

614.8524

ACH

u

4



**KECEMASAN PADA PENDERITA REAKSI LEPRA
DI POLIKLINIK RAWAT JALAN
RS.TUGUREJO SEMARANG**

Oleh

Luana Achmad

Pembimbing :

dr. Gunawan Laksana, Sp.KJ
dr. Khunadi Hubaya, Sp.KK
dr. R. Sri Djoko Susanto, Sp.KK (K)

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS (PPDS-1)
BAGIAN PSIKIATRI FK UNDIP / RS Dr.KARIADI
SEMARANG**

2004

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : HUBUNGAN ANTARA CEMAS DENGAN JENIS REAKSI LEpra
Ruang Lingkup : Ilmu Psikiatri dan Ilmu Penyakit Kulit-Kelamin
Nama Peneliti : dr. Luana Achmad
Bagian : Psikiatri
Pembimbing : dr. Gunawan Laksana, Sp.KJ
dr. Khunadi Hubaya, Sp.KK
dr. R. Djoko Susanto, Sp.KK (K)

Semarang, November 2004

Peneliti,

dr. Luana Achmad

Disetujui oleh:

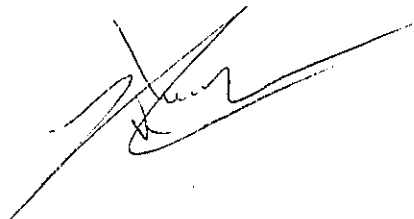
Ketua Program Studi PPDS I
Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran UNDIP



dr. Ismed Yusuf, Sp.KJ

NIP.130 529 445

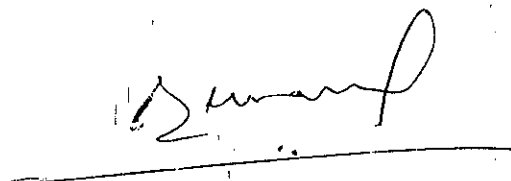
Pembimbing



dr. Khunadi Hubaya, Sp.KK

NIP. 140 098 890

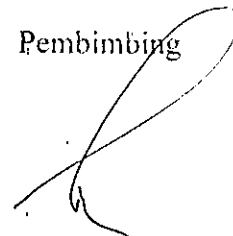
Pembimbing



dr. Gunawan Laksana, Sp.KJ

NIP.

Pembimbing



dr. R. Djoko Susanto, Sp.KK (K)

NIP. 140 093 317

Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa

Hasil penelitian ini merupakan milik
Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Dr.Kariadi

Telah diajukan dan disetujui
Semarang, November 2004

Ketua Bagian Psikiatri
Fakutas Kedokteran UNDIP



Dr. Anggraini Noviasuti, Sp.KJ

NIP. 131 610 343

Ketua Program Studi PPDS I
Fakultas Kedokteran UNDIP

Dr. Ismed Yusuf, Sp.KJ

NIP.130 529 445

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadapan Tuhan Yang Maha Kasih, karena perkenan dan kuasanya, kami dapat menyelesaikan tulisan ini sebagai karya akhir dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa UNDIP, RS Dr.Kariadi

Sehubungan dengan selesainya karya akhir ini, perkenankanlah kami dengan tulus hati menyampaikan rasa terima dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. dr. Ismed Yusuf, Sp.KJ sebagai Kepala SMF merangkap Ketua Program Studi Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit dr.Kariadi Semarang yang telah memberikan kesempatan dan membimbing kami selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa.
2. dr. Anggraini Noviasuti, Sp.KJ sebagai Ketua Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit dr.Kariadi Semarang yang telah membimbing dan mengarahkan kami selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa.
3. dr. MS Hartono, Sp.KJ, dr. Achmad Alaydrus, Sp.KJ, dan dr. Alifiati Fitrikasari, Sp.KJ sebagai staf pengajar Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa yang memberikan bimbingan selama kami mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa.
4. dr. Gunawan Laksmiana, Sp.KJ, dr. Khunadi Hubaya, Sp.KK, dan dr. R. Sri Djoko Susanto, Sp.KK (K) yang telah membimbing kami dengan sabar dan meluangkan waktu hingga terselesaikannya program pendidikan ini.
5. DR. dr. Hertanto W Subagio, MS, dan dr. Niken Puruhita, MS, Sp.GK yang telah membantu dalam memberikan bimbingan mengenai metodologi dan analisis data tesis ini.
6. Direktur RSJD dr.Amino Gondohutomo Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada kami selama pendidikan Program Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Reaksi Lepra	5
2.2 Faktor-faktor Pencetus	7
2.3 Hubungan antara Kecemasan dengan Reaksi Lepra	13
2.4 Kerangka Teori.....	19

2.5	Kerangka Konsep	19
2.6	Hipotesis.....	19
2.7	Variabel dan Definisi Operasional Variabel	20
BAB III. METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian	21
3.2	Ruang Lingkup Penelitian.....	21
3.3	Populasi dan Sampel	21
3.4	Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	22
3.5	Besar Sampel	22
3.6	Cara Pengumpulan Data.....	22
3.7	Instrumen yang Digunakan.....	23
3.8	Analisis Data.....	24
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN		25
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN		30
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

1. Distribusi Jenis Kelamin	26
2. Distribusi Pendidikan Terakhir	27
3. Distribusi Pekerjaan	28
4. Distribusi Status Pernikahan	28
5. Karakteristik Sampel	29
6. Frekuensi Skor	29
7. Hubungan antara Cemas dengan Tipe Reaksi Lepra	30
8. Nilai Rerata Skor ZSAS	30

DAFTAR GAMBAR

1. Obat dan Dosis Rejimen MDT-PB.....	9
2. Obat dan Dosis Rejimen MDT-MB.....	10
3. Reaksi Tipe 1.....	16
4. Reaksi Tipe 2.....	17
5. Pengaruh Cemas pada Sistem Immun.....	19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Zung Self-rating Anxiety Scale</i> (ZSAS)	35
Lampiran 2. Foto Pelaksanaan Penelitian.....	36
Lampiran 3. Hasil Uji Statistik	37

**KECEMASAN PADA PENDERITA REAKSI LEpra
DI POLIKLINIK RAWAT JALAN
RS.TUGUREJO SEMARANG**

Luana Achmad, Gunawan Laksmiana, Khunadi Hubaya, R.Sri Djoko Susanto

Abstrak

Latar belakang : Cemas merupakan respon terhadap afek yang tidak menyenangkan. Berbagai faktor berpengaruh terhadap timbulnya cemas, yaitu faktor psikologis, biologis, dan sosial. Pada akhirnya cemas tersebut akan bermanifestasi sebagai gangguan fisik dan psikis. Salah satu penyakit fisik yang dapat diakibatkan oleh kecemasan adalah reaksi lepra yang diderita oleh sebagian besar penderita penyakit lepra.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proporsi antara cemas dengan jenis reaksi lepra.

Metoda : Sebanyak 60 subyek memenuhi kriteria inklusi, yaitu: telah didiagnosis menderita reaksi lepra, bersedia menjadi responden, tidak menderita penyakit fisik lainnya, serta tidak menderita gangguan jiwa berat / psikotik. Para subjek dinilai skor cemasnya dengan menggunakan *Zung Anxiety Self Rating Scale (ZSAS)*, apabila skornya ≥ 23 cemas kalau < 23 tidak cemas kemudian ditentukan jenis reaksinya.

Hasil : Didapatkan rerata skor cemas $19,3 \pm 9,79$. Sebanyak 32 subyek (53,3%) mengalami cemas. Penderita reaksi lepra tipe 1 yang cemas ada sebanyak 8 (25%) orang, sedangkan penderita reaksi lepra tipe 2 yang cemas ada sebanyak 24 (75%) orang. Hasil uji statistik non parametrik Chi-square didapatkan hubungan bermakna antara cemas dengan jenis reaksi lepra dengan Chi Square hitung dan *p* berturut-turut: 17,14 dan 0,000.

