

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN FREKUENSI
DAN JUMLAH ULSER RECURRENT APTHOUS STOMATITIS PADA
MAHASISWI FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS JEMBER**

**KARYA TULIS ILMIAH
(SKRIPSI)**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana
Kedokteran Gigi Pada Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Jember



Asal :	Hadiah	Klass
Terima di :	Persebaran	616.33
No induk :	08 MAR 2006	AND
Pengkatalog :		C. & b

Pembimbing :

- 1. drg. Erna Sulistyani, M.kes (DPU)
- 2. drg. IDA. Ratna D., M.Si (DPA)

Oleh :

ZULVIYANA ANDRIYANI
NIM. 001610101036

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS JEMBER
2004**

Diterima oleh:
Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Jember
Sebagai Karya Tulis Ilmiah (Skripsi)

Dipertahankan pada :
Hari : Jum'at
Tanggal : 24 Desember 2004
Jam : 10.00 wib
Tempat : Ruang Ujian Skripsi RSGM

Tim Penguji

Ketua,



drg. Erna Sulistyani, M.Kes

NIP 132 148 478

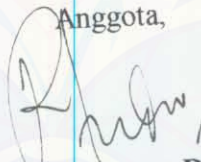
Sekretaris,



drg. Sri Hernawati, M.Kes

NIP132 304 774

Anggota,



drg. IDA. Ratna. D. M.Si

NIP 132 162 516

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Jember



drg. Zahreni Hamzah, M.S

NIP. 131 558 576

Motto

"Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan"

(Q.S. An-Nasyrah: 6)

"Sesungguhnya Allah tiada mengubah keadaan suatu kaum, kecuali jika mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri"

(Q.S. Ar-Ra'du: 11)

Orang yang berhasil di dunia ini adalah orang yang bangkit dan mencari keadaan yang mereka inginkan dan jika tidak menemukannya, mereka akan membuatnya sendiri

(George Bernard Shaw)

Perbedaan antara yang mustahil dan yang tidak mustahil terletak pada tekad seseorang

(Tommy Lasorda)

Dengan rasa syukur
Kupersembahkan karya sederhana ini untuk:

Islam Dienul Haq

*Papa Drs. H. Budiyanto dan Mama Hj. Wan Letty Paulitina
Atas curahan kasih sayang dan cinta, doa tulusnya yang tiada
henti terpanjatkan, serta dukungan dan pengorbanan besar yang
mengiringi demi tercapainya cita-cita ananda, kebahagiaan Papa
dan Mama menjadi semangat buat ananda*

*Adik-adikku Ibnu Pancawijaya, Bayu Ramadhan dan Rizka Wulandari
Walau jauh namun doa dan dukungan kalian semua selalu menyertaiku*

Almamater yang ku banggakan

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah S.W.T atas segala limpahan rahmat, taufik dan hidayah –NYA sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN FREKUENSI DAN JUMLAH ULSER RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS PADA MAHASISWI FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER”** dapat terselesaikan dengan baik.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diselesaikan guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program Sarjana Kedokteran Gigi pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. drg. Zahreni Hamzah, MS sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember
2. drg. Erna Sulistyani, M.Kes selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, petunjuk dan motivasi selama penulisan karya tulis ilmiah ini
3. drg. IDA. Ratna.D, M.Si selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, petunjuk dan motivasi selama penulisan karya tulis ilmiah ini
4. drg. Sri Hernawati, M.Kes, selaku sekretaris skripsi yang telah memberikan masukan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini
5. Papa dan mama tercinta yang memberikan kasih sayang, perhatian, dukungan dan motivasi, serta doa yang tiada henti
6. Adik-adikku tersayang Ibnu, Bayu dan Rizka (yang slalu mendukungku)
7. Keluarga besar R. Ismail Suhardiman di Pekan Baru dan Keluarga besar Wan. Zaitun Cholid di Bengkalis (atas dukungan dan doanya)
8. Abangku Al-azni makasih atas dukungan dan kesabarannya selama ini

9. Keluarga Bpk. Hanafiah Achmad, Indri, Yudi dan dek Tya makasih atas bantuan dan dukungannya
10. Sahabat-sahabatku yang terbaik Indri, Niken, Heni, Citra, Mery, Dina, Indah, Oza (*thanks for our friendship*)
11. Teman seperjuanganku dalam skripsi Heni makasih banget tuk kesabaran dan dukungannya
12. Memphi, Agung dan Ratih makasih atas dukungan yang telah diberikan selama ini
13. Kakak-kakak ku di Jember Mas Rahmat dan Mbak Kristin, Teh Herny (atas *support*, masukan dan sarannya)
14. *Cheer leaders* di Kost Mastrip II/36 (tetep semangat euy!)
15. Staf Taman Bacaan FKG dan Perpustakaan Pusat UNEJ
16. Teman-teman angkatan 2000 senasib dan seperjuangan
17. Semua pihak yang membantu dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu semoga Allah memberikan balasan yang berlipat ganda.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan bagi semua pihak dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu Kedokteran Gigi. Penulis juga mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Jember, Oktober 2004

