

Keefektifan Amitriptyline Dan Terapi Perilaku Kognitif (CBT) Untuk
Memperpendek Waktu Pemulihan Reaksi Kusta
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Gelar Dokter
Spesialis
Program Studi Psikiatri

Oleh :
Celestinus Eigya Munthe
S.5708003

PROGRAM PENDIDIKAN POKER SPECIALIS I PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURABAYA
2009

ABSTRAK

Tujuan. Telah dilaksanakan penelitian mengenai keefektifan pemberian amitriptyline dan terapi perilaku kognitif (CBT) untuk memperpendek waktu pemulihan reaksi kusta di poliklinik rawat jalan kusta RSK.

SITANALA – Tangerang, terhadap pasien reaksi kusta yang mendapatkan pengobatan dalam periode 1 September 2009 – 31 Oktober 2009. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan terapi standar reaksi kusta yang mendapat penambahan pemberian amitriptyline dan terapi perilaku kognitif guna memperpendek waktu pemulihan reaksi kusta.

Metode. Rancangan penelitian menggunakan desain kuis eksperimental pre dan pasca tes dengan rancangan randomized Clinical Trial, sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia mengikuti penelitian dengan mengisi lembar informed consent, dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu kelompok perlakuan 1 yang mendapat terapi standar reaksi kusta dengan Amitriptyline 3 x 25 mg, kelompok perlakuan 2 yang mendapat terapi standar reaksi kusta dengan Amitriptyline 3 x 25 mg dan Terapi Perilaku Kognitif (CBT) sebanyak 6 sesi pertemuan, serta kelompok 3 sebagai kontrol yang mendapat terapi standar reaksi kusta dengan plasebo. Analisis perbedaan waktu pemulihan reaksi kusta, dari ketiga kelompok terapi ini dilakukan dengan uji t dan regresi linear ANOVA menggunakan SPSS versi 15. Hasil. Dalam penelitian ini didapatkan kelompok perlakuan yang

mendapat terapi standar reaksi kusta dengan amitriptyline 3 x 25 mg dan CBT sebanyak 6 sesi pertemuan, waktu pemulihan reaksi kusta lebih pendek dibandingkan kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi standar (CI 95%; $p < 0,001$).

Kesimpulan. Penelitian ini membuktikan pemberian amitriptyline dan CBT bersama terapi standar reaksi kusta, secara bermakna efektif untuk memperpendek waktu pemulihan reaksi kusta.

Kata kunci : amitriptyline - reaksi kusta - terapi standar - terapi perilaku kognitif - CBT

ABSTRACT

Objectives. The research on effectiveness of amitriptyline and cognitive behavior therapy (CBT) to shortens healing time on leprosy reaction has been conducted at the out patient clinic leprosy RSK.

SITANALA – Tangerang, on the leprosy reaction patient in periods 1 September 2009 until 31 October 2009. Purposes of the research that's to improve the effectiveness of Amitriptyline and Cognitive Behavior Therapy (CBT) to shorten healing time of leprosy reaction compare with the standard therapies.

Method. The research uses a Fandoni – Clinical Trial Pr. And has a test experimental Quotation design, sample is 30 patients who had diagnosis leprosy reaction by the doctor at the out patient clinic.

RSK SITANALA and disposed to fill up the informed concern as the subject in the research, divide in 3 group, group 1 that's receive leprosy reaction standard therapy with Amitriptyline 3 X 25 mg, group 2 that's receive leprosy reaction standard therapy with Amitriptyline 3X 25 mg and Cognitive Behavior Therapy as much as 6 session, and group 3 that only receive leprosy reaction standard therapy as the group control. Analysis of the mean difference each group calculated by statistical analysis uses independent t-test analysis and logistic regression test ANCOVA by using SPSS. 15 for windows software.

Result. The research's discover that Group who has received leprosy reaction standard therapy with Amitriptyline 3X 25 mg and Cognitive Behavior Therapy as much as 6 session, that's faster than the other group to shortens the healing time of leprosy reaction (CI 95%; $p < 0.001$).

Conclusion : Standard therapy leprosy reaction with Amitriptyline 3X 25 mg and Cognitive Behavior therapy effective to shortens the healing time leprosy reaction.

Key word : amitriptyline - leprosy reaction - standard therapy - cognitive behavior therapy

DAFTAR ISI

Halama

n

Kata pengantar	i
Pernyataan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Tabel	v

Daftar Grafik	vi
Daftar Singkatan	vii
Abstrak	viii
Abstract	ix
Daftar Isi.....	X
Bab I. Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Keaslian Penelitian	5
Bab II. Tinjauan Pustaka	7
A. Hubungan Penyakit Kusta Dengan Gangguan Mental	7
B. Depresi Pada Pasien Kusta	8
C. Reaksi Kusta	16
2.1. Reaksi Tipe 1 (Reaksi Reversal)	16
2.2. Reaksi Tipe 2 / Eritema Nodosum / Propium	18
3. Hubungan Reaksi Kusta Dengan Depresi	21
3.1. Peranan Amitriptyline Pada Penatalaksanaan Reaksi Kusta	24
3.2. Peranan Terapi Perilaku Kognitif Pada Penatalaksanaan Reaksi Kusta	24
4. Kerangka Teori.....	26
5. Hipotesis	26
Bab III. Metodologi Penelitian	28
A. Desain Penelitian	28
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	28
C. Populasi Dan Sampel Penelitian	28
D. Kriteria Inklusif Dan Eksklusif	28
E. Cara Pengambilan Dan Besar Sampel	29
F. Identifikasi Variabel Penelitian	29
G. Definisi Operasional	30
H. Perangkat/Instrumen	31
I. Manajemen Dan Analisis Data	32
J. Skema Penelitian	32
K. Metode Pengumpulan Data	33
L. Masalah Etika	33
BAB IV Hasil Penelitian	35
BAB V Pembahasan	45
BAB VI Kesimpulan Dan Saran	51
Daftar Pustaka	53
Lampiran	
Inform concern	59
Data Demografi responden	60
Lie – MMPI	62
BDI	63

VAS	67
Jadwal Kegiatan Mingguan	68
Penilaian dan Identifikasi Irrasional believe	69
Surat permohonan ijin penelitian	70
Surat ijin penelitian	71
.EKG	72

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kusta atau disebut juga Penyakit Morbus Hansen, adalah sebuah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Penyakit ini adalah tipe penyakit granulomatosa pada saraf tepi dan mukosa dari saluran pernapasan atas; dan lesi pada kulit adalah tanda yang bisa diamati dari luar.

Bila tidak diterapi, kusta dapat sangat progresif, menyebabkan kerusakan pada kulit, sistem saraf yang menggerakkan mata. Di seluruh dunia, dua hingga tiga juta orang diperkirakan menderita kusta. India adalah negara dengan jumlah pasien terbesar, diikuti oleh Brasil dan Myanmar. Pada tahun 1999, insidensi penyakit kusta di dunia diperkirakan 600.000. Pada tahun 2000, 723.284 kasus ditemukan. Pada tahun 1999, 108 kasus terjadi di Amerika Serikat.

Pada tahun 2000, WHO membuat daftar 91 negara yang endemik kusta. 70% kasus dunia terdapat di India, Myanmar, dan Nepal. Pada tahun 2002, 763.917 kasus ditemukan di seluruh dunia, dan menurut WHO pada tahun itu 90% kasus kusta dunia terdapat di Brasil, Madagaskar, Mozambik, Tanzania dan Nepal.

Prevalensi penyakit kusta terbaru pada awal tahun 2009 diseluruh dunia menurut WHO adalah 213.036, sedangkan di Indonesia menurut data Direktorat Jenderal Pembinaan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Departemen Kesehatan Republik Indonesia hingga akhir Juni 2006 sudah mencapai 0.97 per 10.000 penduduk (Wikipedia; Soewono, 2004; WHO; <http://www.who.int/lep/en/>)

Penyakit kusta bila tidak diobati secara dini akan menimbulkan kecacatan, yang berakibat fungsi fisik pasien terganggu.

