bila skor *Zung Depression Self-rating Scale*:

1. 50 - 59 : depresi ringan
2. 60 - 69 : depresi sedang
3. > 70 : depresi berat

Bab IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Sampel.

Dari bulan September 1998 - Juli 1999 didapatkan penderita asma bronkial yang berobat ke Unit Gawat Darurat RS Dr. Kariadi sebanyak 174 orang. Enam puluh delapan orang di eksklusi, karena tidak memenuhi kriteria penelitian.

Sisanya, sebanyak 106 orang memenuhi kriteria penelitian dan diambil sebagai sampel. Sampel yang memenuhi kriteria terdiri dari wanita sebanyak 62 orang (58,49 %) dan laki-laki sebanyak 44 orang (41,51 %). Pada wanita terbanyak pada kelompok umur 31 - 40 tahun, sedangkan pada laki-laki terbanyak pada kelompok umur 51 - 60 tahun. Sedangkan secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan yang menyolok diantara berbagai kelompok umur.

Dari sampel tersebut, yang memenuhi kriteria asma ringan sebanyak 51 orang (48,11 %), asma sedang sebanyak 46 orang (43,40 %), dan asma berat sebanyak 9 orang (8,49 %).

Tabel 1. Derajat asma akut menurut jenis kelamin.

Derajat asma / Sex	Ringan		Sedang		Berat		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	21	19,81	19	17,92	4	3,77	44	41,51
Perempuan	30	28,30	27	25,47	5	4,72	62	58,49
Total	51	48,11	46	43,40	9	8,49	106	100,00

4.2. Data demografi sampel.

Umur rata-rata penderita asma bronkial yang diambil sebagai sampel adalah 36,56 tahun (SD±13,63 tahun). Penderita terbanyak berjenis kelamin perempuan 58,5 % dan laki-laki 41,5 %. Pendidikan terbanyak adalah SLTP 40,6 %; SLTA 37,7 %; Universitas 17 % dan Akademi 4,7 %. Kebanyakan dari sampel telah menikah sebesar 61,3 %; sedangkan belum menikah sebesar 32,1 % dan duda atau janda sebesar 6,6 %. Sebagian besar dari sampel beragama Islam 89,6 %.

Tabel 2. Distribusi umur dan jenis kelamin penderita yang mengalami serangan asma (asma akut).

Umur (tahun)	Pria		Wanita		Jumlah	
	N	%	n	%	n	%
< 20	7	6,60	9	8,49	16	15,09
21 – 30	9	8,49	16	15,09	25	23,58
31 – 40	6	5,66	18	16,98	24	22,64
41 – 50	10	9,43	13	12,27	23	21,70
51 – 60	12	11,32	6	5,66	18	16,98
Jumlah	44	41,51	62	58,49	106	100,00

Tabel 3. Distribusi pendidikan pada penderita asma akut.

Pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
SLTP	43	40,6
SLTA	40	37,7
Akademi	5	4,7
Univesitas	18	17,0
Total	106	100,0

Dari pendidikan pada pasien asma bronkial terlihat pendidikan yang terbanyak adalah pada tingkat SLTP dan SLTA. Tingkat pendidikan pada penderita asma bronkial ini tidak dapat mewakili tingkat pendidikan populasi pada kotamadya Dati II Semarang, karena tingkat pendidikan yang tidak sesuai untuk penelitian ini telah dieksklusi dan juga adanya pendatang yang bersekolah di Semarang yang berobat ke UGD RS Dr. Kariadi Semarang. Prosentase tingkat pendidikan berdasarkan data pada Biro Pusat Statistik adalah tamat SLTP 20,58 %; tamat SLTA 21,24 %; Akademi 3,68 %; Universitas 3,31 %. [28]

Tabel 4. Distribusi status perkawinan pada penderita asma akut.

Status perkawinan	Frekuensi	Prosentase (%)
Menikah	65	61,3
Belum menikah	34	32,1
Duda/janda	7	6,6
Total	106	100

Dari status perkawinan pada penderita asma bronkial terbanyak adalah yang telah menikah sebanyak 65 orang (61,3 %).

