

**HUBUNGAN AKTIFITAS PENYAKIT SLE (SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)
BERDASARKAN MEX-SLEDAI SCORING TERHADAP DEPRESI DI KOMUNITAS
ODAPUS KOTA BANDAR LAMPUNG**

Rina Kriswiastiny¹, Festy Ladyani Mustofa², Syuhada³, Reychan Gustiawan
Putra^{4*}

¹⁻⁴Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati Lampung

Email Korespondensi: Reychangustiawanp2@gmail.com

**ABSTRACT: RELATIONSHIP OF SLE (SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)
ACTIVITIES BASED ON MEX-SLEDAI SCORING ON DEPRESSION IN ODAPUS
COMMUNITIES BANDAR LAMPUNG**

Background: Depression is a clinical manifestation that can occur in patients with SLE and it is suspected that the level of SLE disease activity can affect these events (Nery, et al. 2007). Ironically, this section is a part that is often overlooked by many people, including the health sector. In fact, by understanding this point of view, cross-scientific collaborative treatment such as the Internal and Psychiatry Fields can be done to improve the treatment and quality of life of patients.

Objective: To determine the relationship between SLE (Systemic lupus Erythematosus) disease activity based on MEX-SLEDAI Scoring against depression in the Odapus Community, Bandar Lampung City 2020.

Methodology: The type of research used in this study is correlative analytic with cross sectional design. The sample used in this study were patients with SLE (Systemic lupus Erythematosus) based on MEX-SLEDAI Scoring for depression in the Odapus Community, Bandar Lampung City 2020. Data analysis used the Spearman test.

Results: In the activity variable SLE and depression, the P value = 0.001 (P <0.05) with a correlation value of r = 0.490 was obtained.

Conclusion: There is a relationship between SLE (Systemic lupus Erythematosus) disease activity based on MEX-SLEDAI Scoring against depression in Odapus Community, Bandar Lampung City 2020 with moderate correlation strength.

Keywords : Lupus, Depression, MEX-Sledai

**INTISARI: HUBUNGAN AKTIFITAS PENYAKIT SLE (SYSTEMIC LUPUS
ERYTHEMATOSUS) BERDASARKAN MEX-SLEDAI SCORING TERHADAP DEPRESI
DI KOMUNITAS ODAPUS KOTA BANDAR LAMPUNG**

Latar Belakang: Depresi merupakan manifestasi klinis yang dapat muncul pada penderita SLE dan diduga tingkat aktivitas penyakit SLE dapat mempengaruhi kejadian-kejadian tersebut (Nery, dkk. 2007). Ironisnya, bagian ini merupakan bagian yang sering luput diperhatikan oleh banyak orang, termasuk bidang kesehatan. Padahal, dengan memahami sudut pandang ini, pengobatan kolaboratif lintas keilmuan seperti Bidang Interna dengan Bidang Psikiatri dapat dilakukan untuk meningkatkan pengobatan dan kualitas hidup pasien.

Tujuan: Untuk mengetahui hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020.

Metodologi: Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik korelatif dengan desain *cross sectional*. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah penderita penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020. Analisa data menggunakan Uji *Spearman*.

Hasil: Pada variabel aktifitas penyakit SLE dan depresi diperoleh nilai *P value* = 0,001 ($P < 0,05$) dengan nilai korelasi $r = 0,490$.

Kesimpulan: Terdapat hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020 dengan kekuatan korelasi sedang.

Kata Kunci : Lupus, Depresi, MEX-Sledai

PENDAHULUAN

Penyakit Lupus Eritematosus Sistemik atau lebih dikenal dengan sebutan SLE (*Systemic Lupus Erythematosus*) berbagai istilah lainnya seperti penyakit dengan seribu wajah, merupakan salah satu penyakit reumatik autoimun yang memerlukan perhatian khusus baik dalam mengenali tampilan klinis penyakitnya hingga pengelolaannya (Perhimpunan Rheumatologi Indonesia, 2011). *Systemic Lupus Erythematosus* merupakan penyakit autoimun yang bersifat sistemik (Farkhati, 2012).

Kedua jenis kelamin dapat diserang oleh penyakit ini, dimana predominansi lebih menonjol pada perempuan di usia reproduktif. Juga mengenai semua ras walau lebih banyak terlihat pada perempuan di Asia, atau mereka yang berkulit hitam di Amerika. Perjalanan penyakit SLE ini sangatlah dinamis sehingga seringkali menyulitkan diagnosis manakala profesional medik dihadapi pada tampilan gejala atau keluhan yang tidak lengkap. Pengenalan dini akan kemungkinan seseorang terkena penyakit ini sangatlah penting, mengingat angka kematian dapat terjadi dengan cepat terkait aktivitas penyakitnya di tahun-tahun pertama. Sementara

itu, penyulit lanjut terutama pada sistim kardiovaskular dan terganggunya berbagai fungsi organ seiring dengan melajunya perjalanan alamiah penyakit ini pun memberikan kontribusi yang besar bagi morbiditas maupun mortalitas pasien dengan SLE atau sering disebut sebagai orang dengan lupus (ODAPUS) (Ira, 2020).