Reaksi Kusta merupakan penyebab terbanyak terjadinya kecacatan pada pasien kusta. Tiga puluh persen (30%) pasien kusta yang diobati akan terjadi reaksi. Reaksi sering terjadi pada saat mulai timbulnya penyakit kusta, biasanya pasien datang ke petugas kesehatan dengan gejala-gejala reaksi. Tetapi kadang-kadang reaksi timbul setelah pengobatan MDT selesai. Reaksi kusta dapat terjadi akibat perubahan imunologis dari pengobatan anti-kusta yang diikuti penurunan jumlah limfosit, tetapi bisa juga terjadi secara spontan selagi akibat penyakit infeksi lain misalnya: virus, malaria, anemia, stres mental dan fisik (Abulafia,1999; Vignale, 1999; Rudyanto, 2004).

Penyakit kusta memberikan dampak luas bagi pasien, yang

meliputi kegiatan dan aktivitas sehari-hari pasien seperti dampak psikologis dan hubungan sosial yang mempengaruhi derajat kesehatan mental pasien kusta. Pasien kusta sejak diketahui menderita penyakit kusta akan mengalami pengucilan secara sosial akibat stigma kusta yang melekat pada dirinya, sehingga mempengaruhi status kesehatan mentalnya, di samping itu terjadi pula perubahan status mental akibat perilaku sakit yang timbul akibat infeksi *mycobacterium leprae* (Soewono, 2004; Buljan et al., 2005).

Gangguan mental yang paling sering ditemukan pada pasien kusta ini adalah depresi akibat adanya stigma yang mengakibatkan pengucilan secara sosial dan juga akibat perilaku sakit yang terjadi karena infeksi maupun akibat timbulnya reaksi kusta pada saat menjalani pengobatan, hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sitepu tahun 2008 yang meneliti masalah gambaran psikopatologi yang terdapat pada pasien kusta, yang menyatakan bahwa gangguan mental yang paling banyak ditemukan pada pasien kusta adalah depresi (Flyyd, 2003; Huang, 2005; Nishida, 2006; Sitepu, 2008; <http://www.hrsa.gov/hansens/>).

Depresi pada pasien kusta yang sedang menjalani pengobatan kusta, dapat menyebabkan terjadinya reaksi kusta, demikian pula reaksi kusta yang terjadi pada pasien yang menjalani pengobatan kusta dapat menyebabkan terjadinya depresi. Keadaan depresi ini akan memperberat penderitaan pasien kusta yang berdampak pada pemukiman perakitnya (Glendon, 2002; Kadri, 2003; Diebel).

Gangguan mental pada pasien kusta menyebabkan terjadinya gangguan pada kesehatan jasmani, fungsi mental, kehidupan emosional dan sosial pada pasien yang bersangkutan, juga menyebabkan terjadinya beban pada keluarga dan masyarakat. Penyakit Kusta tidak menyebabkan kematian tetapi menyebabkan permasalahan yang sangat kompleks bagi pasien kusta itu sendiri, keluarganya, masyarakat, lingkungan sekitarnya yang pada akhirnya menjadi beban bagi negara dan bangsa. Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, menyatakan bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan, yang besar artinya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang pada hakikatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia.

Undang-undang ini jelas menyatakan pentingnya peningkatan derajat kesehatan guna modal pembangunan, demikian pula pada pasien penyakit kusta, yang memiliki permasalahan kompleks mencakup biopsikososial, perlu diupayakan penatalaksanaan secara komprehensif untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Penyakit kusta menjadi penyakit yang ditakuti karena adanya ulserasi, mutilasi dan deformitas, kerusakan saraf besar yang irreversible di muka dan ekstremitas, motorik dan sensorik dan dengan adanya kerusakan yang berulang-ulang pada daerah anestetik disertai adanya paralisis dan atrofi otot sehingga menimbulkan masalah sosial, psikologis dan ekonomi (Floyd, 2003; Cairns et al., 2004; Soewono, 2004; Erinfolami et al., 2009). Pada penelitian yang dilakukan oleh Sitepu pada tahun 2008, depresi merupakan salah satu bentuk gangguan yang paling tinggi frekuensinya ditemukan pada pasien kusta. Depresi pada pasien kusta dapat menjadi suatu komorbid yang akan memperberat penderitaan pasien kusta serta mempengaruhi lamanya pemulihan reaksi kusta (Floyd, 2003; Cairns et al., 2004; Kumar et al., 2004). Prevalensi penyakit kusta di Indonesia menurut data Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Departemen Kesehatan Republik Indonesia hingga akhir Juni 2006 mencapai 9.97 – 10.000 penduduk, memerlukan penatalaksanaan yang kompleks, mendorong peneliti untuk melihat manfaat pemberian obat anti depresi dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) guna mempercepat masa pemulihan pada pasien reaksi kusta.

B. Rumusan Masalah

“Apakah pemberian Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif (CBT) dalam terapi standar reaksi kusta dapat memperpendek waktu pemulihan reaksi kusta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum.

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan manfaat pemberian obat Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif (CBT) untuk memperpendek waktu pemulihan reaksi kusta.

2. Tujuan Khusus

a. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan manfaat pemberian obat Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif keluhan nyeri.

b. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan manfaat pemberian obat Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif (CBT) untuk memperpendek waktu pemulihan dari keluhan demam.

c. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan manfaat pemberian obat Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif (CBT) untuk memperpendek waktu pemulihan dari keluhan ruam kulit.

d. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan manfaat pemberian obat Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif (CBT) untuk memperpendek waktu pemulihan dari keluhan gangguan tidur.

e. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan manfaat pemberian obat Amitriptyline dan Terapi perilaku kognitif

(CBT) untuk memperpendek waktu pemulihan skor depresi yang diukur dengan BDI.

D. Manfaat Penelitian

i. Manfaat Teoritis

a) Sebagai sarana untuk mengintegrasikan ilmu kedokteran jiwa dalam tatalaksana penyakit kusta secara umum dan terhadap reaksi kusta secara khusus.

b) Sebagai sarana proses pendidikan dalam bidang penelitian, serta diharapkan hasil dari penelitian ini dapat menambah pengetahuan pada bidang psikiatri.

ii. Manfaat Klinis

a) Penelitian ini dapat dijadikan sebagai suatu rujukan untuk penatalaksanaan pasien reaksi kusta secara komprehensif dan holistik

b) Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya. Dengan mengetahui manfaat pemberian obat Amitriptyline dan psikoterapi (Cognitive Behavior Therapy) pada pasien reaksi kusta, maka dapat memberikan informasi dan data untuk program penatalaksanaan pada pasien kusta menjadi lebih komprehensif oleh dokter kulit, psikiater, psikolog, juga pekerja sosial.

E. Keaslian Penelitian.

Literatur penelitian mengenai gangguan jiwa yang berhubungan dengan penyakit kusta masih sangat sedikit yang ditemukan, sebab penelitian pada penyakit kusta pada umumnya lebih terfokus pada metoda pengobatan yang efektif dan pencegahan kecacatan yang ditimbulkan oleh penyakit kusta.

Kepustakaan penelitian hubungan penyakit kusta dengan masalah kesehatan jiwa yang ditemukan pada umumnya hanya berupa deskriptif prevalensi gambaran gangguan jiwa yang ditemukan pada pasien kusta seperti yang dilakukan oleh Richard pada tahun 2003 yang meneliti dampak penyakit kusta terhadap kesehatan mental di India, dan Sitepu yang meneliti gambaran psikopatologi yang terdapat pada pasien kusta di RSUD Cipto Mangun Kusumo Jakarta pada tahun 2008.

Sepengetahuan penulis belum ada penelitian mengenai keefektifan Amitriptyline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) terhadap pemulhan pasien reaksi kusta yang pernah dilakukan sebelumnya.