Tabel 5. Distribusi pekerjaan pada penderita asma akut.

Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase (%)
Wiraswasta	8	7,5
Karyawan	15	14,2
PNS/ABRI	23	21,7
Tidak bekerja	43	40,6
Pensiunan	8	7,5
Buruh	6	5,7
Lain-lain	3	2,8
Total	106	100,0

Dari distribusi pekerjaan pada penderita asma bronkial ini yang terbanyak adalah yang bekerja, yaitu sebanyak 55 orang (51,9 %).

4.3. Proporsi.

Proporsi pasien yang mengalami kecemasan yang berobat ke UGD RS. Dr. Kariadi Semarang adalah 49,06 % (52 dari 106 pasien) berdasarkan Zung Anxiety Self-rating Scale dan 17,92 % (19 dari 106 pasien) berdasarkan diagnosis gangguan cemas menyeluruh PPDGJ-III (1993). Hasil ini lebih rendah daripada penelitian di Yunani, yang mendapatkan angka sebesar 50,8 %. [23]

Penelitian terhadap 715 sampel yang diambil secara random dan diikuti selama 2 tahun di Uppsala, didapatkan angka kecemasan sebesar 30 %. [29] Penelitian ini, meskipun sampel diambil secara random, tetapi usia sampel yang diambil pada penelitian ini hanya mereka yang berusia 20-44 tahun.

Proporsi depresi pada pasien asma bronkial yang berobat ke bagian UGD RS dr. Kariadi dan diambil sebagai sampel 23,58 % (25 orang dari 106, dan terbagi atas depresi ringan sebesar 21,7 % dan depresi sedang 1,9 % serta tidak ada yang menderita depresi berat) berdasarkan Zung Depression Self-rating Scale. Sedangkan berdasarkan diagnosis klinik depresi menurut PPDGJ-III, terdapat 20,75 % (22 dari 106, dan terbagi menjadi 15,09 % depresi ringan dan 5,66 % depresi sedang). Hasil ini lebih rendah daripada penelitian yang dilakukan di Uppsala dengan sampel yang lebih besar (715) dan diikuti selama 2 tahun, dimana ditemukan angka depresi sebesar 61 % pada sampel yang menderita asma bronkial [29]. Tetapi penelitian ini hanya mengambil sampel yang berusia 20-44 tahun, sehingga tidak dapat mewakili seluruh populasi.

Penelitian lain menemukan angka depresi sebesar 32,37 % pada penderita asma bronkial kronik [12]. Hasil ini lebih tinggi daripada angka yang kami dapatkan, dan hal itu dapat disebabkan karena pada penelitian di RS Dr. Cipto Mangunkusumo tersebut yang

didiagnosis tidak hanya episode depresi saja, tetapi juga gangguan penyesuaian, depresi tidak khas dan distimia.

4.4. Hubungan kecemasan dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial.

Berdasarkan Zung Anxiety Self-rating Scale dari jumlah sampel sebanyak 106 orang, didapatkan kecemasan sebanyak 52 orang (49,1 %) dan yang tidak cemas sebanyak 54 orang (50,9 %). Dari mereka yang cemas, terdiri dari 21 orang (40,38 %) mempunyai derajat asma yang ringan, 25 orang (48,08 %) derajat asmanya sedang dan 6 orang (11,54%) mempunyai derajat asma yang berat. Dengan uji kai kuadrat didapatkan p=0,701 atau tidak bermakna, berarti tidak ada hubungan antara kecemasan dan beratnya derajat serangan asma akut berdasarkan ZASS.

Tabel 6. Beratnya serangan asma (asma akut) dan kecemasan berdasarkan Zung Anxiety Self-rating Scale.