Selama lebih dari empat dekade angka kejadian SLE meningkat tiga kali lipat yaitu 51 per 100.000 menjadi 122-124 per 100.000 penduduk di dunia. Prevalensi SLE di Amerika Serikat adalah 15-50 per 100.000 populasi. Setiap tahun ditemukan lebih dari 100.000 penderita SLE baru di seluruh dunia. Semua ras dapat menjadi golongan penderita SLE. Wanita Afrika-Amerika mempunyai insidensi tiga kali lebih tinggi dibandingkan kulit putih. Kecenderungan perkembangan SLE terjadi pada usia muda dan dengan komplikasi yang lebih serius (Manson dan Rahman, 2006).

Data antara tahun 1988-1990 di Indonesia, insidensi rata-rata penyandang SLE adalah sebesar 37,7 per 10.000 perawatan dan cenderung meningkat dalam dua dekade terakhir. Jumlah penderita SLE di Indonesia cenderung

meningkat. Berdasarkan data tahun 2002, Yayasan Lupus Indonesia mencatat 1.700 orang dan pada tahun 2007 berjumlah 8.672 penderita SLE, dengan 90 % wanita. Tahun 2014 yang tercatat menurut Yayasan Lupus Indonesia Panggon Kupu Semarang yaitu 58 orang (Savitri, 2005).

Data tahun 2002 di RSUP Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta, didapatkan 1.4% kasus SLE dari total kunjungan pasien di poliklinik Reumatologi Penyakit Dalam. Sementara di RS Hasan Sadikin Bandung terdapat 291 Pasien SLE atau 10.5% dari total pasien yang berobat ke poliklinik reumatologi selama tahun 2010 (Perhimpunan Rheumatologi Indonesia, 2011).

Manifestasi yang beragam, seringkali tidak disadari oleh profesional medik yang menghadapi pasien tersebut. Tidak jarang, selama sehari-hari, berminggu-minggu hingga berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun pasien didiagnosis berdasarkan manifestasi yang dominan terlihat seperti anemia, glomerulonefritis, dermatitis acneiform, dan sebagainya. Manifestasi yang muncul dapat terjadi dengan rentag waktu yang panjang. Kelambatan dalam menegakkan diagnosis akan berpengaruh pada tingkat keberhasilan pengelolaan maupun kesintasan pasien dengan SLE (Perhimpunan Rheumatologi Indonesia, 2011).

Dilaporkan bahwa pada 1000 pasien SLE di Eropa yang diikuti selama 10 tahun, manifestasi klinis terbanyak berturut-turut adalah artritis sebesar 48,1%, ruam malar 31,1%, nefropati 27,9%, fotosensitiviti 22,9%, keterlibatan neurologik 19,4% dan demam 16,6% sedangkan manifestasi klinis yang jarang dijumpai adalah miositis 4,3%, ruam diskoid 7,8 %, anemia

hemolitik 4,8%, dan lesi subkutaneus akut 6,7% (Cervera, dkk., 2003).

Morbiditas dan mortalitas pasien SLE masih cukup tinggi. Berturut-turut kesintasan (*survival*) SLE untuk 1-5, 5-10, 10-15, 15-20, dan 20 tahun adalah 93-97%, 84- 95%, 70-85%, 64-80%, dan 53-64% (Jacobson, dkk. 1999; Paton, dkk. 1996; Mok, dkk. 2000; Kasitanon, dkk. 2002; Blanco, dkk. 1998; Abu-Shakra, dkk., 1995). Kesintasan 5 tahun pasien SLE di RSCM adalah 88% dari pengamatan terhadap 108 orang pasien SLE yang berobat dari tahun 1990-2002 (Perhimpunan Rheumatologi Indonesia, 2011). Angka kematian pasien dengan SLE hampir 5 kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum (Perhimpunan Rheumatologi Indonesia, 2011; Abu-Shakra, 1995). Pada tahun-tahun pertama mortalitas SLE berkaitan dengan aktivitas penyakit dan infeksi (termasuk infeksi *M. tuberculosis*, virus, jamur dan protozoa, sedangkan dalam jangka panjang berkaitan dengan penyakit vaskular aterosklerosis (Cervera, dkk., 2005; Urowitz, dkk., 1976; Feng, dkk., 1982; Shyam, dkk., 1996).

Kelelahan pada penderita SLE merupakan hal biasa yang sering dirasakan. Penelitian telah menunjukkan bahwa 53- 80% pasien SLE mengalami kelelahan sebagai salah satu gejala utama mereka. Pada 30-50% pasien SLE, kelelahan adalah gejala yang paling melemahkan dan mengganggu fungsi fisik, sosial dan emosional (Avina, 2007). Menurut *Indonesian Rheumatology Association* (2011) penyebab utama morbiditas pada pasien SLE adalah kelelahan, penurunan kualitas hidup, dan tingkat keparahan SLE dengan beberapa kriteria SLE ringan dan berat.