Penulis

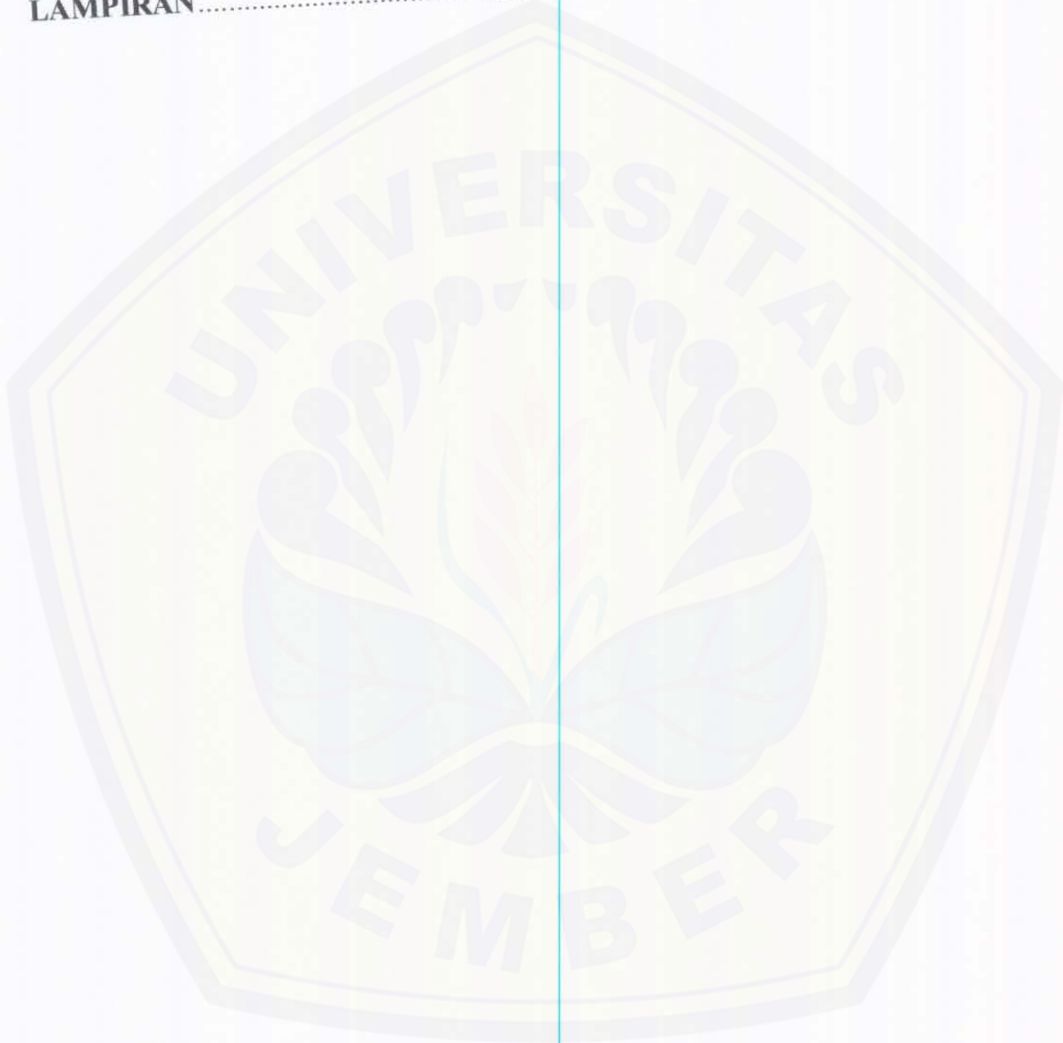


DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
RINGKASAN	xiv
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian	2
1.4 Manfaat Penelitian	3
II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS)	4
2.1.1 Manifestasi Klinis	5
2.1.2 Klasifikasi RAS	6
2.1.3 Terapi	7
2.2 Kecemasan	8
2.2.1 Pengertian Kecemasan	8
2.2.2 Gejala Kecemasan	8
2.2.3 Macam Kecemasan	9
2.2.4 Tingkat Kecemasan	10