=====

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hubungan Penyakit Kusta Dengan Gangguan Mental
 Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit tertua di dunia. Diduga semua berasal dari India, dan kemudian menyebar ke seluruh dunia. Kata "kusta" dihubungkan dengan istilah India kuno "kushtha" yang berarti "eating away". Dalam bahasa Cina

disebut sebagai "Da Feng". Sedang kata "lepra" berasal dari bahasa Greek kuno "lepros" yang berarti bersisik. Pada masa Nabi Musa, kusta tampaknya masih belum dikenal dan dalam Kitab Perjanjian Lama ditulis sebagai "tsara'ath". Walaupun penyakit ini telah lama ada, sampai saat ini kusta masih tetap menjadi permasalahan pada beberapa negara di dunia, terutama pada negara-negara berkembang. Penyakit kusta walaupun tidak menyebabkan kematian namun termasuk salah satu penyakit yang paling ditakuti di seluruh dunia. Penyakit ini secara endemis terdapat di Asia, Afrika, Amerika Tengah dan Selatan. Di Indonesia penyakit kusta terdapat di seluruh propinsi, namun penyebarannya tidak merata (Wikipedia; Soewono, 2004).

Sikap dan perilaku masyarakat terhadap pasien kusta banyak dipengaruhi oleh manifestasi klinis penyakit tersebut, ditambah pula berbagai faham keagamaan serta issue-issue yang telah berakar dalam masyarakat. Dan ini semua mengakibatkan perilaku yang negatif terhadap pasien (tabut, jilbab, benci) sampai kepada mengucilkan pasien kusta. Pasien dan bekas pasien kusta cenderung dikucilkan oleh masyarakat sekitarnya, dengan berbagai macam lampik, antara lain (Soewono, 2004; Natonsir et al., 2009):

- a) Kesulitan mencari nafkah 'secara normal', dengan akibat terpaksa melakukan pekerjaan yang bersifat kasar, kotor, atau yang kebanyakan enggan dilaksanakan oleh kebanyakan orang lain, dan berkecenderungan menimbulkan keresahan masyarakat.
- b) Masalah dalam pendidikan bagi diri dan keluarganya
- c) Masalah dalam melaksanakan kegiatan keagamaan / beribadah (contoh : beribadah haji).
- d) Tidak dapat secara aktif ikut berpartisipasi dalam berbagai kegiatan sosial di masyarakat.
- e) Berbagai kesulitan dalam masalah sosial kehidupan masyarakat lainnya seperti perkawinan, peran sebagai pemuka masyarakat, dan sebagainya. Keberadaan seorang pasien atau bekas pasien kusta selalu menimbulkan keresahan di antara masyarakat. Ada kecenderungan menolak kehadiran pasien. Bahkan seringkali terjadi pasien diusir keluarganya sendiri.

Pada saat pertama kali diberitahukan seseorang menderita penyakit kusta, akan terjadi suatu kondisi yang menyebabkan terjadinya stres dan Mental Break Down. Menurut pendapat Kubhler Ross, perubahan yang terjadi pada diri seseorang setelah mendengar bahwa dirinya telah terserang penyakit yang sifatnya katastrofik adalah melalui fase-fase sebagai berikut: Period of Shock, Period of Denial, Period of Confusion, Period of Solution Seeking, Period of Acceptance.

Akibatnya akan terjadilah perubahan-perubahan di dalam kepribadiannya, terhadap sikap keluarga dan masyarakat

sekitarnya yang menyebabkan terjadinya suatu bentuk gangguan mental pada pasien kusta (Raguram, 1996; Richard, 2001).

B. Depresi Pada Pasien Kusta

Gangguan psikiatri yang timbul pada para pasien kusta terjadi akibat adanya stresor berupa rasa rendah diri akibat pengucilan yang dilakukan oleh masyarakat dan keluarganya, di samping itu pada diri pasien kusta sendiri muncul suatu perasaan marah, sedih dan takut terhadap penyakit yang dideritanya. Penelitian kepustakaan mengenai deskriptif psikopatologi pada pasien kusta yang dilakukan oleh Sitepu di RSCM pada tahun 2008 memperlihatkan bahwa frekuensi tertinggi gangguan mental pada pasien kusta adalah gangguan depresi.

Gangguan depresi adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan mood sebagai masalahnya, gangguan depresi merupakan gangguan medik serius menyangkut kerja otak, bukan sekedar perasaan murung atau sedih dalam beberapa hari (Richard, 2001; Sharm et al., 2005).

Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi kehidupan seseorang. Gangguan depresi merupakan periode terganggunya aktivitas sehari-hari, yang ditandai dengan suasana perasaan murung dan gejala lainnya termasuk perubahan pola tidur dan makan, perubahan berat badan, gangguan konsentrasi, anhedonia (kehilangan minat apapun), lelah, perasaan putus asa dan tak berdaya serta pikiran bunuh diri. Jika gangguan depresi berjalan dalam waktu yang panjang (distimia) maka orang tersebut dikesalkan sebagai penung, pemalas, menarik diri dari pergaulan, karena ia kehilangan minat hampir disemua aspek kehidupannya (Staab et al., 2003).

Penyebab gangguan jiwa senantiasa dipikirkan dalam sudut pandang sisi organobiologi, sosiokultural dan psikofisiologi. Dari sisi biologik dikatakan adanya gangguan pada neurotransmitter norepinefrin, serotonin dan dopamin. Ketidakefektifan jalur kimiawi otak yang bertugas menjadi penerus komunikasi antar serabut saraf membuat tubuh menerima komunikasi secara salah dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Karena itu pada terapi farmakologik maka terapinya adalah memperbaiki kerja neurotransmitter norepinefrin, serotonin dan dopamin (Glannon, 2002, Www.Jenniferdiebel.Com; Goldberg, 2003).

Gangguan depresi juga mungkin dialami oleh pasien yang tidak mempunyai faktor biologik sebagai kontributor terhadap terjadinya gangguan depresi, hal ini lebih merupakan gangguan psikologik. Berbagai faktor psikologik memainkan peran terjadinya gangguan depresi. Kebanyakan gangguan depresi karena faktor psikologik terjadi pada gangguan depresi ringan dan sedang, terutama gangguan depresi reaktif. Gangguan depresi reaktif biasanya didiagnosis sebagai gangguan penyesuaian diri selama masa pengobatan (Floyd, 2003; Buljan, 2005; Www.Jenniferdiebel.Com).

Pasien dengan rasa percaya diri rendah, senantiasa melihat dirinya dan dunia luar dengan penilaian pesimistik. Jika pasien mengalami stres, pasien cenderung akan mengalami gangguan depresi. Para psikolog menyatakan bahwa pasien yang mengalami gangguan depresi mempunyai riwayat pembelajaran depresi dalam pertumbuhan perkembangan dirinya. Pasien belajar seperti model yang pasien tiru dalam keluarga, ketika menghadapi masalah psikologik maka respon pasien meniru perasaan, pikiran dan perilaku gangguan depresi. Orang belajar dengan proses adaptif dan maladaptif ketika menghadapi stres kehidupan dalam kehidupannya di keluarga, sekolah, sosial dan lingkungan kerjanya. Faktor lingkungan mempengaruhi perkembangan psikologik dan usaha seseorang mengatasi masalah. Faktor pembelajaran sosial juga menerangkan kepada kita mengapa masalah psikologik kejadiannya lebih sering muncul pada anggota keluarga generasi ke generasi. Jika anak dibesarkan dalam suasana pesimistik, di mana dorongan untuk keberhasilan jarang atau tidak ada, maka anak itu akan tumbuh dan berkembang dengan kerendahan tinggi terhadap gangguan depresi (Www.Jenniferdiebel.Com).

Selain itu diatas, obat-obat juga dapat mendorong beberapa orang mengalami gangguan depresi. Obat-obat tersebut seperti yang tertera pada tabel di bawah ini (Glannon, 2002) :

Obat-obat yang menginduksi gangguan depresi

Obat kardiovaskular

β -Blocker

Klonidin

Metildopa

Prokainamid

Reserpin

Obat sistem saraf pusat

Barbiturat

Benzodiazepin

Kloral Hidrat

Etanol

Fenitoin

Obat hormonal

Steroid anabolik

Kortikosteroid

Estrogen

Progesterin

Tamoxifen

Lain-lain

Indometacin

Interferon

Lampren

Narkotika

Tanda gangguan depresi yang dialami oleh pasien kusta, seringkali tidak dikenali. Beberapa orang merasakan perasaan sedih

dan murung dalam jangka waktu cukup lama dengan latar belakang yang berbeda-beda. Variasi tanda sangat luas antara satu orang ke orang lain, serta waktu ke waktu pada diri seseorang. Gejalanya sering tersamar dalam berbagai keluhan sehingga seringkali tidak disadari oleh dokter yang merawatnya (Glannon, 2002).