Faktor-faktor yang berkaitan dengan kelelahan pada pasien SLE berupa faktor yang tidak dapat

diubah (tingkat keparahan penyakit) dan faktor yang dapat diubah (aktivitas fisik, kualitas tidur) (Grace, 2012). Kematian pasien SLE yang diakibatkan kelelahan juga belum diketahui secara pasti, tetapi kelelahan dapat memicu pasien SLE mengalami kekambuhan. Kekambuhan pada penyakit SLE jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan komplikasi pada organ tubuh lainnya. Penyakit SLE tersebut memperlihatkan 2 puncak kejadian kematian, yaitu satu puncak akibat komplikasi yang tidak terkontrol, dan satu puncak lain akibat komplikasi kortikoterapi. Penyebab utama kematian pasien SLE 90% diakibatkan oleh infeksi dan 10% kematian pasien SLE diakibatkan organ yang sudah mengalami komplikasi seperti gagal ginjal dan kerusakan SSP (Urowitz, 2005; Squance et al, 2014).

Mengingat LES memerlukan pengobatan jangka panjang maka dibutuhkan perangkat yang dapat mengevaluasi penyakit LES. Terdapat berbagai sistem skor yang dapat digunakan untuk menilai aktivitas LES, antara lain: *The Systemic Lupus Activity Measure (SLAM)*, *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI)*, *The European Consensus Lupus Activity Measurement (ECLAM)* dan *The British Isles Lupus Assessment Group (BILAG)*. Secara keseluruhan semua jenis sistem skor ini akurat dan reliable, serta dapat digunakan untuk anak dan dewasa. Sistem skor yang praktis dan banyak digunakan dalam aplikasi klinis sampai saat ini adalah SLEDAI.

Sistem skor SLEDAI mudah digunakan bahkan pada pemantau pemula sekalipun. Sistem skor ini memiliki jumlah variabel yang relatif sedikit dan sederhana, sehingga dapat diselesaikan dalam waktu sekitar 2 menit. Setiap variabel

sudah didefinisikan dengan jelas sehingga perbedaan persepsi pengisi formulir menjadi minimal. Skor SLEDAI juga sensitif terhadap perubahan aktivitas penyakit.

Sistem skor yang paling sering digunakan adalah SLEDAI, dihitung setiap 3-6 bulan, atau ketika ada perubahan aktivitas penyakit. Skor SLEDAI dikembangkan di Toronto pada tahun 1985. Pada sistem skor ini terdapat 24 variabel yang menggambarkan 8 sistem organ. Skor ini mencatat manifestasi penyakit dalam waktu 10 hari sebelum waktu pengukuran. Masing-masing variabel diberi bobot nilai yang bervariasi, tergantung dari beratnya manifestasi klinik yang terjadi bila organ tersebut terganggu. Pada gangguan ginjal, gangguan neurologi dan vaskulitis memiliki nilai yang lebih tinggi dibandingkan dengan gangguan pada kulit. Skor maksimum SLEDAI adalah 105 (Hasanah, dkk., 2016).

Peningkatan inflamasi yang terjadi pada penyakit autoimun dan infeksi dapat mempengaruhi otak. Hal tersebut terjadi melalui peningkatan permeabilitas barier pembuluh darah dan SSP, yang menyebabkan otak rentan terhadap agen infeksi dan komponen imun, seperti sitokin dan antibodi reaktif otak (Benros, dkk., 2013).

Mediasi kompleks imun diduga dapat berpengaruh terhadap depresi pada penderita SLE. Peningkatan IFN- α pada pasien SLE dapat memicu pelepasan sitokin proinflamasi, seperti IL-6, IL-1 dan TNF- α di limfosit. Lebih lanjut, sitokin proinflamasi dapat mempengaruhi jalur tryptophankynurenine, yang mengatur produksi serotonin dan aktivitas reseptor glutamat N-Methyl-Daspartate. Peningkatan sitokin proinflamasi pada pasien SLE dapat menyebabkan *sickness behavior*, ditandai dengan kelelahan, gangguan tidur, mudah

tersinggung, kehilangan nafsu makan, depresi, dll. Penelitian yang diadakan di Singapura menjelaskan peningkatan serum TNF- α pada pasien LES berkaitan dengan depresi berat serta kualitas hidup yang memburuk (Mak, dkk., 2013).

Selain patogenesis yang telah disebutkan, depresi pada penderita LES dapat juga disebabkan oleh faktor-faktor lainnya. Faktor genetik, jenis kelamin, hormonal, psikologis penderita, penggunaan obat-obatan yang lama, lingkungan, sosial-ekonomi, serta aktivitas penyakit (menyebabkan keadaan seperti insomnia, kelelahan, keterbatasan fungsi tubuh, dll) diduga menjadi faktor risiko dari kejadian depresi tersebut. Permasalahan psikiatri pada penderita SLE berkaitan erat dengan status sosial-ekonomi, tingkat aktivitas penyakit, riwayat menstruasi yang abnormal serta kualitas hidup penderita SLE (Shakeri, dkk., 2013).