Kesimpulan : Terdapat perbedaan yang bermakna antara skor cemas dengan jenis reaksi lepra.

Kata kunci: cemas, jenis reaksi lepra

ANXIETY ON LEPROSY REACTIONS AT THE OUTPATIENTS UNIT OF TUGUREJO HOSPITAL SEMARANG

Luana Achmad, Gunawan Laksmana, Khunadi Hubaya, R.Djoko Susanto

ABSTRACT

Background : Anxiety is a respon towards unpleasant mood. Many factors influence the occurrence of anxiety, i.e: psychological, biological, and psychosocial stress. At the end, this anxiety will manifest as psyhical and mental illness. One of physical illness that is caused by anxiety is leprosy reaction, a common problem among leprosy patients.

Objectives : The aim of this study is to investigate the proportion between anxiety and the type of reactions in leprosy.

Methods : Sixty patients fulfilled the inclusive criteria : were diagnosed leprosy reaction, agreed to be a respondent, had no other physical illness, and not a psychopath. Subjects' anxiety scores were evaluated by Zung Anxiety Self Rating Scale (ZSAS), and subsequently defined their type of reactions.

Results : The mean of anxiety score was $19,3 \pm 9,79$. Thirty-two subjects (53,3%) had anxiety. Eight (25%) patients of type I reaction experienced anxiety., while 24 (75%) patients of type II reaction experienced anxiety. Chi-square non parametric test showed a significant correlation between anxiety and the type of leprosy reaction with Chi-square count and $p : 17,14$ and $0,000$, respectively.

Conclusions : There was a significant differentiation between anxiety score and type of reactions in leprosy.

Keywords : anxiety, leprosy reactions type

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cemas adalah suatu pengalaman manusiawi yang universal, respon emosional (afek) yang tidak menyenangkan dan penuh kekhawatiran. Cemas dapat pula merupakan reaksi antisipasi, rasa takut yang tidak terekspresikan dan tidak terarah yang disebabkan oleh suatu sumber ancaman atau pikiran tentang sesuatu yang akan datang, tidak jelas dan tidak teridentifikasi.¹

Berbagai faktor berpengaruh terhadap timbulnya cemas, yaitu faktor psikologis, biologis, dan sosial. Pada akhirnya cemas tersebut akan bermanifestasi sebagai gangguan fisik dan psikis. Salah satu penyakit fisik yang dapat diakibatkan oleh kecemasan adalah reaksi lepra yang diderita oleh sebagian besar penderita penyakit lepra.^{1,2,3}

Tujuan jangka menengah Program Pemberantasan Penyakit Lepra untuk menurunkan angka kesakitan menjadi kurang dari 1 per 10.000 penduduk pada tahun 2000 merupakan tantangan berat mengingat banyaknya kendala pada pelaksanaannya. Salah satu kendala yang masih perlu mendapat perhatian adalah penanggulangan reaksi lepra.⁴

Reaksi lepra merupakan suatu episode hipersensitivitas akut terhadap antigen *M.leprae* karena adanya gangguan keseimbangan imunologi. Reaksi ini secara garis besar ada 2 macam, yaitu Reaksi Tipe 1 (Reaksi Reversal) dan Reaksi Tipe 2 (Reaksi Eritema Nodosum Leprosum).

Reaksi Tipe 1 merupakan reaksi hipersensitivitas tipe IV dari Coombs dan Gell. Antigen berasal dari produk kuman yang telah mati dan bereaksi dengan limfosit T yang akan menyebabkan peningkatan atau penurunan imunitas seluler. Reaksi ini sering dijumpai pada penderita lepra tipe BT (*Borderline Tuberculoid*), BB (*Borderline Borderline*), dan kadang-kadang pada lepra tipe BL (*Borderline Lepromatous*). Reaksi Reversal ini diakibatkan oleh imunitas yang tidak stabil dan dapat dipercepat oleh suatu keadaan seperti: infeksi, faktor nutrisi, hormonal, kehamilan, persalinan, dan stres fisik/mental.

Sedangkan Reaksi Tipe 2 adalah suatu reaksi humoral yang merupakan manifestasi dari sindroma kompleks imun (reaksi antigen-antibodi) yang mengikutsertakan komplemen. Reaksi ini merupakan reaksi hipersensitivitas tipe III dari Coombs dan Gell yang timbul akibat adanya respon antibodi humoral. Keadaan ini sering terjadi pada tipe LL (*Lepra Lepromatous*), dan hanya kadang-kadang tampak pada tipe BL. Adapun faktor pencetusnya adalah infeksi kambuhan, luka, operasi, stres fisik/mental, imunisasi, kehamilan, persalinan, dan setelah mendapat obat-obatan anti lepra.^{2,3,4,5,6,7,8,9}

Meskipun gambaran klinis, bakteriologis, histopatologis, maupun faktor pencetus reaksi lepra sudah diketahui jelas, namun penyebab pasti masih belum diketahui. Oleh karena itu pada pasien dengan reaksi kronik, penting untuk menghilangkan stres/kecemasan serta mencari infeksi lain seperti parasit intestinal, penyakit venereal, atau penyakit lainnya. Apabila masalah ini teratasi, reaksi seringkali mengalami perbaikan, dan dosis obat anti-reaksi dapat dikurangi. Beberapa

pasien mengalami perbaikan tanpa mengganti obat mereka apabila dirawat di rumah sakit selama beberapa hari.³

Oleh beberapa penulis, reaksi lepra ini dianggap kelaziman dalam perjalanan penyakit lepra. Pada keadaan tertentu reaksi tersebut dapat berlangsung serius sehingga dikategorikan sebagai komplikasi. Tidak jarang komplikasi ini merambah dan merusak organ lain dalam tubuh bahkan dapat mengakibatkan kecacatan yang mendadak, sehingga memaksa implementasi *Multi Drug Therapy* (MDT) harus ditangguhkan.⁴

Buruknya kondisi fisik penderita lepra menyebabkan stigma terhadap kondisi psikiatris mereka di masyarakat sama beratnya. Akibatnya para penderita ini sering dilupakan dan direndahkan martabatnya yang pada akhirnya menimbulkan kecemasan saat didiagnosis menderita lepra.^{5,10,11,12,13}

Dalam penelitian ini ingin diketahui hubungan antara cemas dengan timbulnya jenis reaksi lepra. Berbagai keadaan cemas yang berkaitan dengan penyakit lepra seperti perasaan rendah diri, dikucilkan, kemungkinan besar berpengaruh terhadap timbulnya reaksi lepra pasca pengobatan. Diharapkan melalui penelitian ini paramedis yang menangani penderita lepra dapat memperingan komplikasi yang diakibatkan oleh penyakit ini, salah satunya dengan mengurangi kecemasan penderita.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah diungkapkan di atas, maka ditetapkan perumusan masalah: Bagaimanakah proporsi kecemasan pada penderita reaksi lepra ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui proporsi kecemasan pada penderita reaksi lepra.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui proporsi penderita reaksi lepra yang tidak mengalami cemas
2. Mengetahui proporsi penderita reaksi lepra tipe 1 yang mengalami cemas
3. Mengetahui proporsi penderita reaksi lepra tipe 2 yang mengalami cemas
4. Mengetahui jenis reaksi lepra terbanyak yang diakibatkan oleh cemas

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Segi Ilmiah

- a. Dapat digunakan sebagai penelitian awal untuk melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut
- b. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan perlunya suatu konsultasi *Liaison* psikiatri.