Tanda gangguan depresi itu antara lain : pola tidur yang abnormal atau sering terbangun termasuk diselingi kegelisahan dan mimpi buruk, sulit konsentrasi pada setiap kegiatan sehari-hari, selalu kuatir, mudah tersinggung dan cemas, aktivitas yang tadinya disenangi menjadi dihentikan, serta bangun tidur pagi rasanya malas. Gangguan depresi membuat seluruh tubuh sakit, juga perasaan dan pikiran. Gangguan depresi mempengaruhi nafsu makan dan pola tidur, cara seseorang merasakan dirinya, berpikir tentang dirinya dan berpikir tentang dunia sekitarnya. Keadaan depresi bukanlah suatu kesedihan yang dapat dengan mudah berakhir, bukan tanda kelemahan dan ketidakberdayaan, bukan pula kemalasan. Pasien yang mengalami gangguan depresi tidak akan tertolong hanya dengan memuat pasien bergembira dengan penghobian. Tanpa terapi lain dan gejala tak akan membaik selama beberapa minggu-minggu, beberapa bulan bahkan bertahun-tahun (Glannon, 2002).

Gejala gangguan depresi berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya, dipengaruhi juga oleh beratnya gejala. Gangguan depresi mempengaruhi pola pikir, perasaan dan perilaku seseorang serta kesehatan fisiknya. Gangguan depresi tidak mempunyai simptom fisik yang sama dan pasti pada satu orang dan bervariasi dari satu orang ke orang lain. Keluhan yang banyak ditanyakan adalah sakit, nyeri bagian atau seluruh tubuh, keluhan pada sistem pencernaan. Kebanyakan gejala dikarenakan pasien mengalami stres yang berat, kecuatitan dan keceasan terkait dengan penyakit kusta yang dialaminya. Perubahan cara berpikir, terganggunya konsentrasi dan pengambilan keputusan membuat seseorang sulit mempertahankan memori jangka pendek, dan terkesan sebagai sering lupa. Pikiran negatif sering menghinggapi pikiran pasien. Pasien menjadi pesimis, percaya diri rendah, dihinggapi perasaan bersalah yang besar, dan mengkritik diri sendiri. Beberapa orang merusak diri sendiri sampai melakukan tindakan bunuh diri atau membunuh orang lain (Glannon, 2002; Www.Jenniferdiebel.Com; Depkes RI, 1993).

Perubahan perasaan menjadi merasa sedih, murung, tanpa sebab jelas. Beberapa orang merasa tak lagi dapat menikmati apaapa yang dulu disenanginya, dan tak dapat merasakan kesenangan apapun. Motivasi menurun dan menjadi tak peduli dengan apapun akan menyebabkan kepatuhan dalam pengobatan tidak adekuat yang mendorong terjadinya maksikusta (Www.Jenniferdiebel.Com, stab et al., 2003; Tanusriaya, 2004).

Perasaan seperti berada di bawah titik nadir, merasa lelah sepanjang waktu tanpa bekerja sekalipun. Perasaan mudah

tersinggung, mudah marah. Pada keadaan ekstrim khas dengan perasaan tidak berdaya dan putus asa. Perubahan perilaku ini merupakan cerminan emosi negatif. Pasien menjadi apatis. Menjadi sulit bergaul atau bertemu dengan orang, sehingga menarik diri dari pergaulan. Nafsu makan berubah drastis, lebih banyak makan atau sulit membangkitkan keinginan untuk makan. Seringkali juga sering menangis berlebihan tanpa sebab jelas. Sering mengeluh tentang semua hal, marah dan mengamuk. Minat seks sering menurun sampai hilang, tak lagi mengurus diri, termasuk mengurus hal dasar seperti mandi, meninggalkan tanggung jawab dan kewajiban baik pekerjaan maupun pribadi. Beberapa orang tak dapat tidur, beberapa tidur terus yang menyebabkan perubahan kesehatan fisik dengan emosi negatif seseorang merasa dirinya tidak sehat fisik selama gangguan depresi. Kelelahan kronis menyebabkan ia lebih senang berada di tempat tidur tak melakukan apapun, mungkin tidur banyak atau tidak dapat tidur. Pasien terbaring atau gelisah bangun di tengah malam dan menatap langit-langit. Keluar saki di banyak bagian tubuh merupakan tanda khas dari gangguan depresi menjadi sulit membedakan dengan keluhan akibat terjadinya reaksi kusta (Wawancara fieldibel.Com; Floyd, 2003; stab et al., 2003; Shaam et al., 2005; Saunderson et al., 2008).

Dampak gangguan depresi ini bukan hanya berimbas pada orang yang mengalaminya tetapi juga berdampak pada anggota keluarga dan lingkungan. Karena gangguan depresi seseorang menjadi kehilangan minat, termasuk minat pada pemeliharaan diri sampai aktivitas pekerjaan. Dengan demikian akan membuat kerugian ekonomi di tempat kerja karena seseorang tak lagi dapat bekerja, sementara itu keluarga yang perlu merawatnya juga kehilangan waktu dan tenaga, serta terganggu aktivitas kesehariannya. Gangguan depresi yang serius akan merusak hubungan antar orang termasuk dalam keluarga. Mengganggu kehidupan sosial ekonomi, meningkatkan angka ketidakhadiran di sekolah dan tempat kerja sehingga produktivitas menurun. Menurut penelitian National Institute of Mental Health (NIMH), di Amerika kehilangan 44 juta dollar setahun karena gangguan depresi. Selain itu gangguan depresi juga mengganggu kehidupan berkeluarga serta dapat menimbulkan gangguan emosional yang hebat sehingga dapat mengancam keselamatan diri, orang lain, dan lingkungannya. Gangguan depresi merupakan konfisi psikologik yang berasal dari gangguan otak, mengubah cara pikir dan perasaan, mengubah perilaku sosial, mengganggu rasa sehat pada fisik seseorang, seperti: letih tanpa bekerja apapun atau hanya sedikit beraktivitas, malas bekerja ketika mengalami masalah serius, kehilangan minat apapun yang mendadak dan berlangsung lama (Floyd, 2003, Kadri, 2003, stab et al., 2003; Huang, 2005; Senturk, 2007).

Banyak pasien reaksi kusta dengan gangguan depresi tidak

mendapatkan pengobatan tepat karena gejalanya tak dikenali sebagai gangguan depresi dan lebih banyak dianggap sebagai gangguan fisik sehingga diobati tanpa mempedulikan apa yang mendasarinya. Dengan diagnosis tepat, hampir 80% pasien depresi yang diobati menunjukkan perbaikan suasana hati dan penyesuaian diri dengan situasi kehidupan (Goldberg, 2003).

Dalam klasifikasi Pedoman Diagnosis Gangguan Jiwa-III terbitan Departemen Kesehatan, yang menganut klasifikasi WHO : ICD-X, digunakan istilah gangguan jiwa dan tidak ada istilah penyakit jiwa. Pendekatan gangguan jiwa adalah pendekatan sindrom atau kumpulan gejala, dalam hal ini sindroma atau pola perilaku, atau psikologik seseorang yang secara klinik cukup bermakna dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala atau hendaya di dalam satu atau lebih fungsi penting manusia (Depkes RI, 1993).

Pemahaman di atas memberi gambaran bahwa untuk membuat diagnosis gangguan jiwa perlu di lapak butir-butir :

1. Adanya gejala klinis yang bermakna berupa sindrom atau pola perilaku, sindrom atau psikologik.
2. Gejala klinis tersebut menimbulkan penderitaan, seperti rasa nyeri, tidak nyaman, gangguan fungsi organ dsb.
3. Gejala klinis menimbulkan disabilitas dalam aktivitas sehari-hari seperti mengurus diri (mandi, berpakaian, makan dsb).