Depresi merupakan manifestasi klinis yang dapat muncul pada penderita SLE dan diduga tingkat aktivitas penyakit SLE dapat mempengaruhi kejadian-kejadian tersebut (Nery, dkk. 2007). Ironisnya, bagian ini merupakan bagian yang sering luput diperhatikan oleh banyak orang, termasuk bidang kesehatan. Padahal, dengan memahami sudut pandang ini, pengobatan kolaboratif lintas keilmuan seperti Bidang Interna dengan Bidang Psikiatri dapat dilakukan untuk meningkatkan pengobatan dan kualitas hidup pasien. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Istiqomah dkk (2018) didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat aktivitas penyakit LES dan tingkat depresi pada penderita Lupus Eritematosus Sistemik (p value = 0,000 ($\alpha < 0,05$)) di Persatuan Lupus Sumatera Selatan dan

Poliklinik Ilmu Penyakit Dalam RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

Akan tetapi, berdasarkan penelitian Hasanah, dkk., (2016) menyatakan hubungan antara aktivitas penyakit LES dengan kecenderungan kejadian depresi adalah positif dengan kekuatan korelasi sangat lemah dan tidak bermakna ($p > 0,05$, koefisien korelasi $\rho = 0,067$).

Oleh sebab itu, peneliti bertujuan meneliti hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode analitik korelatif dengan desain *cross sectional* dan menggunakan data primer berupa MEX-Sledai Scoring dan BDI Scoring. Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2020 s.d. Januari 2021 bertempat di Komunitas ODAPUS Bandar Lampung setelah mendapatkan *ethical clearance* dari Universitas Malahayati. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh penderita *Systemic Lupus Erythematosus* yang tergabung di Komunitas ODAPUS Kota Bandar Lampung tahun 2020 yang berjumlah 170 orang dengan berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan. Teknik yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*. Karena total populasi sudah diketahui yaitu 170 jiwa, maka kita dapat menentukan jumlah sample sebanyak 170 jiwa.

Pada penelitian ini diperlukan beberapa alat yang digunakan untuk mendukung penelitian seperti alat tulis dan kuesioner.

PROSEDUR

Pertama-tama, peneliti menentukan responden, yaitu seluruh penderita *Systemic Lupus Erythematosus* yang tergabung di Komunitas ODAPUS Kota Bandar Lampung tahun 2020

yang berjumlah 170 dengan berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan. Selanjutnya, peneliti menyebarkan kuesioner *MEX-Sledai Scoring* dan *BDI Scoring* lalu mengumpulkan hasil kuesioner tersebut yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan. Kemudian, setelah data terkumpul, peneliti melakukan inputan data ke dalam program

computer, yakni Ms. *Excell*. Kemudian, untuk data yang sudah dihimpun, data diolah dengan komputer menggunakan program SPSS untuk mengetahui hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan *MEX-SLEDAl Scoring* terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung.

HASIL

Penelitian ini dilaksanakan di Komunitas ODAPUS Kota Bandar Lampung tahun 2020. Jenis Penelitian ini adalah analitik korelatif dengan metode *cross sectional* menggunakan *total*

sampling sebanyak 170 sampel yang merupakan penderita *Systemic Lupus Erythematosus* yang tergabung di Komunitas ODAPUS Kota Bandar Lampung tahun 2020 yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Tabel 1 Analisis Data Univariat

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
Remaja (12-25 tahun)	8	20,00%
Dewasa (26-45 tahun)	28	70,00%
Lansia (46-65 tahun)	4	10,00%
Total	40	100,00%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	2	5,00%
Perempuan	38	95,00%
Total	40	100,00%
Status Pekerjaan		
Tidak Bekerja	19	47,50%
Bekerja	21	52,50%
Total	40	100,00%
Status Pernikahan		
Belum Menikah	11	27,50%
Sudah Menikah	29	72,50%
Total	40	100,00%
Aktifitas Penyakit Lupus		
Rendah	8	20,00%
Sedang	17	42,50%
Tinggi	10	25,00%
Tinggi Sekali	5	12,50%
Total	40	100,00%
Depresi		
Tidak	16	40,00%
Ya	24	60,00%
Total	40	100,00%