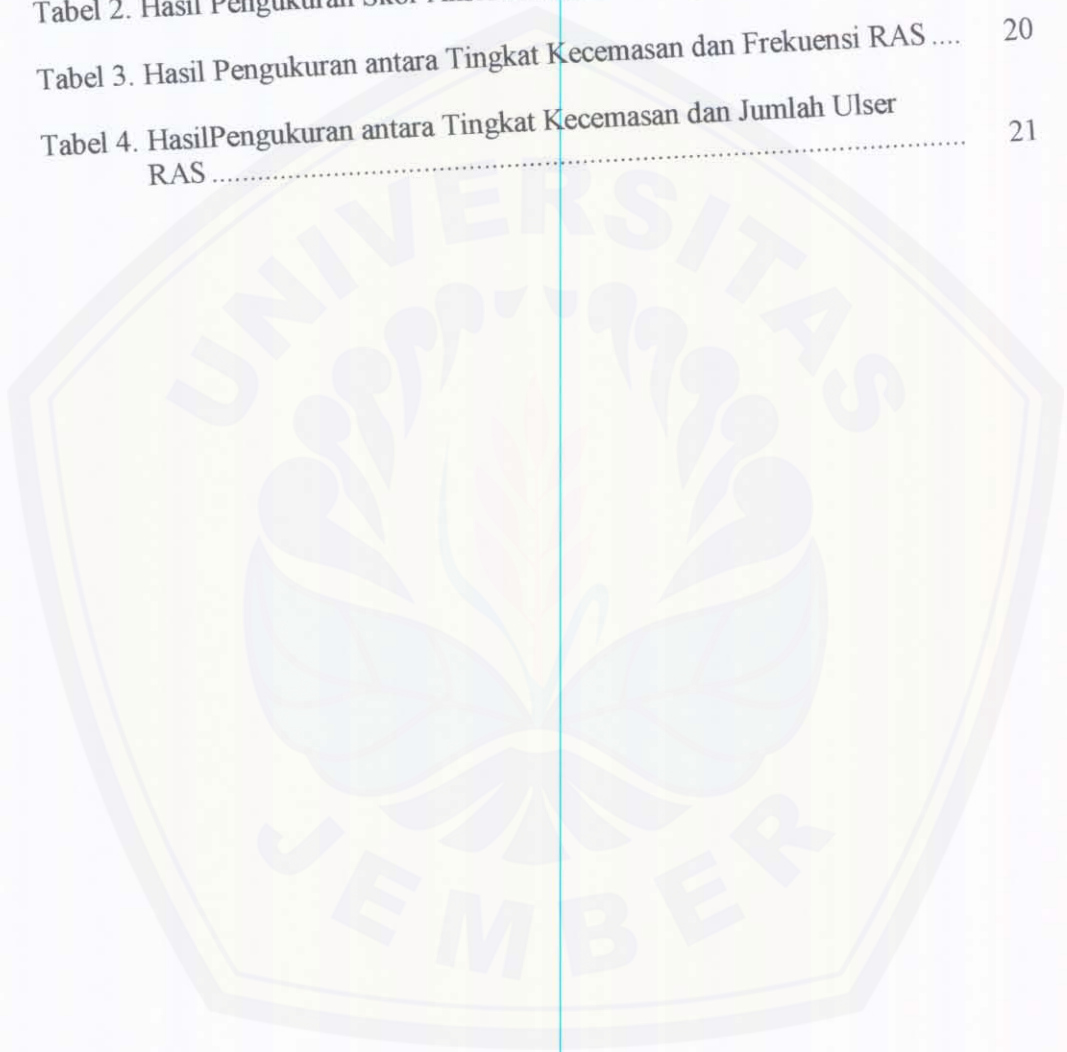
2.2.5 Respon terhadap Kecemasan	10
2.2.6 Gangguan Kecemasan	11
2.3 Skala Kecemasan	13
2.4 Hubungan Kecemasan dengan RAS	13
2.5 Hipotesa	15
III. METODE PENELITIAN	16
3.1 Jenis Penelitian	16
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	16
3.3 Subyek Penelitian	16
3.3.1 Kriteria Subyek Penelitian	16
3.3.2 Jumlah Subyek Penelitian	17
3.4 Alat dan Bahan	17
3.5 Identifikasi Variabel Penelitian	17
3.5.1 Variabel Bebas	17
3.5.2 Variabel Tergantung	17
3.6 Definisi Operasional	17
3.6.1 Skor Anxiety	17
3.6.2 Penderita RAS	17
3.6.3 Frekuensi RAS	17
3.6.4 Jumlah Ulser	17
3.7 Prosedur Penelitian	17
3.8 Analisa Data	18
IV. HASIL DAN ANALISA DATA	19
4.1 Hasil Penelitian	22
4.2 Analisa Data	22
4.2.1 Uji <i>Tau Kendall's</i>	24
V. PEMBAHASAN	