Derajat asma	Cemas	Tidak cemas	Jumlah
Ringan	21	25	46
Sedang	25	25	50
Berat	6	4	10
Jumlah	52	54	106

Uji kai kwadrat p = 0,701

Berdasarkan diagnosis klinis GAD menurut PPDGJ-III dari sampel sebanyak 106 orang, didapatkan yang menderita GAD hanya 19 orang (17,92 %) dan yang tidak memenuhi diagnosis klinis GAD sebanyak 87 orang (82,08 %). Dari mereka yang memenuhi diagnosis GAD, terdiri dari 4 orang (21,05 %) mempunyai derajat asma ringan, 10 orang (52,63 %) derajat asmanya sedang dan 5 orang (26,32 %) mempunyai derajat asma berat. Dengan uji kai kuadrat didapatkan p=0,0001 atau bermakna, berarti ada hubungan antara diagnosis gangguan cemas menyeluruh dengan beratnya derajat serangan asma akut.

Tabel 7. Beratnya serangan asma (asma akut) dan gangguan cemas menyeluruh berdasarkan PPDGJ-III

Derajat asma	GAD	Tidak GAD	Jumlah
Ringan	4	36	40
Sedang	10	28	38
Berat	5	1	6
Jumlah	19	65	84

Uji kai kwadrat p = 0,0001

Terdapat perbedaan dengan uji kai kuadrat pada hubungan antara kecemasan dan beratnya serangan asma berdasarkan Zung Anxiety Self-rating Scale dan diagnosis klinik GAD menurut PPDGJ-III.

Uji kai kuadrat terhadap skor kecemasan berdasarkan ZASS tidak terdapat hubungan yang bermakna antara skor cemas dan beratnya serangan asma. Hal ini sesuai

dengan penelitian di Swedia, yang menyatakan tidak ada bukti bahwa pasien yang mendapat serangan asma mempunyai kecemasan yang lebih tinggi. [29]

Korelasi positif yang paling bermakna ditemukan pada serangan sesak yang terjadi setelah suatu aktivitas atau saat terbangun dari tidur dengan rasa sesak pada dada. Pada penelitian ini terlihat banyak faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya kecemasan dan depresi, bukan hanya semata-mata proses hiperreaktivitas sistim saraf otonom, adanya gangguan neurotransmiter atau kronisitas penyakit. [11,12,13,29] Hal ini sama dengan tinjauan kepustakaan lain yang juga mengatakan pasien asma mempunyai frekuensi lebih tinggi terhadap kecemasan. Beberapa kemungkinan dapat dikemukakan, dimana asma bronkial dan gangguan cemas dapat berinteraksi untuk memperberat serangan asma. Selain faktor genetik, faktor-faktor lain seperti *post traumatic stress disorder*, gangguan kepribadian antisosial dan *substabce abuse* ada hubungannya dengan beratnya asma. [30]

Pada suatu penelitian lain terhadap 37 pasien anak-anak di Florida ditemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara ada atau tidaknya serta beratnya gangguan cemas dengan beratnya serangan asma bronkial. [31]

Hasil yang didapat dari penelitian-penelitian ini berbeda, karena berbedanya instrumen, definisi, populasi dan kriteria yang digunakan dalam penelitian-penelitian tersebut.

4.5. Hubungan depresi dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial.

Berdasarkan Zung Depression Self-rating Scale dari jumlah sampel sebanyak 106 orang, didapatkan depresi sebanyak 25 orang (23,58 %) dan yang tidak depresi sebanyak 81 orang (76,42 %). Dari mereka yang depresi, terdiri dari 4 orang (16 %) yang derajat asmanya ringan, 12 orang (48 %) yang berderajat asma sedang dan 9 orang (36 %) berderajat asma berat. Dengan uji kai kuadrat didapatkan p= 0,265, atau tidak bermakna, berarti tidak ada hubungan antara beratnya depresi dengan beratnya derajat serangan akut berdasarkan ZDSS.