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa dari 40 responden yang diteliti, terlihat bahwa distribusi frekuensi usia, penderita SLE berusia remaja sebanyak 8 orang (20%), penderita berusia dewasa sebanyak 28 orang (70%), dan penderita berusia lansia sebanyak 4 orang (10%). Lalu, berdasarkan jenis kelamin pada penderita penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung, penderita berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 orang (5%) dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 38 orang (95%). Sementara itu, berdasarkan status pekerjaan pada penderita penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung, mayoritas penderita memiliki pekerjaan dengan jumlah sebanyak 21 orang (52,5%) sementara 19 orang lainnya (47,5%)

tidak memiliki pekerjaan. Selanjutnya, berdasarkan status pernikahan pada penderita penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung, penderita paling banyak sudah menikah yakni sebanyak 29 orang dengan persentase 47,5% dan 11 orang lainnya (27,5%) belum menikah. Selanjutnya, pasien yang memiliki aktifitas penyakit lupus rendah sebanyak 8 orang (20%), pasien yang memiliki aktifitas penyakit sedang sebanyak 17 orang (42,5%), pasien yang memiliki aktifitas penyakit tinggi sebanyak 10 orang (25%), dan pasien yang memiliki aktifitas penyakit tinggi sekali sebanyak 5 orang (12,5%). Sementara itu, angka kejadian depresi yakni sebanyak 24 orang (60%) mengalami depresi sementara 16 orang lainnya (40%) tidak mengalami depresi.

Tabel 2 Analisis Bivariat

Spearman rho'	N	Sig	Cor
Aktivitas Penyakit Lupus Depresi	40	0,001	0,490

Pada uji analisis bivariat peneliti menguji hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI *Scoring* terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020. Pada penelitian ini digunakan uji statistik Spearman dikarenakan data tidak berdistribusi dengan normal, pada variabel aktifitas penyakit SLE dan depresi diperoleh nilai *P value* = 0,001 ($P < 0,05$), artinya terdapat hubungan aktifitas penyakit SLE

(*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI *Scoring* terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020. Nilai korelasi $r = 0,490$, artinya kekuatan korelasi penelitian ini memiliki keterkaitan sedang dan mempunyai arah kolerasi positif yang dapat disimpulkan bahwa semakin rendah aktifitas penyakit SLE maka semakin rendah pula angka kejadian depresi.

PEMBAHASAN

1. Usia

Sebagaimana yang telah diketahui, SLE dapat ditemukan pada semua usia, dengan insidensi paling banyak pada usia 15- 40 tahun (selama masa reproduksi) (Isbagio, 2007). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP dr. Kariadi Semarang, pasien terbanyak pada rentang usia 21-30 tahun dan 31-40 tahun (masing-masing 33,3%) (Hasanah, 2016).

Sementara itu, pada penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang menunjukkan 3 (7,1%) penderita SLE berusia 11-20 tahun, 17 (40,5%) penderita SLE berusia 21-30 tahun, 12 (28,6%) penderita SLE berusia 31-40 tahun, 4 (9,5%) penderita SLE berusia 41-50 tahun, 5 (11,9%) penderita SLE berusia 51-60 tahun dan 1 (2,4%) penderita SLE berusia >60 tahun (Istiqomah, 2018).

Pada penelitian ini, didapatkan hasil penderita SLE terbanyak berada pada rentang usia Dewasa (26-45 tahun) sebanyak 28 orang (70%), kemudian berturut-turut pada rentang Remaja (12-25 tahun) sebanyak 8 orang (20%), serta rentang Lansia (46-65 tahun) sebanyak 4 orang (10%). Ketiga penelitian menunjukkan kejadian SLE lebih banyak terjadi pada penderita dalam masa reproduksi, dimana faktor hormonal mengakibatkan produksi autoantibodi berlebihan pada pasien SLE.

2. Jenis Kelamin

SLE lebih sering diderita wanita dibandingkan pria, perbandingannya (5,5-9):17. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, menunjukkan bahwa penderita SLE lebih banyak

berjenis kelamin perempuan (92,9%) dibandingkan laki-laki (7,1%) (Istiqomah, 2018).

Sementara itu, pada penelitian ini didapatkan penderita SLE yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 orang (5%) dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 38 orang (95%). Diduga hormon estrogen dan prolaktin, yang lebih banyak terdapat pada perempuan, dapat mengaktifasi sel B poliklonal, mengakibatkan produksi autoantibodi berlebihan pada pasien SLE (Aranow, 2009).

3. Status Pekerjaan

Ditinjau dari status pekerjaan, mayoritas penderita memiliki pekerjaan dengan jumlah sebanyak 21 orang (52,5%) sementara 19 orang lainnya (47,5%) tidak memiliki pekerjaan. Sementara itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, 38 (90,5%) penderita SLE bekerja, sedangkan 4 (9,5%) penderita SLE tidak bekerja. Hal tersebut dapat disebabkan oleh faktor dari luar (lingkungan) maupun dari penderita SLE itu sendiri (Istiqomah, 2018).

4. Status Pernikahan

Ditinjau dari status pernikahan, penderita paling banyak sudah menikah yakni sebanyak 29 orang dengan persentase 47,5% dan 11 orang lainnya (27,5%) belum menikah. Sementara itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang didapatkan 27 (64,3%) penderita SLE telah menikah, sedangkan 15 (35,7%) penderita SLE belum menikah. Diduga faktor-faktor sosial-ekonomi dan psikososial tersebut dapat memicu kejadian depresi pada penderita SLE (Istiqomah, 2018).