VI. KESIMPULAN DAN SARAN	28
6.1 Kesimpulan	28
6.2 Saran	28
DAFTAR PUSTAKA	29
LAMPIRAN	31



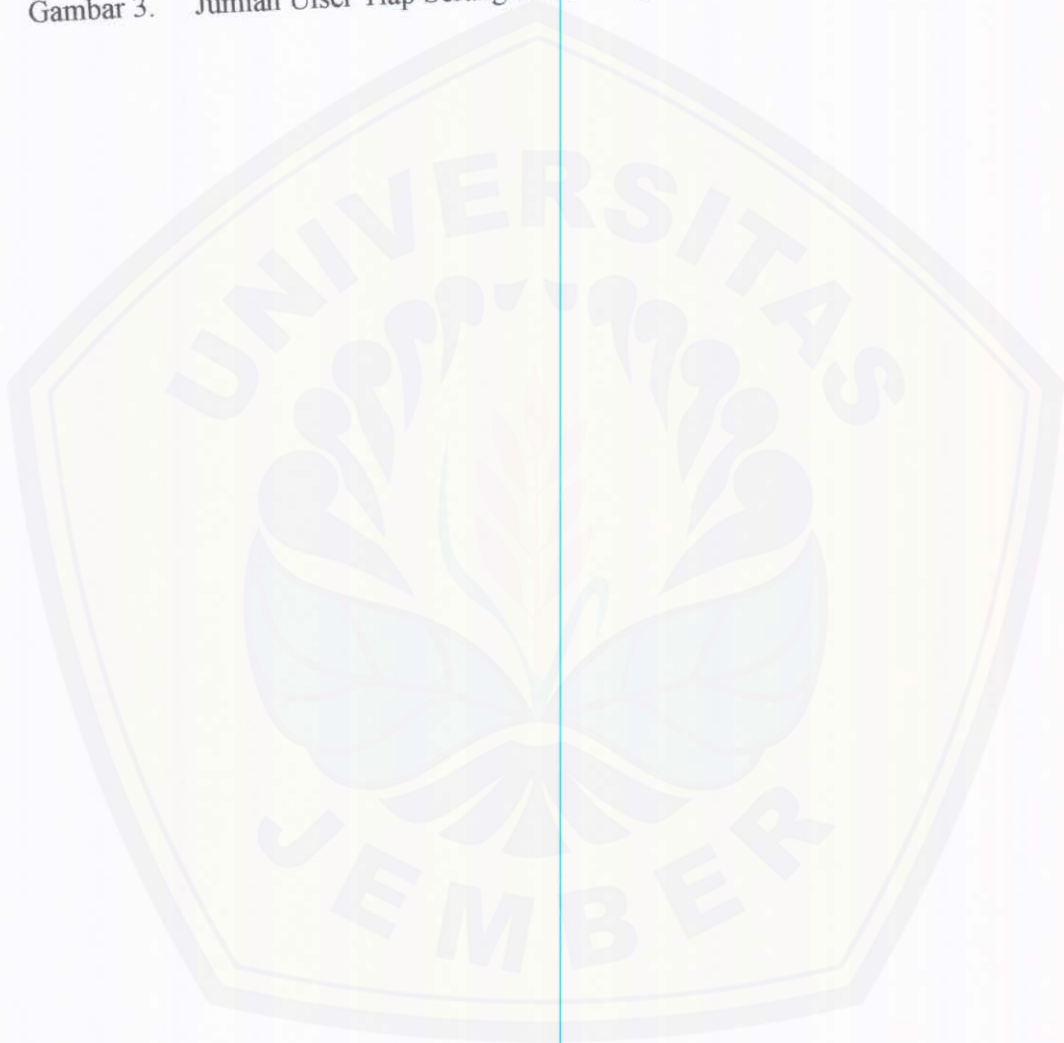
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Faktor etiologi RAS	5
Tabel 2. Hasil Pengukuran Skor Ansietas Menurut Tingkatannya.....	19
Tabel 3. Hasil Pengukuran antara Tingkat Kecemasan dan Frekuensi RAS	20
Tabel 4. Hasil Pengukuran antara Tingkat Kecemasan dan Jumlah Ulser RAS	21



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Hasil Pengukuran Skor Ansietas Menurut Tingkatannya.....	19
Gambar 2. Hubungan Frekuensi RAS dan Skor Kecemasan	20
Gambar 3. Jumlah Ulser Tiap Serangan dan Tingkat Kecemasan.....	21



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. <i>Informed Consent</i>	31
Lampiran 2. Hasil Pengukuran <i>Anxiety Self-Rating Scale</i> dengan Frekuensi dan Jumlah Ulser RAS.....	32
Lampiran 3. Uji Normalitas.....	33
Uji Homogenitas.....	33
Lampiran 4. Kuisisioner.....	34
Lampiran 5. <i>Anxiety Self-Rating Scale</i>	35

RINGKASAN

Zulviyana Andriyani, 001610101036, Fakultas Kedokteran Gigi, “Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Dengan Frekuensi Dan Jumlah Ulser *Recurrent Aphthous Stomatitis* Pada Mahasiswi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember”, di bawah bimbingan drg. Erna S, M.Kes (DPU) dan drg. IDA.Ratna.D, M.Si (DPA)

Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) merupakan kelainan rongga mulut yang paling sering terjadi. RAS adalah penyakit dengan etiologi multifaktorial. Salah satu etiologinya berupa psikologis dalam hal ini gangguan emosional. Hubungan antara gangguan emosional dengan kesehatan sudah banyak diteliti. Salah satu bentuk gangguan emosional ini berupa kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan perubahan fisiologis tubuh manusia. Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui hubungan antara skor kecemasan dari *anxiety self-rating scale* (dr.William K.Zung) dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah mengenai hubungan antara skor kecemasan dan frekuensi dan jumlah ulser dan dapat berguna untuk penelitian selanjutnya.