1.4.2 Segi Praktis

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan pada penderita lepra dapat dilakukan intervensi psikiatrik untuk mengurangi beratnya serangan lepra dan frekuensi serangan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Reaksi Lepra

2.1.1 Definisi

Terminologi reaksi lepra digunakan untuk menggambarkan keadaan berbagai gejala dan tanda radang akut lesi pada penderita lepra yang dianggap sebagai kelaziman pada perjalanan penyakit atau bagian dari komplikasi penyakit lepra. Seluruh komplikasi penyakit lepra yang dimaksud meliputi: komplikasi jaringan akibat invasi masif *Mycobacterium leprae*, komplikasi akibat reaksi lepra, komplikasi akibat imunitas yang menurun, komplikasi akibat kerusakan saraf, komplikasi disebabkan resisten terhadap obat anti lepra^{4,6}

2.1.2 Distribusi

Dalam suatu laporan disebutkan bahwa frekuensi reaksi bermacam-macam tetapi pada umumnya mengindikasikan sekitar 25% sampai 50% akan mengalami reaksi selama penyakit mereka berlangsung. Penggunaan clofazimine dalam regimen *Multi Drug Therapy* (MDT) oleh WHO tampaknya menurunkan frekuensi reaksi Eritema Nodosum Leprosum (ENL) tetapi tidak pada Reaksi Reversal. Dalam suatu penelitian terjadinya ENL pada pasien yang diobati MDT adalah sebesar 5%. Akan tetapi pada suatu laporan penelitian di Los Angeles terhadap 32 orang dewasa yang mengalami serangan reaksi pertama kali ditemukan 22 orang (69%) memperlihatkan keadaan ENL.^{3,6,9}

2.1.3 Klasifikasi dan Reaksi

Ada dua tipe reaksi menurut hipersensitivitas yang menyebabkannya: (1) Reaksi lepra tipe 1 disebabkan oleh hipersensitivitas seluler, (2) Reaksi lepra tipe 2 disebabkan oleh hipersensitivitas humoral, dan (3) Fenomena Lucio atau reaksi kusta tipe 3, yang sebenarnya merupakan bentuk reaksi tipe 2 yang lebih berat.

Dari segi imunologis antara reaksi tipe 1 dan reaksi tipe 2 terdapat perbedaan yang pokok, dalam hal ini pada reaksi tipe 1 yang memegang peranan imunitas seluler (SIS), sedangkan pada reaksi tipe 2 yang memegang peranan imunitas humoral.

Reaksi tipe 1, atau disebut juga Reaksi Reversal, biasanya muncul hanya pada pasien dengan tipe lepra *borderline* menurut klasifikasi Jopling meliputi: *Borderline Tuberculoid* (BT) dan *Borderline Lepromatous* (BL). Reaksi reversal dianggap sebagai peningkatan akut (atau kenaikan) respon imun seluler terhadap *M.leprae*. Para pasien ini memiliki kadar antibodi yang relatif sedikit dan ditemukan jumlah bakteri yang sedikit pula. *M.leprae* pada penderita reaksi tipe 1 berjumlah relatif sedikit bila dibandingkan dengan pasien lepra tipe lepromatosa yang mengalami Eritema Nodosum Leprosum (ENL).

Tipe kedua reaksi lepra, atau disebut Eritema Nodosum Leprosum (ENL) muncul hanya pada pasien dengan *Borderline Lepromatous* (BL) atau pasien *Lepra Lepromatous* (LL). Berbeda dengan pasien BT, para pasien ini memiliki jumlah bakteri yang banyak sekali dan kadar antibodi yang tinggi terhadap *M.leprae*. Meskipun sistem imun seluler kemungkinan terlibat dalam memicu proses ini. Hasil yang paling utama adalah kompleks imun antigen-antibodi yang dibentuk dan

dideposit di dalam jaringan yang menghasilkan suatu respon radang akut di kulit, saraf, dan organ-organ lainnya. Penelitian-penelitian terbaru menunjukkan bahwa faktor Nekrosis Tumor Alfa (TNF) kemungkinan juga terlibat dalam ENL yang ditunjukkan dengan meningkatnya TNF yang bersirkulasi yang ditemukan selama reaksi, diikuti dengan penurunan kadar TNF bersamaan dengan hilangnya reaksi.²⁻⁹

2.2 Faktor-faktor Pencetus

Alasan terjadinya perubahan akut pada sistem imun pasien dengan reaksi lepra masih belum jelas. Namun berdasarkan pengalaman reaksi dapat muncul secara spontan atau dipicu oleh pengobatan intensif, pembedahan, kehamilan / melahirkan, stres mental dan / atau fisik.

Hal ini tampaknya benar pada ENL. Oleh karena itu pasien dengan reaksi kronik, perlu dihilangkan stres mereka, lalu dicari infeksi lain seperti parasit intestinal, penyakit venereal, atau masalah lain. Jika masalah-masalah ini teratasi, reaksi seringkali mengalami perbaikan, dan dosis obat anti reaksi dapat dikurangi. Beberapa pasien akan mengalami perbaikan tanpa mengganti obat jika mereka dirawat di rumah sakit selama beberapa waktu.^{2,3}

2.2.1 Pengobatan Intensif

Multi Drug Therapy (MDT) merupakan pengobatan yang terpilih untuk lepra. Namun ternyata diketahui secara tidak langsung memiliki manfaat yang menguntungkan yaitu merubah pandangan orang mengenai penyakit lepra dan penatalaksanaannya. Dampak terbesar dari MDT ini adalah pendeknya masa penatalaksanaan, serta tingginya angka keberhasilan pengobatan. Lama

berlangsungnya penyakit ini terjadi merupakan faktor pendukung utama terhadap timbulnya masalah-masalah psikiatrik. Dengan dikenalkannya MDT maka pasien dapat memahami bahwa lepra dapat disembuhkan dalam waktu singkat, sehingga kemungkinan terjadi risiko reaksi lepra dan kekambuhan menjadi rendah. Hal ini dapat segera menenangkan pasien, khususnya apabila penyakit ini terdeteksi saat stadium awal. Dampak terhadap cepatnya masa pengobatan adalah bahwa pasien akan lebih cepat terbebas dari penyakit ini.

Di sisi lain, manusia merupakan satu-satunya sumber penyebaran penyakit lepra. Karena itu upaya mengisolasi para pasien lepra dilaporkan mampu menurunkan insidensi penyakit ini secara bermakna. Hal ini juga mendukung keberhasilan pengobatan dengan MDT. Namun sayangnya, pengisolasian para pasien lepra justru menimbulkan dampak terhadap psikososial penderita, seperti cemas dan depresi, sehingga seringkali terjadi kecacatan yang lebih hebat lagi pada pasien. Jika para pasien ini diberikan anjuran dan bantuan sehubungan dengan pekerjaan, maka sebagian besar kecacatan yang lebih hebat lagi akan dapat dicegah.

Pengenalan MDT tidak merubah terjadinya kecacatan pada penderita ini. Prevalensi lepra sejak tahun 1983 telah menurun tajam, namun prevalensi kecacatan masih konstan. Kecacatan yang dimaksudkan adalah timbulnya reaksi lepra, timbulnya lesi baru yang memburuk, paralisis otot, nervus yang menebal dan lembek, serta hambatan psikososial. Beberapa hal yang mempengaruhi ketidakberhasilan pengobatan MDT ini, antara lain: ketidakpatuhan minum obat dan program kontrol jangka panjang paska pengobatan yang masih kurang, serta akses ke pelayanan kesehatan yang cukup jauh.

Telah disebutkan bahwa penggunaan obat anti-lepra yang lebih sering meningkatkan insidensi reaksi. Kematian yang efektif dari *M.leprae* dapat mengakibatkan pelepasan antigen bakteri yang mana kemudian akan mengaktivasi baik itu respon imun seluler maupun humoral pada host. Penelitian lain mencatat bahwa pasien lepra pausibasiler yang diobati dengan dapson selama 6 bulan berikutnya setelah MDT mengalami reaksi yang lebih hebat dibandingkan dengan pasien kontrol yang hanya menerima MDT saja.