Berikut ini klasifikasi gangguan depresi menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (Depkes RI, 1993) :

a. F 32 Episode depresi.

Gejala utama pada gangguan depresi ringan, sedang dan berat :

- 1) Afek depresi.
- 2) Kehilangan minat dan kegembiraan.
- 3) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
- 4) Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- 5) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
- 6) Pikiran rasa bersalah dan tidak berguna.
- 7) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistik.
- 8) Pikiran atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
- 9) Tidur terganggu dan nafsu makan terganggu.

Pedoman Diagnosis :

b. F.32.0 Episode depresi ringan

Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama gangguan depresi seperti tersebut di atas.

Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari 3 gejala lainnya (a) sampai (g)

Tidak boleh ada gejala yang berat di antaranya.

Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.

Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial

yang dilakukannya.

c. F 32.1 Episode depresi sedang

a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama gangguan depresi seperti tersebut di atas

b) Ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala lainnya (a) sampai (g)

c) Tidak boleh ada gejala yang berat di antaranya

d) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu

e) Menghadapi kesulitan nyata dalam meneruskan kegiatan dan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

d. F32.2 Episode Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

Semua 3 gejala utama gangguan depresi harus ada, ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotorik) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan

dan gejala lainnya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode gangguan depresi berat masih dapat dibenarkan. Episode depresi lainnya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk

menetapkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

menetapkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

menetapkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

C. Reaksi Kusta.

Reaksi kusta adalah episode akut di mana secara mendadak terjadi pertambahan aktivitas dari penyakit kusta. Hal ini dianggap sebagai gangguan status imunologis dari pasien (Rudyanto, 2004; Cairns, 2004; Kumar, 2004).

Reaksi merupakan penyebab yang terbanyak terjadinya kecacatan pada pasien kusta. Tiga puluh persen pasien kusta yang diobati akan terjadi reaksi. Reaksi sering terjadi pada saat mulainya timbulnya penyakit kusta, biasanya pasien datang ke petugas kesehatan dengan gejala-gejala reaksi. Tetapi kadang-kadang reaksi kusta timbul setelah pengobatan MDT selesai. Reaksi kusta dapat terjadi akibat perubahan imunologis akibat dari pengobatan anti-kusta yang diikuti penurunan jumlah kuman (Rudyanto, 2004).

Ada beberapa pembagian Reaksi Kusta (Rudyanto, 2004):

1. Menurut Waters dan Jopling .

a. Reaksi tipe 1 :

1) Upgrading Reaction (Reversal)

2) Down Grading

b. Reaksi tipe 2: Eritema nodosum leprosum (ENL)

c. Lucio phenomenon

2. Menurut Kosasih dan WHO :

1. Reaksi tipe 1 : Reaksi Reversal

2. Reaksi tipe 2 : Eritema Nodosum Leprosum.

2.1. Reaksi Tipe 1 (Reaksi Reversal)

Reaksi ini timbul pada kusta dengan klasifikasi Borderline (BT, BB, BL), kadang-kadang juga timbul pada kusta tipe TT subpolar dan LL subpolar. Reaksi ini biasanya timbul dalam 6 bulan pertama setelah diberi obat anti-kusta. Tetapi kadang-kadang dapat timbul sampai 2 tahun sejak pertama kali minum obat anti kusta. Jadi pada pasien dengan BT yang diberi Multi drug treatment Pausi Basiler, setelah obat dihentikan / COT (Completion of Treatment) dapat timbul Reaksi Reversal.

Patogenesis

Kuman kusta yang telah menjadi fragmented atau granular, dengan limfosit T akibat keracunan Cell Mediated Immunity (CMI) yang dapat menimbulkan terjadinya suatu delayed tipe hypersensitivity atau reaksi tipe IV yang Coombs dan Cell Mediated Immunity (CMI) (Tjandjaja, 2004).

Gejala Reaksi Tipe 1 (Rudyanto, 2004).

Gejala-gejala Reaksi Reversal

Ringan :

Lesi kulit menjadi kemerah-merahan dan sedikit edematous / infiltrat tetapi tidak menyering wajah; tidak ada neuritis; tidak terdapat edema pada tangan, kaki dan wajah.

Berat :

a) Lesi kulit kemerah-merahan, edematous / infiltrat mengkilap disertai rasa nyeri dan panas jika disentuh.

b) Kadang-kadang disertai ulserasi pada lesi kulit.

c) Terdapat lesi di wajah yang kemerah-merahan dan infiltrative.

d) Terdapat nyeri saraf yang berat, nyeri spontan maupun nyeri jika diraba (neuritis) saraf tebal jika diraba dan konsistensi kistik (abses saraf).

e) Adanya kerusakan fungsi saraf (inastet dan atrofi otot).

f) Edema pada tangan, kaki dan wajah.

g) Febris dan malaise.

h) Biasanya jarang timbul lesi baru.

Down grading reaction :

Terdapat pada pasien kusta yang tidak dioptimalkan karena pasien mempunyai CMI (Cellular Mediated Immune) yang rendah, sehingga terjadi pergeseran spektrum ke arah lepromatous.

Pengobatan

a) Obat MDT (Multi drug treatment) dilanjutkan.

b) Pengobatan Reaksi Reversal harus segera dilaksanakan karena resiko terjadinya cacat yang permanen akibat kerusakan saraf

perifer.

c) Jika reaksi ringan cukup diberi istirahat dan Analgesik, misalnya aspirin atau parasetamol.

d) Reversal Reaksi Berat:

1) Istirahat dan analgesik.

2) Kortikosteroid misalnya prednisolon yang diberikan peroral.

Dosis jangan melebihi 1 mg/Kg berat badan /hari. Dosis anjuran dilapangan :

a. 40 mg sekali sehari dalam waktu 2 minggu kemudian

b. 30 mg sekali sehari dalam waktu 2 minggu

c. 20 mg sekali sehari dalam waktu 2 minggu

d. 15 mg sekali sehari dalam waktu 2 minggu

e. 10 mg sekali sehari dalam waktu 2 minggu

f. 5 mg sekali sehari dalam waktu 2 minggu

Jika terjadi kelumpuhan akut diberikan dosis maksimum (50 mg / hari), kemudian dilakukan tapering off 5-10 mg setiap 2 minggu.

Yang terpenting adalah istirahat pada saraf yang rusak sampai bebas gejala misalnya dengan bidai. Tujuannya agar aksere nias dan saraf yang terkena dapat istirahat untuk

merangsang regenerasi dan edema saraf. Hal ini mencegah

terbatalan lebih lanjut. Pada reaksi reversal yang terjadi setelah COT (Completion of treatment), penanganan sama seperti di

atas; harus dibedakan dengan relaps. Menurut Yawalkar,

pemberian Prednisolon dimulai 40 - 60mg, kemudian dilakukan

tapering 5 - 10 mg setiap 2 sampai 4 minggu tergantung dari

kemajuan klinisnya (Rudyanto, 2004).

2.2. Reaksi Tipe 2 / Eritema Nodosum Leptosum

Reaksi ini terjadi pada kusta tipe lepromatous (BL, LLS,

LLp). ENL umumnya timbul 1- 2 tahun setelah dimulai

pengobatan MDT, tetapi juga bisa timbul pada pasien yang tak diobati (Rudyanto, 2004).

Patogenesis

Kuman kusta yang sudah granular sebagai antigen bereaksi

dengan antibodi IgG, IgM dan komplemen C₃ sehingga

membentuk imun kompleks. Reaksi ini analog dengan reaksi

arthus, reaksi tipe III menurut Coombs dan Gell; sedangkan CMI

sangat rendah. Imun kompleks ini beredar mengikuti sirkulasi

darah dan menyangkut pada organ-organ tertentu, yang akan

menimbulkan gejala-gejala

a) KULIT: akan timbul nodus, eritema dan nyeri dengan tempat

predileksi pada lengan, tungkai dan wajah, jika berat dapat

terjadi ulserasi.

b) MATA: iridosiklitis

c) SARAF: akan menimbulkan neuritis, bilateral dan dalam

waktu yang lama.

d) Kelenjar Getah Bening: akan menimbulkan limfadenitis

terutama femoral, aksila, leher.

e) Sendi: akan timbul nyeri sendi tanpa pembengkakan sendi.