Tabel 8. Beratnya serangan asma (asma akut) dan derajat depresi berdasarkan Zung Depression Self-rating Scale

Derajat asma	Depresi ringan	Depresi sedang	Depresi berat	Jumlah
Ringan	3	1	0	4
Sedang	11	1	0	12
Berat	9	0	0	9
Jumlah	23	2	0	25

Uji kai kuadrat p=0,265

Berdasarkan diagnosis klinis depresi menurut PPDGJ-III dari sampel sejumlah 106 orang didapatkan 22 orang (20,75 %) yang didiagnosis sebagai depresi dan 84 orang (79,25 %) tidak memenuhi kriteria diagnostik menurut PPDGJ-III. Dari mereka yang didiagnosis sebagai depresi, 16 orang (72,73 %) didiagnosis sebagai episode depresi

ringan, dengan perincian untuk derajat asmanya sebagai berikut: ringan 6 orang (37,5 %), sedang 9 orang (56,25 %), dan berat 1 orang (6,25 %). Enam orang (27,27 %) didiagnosis sebagai episode depresi sedang, dengan perincian untuk derajat asmanya sebagai berikut: sedang 3 orang (50 %) dan berat 3 orang (50 %). Dan tidak ada penderita yang memenuhi kriteria episode depresi berat. Dengan uji kai kuadrat didapatkan p=0,004; atau bermakna, berarti ada hubungan antara diagnosis beratnya depresi berdasarkan PPDGJ-III dengan beratnya derajat serangan asma akut.

Tabel 9. Beratnya serangan asma (asma akut) dan derajat depresi berdasarkan PPDGJ-III.

Derajat asma	Depresi ringan	Depresi sedang	Depresi berat	Jumlah
Ringan	6	0	0	6
Sedang	9	3	0	12
Berat	1	3	0	4
Jumlah	16	6	0	22

uji kai kuadrat p=0,004

Terdapat perbedaan dengan uji kai kuadrat pada hubungan antara beratnya depresi dan beratnya serangan asma bronkial berdasarkan Zung Depression Self-rating Scale dan menurut diagnosis klinis depresi menurut PPDGJ-III.

Uji kai kuadrat terhadap skor ZDSS, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara skor depresi dan beratnya serangan asma. Hal ini sama dengan penelitian di swedia dimana tidak ditemukan adanya korelasi positif antara beratnya serangan asma

dengan beratnya depresi. [29]

Sebaliknya dengan uji kai kuadrat terhadap diagnosis klinis ternyata ada hubungan antara beratnya serangan asma dengan beratnya depresi. Penelitian lain terhadap 73 pasien asma yang berusia antara 17-75 tahun dengan menggunakan *Dellusions Symptoms States Inventory/States of Anxiety and Depression* (DSSI/sAD) didapatkan suatu hubungan yang bermakna antara beratnya asma dan simptom depresi.

Hasil penelitian yang berbeda-beda ini dapat terjadi karena berbedanya kriteria depresi, populasi, dan instrumen yang digunakan [12].

Kemungkinan lain diduga karena gejala-gejala depresi terlihat hanya sebagai manifestasi keluhan pasien. Di negara maju atau pada orang yang pendidikannya cukup tinggi keluhan utama gangguan mental emosional biasanya berupa perasaan tertekan, tak berguna, putus asa, rasa bersalah dan berdosa. Di negara berkembang atau pada pasien dengan pendidikan kurang, akan terjadi hal yang sebaliknya, dimana mereka lebih dulu mengemukakan keluhan somatik dan berusaha menutupi keluhan emosional. Kemungkinan lain adalah sulitnya menilai afek pada pasien dengan penyakit fisik, dimana mereka berusaha menutupinya padahal diagnosis depresi baru dapat ditegakkan bila ada gangguan afek [12,16].

Walaupun dari sampel terdapat diagnosis klinik depresi berdasarkan PPDGJ-III sebesar 20,75 %, namun ada 9 orang (40,9 %) yang skor depresinya < 50 (tidak ada depresi), tetapi didiagnosis sebagai depresi. Hal ini memperlihatkan bahwa ZDSS bukan merupakan alat untuk menegakkan diagnosis, tetapi hanya sebagai alat untuk menunjukkan adanya simptom depresi.