Gambar 1. Obat dan Dosis Rejimen MDT-PB⁴

OBAT	DEWASA		mg/bln	ANAK
	BB < 35 kg	BB > 35 kg		10 – 14 tahun
Rifampisin	450 mg/bln (diawasi)	600 (diawasi)	450 mg/bln (12-15 mg/kgBB/bln) (diawasi)	
Dapson swakelola	50 mg/hari (1-2 mg/kg BB/hari)	100 mg/hari		50 mg/hari (1-2 mg/kgBB/hari)

Gambar 2. Obat dan Dosis Rejimen MDT-MB⁴

OBAT	DEWASA		mg/bln	ANAK
	BB < 35 kg	BB > 35 kg		10 – 14 tahun
Rifampisin	450 mg/bln (diawasi)	600 (diawasi)	450 mg/bln (12-15 mg/kgBB/bln) (diawasi)	
Klofazimin	300 mg/bln diawasi dan diteruskan 50 mg/hari swakelola			200 mg/bln diawasi dan diteruskan 50 mg selang sehari
Dapson swakelola	50 mg/hari (1-2 mg/kg BB/hari)	100 mg/hari		50 mg/hari (1-2 mg/kgBB/hari)

Meskipun pada kenyataannya pengobatan dengan dapson post-MDT dapat memicu reaksi tipe 1; namun hal ini masih diperdebatkan. Teori yang menyebutkan

bahwa obat-obat anti lepra saat ini dapat menyebabkan reaksi tidak dapat menjelaskan mengapa reaksi muncul pada pasien yang tidak menerima kemoterapi apapun.¹⁰

2.2.2 Pembedahan

Pembedahan seringkali menjadi penatalaksanaan terpilih untuk neuritis, yaitu salah satu komplikasi dari lepra. Paling sering terjadi di nervus ulnaris, dan jarang di nervus medianus, posterior tibia, dan peroneus. Indikasinya yang terutama adalah untuk mengurangi kerusakan lanjut neurologis ketimbang sebagai terapi medis yang adekuat, atau pada kasus-kasus dengan nyeri berkepanjangan, yang tidak dapat hilang dengan pengobatan konservatif. Meskipun prosedur ini dilakukan di beberapa pusat kesehatan dan dilaporkan bermanfaat pada beberapa pasien, namun masih sedikit informasi yang berhubungan dengan hasil jangka panjang dibandingkan dengan penatalaksanaan medika mentosa. Indikasi bedah saraf sendiri masih relatif jarang dan pembedahan sebaiknya dilakukan oleh orang yang berpengalaman dalam melakukan prosedur ini. Tindakan yang tidak sesuai prosedur bahkan dapat mengakibatkan kerusakan saraf lebih lanjut, yang mana justru berdampak terhadap timbulnya reaksi lepra, serta terhadap penderita sendiri dapat timbul kecemasan bila operasi tidak berhasil dengan baik.^{2,3}

2.2.3 Kehamilan

Telah diketahui dalam berbagai laporan bahwa ada hubungan sementara yang jelas terlihat antara parturitas dengan pembentukan reaksi tipe 1. Pada penelitian di Etiopia sebanyak 60% wanita post partum menderita reaksi tipe 1 dan sebagian besar wanita hamil menderita reaksi ENL. Kecenderungan ENL untuk

muncul selama kehamilan adalah karena immunitas seluler mengalami penurunan oleh unit fetoplasenta. Sedangkan reaksi reversal cenderung muncul pada masa postpartum saat immunitas humoral menghilang. Para pasien yang hamil dengan penyakit aktif sebaiknya diawasi dengan ketat sehingga segala tanda-tanda kerusakan fungsi neurologis dapat dideteksi lebih dini dan diobati dengan semestinya.

Pada wanita hamil yang mengalami infeksi apapun, termasuk lepra, memiliki kecemasan yang lebih dibandingkan wanita yang tidak hamil, yaitu kecemasan terhadap akibat yang timbul pada anak yang dikandung. Telah diketahui bahwa apabila pasien lepra hamil, maka janin yang dikandung akan terinfeksi seperti ibunya. Fungsi plasenta akan berkurang oleh karena lepra, dan retardasi pertumbuhan intrauterin seringkali muncul pada bayi dengan ibu yang menderita lepra tipe LL (Lepra Lepromatosa). Defek respiratorius adalah yang paling sering menjadi penyebab kematian neonatal yang terkait ibu menderita lepra.

Secara umum, reaksi yang terjadi selama masa kehamilan sebaiknya ditangani sama seperti pada pasien lainnya. Thalidomide tidak dapat digunakan. Prednison dapat digunakan selama masa kehamilan jika memungkinkan. Biasanya ada risiko pada penggunaan terapi steroid yang sama besarnya dengan pasien yang tidak hamil. Risiko-risiko ini harus dipertimbangkan dengan risiko kerusakan saraf yang serius dan kemungkinan kecacatan menetap yang dapat timbul jika penatalaksanaan tertunda. Clofazimin yang diberikan selama kehamilan diketahui tidak mengakibatkan penyakit apapun meskipun terjadi sedikit penggelapan warna kulit pada janin.^{2,3,5}

2.2.4 Stres Fisik/Mental

Konsekuensi psikologi dapat menjadi sama destruktifnya dengan deformitas fisik pada lepra, namun sampai saat ini masih belum terlihat jelas. Ketakutan yang dikaitkan dengan rendahnya keberhasilan setelah pengobatan jangka panjang (jika memungkinkan) dan tingginya angka reaksi dan kekambuhan, khususnya pada era terapi dapson, seringkali mengakibatkan keterlambatan melaporkan-diri, yang pada akhirnya, ikut mendukung bertahannya stigma yang melekat pada penyakit tersebut. Stigma ini sebagian besar berasal dari adanya fakta bahwa deformitas terjadi di daerah yang dapat dilihat oleh orang lain, khususnya di tangan, kaki, dan wajah. Bentuk tubuh dan persepsi-diri memainkan suatu peran penting dalam mempengaruhi kehidupan sosial seseorang yang berkaitan dengan relasi, keberhasilan pendidikan, dan mencari pekerjaan. Penampakan wajah, secara khusus, merupakan suatu aspek yang penting dari persepsi seseorang terhadap bentuk tubuh, dan kelainan bentuk wajah diketahui mengakibatkan psikopatologi yang signifikan, yang sering mengakibatkan hilangnya rasa percaya diri dan perasaan tidak utuh dalam diri pasien. Karena itu, tidaklah mengejutkan bahwa pasien lepra memiliki risiko yang sangat tinggi terhadap terjadinya masalah psikologis, khususnya kecemasan, rasa rendah diri, dan bahkan depresi berat. Masalah-masalah ini lebih lanjut diperberat oleh penolakan dari masyarakat. Bahkan hubungan dengan anggota keluarga dan kerabat dekat menjadi renggang akibat rasa takut tertular penyakit. Oleh karena hal-hal tersebut di atas, penderita lepra lebih cenderung tidak menikah, bercerai, dan/atau tuna wisma. Rasa takut terkena infeksi ini juga menyebabkan pencari kerja juga mengalami kesulitan. Sebagai konsekuensinya, penderita lepra,

meskipun mereka telah disembuhkan, sering terpaksa harus menerima pekerjaan buruh kasar. Para pasien ini cenderung lebih cepat mengalami hambatan yang lebih parah, yang mengakibatkan hilangnya pekerjaan. Jika para pasien ini diberikan nasihat yang semestinya dan bantuan pekerjaan, proporsi besar kecacatan dapat dicegah.