Nyeri dan bengkak pada sendi kecil di tangan dan kaki sehingga jari-jari berbentuk pisang disebut, daktilitis (banana fingers).

f) Testis : akan menimbulkan orkitis

g) Ginjal: akan menimbulkan nefritis akut dengan proteinuria dan hematuria, kadang- kadang terjadi amiloidosis.

h) Otot: terjadi miositis

i) Tulang: terjadi osteitis terutama tulang tibia.

Reaksi tipe 2 ini tidak pernah diikuti dengan perubahan spektrum.

Gejala Reaksi Tipe 2

Ringan :

1. Nodul merah, nyeri tekan sedikit tanpa ulserasi.
2. Tidak ada demam, atau demam kurang dari 100° F
3. Tidak ada nyeri saraf spontan atau nyeri tekan pada saraf.

Berat :

1. Nodul kemerah-merahan nyeri tekan menjadi vesikular / gelembung, pustula disertai ulserasi
2. Demam lebih dari 102° F
3. Nyeri saraf / neuritis disertai penurunan fungsi saraf motoris dan sensoris.
4. Edema tangan dan kaki
5. Orkitis, osteitis, iridosiklitis.

Epistaksis yang terjadi menunjukkan adanya gejala-gejala akan timbulnya reaksi ENI. Menurut Yawalkar reaksi lepra Tipe 2 dapat dibagi menjadi

1. Intermittent Ringan: ENI berlangsung 2 minggu diikuti dengan 1 atau 2 bulan bebas reaksi; kadang-kadang diikuti dengan nyeri saraf ringan tanpa kelainan fungsi saraf. Sering subfebril dan malaise.
2. Intermittent Berat: demam tinggi, malaise, kulit pustular dan ulserasi, nyeri saraf diikuti dengan kelainan fungsi saraf, iridosiklitis, orkitis, sendi bengkak, persisten albuminuria, non pitting edema pada wajah, tangan, kaki.
3. Continuous: Timbulnya ENI mendadak dan tak ada periode bebas reaksi. Tipe ini digolongkan berat kadang kadang terus berlangsung sampai beberapa tahun.

Pengobatan Reaksi Tipe 2 (Rudyanto, 2004)

a) Obat MDT dilanjutkan

b) Ringan : bed rest dan parasetamol atau aspirin sudah cukup.

c) Berat : yang tak ada respons setelah diobati selama 4 minggu atau menunjukkan gejala akan bertambah berat, maka digunakan thalidomida.

d) Dosis Prednison yang diberikan ada alih-alih dengan reaksi Reversal.

e) Bila pada waktu tapering off reaksi menjadi berat kembali maka dosis prednison dimasukkan lagi 2 tingkat

di atasnya (misalnya : dosis prednison sudah sampai tapering off 10 mg dan ENL bertambah berat kembali maka dosis prednison dinaikkan menjadi 20 mg/hari).

f) Zinc sulfat diberikan dengan dosis 220 mg/hari.

Pemberian Zinc ini bertujuan untuk membantu fagositosis kuman oleh makrofag, karena menurut penelitian kadar zinc di darah pasien kusta multi basiler sangat rendah sekali.

Berdasarkan pedoman standar pengobatan penyakit kusta RSK Sitanala, rerata masa pemulihan reaksi kusta adalah 12 minggu. Diharapkan dengan adanya intervensi dengan menggunakan amitriptyline dan terapi perilaku kognitif ini masa pemulihan reaksi kusta dapat dipersingkat.

D. Hubungan Reaksi Kusta Dengan Depresi.

Kaitan yang erat antara reaksi kusta dengan depresi dapat dijelaskan sebagai berikut, selama inflamasi akut akan terjadi stimulasi terhadap HPA axis yang akan menyebabkan terjadinya peningkatan CRH dan katekolamin. Kondisi ini menyebabkan pasien menjadi somnolen dan lelah. Gejala ini disebabkan pengaruh IL-1, IL-5, TNF- α dan sitokin lain yang mempengaruhi korteks hipotalamus. Stres inflamasi kronik menyebabkan perubahan pada pikiran. Neuron CRH tersupresi sedangkan vasopresin teraktivasi. Saat stres inflamasi menurun, sekresi vasopresin kembali normal, tetapi terjadi hipofungsi HPA, sebagai lanjutan supresi neuron CRH. Selama periode ini pasien merasa emosinya terganggu dan terjadi kelelahan yang merupakan manifestasi sindroma perilaku sakit, dan sistem imunologis menjadi hiperaktif sehingga memicu terjadinya suatu proses inflamasi yang bermanifestasi sebagai reaksi kusta (Chrousos, 1995).

Preparat kortikosteroid dosis tinggi sebagai obat pilihan untuk mengatasi reaksi kusta sendiri juga dapat menginduksi terjadinya depresi pada pasien kusta, yang pada akhirnya memperberat reaksi kusta sehingga memperpanjang pemulihan pasien reaksi kusta. Jalur yang menginduksi timbulnya depresi pada pasien reaksi kusta adalah melalui aktivasi sistem limbik oleh HPA aksis, sistem simpatis dan sistem medulla adrenal (simpatis) merupakan mekanisme limbik dan sistem stres yang berfungsi menjaga keseimbangan basal dan stres-related homeostatis. Komponen sentral sistem ini pada hipotalamus dan batang otak (gamb.1). Sistem stres diaktifkan pada waktu tubuh istirahat, menyebabkan respon pada pacuan jantung, neurosensoris sumsum tulang dan sinyal limbik. Sinyal-sinyal ini mencakup produksi sitokin dari reaksi imun-inflamasi seperti faktor nekrosis tumor (TNF), interleukin-1 (IL-1) dan interleukin-6 (IL-6). Aktivasi sistem stres yang tinggi mempercepat reflek motorik, memperbaiki fungsi atensi dan kognisi, menekan selera makan dan seksual dan meningkatkan toleransi terhadap sakit. Aktivasi sistem stres juga merubah fungsi kardiovaskuler dan metabolisme dan menekan

immune-mediated inflammatory . Kortikotropin-releasing hormona (CRH) dan sistem stres sentral neuron nor-adrenergik saling menstimulasi satu sama lain. CRH menstimulasi sekresi norepineprin melalui reseptor spesifik dan norepineprin menstimulasi sekresi CRH secara langsung melalui reseptor α 1-noradrenergik.

Dengan mekanisme umpan balik negatif, CRH dan norepineprin menghambat reseptor presinap CRH dan α 2-noradrenergik. CRH, arginin vasopresin (AVP), dan neuron noradrenergik distimulasi oleh sistem serotoninergik dan kolinergik dan dihambat oleh γ -amino-asam butirik-benzodiazepin dan peptida opioid sistem syaraf otak. Sekresi substansi P menghambat neuron CRH hipotalamus tetapi tidak menghambat neuron AVP dan menstimulasi sistem nor-adrenergik central (Chrousos,1995; Cairns,2004).

Gambar 1. Jalur HPA Aksis

Pada setiap paraventricular terdapat tiga divisi parvicellular: medial memproduksi CRH dan disekresikan ke dalam sistem portal hipofise; intermediate medial menghasilkan PV ke dalam sistem portal hipofise; dan lateral yang pertama memproduksi CRH dan norepineprin sistem noradrenergik. Corticotropin-releasing hormone juga menstimulasi sekresi kortikotropin melalui kortikotrop pituitary anterior. Saat tidak ada CRH, sekresi kortikotropin sangat sedikit. AVP mempunyai sedikit efek dalam sekresi kortikotropin tetapi beraksi sinergis dengan CRH. selama stres akut, sistem stres menghasilkan sekret dari CRH, AVP atau kortikotropin, seperti magnetcellular AVP dan angiotensin II. Kortikotropin merupakan kunci regulasi sekresi glukokortikoid oleh kelenjar adrenal.