5. Tingkat Aktivitas Penyakit

Menurut hasil penelitian Hasanah et al. di RSUP dr. Kariadi Semarang (2016), didapatkan 33,3% pasien memiliki aktivitas penyakit SLE ringan, sedangkan 66,7% memiliki aktivitas SLE sedang (Hasanah, 2016). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang didapatkan 10 (23,8%) penderita SLE memiliki tingkat aktivitas SLE ringan, 18 (42,9%) penderita SLE memiliki tingkat aktivitas SLE sedang dan 14 (33,3%) penderita SLE memiliki tingkat aktivitas SLE berat (Istiqomah, 2018). Pada penelitian ini, Hal ini sejalan dengan data hasil penelitian yang dilakukan bahwasannya penderita SLE paling banyak memiliki tingkat aktifitas penyakit sedang.

6. Kejadian Depresi

Depresi dapat ditemukan pada 11-39% pasien yang mungkin merupakan gejala awal. Dilaporkan bahwa kejadian depresi 4 kali lebih tinggi pada pasien SLE. Pada penelitian yang dilakukan di Hongkong didapatkan hasil 20,3% pasien SLE mengalami ansietas dan 32,9% pasien mengalami depresi (Shen, 2013). Menurut hasil penelitian Emilia et al. (2015), yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, didapatkan 42,5% penderita SLE mengalami depresi ringan, 35% mengalami depresi sedang dan 22,5% mengalami depresi berat (Emilia, 2015). Sementara itu, berdasarkan penelitian Istiqomah (2018) yang dilakukan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang didapatkan 17 (40,5%) penderita SLE tidak mengalami depresi, 9 (21,4%) penderita SLE mengalami depresi ringan, 7 (16,7%) penderita SLE mengalami depresi sedang dan 9 (21,4%) penderita SLE mengalami depresi berat.

Perbedaan diantara ketiga penelitian tersebut, bahkan salah satu diantaranya terjadi di lokasi yang sama, dapat disebabkan oleh perbedaan karakteristik responden penelitian yang berbeda di masing-masing tempat penelitian. Pada penelitian ini, kejadian depresi yakni sebanyak 24 orang (60%) mengalami depresi sementara 16 orang lainnya (40%) tidak mengalami depresi.

7. Hubungan antara Mex-Sledai Scoring dengan Depresi

Tingkat depresi yang terjadi pada responden penelitian dapat dipengaruhi berbagai hal, seperti faktor genetik, jenis kelamin, hormonal, psikologis penderita, penggunaan obat-obatan yang lama, lingkungan, sosial-ekonomi, serta aktivitas penyakit penderita itu sendiri. Patogenesis depresi pada SLE masih menjadi perdebatan, namun diduga salah satu faktornya adalah peningkatan tingkat aktivitas penyakit pada penderita SLE. Berdasarkan hasil penelitian oleh Nery et al. (2007) menyatakan bahwa tingkat keparahan depresi berhubungan langsung dengan tingkat aktivitas penyakit SLE ($r = 0,26$; $p \text{ value} = 0,026$) (Nery, 2007)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Singapura oleh Mak, Tang dan Ho (2013) serta penelitian di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang oleh Emilia et al. (2015) dan Istiqomah (2018), menjelaskan hubungan antara peningkatan kadar TNF- α serum dan tingkat keparahan depresi pada penderita SLE. Peningkatan pelepasan sitokin proinflamasi (TNF- α , IL-6, IL-1) tersebut juga berhubungan dengan peningkatan tingkat aktivitas penyakit SLE (Mak, 2014; Emilia, 2015). Dengan menggunakan uji statistik Spearman diperoleh nilai $P \text{ value}$

= 0,001 ($P < 0,05$), artinya terdapat hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Istiqomah (2018) yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat aktivitas penyakit SLE dan tingkat depresi pada penderita Lupus Eritematosus Sistemik di Persatuan Lupus Sumatera Selatan dan Poliklinik Ilmu Penyakit Dalam RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang (Istiqomah, 2018). Sementara itu, penelitian Shakeri et al. (2015) menyatakan terdapat hubungan antara rendahnya skor kualitas hidup (berhubungan dengan aktivitas penyakit) dan depresi yang dialami pasien SLE (p value = 0,0001) (Shakeri, 2015).

Pada penelitian ini dilakukan Istiqomah (2018) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat aktivitas SLE, maka semakin tinggi pula tingkat depresi yang dialami oleh responden penelitian (Istiqomah, 2018). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti yang dapat disimpulkan bahwa semakin rendah aktifitas penyakit SLE maka semakin rendah pula angka kejadian depresi.

KESIMPULAN

Berdasarkan analisa dan pembahasan di atas, terdapat hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020 dengan kekuatan korelasi sedang.