Penelitian ini menggunakan 30 mahasiswi FKG UNEJ sebagai subyek penelitian, umur 19-30 th, memiliki riwayat RAS dengan riwayat kekambuhan bila ada gangguan emosional, diduga tidak memiliki kelainan sistemik seperti diabetes miletus dan penyakit ginjal, tidak sedang mengkonsumsi obat-obatan baik penenang ataupun steroid, tidak memiliki kebiasaan merokok dan tidak sedang mengandung. Setelah melakukan anamnesa pada subyek penelitian, dengan kuisisioner subyek melakukan pengisian *Anxiety Self-Rating Scale* dr.William K. Zung untuk menentukan tingkat kecemasan serta mencatat frekuensi dan jumlah ulser RAS.Data yang diperoleh dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *One Sample Kolmogorov-Smirnov*. Disamping itu data yang telah diperoleh tersebut dilakukan uji homogenitas dengan menggunakan *Levene Statistic*. Dengan tingkat kepercayaan 95% dengan tujuan untuk mengetahui perbedaan bermakna antar kelompok.

Selanjutnya dilakukan uji *Tau Kendall's* untuk mengetahui korelasi antara skor ansietas dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS. Hasil penelitian yang diperoleh diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor kecemasan dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS. Dengan analisa data diperoleh tidak terdapat perbedaan bermakna ($p > 0,05$). Hal ini disebabkan karena stres memicu terjadinya RAS melalui reaksi hipersensitivitas. Stres berkaitan dengan kortisol, peningkatan kadar kortisol ini dapat menyebabkan penyimpangan sistem imun atau alergi. Terjadinya reaksi alergi ini terjadi secara genetik yang merupakan faktor predisposisi individual. Hal inilah yang menyebabkan tidak semua individu yang stres akan menderita RAS.

tinggi memiliki angka insiden RAS yang lebih tinggi, hal ini berkaitan dengan dengan status sosial ekonomi dan RAS. Pasien dengan status sosial yang lebih nyata sekali ditemukan diantara kelompok sosial ekonomi dan RAS. Pasien faktor psikologis telah diselidiki secara intensif. Terdapat suatu hubungan yang Menurut Lynch (1994) mengungkapkan bahwa hubungan RAS dengan hubungan RAS dengan gangguan kecemasan mendesak untuk segera diketahui.

peningkatan gangguan emosional seperti yang telah dijelaskan di atas maka yang tidak bisa diidentifikasi dengan pasti. Mengingat adanya kecenderungan untuk RAS sampai sekarang belum didapatkan berkaitan dengan patogenesis RAS menyebabkan terganggunya kelangsungan hidup penderita. Terapi yang tepat faktor hematologi. Tingginya tingkat kekambuhan pada penderita RAS infeksi, gangguan gastrointestinal, atrofi, hormon, psikologis, autoimunitas dan (1991) ada beberapa faktor penyebab terjadinya RAS diantaranya bawaan, trauma, Inggris menyerang kira-kira 15-20% populasi (Lewis, 1993). Menurut Gyford RAS merupakan kelainan rongga mulut yang paling sering terjadi. Di

studi yang dilakukan belum ada yang dapat menjelaskan hubungan RAS secara gangguan emosional adalah *Recurrent Aphosa Stomatitis* (RAS). Dari berbagai fisiologis tubuh manusia. Adapun salah satu kelainan yang berhubungan dengan kecemasan. Menurut Goldberg (1994) kecemasan dapat menyebabkan perubahan sudah banyak diteliti. Salah satu bentuk gangguan emosional ini berupa gangguan emosional. Hubungan antara gangguan emosional dengan kesehatan menimbulkan dampak negatif dalam hal ini dapat memicu terjadinya peningkatan modern ini banyak menimbulkan dampak positif, namun demikian dapat persaingan yang ketat menjelang memasuki kehidupan globalisasi. Pola hidup modern. Masyarakat demikian menimbulkan kecenderungan terjadinya tingkat Dewasa ini, di Indonesia terjadi pergeseran pola hidup masyarakat

1.1 Latar Belakang

kepribadian pasien yang bersifat kaku dan tidak fleksibel dan diantaranya para mahasiswa selama waktu-waktu ujian.