Hormon-hormon lain, yang berasal dari medula adrenal, dan syaraf autonomik cortex adrenal juga dapat meregulasi sekresi kortisol. Penggunaan kortikosteroid dosis tinggi untuk waktu yang relatif lama akan mengakibatkan terjadinya hipofungsi kelenjar adrenal, sehingga mengganggu fungsi regulasi glukokortikoid oleh adrenal, di mana penurunan kadar kortikosteroid ini akan mengakibatkan menurunnya kadar serotonin di sinaps otak yang menginduksi terjadinya depresi (Chrousos,1995).

Depresi pada pasien reaksi kusta selain disebabkan faktor biologis di atas juga terjadi akibat faktor psikologis dan sosial yang menjadi sumber stres bagi pasien reaksi kusta. Menurut Freud, kehilangan obyek cinta, seperti orang yang dicintai, pekerjaan tempatnya berdedikasi, hubungan relasi, harta, sakit terminal, sakit kronis dan krisis dalam keluarga merupakan pemicu episode gangguan depresi. Seringkali kombinasi faktor biologik, psikologik dan lingkungan merupakan kombinasi yang mencetuskan gangguan depresi (Abulafia,1999; Trinofani,2009).

Melihat kompleksnya hubungan antara depresi dengan reaksi kusta, maka terdapat kemungkinan untuk menggunakan obat

antidepresan dan psikoterapi pada tatalaksana pasien reaksi kusta.

1. Peranan Amitriptyline Pada penatalaksanaan Reaksi Kusta.

Amitriptyline merupakan obat anti depresan golongan trisiklik, yang bekerja menghambat ambilan kembali serotonin dan norepinefrin oleh reseptor asetilkolin muskarinik dan histamin. Efek utama amitriptyline adalah pada sistim saraf pusat, akan tetapi amitriptyline juga memiliki efek analgesic yang terjadi akibat peningkatan kadar serotonin dan norepinefrin pada celah sinaps ujung saraf corda spinalis posterior yang menghambat aksi transmisi nyeri ke thalamus. Efek antidepresan dan kemampuan amitriptyline dalam menanggulangi rasa nyeri ini merupakan suatu modalitas yang dapat digunakan terhadap reaksi kusta, sebab pada pasien reaksi kusta nyeri merupakan suatu masalah yang sering dikeluhkan di samping adanya keluhan simptom depresi. Dosis amitriptyline yang dianjurkan adalah 75 mg – 200 mg dalam dosis terbagi untuk satu hari. Dosis pemberian dimulai dengan dosis rendah yang kemudian secara bertahap sampai tercapai dosis terapeutik. Pemeriala amitriptyline ini pada pasien usia > 40 th harus dipastikan tidak adanya suatu bentuk gangguan pada fungsi kardio vaskular yang dibuktikan dengan pemeriksaan EKG.

Pada penelitian ini preparat amitriptyline dipilih berdasarkan pertimbangan sebagai berikut :

1. Amitriptyline merupakan obat anti depresan yang seringkali dijadikan ukuran perbandingan keberhasilan terapi depresi bagi obat anti depresan lainnya.
2. Amitriptyline sering dipergunakan sebagai obat peneitian untuk mengatasi depresi dan masalah nyeri.
3. Ketersediaan amitriptyline di berbagai daerah mudah didapatkan.

Berdasarkan pertimbangan diatas, maka preparat amitriptyline dipilih untuk dipergunakan dalam penelitian ini.

2. Peranan Terapi perilaku kognitif Pada Penatalaksanaan Reaksi Kusta.

Psikoterapi adalah suatu teknik pengobatan yang diujukan untuk membantu mengatasi masalah psikologi dan emosional yang menjadi dasar permasalahan gangguan yang dialami oleh seorang individu, melalui cara menghiraukan atau meniadifikasi gejala yang dialami pasien serta mendorong pertumbuhan dan kematangan kepribadian pasien (Wolberg,1967).

Pada psikoterapi ini pasien reaksi kusta dibantu untuk memahami dan menghilangkan kebiasaan atau pola permasalahan yang dapat menjadi faktor penyebab terjadinya depresi yang pada akhirnya akan mencetuskan timbulnya reaksi kusta. Psikoterapi yang efektif akan memberikan pola pikir dan tindakan yang berbeda pada pasien penyakit kusta dalam

menjalani pengobatan terapi kusta, sehingga pasien penyakit kusta akan lebih patuh dan teratur dalam menjalani pengobatannya. Kepatuhan dan perilaku yang baik dalam menjalani pengobatan kusta disertai oleh kondisi emosional yang stabil diharapkan dapat mencegah terjadinya reaksi kusta. Pada pasien reaksi kusta, psikoterapi diterapkan agar pasien dapat menerima dan memahami situasi yang dihadapinya, dengan demikian diharapkan pasien dapat mengatasi permasalahan psikologis yang dirasakannya sehingga kondisi emosional pasien menjadi lebih stabil. Kondisi emosional yang stabil ini akan membantu percepatan pemulihan pasien dari reaksi kusta yang dialaminya. Terdapat banyak jenis psikoterapi, akan tetapi dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, jenis psikoterapi yang paling efektif untuk meningkatkan fungsi peran individu adalah terapi perilaku kognitif (CBT).

E. Kerangka Teori

F. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan kepustakaan di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Amiltryptiline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) efektif untuk memperpendek masa pemulihan pasien reaksi kusta

2. Amiltryptiline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) akan memperpendek masa pemulihan pasien reaksi kusta terhadap keluhan nyeri

3. Amiltryptiline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) akan memperpendek masa pemulihan pasien reaksi kusta terhadap keluhan demam.

4. Amiltryptiline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) akan memperpendek masa pemulihan pasien reaksi kusta terhadap keluhan ruam kulit.

5. Amiltryptiline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) akan memperpendek masa pemulihan pasien reaksi kusta terhadap keluhan gangguan tidur.

6. Amiltryptiline dan terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) akan memperpendek masa pemulihan pasien reaksi kusta terhadap skor depresi.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi desain kuasi eksperimental pre dan pasca tes dengan rancangan Randomized Clinical Trial untuk mengetahui manfaat pemberian obat Amiltryptiline dan psikoterapi

(Cognitive Behavior Therapy) pada pasien reaksi kusta di Poliklinik kusta RSK. SITANALA Tangerang.

B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Tempat : Poliklinik kusta RSK. SITANALA Tangerang. Dipilih RSK. SITANALA karena merupakan tempat rujukan penyakit kusta Nasional.

Waktu : Penelitian dilakukan dari 01 September 2009 – 31 Oktober 2009.

C. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

1. Populasi target adalah sekelompok subjek yang menderita kusta di Indonesia.

2. Populasi terjangkau adalah seluruh subjek pasien kusta di poliklinik kusta RSK. SITANALA Tangerang.

3. Sampel adalah bagian populasi yg sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.

D. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI

1. Kriteria Inklusi :

a. Subjek penelitian adalah pasien reaksi kusta yang sesuai dengan definisi operasional.

b. Subjek penelitian mengerti bahasa Indonesia secara aktif maupun pasif.

c. Bersedia menjadi subjek penelitian dan menandatangani informed concern.

2. Kriteria Eksklusi :

a. Subjek penelitian tidak mampu diwawancarai disebabkan kondisi medis umum yang berat atau mengancam jiwa.

b. Adanya kondisi medis umum lainnya yang tidak terkontrol sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitian seperti Gangguan jantung, Diabetes, penyakit ginjal.

c. Adanya gangguan psikatri lainnya.

d. Adanya Kelainan EKG.

E. CARA PENGAMBILAN DAN BESAR SAMPEL

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara consecutive sampling, yaitu semua pasien reaksi kusta yang berkunjung di poliklinik kusta RSK. SITANALA Tangerang pada bulan Agustus 2009 – September 2009.

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus (Bhisma, 2006) : $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$
Dengan CI = 95% ; d = 5% ; p = 0.097

maka $n =$

Didapatkan sampel yang dibutuhkan sebesar 14,76 X 3

kelompok sampel, dibulatkan menjadi 45 sampel

F. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel bebas : Amitriptyline dan psikoterapi kognitif perilaku.

Variabel tergantung : Waktu dan biaya pemulihan pasien reaksi kusta dari keluhan nyeri, demam, ruam kulit dan gangguan tidur.