SARAN

Masyarakat sebaiknya bersikap proaktif dalam menggali informasi mengenai Bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan aktifitas penyakit SLE (*Systemic lupus Erythematosus*) berdasarkan MEX-SLEDAI Scoring terhadap depresi di Komunitas Odapus Kota Bandar Lampung 2020 disarankan agar melakukan penelitian lebih lanjut terkait faktor-faktor yang mungkin meningkatkan angka kejadian depresi selain aktifitas penyakit seperti faktor lingkungan dan faktor social ekonomi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu-Shakra M, Urowitz MB, Gladman DD, Gough J. (1995). *Mortality studies in systemic lupus erythematosus. Results from a single center. I. Causes of death.* J Rheumatol. 22(7):1259- 1264.
- II. *Predictor variables for mortality.* J Rheumatol. P:1265-70.
- Aranow, C., B. Diamond dan M. Mackay. (2009). *Systemic Lupus Erythematosus.* Dalam: Rich, R.R., T.A. Fleisher, W.T. Shearer, H.W. Schroeder, A. J. Frew dan C.M. Weyand (Editor). *Clinical Immunology, Principles and Practice, Third Edition* (hal. 749-765). Elsevier, Philadelphia, USA
- Avina J. Antoni. (2007). *The importance of fatigue in lupus. Bc lupus society.* Symposium: Arthritis Research Centre of Canada.
- Benros, M.E., B.L. Waltoft, M. Nordentoft, S.D. Ostergaard, W.W. Eaton, J. Krogh, et al. (2013). *Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for mood disorders: a nationwide study.* JAMA Psychiat. 70(8): 812-820.

- Blanco FJ, Gómez-Reino JJ, de la Mata J, Corrales A, Rodríguez-Valverde V, Rosas JC, et al. (1998). *Survival analysis of 306 European Spanish patients with systemic lupus erythematosus*. *Lupus*. 7(3):159-163.
- Boris V, William D R, and Rahn K. (2013). *Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach*. *Prim Care Companion CNS Disord*.
- Cervera, R., Khamashta, M.A., Font, J., Sebastiani, G.D., Gil, A., Lavilla, P. et al. (2003). *Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period, a comparison of early and late manifestation in a cohort of 1000 patients*. *Medicine*. 82: 299-308.
- Chrousos GP. (1995). *The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation*. In Flier JS, Underhill LH (editors). *Seminars in medicine of the Beth Israel Hospital, Boston*. Massachusetts Medical Society. Vol. 332;20;1351-62.
- Davison, G.C., Neale, J.M., et al. (2018). *Abnormal psychology*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Dubois. (2020). *Lupus Erythematosus and Related Syndromes*. Sydney: Elsevier.
- Emilia, E.M. Salim, M.A. Apriansyah dan K.Y. Rahadiyanto. (2015). *Korelasi antara kadar tumor necrosis factor- α dan gejala depresi pada penderita lupus eritematosus sistemik di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang*. *J Peny Dalam*. 3(2): 1-8.
- Emilia, E.M. Salim, M.A. Apriansyah dan K.Y. Rahadiyanto. (2015). *Korelasi antara Kadar Tumor Necrosis Factor- α dan Gejala Depresi pada Penderita Lupus Eritematosus Sistemik di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang*. *J Peny Dalam*. 3(2): 1-8.
- Farkhati MY, Sunartini_Hapsara, Satria CD. (2012). *Survival and prognostic factors of systemic lupus erythematosus*. *Proceedings of Congress of Indonesian Pediatrics Society*: 236-42.
- Feng, P.H., Tan, T. H. (1982). *Tuberculosis in patients with systemic lupus erythematosus*. *Ann Rheum Dis*. 41(1): 11-4 25.
- Grace E Ahn, Rosalind Ramsey-Goldman. (2012). *Fatigue in systemic lupus erythematosus*. *International Journal Clinical Rheumatology*. 7(2):217-227.
- Hasanah, R. M., Pramudo, S. G., Hellmi, R. Y. (2016). *Hubungan tingkat aktivitas penyakit dengan kecenderungan kejadian depresi pada pasien lupus eritematosus sistemik (studi kasus di RSUP Dr. Kariadi, Semarang)*. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. Vol. 5, No. 4, Oktober 2016.
- Hasanah, R.M., S.G. Pramudo dan R.Y. Hellmi. (2016). *Hubungan Tingkat Aktivitas Penyakit dengan Kecenderungan Kejadian Depresi pada Pasien Lupus Eritematosus Sistemik (Studi Kasus di RSUP Dr. Kariadi Semarang)*. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 5(4), (<http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>).
- Hawari D. (2011). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. p.12
- IRA (Indonesia Rheumatology Association). (2020). *Diagnosis dan pengelolaan lupus eritematosus sistemik*. Jakarta: Perhimpunan Reumatologi Indonesia.
- Irianto, K. (2004). *Gizi dan pola hidup sehat*. Bandung: Irama Widya.