Penelitian tentang hubungan antara gangguan kecemasan dan RAS sulit dilakukan karena gangguan emosional adalah masalah psikis manusia. Demikian juga RAS adalah penyakit dengan etiologi multifaktorial. Dua hal tersebut menyebabkan penelitian tentang RAS dan gangguan kecemasan tidak dapat dilakukan secara eksperimental menggunakan binatang coba. Dari hasil tersebut maka peneliti melakukan penelitian observasional pada penderita RAS yang mempunyai kecenderungan gangguan kecemasan. Pada mahasiswa fakultas kedokteran gigi yang secara terus menerus mengikuti program perkuliahan dan praktikum yang padat, hal ini tentunya dapat menimbulkan gangguan emosional. Maka penelitian yang kami lakukan untuk melihat hubungan antara tingkat kecemasan dengan frekuensi dan jumlah ulser pada mahasiswa kedokteran gigi universitas Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Apakah terdapat hubungan antara frekuensi terjadinya RAS dengan tingkat kecemasan?
2. Apakah terdapat hubungan antara jumlah ulser dengan tingkat kecemasan?

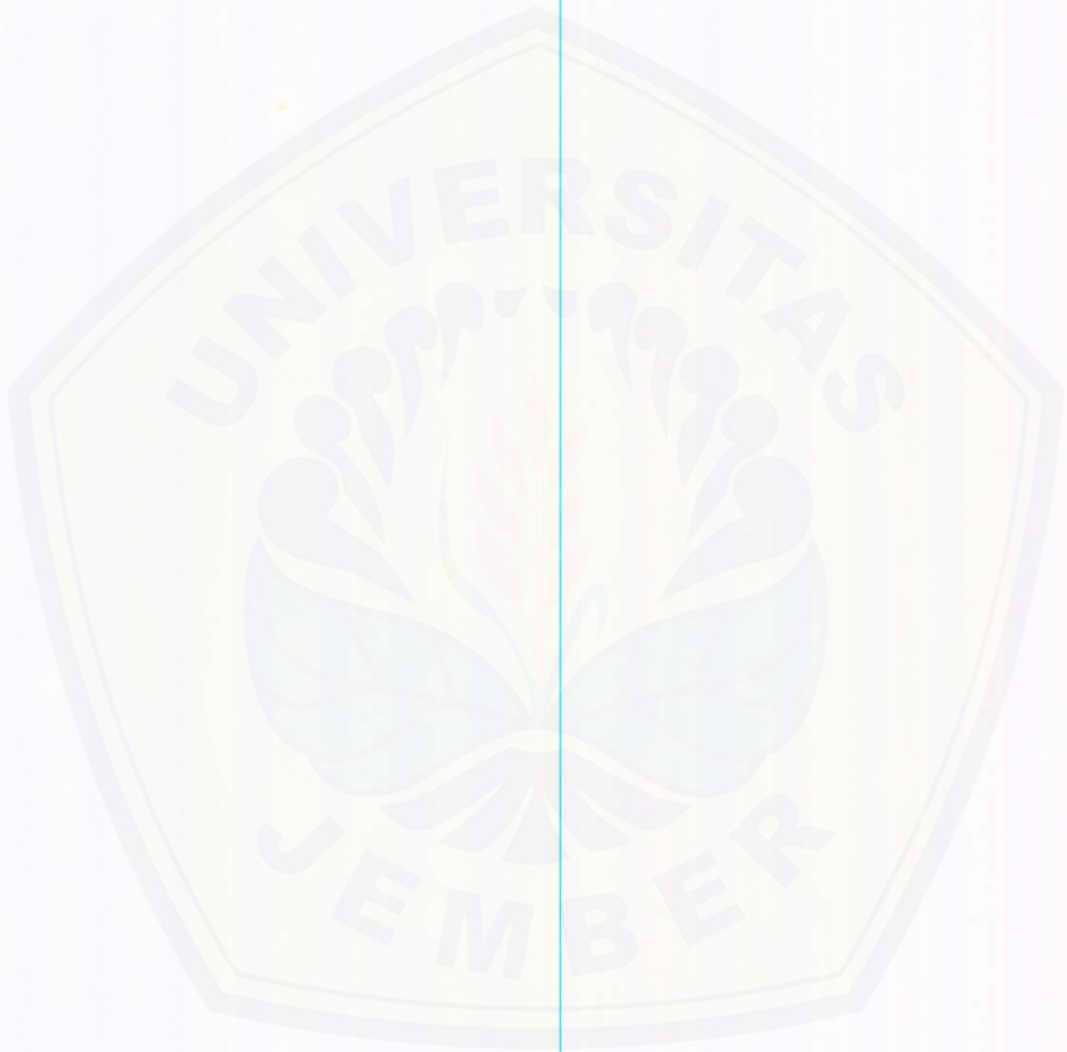
1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui adanya hubungan antara frekuensi RAS terhadap tingkat kecemasan pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara frekuensi RAS dengan tingkat kecemasan.
- b. Untuk mengetahui hubungan antara jumlah ulser dengan tingkat kecemasan.