Laporan mengenai morbiditas psikiatri pada pasien lepra masih jarang dan sangat bervariasi sebab tidak ada suatu uji yang dapat menilai efek-efek psikologis penyakit ini. Dharmendra melaporkan bahwa 11% dari 494 pasien lepra di suatu institusi menderita berbagai gangguan psikiatri, dengan depresi sebagai yang paling sering terjadi. Dua penelitian komunitas di India melaporkan suatu morbiditas psikiatri sebesar 9,9% dan 6,3%. Penggunaan kuesioner Kepribadian Eysenck terhadap 100 pasien etnis China yang menderita lepra menunjukkan bahwa 84% mengalami gangguan psikologis, termasuk depresi, kecemasan, dan kemarahan. Lebih lanjut, 69% bahkan mempunyai keinginan untuk bunuh diri! Gangguan psikiatrik ini dikaitkan dengan jenis kelamin laki-laki, pendidikan rendah, lamanya penyakit, dan munculnya cacat fisik.^{10,11,12,13}

2.3 Hubungan antara Kecemasan dengan Reaksi Lepra

2.3.1 Makna dan Peran Cemas

Cemas adalah suatu fenomena psikologi yang kompleks, subjektif, 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

Pada penderita lepra yang mengalami kecemasan, maka *Cortico Releasing Hormon* akan merangsang sekresi glukokortikoid dan katekolamin sehingga mempengaruhi produksi sitokin. Glukokortikoid akan menghambat terbentuknya IL-12 yang dihasilkan oleh monosit. Selain itu, glukokortikoid juga menghambat terbentuknya Interferon Gamma (IFN-Gamma) dan IL-2. Maka akibatnya sel B juga terbatas pembentukannya. Karena itulah, pada reaksi lepra tipe 1 sedikit sekali dijumpai sel B dalam darah.^{2,3,4,8,9}

Gambar 3. Reaksi tipe 1



2.3.3 Reaksi Tipe 2

Mekanisme patogenesis ENL secara pasti masih belum jelas. Eritema nodosum diduga merupakan manifestasi pengendapan kompleks antigen antibodi pada pembuluh darah. Oleh karena suatu rangsangan, baik yang non spesifik seperti virus, stres, kehamilan, atau rangsangan yang lebih spesifik misalnya superinfeksi dengan penyakit tuberkulosis, terjadi infiltrasi sel Th2. Sel Th2 ini menghasilkan

berbagai sitokin, antara lain IL-4 yang menginduksi sel B menjadi sel plasma untuk kemudian memproduksi antibodi. Maka terbentuklah ikatan antigen *M.leprae* dengan antibodi tersebut di jaringan, disusul dengan aktivasi komplemen. Hal ini terlihat dengan penurunan C3 darah. Kompleks antigen antibodi juga ditemui dalam sirkulasi darah. Pada pengobatan, banyak basil kusta yang mati dan hancur, sehingga akan banyak pula antigen yang dilepaskan dan bereaksi dengan antibodi membentuk suatu kompleks imun yang terus beredar dalam sirkulasi darah yang akhirnya dapat tersangkut di dalam berbagai organ yang kemudian mengaktifkan sistem komplemen. Aktivasi komplemen membentuk bahan kemotaksis terhadap netrofil. Peristiwa inilah yang mendasari gambaran vaskulitis dan infiltrasi netrofil ke jaringan interstitial dermis, sebagaimana terlihat pada histopatologi ENL.^{2,3,4,6,8,9}

Gambar 4. Reaksi tipe 2



2.3.4 Pengaruh Cemas pada Sistem Imun

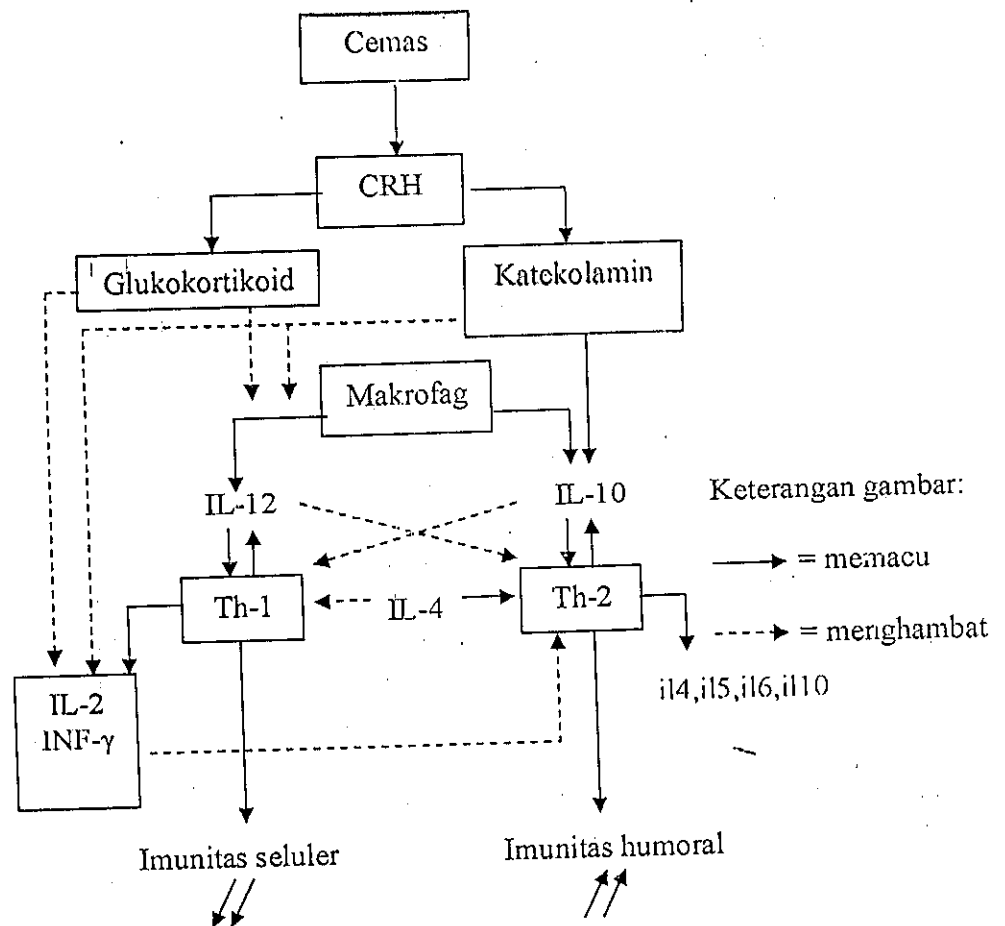
Pada penelitian klinis oleh Moon Jung Soon dkk (1984) di Korea Selatan, menunjukkan bahwa gejala cemas ditemukan lebih banyak secara signifikan pada pasien lepra dibandingkan dengan subjek normal. Gejala cemas yang ditunjukkan meliputi berkeringat, ketakutan, sering berkemih, gelisah, malaise, dan dispnea.²⁴

Apabila seseorang mengalami gejala cemas, maka CRH (*Cortico Releasing Hormon*) akan melepaskan hormon katekolamin dan glukokortikoid. Hormon katekolamin akan merangsang makrofag untuk memacu interleukin 10 (IL-10) sehingga meningkatkan pembentukan sel T helper 2 (Th-2). Dengan adanya interleukin 4 (IL-4) yang juga memacu pembentukan Th-2, maka immunitas humoral di dalam tubuh penderita akan meningkat pembentukannya, sehingga kadarnya lebih banyak dari immunitas seluler. Manifestasi pembentukan imunitas humoral pada penderita reaksi lepra adalah reaksi lepra tipe 2, Eritema Nodosum Leprosum (ENL).