4.5. Hubungan lama sakit dan depresi.

Pada penelitian ini didapatkan lama sakit berkisar antara 0,5 tahun - 48 tahun , dengan rata-rata 12,89 tahun (SD±9,84). Dilakukan uji statistik korelasi Pearson untuk mengetahui apakah ada hubungan antara lama sakit dengan skor kecemasan, dan didapatkan r=-0,072; p=0,466. Dari hasil tersebut diketahui tak ada hubungan bermakna antara lama sakit dan skor cemas untuk $p > 0,05$.

Dari pengujian dengan t-test untuk mengetahui hubungan antara lama sakit dengan diagnosis gangguan cemas menyeluruh, ternyata tidak didapatkan adanya hubungan antara lama sakit dan diagnosis gangguan cemas menyeluruh (p=0,497).

Dengan cara yang sama juga diuji hubungan antara lama sakit dan skor depresi, dan didapatkan r=-0,001; p=0,993. Dari hasil tersebut diketahui tak ada hubungan bermakna antara lama sakit dengan skor depresi untuk $p > 0,05$.

Dari pengujian dengan t-test untuk mengetahui hubungan antara lama sakit dengan diagnosis depresi, ternyata tidak didapatkan adanya perbedaan hubungan yang bermakna antara lama sakit dengan diagnosis depresi (p=0,356).

Sakit yang lama diderita dapat merupakan stresor yang berkepanjangan, dan ini memungkinkan pula timbulnya suatu depresi. Teirama pada penelitiannya menemukan pasien asma bronkial yang lama sakitnya lebih dari 6 tahun mempunyai skala depresi yang tinggi dan penyesuaian sosial yang kurang. Dampak perjalanan asma yang kronis dan sering kambuh ini adalah penurunan produktivitas kerja. Pada kelompok pekerja ada kemungkinan bahwa tuntutan produktivitas kerja yang relatif lebih tinggi akan menimbulkan kecemasan yang lebih besar, disamping adanya kesulitan-kesulitan lain seperti kesulitan finansial dan kekhawatiran pemutusan hubungan kerja [12].

Penelitian kami tidak mendapatkan adanya hubungan antara lama sakit dengan kecemasan ataupun depresi. Kemungkinan hal ini disebabkan karena meskipun penyakitnya kronis bila jarang kambuh, tidak akan menyebabkan penurunan produktivitas kerja atau aktivitas sehari-hari, sehingga tidak menimbulkan kecemasan ataupun depresi yang lebih besar. Juga harus diketahuinya faktor-faktor pencetus lain, seperti alergen, ISPA, kelelahan fisik, iritan, makanan, dan cuaca.

Selain itu penelitian sebelumnya ada yang mengatakan angka kecemasan yang tinggi berhubungan dengan riwayat keluarga dengan gangguan psikiatrik [31].

Bab V. KESIMPULAN DAN SARAN.

5.1. Kesimpulan.

a. Hubungan kecemasan dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial berdasarkan Zung Anxiety Self-rating Scale dengan uji kai kuadrat didapatkan p=0,701 atau tidak bermakna, yang berarti tidak ada hubungan antara kecemasan dan beratnya serangan asma bronkial. Hubungan kecemasan dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial berdasarkan diagnosis klinis gangguan cemas menyeluruh (PPDGJ-III) dengan uji kai kuadrat didapatkan p=0,0001 atau bermakna, yang berarti ada hubungan antara kecemasan dan beratnya serangan asma bronkial.

b. Hubungan depresi dan derajat beratnya serangan pada penderita asma bronkial berdasarkan Zung Depression Self-rating Scale didapatkan p= 0,265, atau tidak bermakna, yang berarti tidak ada hubungan antara depresi dan beratnya serangan asma bronkial. Hubungan depresi dan beratnya serangan pada penderita asma bronkial berdasarkan diagnosis klinis PPDGJ-III didapatkan p=0,004 atau bermakna, yang berarti ada hubungan antara depresi dan beratnya serangan asma bronkial.

c. Hubungan lama sakit dengan kecemasan dan depresi.