Variabel antara : Depresi.

(Z_{21-a} /2)pg

d₂

$(1,96)^2 \times 0,097 \times (0,9903)$

$(0,05)^2$

= 14,76

Variabel luar : Faktor sosial ekonomi, efek samping obat, lama sakit, ekspresi emosi keluarga, status perkawinan.

Variabel dikendalikan : Jenis kelamin, umur, pendidikan, terapi standar reaksi kusta.

G. DEFINISI OPERASIONAL

1. Reaksi kusta : Reaksi kusta adalah episode akut di mana secara mendadak terjadi peningkatan aktivitas dari penyakit kusta yang disebabkan gangguan status imunologis dengan gejala Lesi kulit menjadi kemerahan dan sedikit edematosa, infiltrat terlokalisasi menyempit; dapat disertai atau tidak disertai neutritis, edema pada tangan, kaki dan wajah. Gejala klinis pada reaksi kusta adalah Nyeri saraf perifer, ruam kulit dan demam. (Rudyanto, 2004).

2. Pemulihan : Waktu yang dibutuhkan untuk menghilangkannya tanda dan gejala reaksi kusta berupa hilangnya lesi pada kulit yang disertai nyeri saraf perifer, demam dan gangguan tidur yang dikeluhkan pasien.

3. Nyeri saraf perifer adalah seras nyeri yang terlokalisasi akibat adanya kerusakan atau peradangan pada jaringan saraf perifer yang diukur dengan menggunakan VAS

4. Ruam kulit adalah lesi pada kulit yang timbul akibat proses peradangan selanjut terjadinya reaksi kusta yang diukur berdasarkan penilaian subyektif pasien terhadap menghilangkannya lesi pada kulit pasien dan dikonfirmasi secara obyektif dari pemeriksaan dokter poliklinik saat kontrol.

5. Demam adalah keluhan perasaan meriang pasien akibat peningkatan suhu tubuh yang dirasakan pasien secara subyektif, diukur berdasarkan penilaian subyektif pasien terhadap menghilangkannya keluhan meriang dan dikonfirmasi secara obyektif dari pemeriksaan dokter poliklinik saat kontrol.

6. Gangguan tidur adalah keluhan pasien yang merasa sulit untuk tidur pada malam hari saat menderita reaksi kusta, diukur berdasarkan penilaian subyektif pasien terhadap menghilangkannya keluhan gangguan tidur

7. Amitriptyline : Obat anti depresi golongan trisiklik dengan dosis 75 mg sampai 200 mg/hari (Stah, 2004), pada penelitian ini diberikan dengan dosis 75 mg dalam dosis terbagi.

8. Terapi perilaku kognitif : Suatu bentuk psikoterapi yang ditujukan untuk membantu mengatasi masalah psikologi dan

emosional yang menjadi dasar permasalahan gangguan yang dialami oleh seorang individu, melalui cara menghilangkan atau memodifikasi gejala yang dialami pasien serta mendorong pertumbuhan dan kematangan kepribadian pasien (Wolberg, 1967).

9. Terapi standard reaksi kusta : prednisolon dosis 1 mg/kgbb dengan terapi MDT kusta diteruskan.

10. Gangguan Depresi adalah hasil skor dari instrumen BDI dengan nilai skor < 11 tidak depresi.

H. Perangkat / Instrumen

Perangkat kerja atau instrumen yang digunakan adalah :

1. Data isian pribadi

2. L-MMPI Instrumen ini diisi sendiri oleh subjek. Skala ini adalah untuk mengungkapkan kecenderungan kebohongan subjek penelitian. Nilai batasnya adalah jawaban "ya" lebih dari 10 (Aris Sudiyanto, 2003).

3. Kuesioner BDI. BDI merupakan 21 pertanyaan (masing-masing menanyakan kualitas perasaan yang terjadi selama 2 minggu terakhir) yang harus dijawab dalam waktu 5 menit. Responden diminta untuk menilai kualitas perasaannya masing-masing item dengan skor 0-3. Skor 0 apabila tidak merasakan gejala, skor 1 apabila merasakan gejala ringan, skor 2 apabila merasakan gejala sedang, skor 3 apabila merasakan gejala berat. Nilai skor = 18 depresi ringan; skor 18 - 29 depresi sedang dan skor > 30 depresi berat (Andreasen & Black, 2001; Sadock & Sadock, 2003; Stinson, 2006; Hermanis et al., 2006).

4. Visual Analog Scale (VAS) adalah instrumen berupa penilaian subjektif pasien terhadap rasa nyeri yang diukur dengan menggunakan gambar dengan skala 1-10.

5. Rekam Medis

6. Amiltryptiline dengan dosis 75 mg / hari dan dosis dibagi .

7. Terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy) yang dilakukan dalam 6 sesi pertemuan yang dilakukan secara berkelompok (terapi kelompok).

I. Manajemen Dan Analisis Data

Langkah-langkah pada analisis data adalah :

1. Pengumpulan lembar kuesioner BDI dan Data Rekam Medis

2. Editing yaitu pemisahan data yang relevan.

3. Coding yaitu memberikan kode-kode pada data berupa jawaban dari subjek penelitian dan laporan klinis pasien dari rekam medik.

4. Rekapitulasi data.

5. Pengelompokan data.

6. Data disajikan dalam bentuk tabel dan matriks.

Data yang terkumpul akan diolah dan dianalisis menggunakan uji t, dan analisis regresi ANOVA dan untuk melihat hubungan antara skor depresi dengan nyeri dianalisis dengan menggunakan uji korelasi Pearson.

J. Skema Penelitian

K. Metode Pengumpulan Data

1. Peneliti mengajukan lolos kaji etik pada panitia etik penelitian kedokteran/kesehatan Bagian Psikiatri FK-UNS RSUD Moewardi Surakarta.
 2. Peneliti meminta surat keterangan dan permohonan izin melakukan penelitian dari Bagian Psikiatri FK-UNS RSUD Moewardi Surakarta.
 3. Peneliti meneruskan permohonan izin tersebut ke RSK.SITANALA Tangerang.
 4. Peneliti meminta kesediaan subjek penelitian yang datang ke RSK.SITANALA Tangerang yang memenuhi kriteria inklusi untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
 5. Peneliti kemudian menjelaskan kepada subjek penelitian mengenai maksud dan tujuan penelitian, dengan harapan dapat membina rapport yang baik sehingga pasien dapat memberikan jawaban yang jujur dan akurat serta yang baik dengan sukarela.
- Pasien Reaksi Kusta
 Penelitian intervensi:
 BD
 Masalah Reaksi Kusta
 Amitriptyline
 + Terapi standar
 Terapi standard
 (Kontrol)
 Amitriptyline + CBT
 + Terapi standar
 Penilaian pasca intervensi:
- Lama Pemulihan Reaksi Kusta
 - BDI pasca intervensi
6. Subjek penelitian mengisi lembar persetujuan (informed concern).
 7. Subjek penelitian diminta mengisi kuesioner BDI, kemudian melakukan pengumpulan data klasifikasi reaksi kusta dari rekam medis.
 8. Peneliti melakukan intervensi, pelaksanaan dan kontrol terhadap terapi reaksi kusta pada subjek penelitian.
 9. Peneliti mengumpulkan kuesioner dan data rekam medis subjek penelitian, dan mencatat hasil intervensi terhadap subjek penelitian, lalu mengolahnya dengan program komputer SPSS 15.

L. Masalah Etika

- Sebelum penelitian dilakukan, subjek penelitian diberi penjelasan tentang tujuan penelitian tersebut
- Setelah pasien mendapat penjelasan dan mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan, ditanyakan kepada pasien apakah pasien bersedia menjadi subjek penelitian. Jika pasien menyetujuinya dan menandatangani informed concern, baru

pasien boleh dinyatakan sebagai subjek penelitian.

- Semua informasi dan hal-hal yang menyangkut pribadi akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk penelitian.

Jaws PDF Creator

EVALUATION

VALUTAZIONE

EVALUATION

EVALUACIÓN

EVALUATION