Sementara itu hormon glukokortikoid akan menghambat makrofag untuk memacu pembentukan sel T helper 1, yang dipicu oleh IL-12, sehingga imunitas seluler yang terbentuk akan sedikit. IL-4 di dalam darah juga menghambat pembentukan Th-1 yang juga mengakibatkan supresi immunitas seluler. Manifestasi dari pembentukan imunitas seluler pada penderita reaksi lepra adalah reaksi lepra tipe 1, Reaksi Reversal.^{25,26,27}

Selain itu, penghambatan IL-2 dan INF- γ oleh hormon glukokortikoid mengakibatkan penghambatan pembentukan Th-2 berkurang, sehingga immunitas humoral akan berkembang lebih banyak.

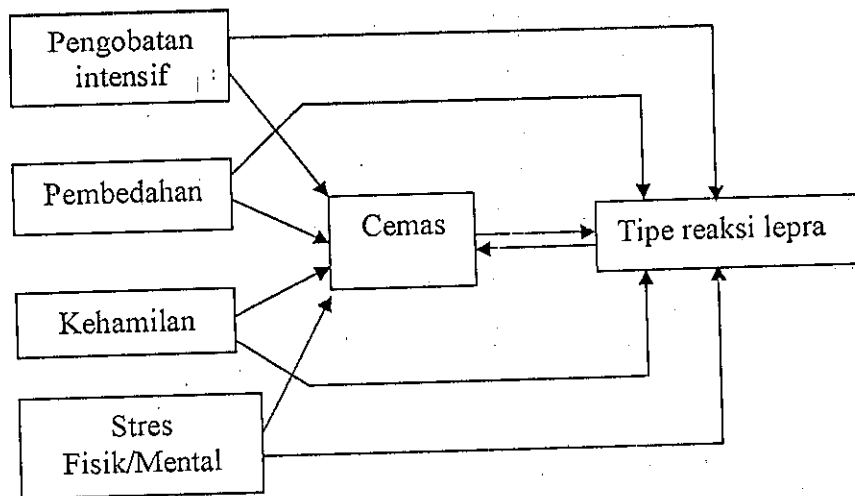
Untuk lebih jelasnya mengenai pengaruh cemas terhadap sistem imun dapat dilihat pada gambar 5.



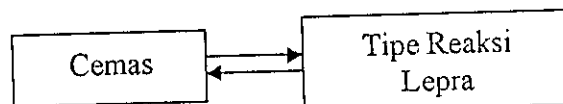
Gambar 5. Pengaruh cemas pada sistem imun (Liben, 1999)

Melalui bagan di atas dapatlah dipahami mengapa secara epidemiologi reaksi lepra tipe 2 lebih banyak diderita dibandingkan reaksi tipe 1, yaitu 69%, pada suatu penelitian di Los Angeles. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa pada penderita reaksi tipe 1 tidak mengalami kecemasan. Pada penderita reaksi tipe 1 status imun yang dimiliki lebih baik. Maka dari itu meskipun terjadi kecemasan, imunitas seluler yang dimiliki sudah cukup banyak, sehingga reaksi yang timbul tidak sehebat reaksi tipe 2.⁹

2.4 Kerangka Teori



2.5 Kerangka Konsep



2.6 Hipotesis

Kecemasan didapatkan pada penderita reaksi lepra.

2.7 Variabel dan Definisi Operasional Variabel

2.7.1 Variabel Bebas

Cemas : keadaan yang diukur dengan instrumen ZSAS. Jumlah nilai yang didapat diinterpretasi sesuai kriteria

Skala : Nominal

2.7.2 Variabel Tergantung

Jenis reaksi lepra : merupakan episode hipersensitivitas akut terhadap antigen *M. lepra* karena adanya gangguan keseimbangan imunologi.

Terdiri dari 2 macam, yaitu:

- Reaksi Tipe 1 (Reaksi Reversal)
Gejala klinis: lesi kulit eritematosa
 - Reaksi Tipe 2 (Reaksi Eritema Nodosum Leprosum)
Gejala klinis: lesi kulit berupa nodus
- Skala : Nominal

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik *cross sectional*.²⁸

3.2. RUANG LINGKUP PENELITIAN

3.2.1. Lingkup Wilayah

Wilayah penelitian ini dilakukan di Poli Khusus Rawat Jalan di Rumah Sakit Tugu Rejo Semarang.

3.2.2. Lingkup Waktu

Waktu penelitian selama 3 bulan (Oktober 2003 - Desember 2003)

3.2.3. Lingkup Ilmu

Bidang ilmu yang diteliti adalah Ilmu Psikiatri dan Ilmu Penyakit Kulit

3.3. POPULASI DAN SAMPEL

Populasi penelitian ini adalah para penderita reaksi lepra yang memeriksakan diri ke Poli Khusus Rawat Jalan Rumah Saki Tugu Rejo Semarang dan memenuhi kriteria inklusi serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian

3.4. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI

3.4.1. Kriteria Inklusi

- Telah didiagnosis menderita reaksi lepra
- Bersedia menjadi responden

3.4.2. Kriteria Eksklusi

- Menderita penyakit fisik lainnya
- Menderita gangguan jiwa berat / psikotik

3.5. BESAR SAMPEL

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus perbandingan dua sampel dengan ketentuan sebagai berikut:

Tingkat kemaknaan (*two-tailed test*) = 0,05

Power = 75 %

Perbandingan ukuran sampel (B:A) = 1

Proporsi pada populasi B = 0,3

Proporsi pada populasi A = 0,7

Dari perhitungan dengan menggunakan Program Peppi 2002, didapatkan jumlah sampel minimal 60.

3.6 CARA PENGUMPULAN DATA

1. Pasien lepra yang datang berobat ke poli khusus rawat jalan RS. Tugurejo Semarang
2. Setelah didiagnosis menderita reaksi lepra, pasien diminta persetujuannya secara lisan untuk mengisi kuesioner yang tersedia

3. Bila pasien bersedia ikut dalam penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka pasien akan dicatat nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, lama sakit, frekuensi serangan, jenis reaksi lepra
4. Pasien diminta untuk mengisi kuesioner *Zung Anxiety Self Rating Scale*, serta dilakukan pemeriksaan psikiatrik
5. Ditentukan jenis reaksi lepranya

3.7 INSTRUMEN YANG DIGUNAKAN

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 itu adalah gejala-gejala positif dan 15 lainnya berupa gejala negatif. Kemudian responden diminta untuk memilih 1 di antara keempat skala poin yang sesuai dengan dirinya. Skor terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 60. Perincian jawaban dan skor ZSAS adalah sebagai berikut:

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 kurang dari 23, berarti pasien tidak mengalami kecemasan. Bila skor lebih dari atau sama dengan 23 maka pasien mengalami kecemasan.

Inu Wicaksana pada tahun 1995 di Magelang telah mengadaptasi ZSAS yang dibuat oleh Zung pada tahun 1971 dan telah menguji kesahihan dan keterandalannya, dimana disimpulkan nilai batas pemisah 23/24 untuk tidak cemas dan cemas, dengan sensitivitas 93,5%, spesifisitas 96,67%, Yourden indeks 0,83; nilai ramal positif 96,5%, nilai ramal negatif 93,5%, dan efektivitas instrumen 95%.²⁹

3.8 ANALISIS DATA

Data yang terkumpul dikoding, ditabulasi, dan dimasukkan sebagai data komputer. Analisis data meliputi analisis diskriptif dan uji hipotesis menggunakan perangkat lunak SPSS PC versi 10.0.

Untuk mengetahui proporsi kecemasan pada penderita reaksi lepra dilakukan uji chi-square.³⁰

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik *cross sectional*.²⁸

3.2. RUANG LINGKUP PENELITIAN

3.2.1. Lingkup Wilayah

Wilayah penelitian ini dilakukan di Poli Khusus Rawat Jalan di Rumah Sakit Tugu Rejo Semarang.