Hubungan lama sakit dengan kecemasan baik berdasarkan Zung Anxiety Self-rating Scale maupun diagnosis klinis PPDGJ-III tidak bermakna (p=0,466 dan p= 0,497), yang berarti tidak didapatkan adanya hubungan antara lama sakit dengan

kecemasan. Hubungan lama sakit dengan depresi berdasarkan *Zung Depression Self-rating Scale* maupun diagnosis klinis PPDGJ-III tidak bermakna (p=0,993 dan p=0,356), yang berarti tidak didapatkan adanya hubungan antara lama sakit dengan depresi.

5.2. Saran.

a. Untuk penderita asma bronkial perlu diberikan pengetahuan mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memperberat derajat serangan asma dan seringnya frekuensi kekambuhan, terutama faktor stres psikik. Di Indonesia orang tidak biasa mengkaitkan faktor stres psikik dengan penyakit fisik, kecuali bila hal tersebut sudah mengakibatkan gangguan yang berat.

b. Pada penelitian lebih lanjut, untuk dapat menggambarkan faktor-faktor pencetus secara keseluruhan, perlu diperhitungkannya faktor-faktor pencetus secara keseluruhan, baik faktor pencetus fisik dan psikik (misalnya kepribadian, perilaku kesehatan yang maladaptif, kultural, religius dan faktor interpersonal yang lain); menggunakan jumlah sampel yang lebih besar serta disain penelitian yang lebih baik.

c. Untuk bagian penyakit dalam, supaya lebih ditingkatkan kegiatan *consultation liason* terhadap penderita asma bronkial yang makin sering kambuh dan beratnya derajat serangan asma akutnya semakin berat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rahmatullah P. Buku ajar ilmu penyakit paru (pulmonologi) buku ke 2. Bagian Penyakit Dalam FK UNDIP, Semarang 1997.
2. Sukatman D, Budhihalim S : Aspek psikosomatik gangguan pernafasan. Dalam buku Penyakit Dalam FKUI, 1987.
3. Pola Penyakit Interna di IRDA RSUP Dr. Kariadi pada bulan Januari sampai de-ngan Desember 1997. Catatan medik IRDA RSUP Dr. Kariadi , 1997
4. Nur Azis. Tatalaksana Asma Mandiri. Ceramah kesehatan populer; Stop Asma, Nafas Segar 1997: 11-34.
5. Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa ed. III. Jakarta. Direktorat Kesehatan Jiwa, Dirjen Yanmed Departemen Kesehatan RI, 1993.
6. Kaliner M., Eggleston PA. Rhinitis and asthma. Jama 1987; 258: 2851-73.
7. Kolb LC, Brodie HK. Psychologi factor affecting physical condition. In Modern clinical psychiatry 10th ed. Philadelphia. WB Saunders Co. 1982, 587-92.
8. Wingate BJ, Hansen - Flaschen J. Abstract Anxiety and depression in advanced lung disease. Chest 1997; 18 (3): 495-505
9. Yellowlees PM, Kalucy RS. Psychobiological aspect of asthma and the consequent research implication. Chest 1990; 97: 628 - 34.
10. Christer J, Eythor B., Jerker H. and Gunnar B. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. Am. J. Resp. Crit. Care Med. 1994; 149: 930-4.
11. Bratawijaya K. Asma bronkial. Dalam buku Ilmu Penyakit Dalam FKUI, 1987: 21-39.

12. Viora E. Hubungan antara stresor psikososial dan depresi dengan asma bronkial. Fakultas kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta 1995.

13. Vachon I. Respiratory disorders. In Kaplan HI, Comprehensive textbook of psychatry 5 th ed. Baltimore, Wilkins & Wilkins 1989, 1501-1514.