- 1.4 Manfaat Penelitian**
- Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai berikut:
1. Dapat dijadikan dasar dalam penanganan penderita RAS dengan gangguan kecemasan.
 2. Memberikan informasi ilmiah yang berkaitan dengan patogenesa yang dapat digunakan sebagai acuan untuk penelitian lebih lanjut.

Peneliti lain mengatakan bahwa RAS adalah suatu peradangan kronik yang ditandai dengan timbulnya ulserasi rekuren terutama pada mukosa mulut tanpa keratin. Penyebab pasti dari RAS belum ditemukan. Beberapa peneliti mengatakan bahwa timbulnya RAS dipengaruhi oleh berbagai faktor, sedangkan peneliti lain masih ragu antara predisposisi atau faktor yang mempercepat timbulnya RAS (Pradono dan Setyawati, 1994).

Peneliti lain mengatakan bahwa RAS adalah suatu peradangan kronik yang ditandai dengan timbulnya ulserasi rekuren terutama pada mukosa mulut tanpa keratin. Penyebab pasti dari RAS belum ditemukan. Beberapa peneliti mengatakan bahwa timbulnya RAS dipengaruhi oleh berbagai faktor, sedangkan peneliti lain masih ragu antara predisposisi atau faktor yang mempercepat timbulnya RAS (Pradono dan Setyawati, 1994).

RAS adalah penyakit yang mempengaruhi permukaan dasar rongga mulut labial dan bukal, sulkus mandibula dan maksila, *unattached gingiva*, palatum mole, permukaan tonsil, dasar mulut dan permukaan ventral lidah (Mitrowski and Nebesio, 2003).

RAS adalah penyakit yang mempengaruhi permukaan dasar rongga mulut labial dan bukal, sulkus mandibula dan maksila, *unattached gingiva*, palatum mole, permukaan tonsil, dasar mulut dan permukaan ventral lidah (Mitrowski and Nebesio, 2003).

RAS adalah respons inflamasi yang berlebihan, atau negatif sebagai akibat dari kelainan autoimun; tidak ada seorangpun mengetahui penyebabnya secara pasti. Ini dapat menyerang siapa saja, dan tidak dapat ditularkan kepada orang lain (Mirkin, 2003).

RAS adalah respons inflamasi yang berlebihan, atau negatif sebagai akibat dari kelainan autoimun; tidak ada seorangpun mengetahui penyebabnya secara pasti. Ini dapat menyerang siapa saja, dan tidak dapat ditularkan kepada orang lain (Mirkin, 2003).

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS)

Recurrent aphthous stomatitis (RAS) merupakan ulser pada mukosa mulut yang rekuren, terasa sakit dan tidak diketahui penyebabnya. Jumlah nama yang digunakan untuk keadaan ini sering membingungkan; nama seperti stomatitis *ulser, ulser nekrotikum mukosa oris*, sering ditemukan pada literatur-literatur (Gyford, 1991).

RAS ini cenderung berulang; mungkin beberapa kecenderungan untuk sakit ini berhubungan dengan riwayat keluarga. RAS dapat juga dihubungkan dengan penyakit sistemik, meliputi penyakit inflamasi pada usus (khususnya penyakit Chorn) dan beberapa sindrom lainnya (Anonim, 2003).

RAS adalah respons inflamasi yang berlebihan, atau negatif sebagai akibat dari kelainan autoimun; tidak ada seorangpun mengetahui penyebabnya secara pasti. Ini dapat menyerang siapa saja, dan tidak dapat ditularkan kepada orang lain (Mirkin, 2003).

Tabel 1. Faktor etiologi stomatitis aptosa rekuren (RAS) menurut Lewis (1993)

Faktor	Fakta
Defisiensi	Adanya defisiensi zat besi, asam folat, vitamin B12 atau B kompleks.
Psikologis	Meningkatnya insiden RAS pada populasi mahasiswa menjelang ujian
Trauma	Terbentuknya ulser pada daerah-daerah setelah terjadinya luka penetrasi
Endokrin	Terbentuknya RAS pada fase luteal dari siklus haid pada beberapa penderita wanita
Alergi	Kenaikan kadar IgE dan keterkaitan antara beberapa jenis makanan dan timbulnya ulser
Merokok	Pembentukan RAS pada perokok yang dahulunya bebas simtom, ketika kebiasaan merokok dihilangkan
Hereditier	Meningkatkan insiden pada anak-anak yang kedua orang tuanya menderita RAS; kesamaan yang tinggi pada anak kembar
Imunologi	Fakta bertentangan, tetapi beberapa informasi mengenai kadar immunoglobulin abnormal