3.2.2. Lingkup Waktu

Waktu penelitian selama 3 bulan (Oktober 2003 - Desember 2003)

3.2.3. Lingkup Ilmu

Bidang ilmu yang diteliti adalah Ilmu Psikiatri dan Ilmu Penyakit Kulit

3.3. POPULASI DAN SAMPEL

Populasi penelitian ini adalah para penderita reaksi lepra yang memeriksakan diri ke Poli Khusus Rawat Jalan Rumah Saki Tugu Rejo Semarang dan memenuhi kriteria inklusi serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian

3.4. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI

3.4.1. Kriteria Inklusi

- Telah didiagnosis menderita reaksi lepra
- Bersedia menjadi responden

3.4.2. Kriteria Eksklusi

- Menderita penyakit fisik lainnya
- Menderita gangguan jiwa berat / psikotik

3.5. BESAR SAMPEL

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus perbandingan dua sampel dengan ketentuan sebagai berikut:

Tingkat kemaknaan (*two-tailed test*) = 0,05

Power = 75 %

Perbandingan ukuran sampel (B:A) = 1

Proporsi pada populasi B = 0,3

Proporsi pada populasi A = 0,7

Dari perhitungan dengan menggunakan Program Peppi 2002, didapatkan jumlah sampel minimal 60.

3.6 CARA PENGUMPULAN DATA

1. Pasien lepra yang datang berobat ke poli khusus rawat jalan RS. Tugurejo Semarang
2. Setelah didiagnosis menderita reaksi lepra, pasien diminta persetujuannya secara lisan untuk mengisi kuesioner yang tersedia

3. Bila pasien bersedia ikut dalam penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka pasien akan dicatat nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, lama sakit, frekuensi serangan, jenis reaksi lepra
4. Pasien diminta untuk mengisi kuesioner *Zung Anxiety Self Rating Scale*, serta dilakukan pemeriksaan psikiatrik
5. Ditentukan jenis reaksi lepranya

3.7 INSTRUMEN YANG DIGUNAKAN

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 itu adalah gejala-gejala positif dan 15 lainnya berupa gejala negatif. Kemudian responden diminta untuk memilih 1 di antara keempat skala poin yang sesuai dengan dirinya. Skor terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 60. Perincian jawaban dan skor ZSAS adalah sebagai berikut:

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 kurang dari 23, berarti pasien tidak mengalami kecemasan. Bila skor lebih dari atau sama dengan 23 maka pasien mengalami kecemasan.

Inu Wicaksana pada tahun 1995 di Magelang telah mengadaptasi ZSAS yang dibuat oleh Zung pada tahun 1971 dan telah menguji kesahihan dan keterandalannya, dimana disimpulkan nilai batas pemisah 23/24 untuk tidak cemas dan cemas, dengan sensitivitas 93,5%, spesifisitas 96,67%, Yourden indeks 0,83; nilai ramal positif 96,5%, nilai ramal negatif 93,5%, dan efektivitas instrumen 95%.²⁹

3.8 ANALISIS DATA

Data yang terkumpul dikoding, ditabulasi, dan dimasukkan sebagai data komputer. Analisis data meliputi analisis diskriptif dan uji hipotesis menggunakan perangkat lunak SPSS PC versi 10.0.

Untuk mengetahui proporsi kecemasan pada penderita reaksi lepra dilakukan uji chi-square.³⁰

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari 60 subjek yang diteliti diketahui bahwa sebagian besar subjek adalah laki-laki, yaitu sebanyak 44 orang (73,3%) (Tabel 1). Kemungkinan besar penyebab lebih banyaknya pasien pria dibandingkan wanita sebagai penderita reaksi lepra adalah dikarenakan pria umumnya lebih sering berinteraksi di luar rumah, sehingga resiko untuk terpapar kuman *M.leprae* melalui traktus respiratorius, kulit, maupun traktus gastrointestinal juga lebih besar. Selain itu wanita pada umumnya malu untuk memeriksakan dirinya, oleh karena adanya komplikasi kecacatan yang diakibatkan oleh penyakit lepra ini.⁵

Tabel 1. Distribusi Jenis Kelamin Penderita

Jenis kelamin	n	%
Laki-laki	44	73,3
Perempuan	16	26,7
Total	60	100

Pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa distribusi tingkat pendidikan terakhir penderita yang terbanyak adalah SD, yaitu sebanyak 27 orang (45,0%), sedangkan yang paling sedikit adalah Perguruan Tinggi, sebanyak 3 orang (5,0%). Tingkat pendidikan seseorang berkaitan dengan pengetahuan dan kesadaran akan kesehatan diri dan lingkungan. Pada mereka yang berpendidikan rendah umumnya kurang memperhatikan kesehatan diri dan

lingkungannya. Akibatnya mereka mulai memeriksakan dirinya setelah penyakitnya sampai pada tahap yang lebih parah.⁵

Tabel 2. Distribusi Pendidikan Terakhir Penderita

Tingkat Pendidikan	n	%
Tidak Sekolah	5	8,3
SD	27	45,0
SLTP	13	21,7
SLTA	12	20,0
Perguruan Tinggi	3	5,0
Total	60	100

Data distribusi pekerjaan penderita (Tabel 3) menunjukkan bahwa penderita reaksi lepra sebagian besar bekerja sebagai buruh, yaitu sebanyak 36 orang (60,0%). Sedangkan yang paling sedikit adalah bekerja di perusahaan swasta, yaitu sebanyak 1 orang (1,7%). Buruh beresiko terhadap terjadinya reaksi lepra oleh karena stres fisik yang lebih besar dibandingkan pekerjaan lainnya. Selain itu para buruh ini baru memeriksakan diri jika telah mengalami hambatan dalam menjalani pekerjaan. Rendahnya pendapatan buruh menyebabkan mereka enggan untuk segera memeriksakan diri ke pusat pelayanan kesehatan.^{11,12}

Tabel 3. Distribusi Pekerjaan Penderita

Pekerjaan	n	%
PNS	3	5,0
Swasta	1	1,7
Wiraswasta	3	5,0
Buruh	36	60,0
Tidak bekerja	17	28,3
Total	60	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa penderita yang menikah lebih banyak daripada yang belum menikah, yaitu sebanyak 33 orang (55%). Dari beberapa penjelasan pasien yang telah menikah diketahui bahwa pada umumnya penyebab mereka mengalami reaksi lepra adalah karena mendahulukan kepentingan keluarga dibandingkan mengobati penyakitnya, sehingga pengobatan pada saat awal timbulnya lepra tidak dilakukan.⁵

Tabel 4. Distribusi Status Pernikahan

Status Pernikahan	n	%
Menikah	33	55,0
Belum Menikah	27	45,0
Total	60	100

Dari 60 subjek yang diteliti dan dianalisis, didapatkan rerata umur penderita saat pemeriksaan di poli khusus RS.Tugu Rejo Semarang adalah 31,92 tahun dengan simpang baku 10,938; sedangkan rerata lama sakit adalah 2,10 tahun dengan simpang baku 1,085. Rerata frekuensi serangan setiap tahunnya adalah 10,73 dengan simpang baku 6,969, sementara rerata skor cemas adalah 19,30 dengan simpang baku 9,790 (Tabel 5).