14. Soudemire A, Mc Daniel J.S. History, classification, and current trends in psychosomatic medicine. In Kaplan HI, Sadock BJ. Eds. Comprehensive textbook of psychiatry 6th ed. Baltimore: William & Wilkins 1995: 1463-72.

15. Jan Prasetyo. Aspek psikiatrik pada asma bronkial. Jiwa 1994; 3: 57-67.

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders 3rd ed. (revission) 1987. Washington DC: American Psychiatric Association.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorder 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1994: 675-8.

18. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1994: 752-71.

19. Wuryaning H, Marlina S, Manase L. Profil kepribadian pasien asma bronkial. Jiwa 1995; 28(4): 57-64.

20. Rusdi Maslim. Tuntunan praktis diagnosis dan terapi sindroma cemas. Seri psikiatri klinik praktis No. 1, Jakarta 1991.

21. Dales RE, Spitzer WO, Schechter MT, Suissa S. The influence of psychological status on respiratory symptomms reporting. Am Rev Respir Dis. 1989; 139: 1459-63.

22. Rusdi Maslim. Tuntunan praktis diagnosis dan terapi sindrom depresi. Jakarta, 1992.

23. Kromidas G, Angelopoulus NV, Mitsios A. Anxiety and depression in patients with bronchial asthma. *Abstract* of the XI World Congress of Psychiatry. Hamburg August 6-11, 1999. Ed. Lopez J, Sartorius N, Gaebel W, Haasen C, vol. II: 99.

24. Wicaksana I. Concurent validity and reliability test of Zung Self-rating Anxiety Scale on Generalized Anxiety Disorder of Guideline Diagnosis of Mental Disorders-III in Indonesia (PPDGJ-III). In Proceeding of the 5th Asean Federation for Psychiatry and Mental Health Congress 9th Asean forum on child and adolescent psychiatry 3rd biennial meeting on the Indonesian Psychiatric Association vol. 2. Bandung 1996.

25. Zung WK. Depression Self-rating Scale. In measures for clinical practice ed. By Corcoran K, Fischer J, Macmillan Canada 1987: 302-3.

26. Masdani Y. Menghadapi usia lanjut dilihat dari segi psikologis. Jiwa 1989; 2:63-70.

27. Malawat NAF. Citra diri pada wanita usia lanjut yang mendapat santunan home care. Jiwa 1984 th XVIII: 3

28. Semarang dalam angka. Biro Pusat Statistik Kotamadya Dati II Semarang, 1998.

29. Janson C, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149:930-4.

30. Wamboldt MW, Weintraub P, Krafchick D, Wamboldt FS. Psychiatric family history in adolescents with severe asthma. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996 ; 35(8): 1042-9.

31. Bussing R, Burket RC, kelleher ET. Prevalence of anxiety disorders in clinic-based sample of pediatric asthma patients. Psychosomatics 1996;37:108-15.

LAMPIRAN

Kuesioner penelitian asma bronkial

1. Nama : .....
2. Jenis kelamin : .....
3. Umur : .....
4. Pendidikan : .....
5. Pekerjaan : .....
6. Status perkawinan : .....
7. Alamat : .....
8. Sudah berapa lama menderita asma : ..... tahun
9. Apakah ada riwayat turunan asma (genetik) ?
10. Tinggi badan : ..... cm
11. Berat badan : ..... kg
12. Hasil peniupan peak flow meter : I. .... II. ..... III. .....

(setelah terapi)

SURAT PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN ASMA

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hal-hal yang dapat dianjurkan untuk mengurangi atau menghindari serangan asma pada masing-masing penderita asma.

Penelitian ini berupa wawancara dan pemeriksaan yang diperlukan tanpa dipungut biaya.

Yang bertanda-tangan dibawah ini, saya :

Nama : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia dan menyetujui untuk mengikuti penelitian ini, dan sanggup menjalankan prosedur yang diperlukan untuk pelaksanaannya.

Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yang menyetujui/peserta,

(.....)