- Isbagio, H.Z. Albar, Y.I. Kasjmir dan B. Setiyohadi. (2007). Lupus Eritematosus Sistemik. Dalam: Sudoyo, A.W., B. Setiyohadi, I. Alwi, M. Simadibrata dan S. Setiati (Editor). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi IV, Jilid II (hal. 1214-1221). Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia
- Istiqomah, A., Kurniati, N., Liana, P. Hubungan antara Tingkat Aktivitas Penyakit LES dan Tingkat Depresi pada Penderita Lupus Eritematosus Sistemik di Persatuan Lupus Sumatera Selatan dan Poliklinik Ilmu Penyakit Dalam RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*. 50(4): 185-191.
- Kasitanon N, Louthrenoo W, Sukitawut W, Vichainun R. (2002). *Causes of death and prognostic factors in Thai patients with systemic lupus erythematosus*. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 20(2):85-91.
- Lahita, R. G. (2011). *The clinical presentation of systemic lupus erythematosus*. In: Lahita, R.G., Tsokos, G., Buyon, J., Koike, T. Editors. *Systemic Lupus erythematosus, 5th ed*. San Diego. Elsevier. P:525-540
- Mak, A., C.S. Tang dan R.C. Ho. (2013). *Serum tumour necrosis factor-alpha is associated with poor health-related quality of life and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus*. *Lupus*. 22(3): 254-261.
- Mak, A., C.S. Tang dan R.C. Ho. (2013). *Serum Tumour Necrosis Factor-Alpha is Associated with Poor Health-Related Quality of Life and Depressive Symptoms in Patients with Systemic Lupus Erythematosus*. *Lupus*. 22(3): 254-261.
- Mok, CC, Lee KW, Ho CT, Lau CS, Wong RW. (2000). *A prospective study of survival and prognostic indicators of systemic lupus erythematosus in a southern Chinese population*. *Rheumatology (Oxford)*. 39(4):399-406.
- Nery, F.G., E.F. Borba, J.P. Hatch, J.C. Soares, E. Bonfa dan F.L. Neto. (2007). *Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus*. *Compr Psychiat*. 48(1): 14-19.
- Nery, F.G., E.F. Borba, J.P. Hatch, J.C. Soares, E. Bonfa dan F.L. Neto. (2007). *Major Depressive Disorder and Disease Activity in Systemic Lupus Erythematosus*. *Compr Psychiat*. 48(1): 14-19.
- Nevid, Jeffrey S, dkk. (2005). *Psikologi Abnormal Jilid 1*. Edisi 5. Jakarta: Erlangga.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Petri, M. A. (2005). *Systemic lupus erythematosus: Clinical aspects*. In: Koopman WJ. Editor. *Arthritis and Allied conditions*. 15th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins. P: 1473- 1474.
- Schur, P. ed. (1996). *The clinical management of systemic lupus erythematosus*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Shakeri, H., F. Arman, M. Hosseini, H.R. Omrani, A. Vahdani, dan J. Shakeri. (2015). *Depression, anxiety and disease-related variables and quality of life among individuals with systemic lupus erythematosus living in kermanshah province, iran*. *Iran Red Crescent Med J*. 17(12): 1-11.
- Shen, B., T. Wei, F. Guijuan, H. Yan, L. Jinwei, C. Weijun, et al. (2013). *The Correlations of Disease Activity, Socioeconomic Status, Quality of Life, and Depression/ Anxiety in Chinese Patients with Systemic Lupus*

- Erythematosus. Clin Dev Immunol. 78(27): 1-6.
- Shyam C, Malaviya AN. (1996). *Infection-related morbidity in systemic lupus erythematosus: a clinico epidemiological study from northern India*. Rheumatol Int. 16 (1): 1-3
- Suarjana, I. N. (2019). *Ilmu Penyakit Dalam Jilid 3 Edisi VI: Lupus Eritematosus dan Sindrom Antibodi Antifosfolipid*. Jakarta: Interna Publishing.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tassiulas IO, Boumpas DT. (2009). *Clinical features and treatment of SLE*. In: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sargent JS. Editors. *Kelley's textbook of rheumatology*. 8th ed. Philadelphia. WB Saunders Elsevier. P:1263-1300.
- Tutuncu, Z. N., Kalunian, K. C. (2007). *The definition and clasification of systemic lupus erythematosus*. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. *Duboi's lupus erythematosus*. 7th ed. Philadelphia. Lippincott William & Wilkins. P:16-19
- Urowitz MB, Bookman AAM, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. (1976). *The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus*. Am J Med. 60:221-5 24.
- Urowitz MB, Gladman DD. (2005). *How to improve morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus*. Journal Rheumatology (Oxford). 39(3):238-44.
- Vasudevan AR, Ginzler EM. (2011). *Clinical features of systemic lupus erythematosus*. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Editors. *Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier. P:1229-1246.
- Zuadi Rahmat. *Hubungan symptom depresi pada pasien dengan penyakit lupus eritematosus sistemik RNDI Bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD. RNDR. Zainoel Abidin Banda Aceh*. Skripsi FK UNSYIA.