Tabel 5. Karakteristik Sampel

Karakteristik	Rerata	Std.Deviasi
Umur penderita (tahun)	31,9	10,94
Lama sakit (tahun)	2,1	1,09
Frekuensi serangan (kali/tahun)	10,7	6,97
Skor cemas	19,3	9,79

Pada Tabel 6 dapat diketahui bahwa sebagian besar penderita reaksi lepra mengalami cemas, yaitu sebanyak 32 orang (53,3%). Hal ini sesuai dengan penjelasan dalam tinjauan pustaka bahwa cemas merupakan salah satu faktor pencetus timbulnya reaksi lepra.^{2,3,11,12,13,24}

Tabel 6. Frekuensi Skor

Kejadian Cemas	n	%
Tidak cemas	28	46,7
Cemas	32	53,3
Total	60	100

Dari skor data penderita reaksi lepra tipe 1 menunjukkan bahwa 8 (25%) orang mengalami cemas dengan rerata ZSAS 25, sedangkan 22 orang tidak mengalami cemas (78,6%) dengan nilai rerata ZSAS 9. Sebanyak 24 (75%) penderita reaksi lepra tipe 2 mengalami cemas dengan nilai ZSAS 29, sedangkan 6 (21,4%) subyek yang tidak mengalami cemas memiliki rerata ZSAS 13. Masih adanya subjek yang tidak mengalami

cemas adalah karena mereka sudah beradaptasi dengan kondisinya. Namun secara keseluruhan terdapat perbedaan bermakna secara statistik antara cemas dan tidak cemas berdasarkan uji Chi-square dengan Chi Square hitung = 17,14, dan $p = 0,000$. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa cemas adalah salah satu pencetus reaksi lepra serta mempengaruhi jenis reaksi lepra yang timbul.^{6,24,26} ∴

Tabel 7. Perbedaan antara cemas dan tidak cemas dengan tipe reaksi lepra

	Cemas	Tidak Cemas
Reversal	8 (25,0%)	22 (78,6)
ENL	24 (75%)	6 (21,4)
Total	32 (100%)	28 (100%)
Chi square = 17,14 $p = 0,000$		

Tabel 8. Nilai Rerata ZSAS

		Rerata ZSAS
Tipe 1	Cemas	25
	Tidak cemas	9
Tipe 2	Cemas	29
	Tidak cemas	13

Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa cemas cenderung menimbulkan reaksi lepra tipe 2. Penelitian ini merupakan penelitian pertama yang mempelajari hubungan cemas dengan jenis reaksi lepra yang pernah dilakukan di Semarang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

- Terdapat perbedaan yang bermakna antara kecemasan dengan jenis reaksi lepra.
- Cemas cenderung menimbulkan reaksi lepra tipe 2.

5.2 SARAN

- 5.2.1 Pemeriksaan psikiatrik perlu dipertimbangkan bagi penderita lepra dan reaksi lepra agar tidak berlanjut menjadi reaksi lepra yang lebih berat.
- 5.2.2 Kepada penderita lepra perlu diberi pengetahuan mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memperberat timbulnya reaksi lepra.
- 5.2.3 Untuk bagian Kulit-Kelamin agar lebih meningkatkan kegiatan konsultasi terhadap penderita lepra dan reaksi lepra guna mengurangi seringnya frekuensi dan beratnya serangan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wicaksana I. Ansietas pada Wartawan Anggota PWI Cabang Yogyakarta: Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen Taylor Manifest Anxiety Scale, Penentuan Frekuensi Ansietas dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi serta Hubungannya dengan Motif Berprestasi. Diajukan sebagai makalah bebas dalam Kongres Nasional II IDAJI di Yogyakarta, 8 – 11 Juli 1992.
2. Mhasawade BC. Reaction in Leprosy. Available from : <http://www.americandermatologyctr.com>, 2003
3. Yoder LJ. Management of Reactions in Hansen's Disease. Available from : <http://uiowa.edu/~idis/wodsep98.htm>, 2003
4. Martodiharjo S, Susanto RSD. Reaksi Kusta dan Penanganannya. Dalam : Djuanda A, Menaldi SL ed. Kusta. Diagnosis dan Penatalaksanaannya. Jakarta. Penerbit FK UI, 1997 : 46-53
5. Shale MJH. Women with Leprosy. A woman with leprosy is in double jeopardy. *Lepr Rev* 2000; 71:5-17
6. Amiruddin MD. Eritema Nodosum Leprosum. Diajukan sebagai makalah bebas dalam Simposium dan Semiloka Peranan Immunodermatologi dalam Menghadapi Era Globalisasi di Bandung 3 – 4 Juli, 1998
7. Abulafia J, Vignale RA. Leprosy: pathogenesis updated. *International Journal of Dermatology* 1999; 38: 321-34
8. Kartini A. Immunopatogenesis Penyakit Lepra. Semarang. Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNDIP. 2004; 9-11
9. Jopling WH. Reaksi Lepra (Keadaan-keadaan Reaksi). Dalam: Jopling WH ed. *Handbook of Leprosy*. Ed 3. Untuk kalangan sendiri
10. Ladhani S. Leprosy disabilities: the impact of multidrug therapy (MDT). *International Journal of Dermatology* 1997; 36: 561-72
11. Scott J. The psychosocial needs of leprosy patients. *Lepr Rev* 2000; 71:486-91
12. Stigter DH, Geus L, Heynders ML. Leprosy: between acceptance and segregation. *Lepr Rev* 2000; 71:492-98

13. Richard MF, Gurung S. Stigma reduction through group counselling of persons affected by leprosy – a pilot study. *Lepr Rev* 2000; 71: 499-504
14. Haryanto E. Kecemasan dan depresi pada penderita asma bronkial. Semarang. Bagian Psikiatri FK UNDIP. 1999; 26-27
15. Muljohardjono H. Kecemasan dalam praktek sehari-hari. Dibacakan pada Simposium Kecemasan PNPNC Cab. Surabaya, 1981
16. Hardiman A. Stres dan upaya penanggulangannya. Dibacakan pada simposium stress di Semarang.
17. Prasetyo J. Ansietas sebagai suatu simtom klinik. *Jiwa – Majalah Psikiatri Indonesia* 1971; 1:43-55
18. Grainger C. Memahami Stress. Dalam : Granger C ed. *Stress Survival Guide*. Terjemahan : Himawan M. Jakarta. Penerbit Hipokrates, 1994 : 3-18
19. Mangindaan L. Manifestasi klinik dari stres. *Jiwa – Majalah Psikiatri Indonesia* 1999; 32:289-90
20. Asdie AH. Stres, kecemasan, dan penyakit psikosomatik. Diajukan sebagai makalah bebas dalam Simposium Stress dan Kecemasan di Yogyakarta, 13 Agustus, 1998
21. Ardinarsih U, Hartono MS. Stres dalam kehidupan. Dibawakan pada Pertemuan Nasional Dua Tahunan IDAJI ke I di Semarang, 14 – 16 Desember 1986
22. Geus L, Stiger H, Heynders ML. Community action towards patients with leprosy in eastern nepal. *Lepr Rev* 2000; 72:502-5
23. Bahar E. Stres dan kesehatan. Dibacakan dalam Seminar Hipertensi dan Stres serta Penatalaksanaannya di Palembang, 6 Mei, 1995
24. Moon JS, Han SS, Kim SL. A Study on the Anxiety of Leprosy Patients. Available from: <http://www.hansungsuk.pe.kr/anxi2.htm>, 2003
25. Sigal LH, Ron Y. Psychoneuroimmunology. In : Sigal LH, Ron Y eds. *Immunology and inflammation : Basic mechanisms and clinical consequences*. New York. McGraw Hill, 1994 : 466-94
26. Liben P. Neurotransmitter dan hormon dalam psikoneuroimunologi. Diajukan sebagai makalah bebas dalam Workshop Psikoneuroimunology di Surabaya 25-26 September, 1999

27. Melmed S. The immuno-neuroendocrine interface. *J. Clin. Invest* 2001; 108:1563-66
28. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar – dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta. Sagung Seto, 2002
29. Wicaksana I. Concurrent validity and reliability test of zung self-rating anxiety scale on generalized anxiety disorders of guideline diagnosis of mental disorders-III in indonesia (PPDGJ-III). In proceeding of the 5th asean federation for psychiatry and mental congress – 9th asean forum on child and adolescent psychiatry 3rd biennial meeting on the indoensian psychiatry vol.2. Bandung 1996.
30. Santoso S. Statistik nonparametrik. Jakarta. Elex media komputindo, 2001