KUESIONER ZUNG DEPRESSION SELF-RATING SCALE

PILIHLAH SALAH SATU JAWABAN DIBAWAH INI YANG PALING SESUAI DENGAN DIRI ANDA

1. Tidak pernah sama sekali
2. Kadang-kadang saja mengalami hal yang demikian
3. Sering mengalami hal yang demikian
4. Selalu mengalami hal yang demikian setiap hari

1. Saya merasa putus asa, murung dan sedih	1 2 3 4
2. Saya merasa lebih enak pada pagi hari	1 2 3 4
3. Saya ingin menangis atau mempunyai perasaan seperti itu	1 2 3 4
4. Saya kesulitan tidur sepanjang malam	1 2 3 4
5. Saya makan sebanyak yang saya inginkan	1 2 3 4
6. Saya dapat menikmati melihat, atau berbicara dengan wanita atau pria yang menarik	1 2 3 4
7. Saya kehilangan berat badan saya	1 2 3 4
8. Saya mengalami kesulitan buang air besar	1 2 3 4
9. Jantung saya berdenyut lebih cepat dari biasa	1 2 3 4
10. Saya merasa capai tanpa alasan tertentu	1 2 3 4
11. Pikiran saya jernih	1 2 3 4
12. Saya mudah mengerjakan apa yang ingin saya kerjakan	1 2 3 4

13. Saya merasa gelisah dan tidak bisa tenang	1 2 3 4
14. Saya penuh harapan akan masa depan	1 2 3 4
15. Saya merasa lebih mudah tersinggung daripada biasa	1 2 3 4
16. Saya mudah membuat keputusan	1 2 3 4
17. Saya merasa berguna dan dibutuhkan	1 2 3 4
18. Hidup saya sangat indah	1 2 3 4
19. Saya merasa bahwa orang lain akan lebih senang jika saya mati	1 2 3 4
20. Saya menikmati apa yang saya kerjakan	1 2 3 4

KUESIONER ZUNG ANXIETY SELF-RATING SCALE.

PILIHLAH SALAH SATU JAWABAN DIBAWAH INI YANG PALING SESUAI DENGAN DIRI ANDA

0. Tidak pernah sama sekali
1. Kadang-kadang saja mengalami hal yang demikian
2. Sering mengalami hal yang demikian
3. Selalu mengalami hal yang demikian setiap hari

1. Saya merasa lebih gelisah dan cemas daripada biasanya	0 1 2 3
2. Saya merasa cemas tanpa alasan tertentu	0 1 2 3
3. saya mudah kaget atau merasa panik	0 1 2 3
4. Saya merasa berantakan dan hancur lebur	0 1 2 3

5. Saya merasa semua hal berjalan dengan baik dan tidak ada sesuatu apapun yang jelek yang akan terjadi 0 1 2 3

6. Lengan dan tungkai saya gemetar dan menggigil 0 1 2 3

7. Saya merasa terganggu dengan rasa sakit pada kepala, bahu, punggung 0 1 2 3

8. Saya merasa lemah dan mudah capai 0 1 2 3

9. Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah 0 1 2 3

10. Saya merasakan jantung saya berdetak dengan cepat 0 1 2 3

11. Saya terganggu oleh serangan pusing 0 1 2 3

12. Saya merasa akan pingsan atau perasaan semacam itu 0 1 2 3

13. Saya dapat menarik dan mengeluarkan nafas dengan mudah 0 1 2 3

14. Saya merasa mati rasa dan kesemutan pada jari-jari tangan & kaki 0 1 2 3

15. Saya terganggu dengan rasa sakit pada lambung atau salah cerna 0 1 2 3

16. Saya sering sekali kencing 0 1 2 3

17. Tangan saya biasanya kering dan hangat 0 1 2 3

18. Muka saya sering memerah dan terasa panas 0 1 2 3

19. Saya mudah tidur dan dapat beristirahat dengan baik 0 1 2 3

20. Saya bermimpi buruk 0 1 2 3