RAS dapat ditemukan lepas, bebas, pada permukaan jaringan bergerak dari mulut, seperti lapisan bawah lidah atau lapisan dalam bibir dan dagu. Awalnya lesi berbentuk oval atau bulat dan berwarna merah, sangat kecil dan dengan mudah diabaikan. Selama 12 sampai 24 jam lesi ulserasi ditutupi oleh lapisan tipis putih atau membran berwarna kuning yang dikelilingi oleh halo dari jaringan yang berwarna merah. Rasa sakit lesi ini sesuai dengan ukurannya. Rata-rata ukuran beberapa milimeter sampai beberapa *inch*. Lesi ini dapat sembuh sendiri. Pada kebanyakan kasus sembuh tanpa terbentuk jaringan parut, secara umum sembuh dalam waktu 7 sampai 14 hari (Anonim, 2003).

Istilah 'herpertiformis' digunakan karena bentuk klinis HU (yang dapat terdiri atas 100 ulser kecil-kecil pada satu waktu) mirip dengan gingivostomatitis herpetik primer, tetapi virus-herpes tidak mempunyai peran etiologi pada HU atau dalam bentuk ulserasi aptosa. Mula-mula ulser tampak kecil, dikelilingi oleh halo eritema yang kecil, tetapi ulser akhirnya akan saling

- c. Ulserasi Herpertiformis (HU) disertai pembentukan jaringan parut (Gyford, 1991).
- disusun batu bulat, karena adanya beberapa buah ulser yang sembuh dengan sembuh, akan terbentuk jaringan parut. Mukosa bibir dapat tampak seperti submandibula dan pasien merasa sakit dengan demam ringan. Bila ulser dasar sedikit menonjol. Biasanya juga terlihat adanya limpadenopati bahwa terjadi edema. Dasar ulser ditutupi oleh lapisan keabu-abuan dengan bagian tepi yang menonjol serta erimatus dan mengkilat, yang menunjukkan Ulser yang besar, serta bertambah dengan lambat biasanya terbentuk dengan daerah berkeratin (Lewis, 1993).
- dan dapat terjadi pada bagian mana saja dari mukosa mulut, termasuk daerah-berdiameter kira-kira 1-3 cm, berlangsung selama empat minggu atau lebih penderitanya RAS, lebih hebat dari pada MIRAS. Secara klasik, ulser ini Stomatitis aptosa major yang rekuren, yang diderita oleh kira-kira 10% dari b. *Major Recurrent Aphthous Stomatitis* (MARAS) 14 hari tanpa meninggalkan bekas (Lewis, 1993).
- kelompok yang terdiri atas empat atau lima dan akan sembuh dalam waktu 10- mukosa bukal dan dasar mulut. Ulserasi bisa tunggal atau merupakan cenderung mengenai daerah-daerah non-keratin, seperti mukosa labial, mm, dikelilingi oleh peninggian yang erimatus. Ulserasi pada MIRAS ditandai oleh ulser bulat atau oval, dangkal, dengan diameter kurang dari 5 Sebagian besar pasien (80%) menderita bentuk minor (MIRAS), yang a. *Minor Recurrent Aphthous Stomatitis* (MIRAS)
- minor, dan herpertiformis. Semua tipe ulserasi dihubungkan dengan rasa sakit.

2.1.2 Klasifikasi RAS

Sensasi kecemasan sering dialami oleh hampir semua manusia. Perasaan takut tersebut ditandai oleh rasa ketakutan yang difusi tidak menyenangkan dan samar-samar, sering sekali disertai gejala otonomik. Seseorang yang cemas mungkin juga merasa gelisah seperti dinyatakan ketidak mampuan untuk duduk atau berdiri lama. Kumpulan gejala tertentu yang ditemukan dalam kecemasan cenderung bervariasi dari orang ke orang (Kaplan, 1997).

Keceemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan; memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Kecemasan merupakan kumpulan dari berbagai gejala yang timbul dan kegangan hidup. Kecemasan hampir pasti dialami setiap orang karena suasana kurang menyenangkan, adanya stimulus yang mengancam atau membahayakan akan membuat individu menunjukkan reaksi takut terutama bila hal tersebut tidak dapat diselesaikan atau diatasi (Kaplan, 1997).

2.2 Kecemasan

2.2.1 Pengertian Kecemasan

Banyak obat-obatan, termasuk vitamin, obat kumur antiseptik, steroid topikal dan immunomodulator sistemik dianjurkan sebagai pengobatan untuk RAS, tetapi hanya sebagian kecil yang secara ilmiah terbukti. Penggunaan terapi anxiolitik atau rujukan hipnoterapi dapat membantu bagi pasien yang diperkirakan memiliki faktor predisposisi berupa stres (Lewis, 1993).

2.1.3 Terapi

Bentuk ulser ini mirip dengan lesi bergabung membentuk kelompok. Bentuk ulser ini mirip dengan lesi herpetik, sehingga disebut 'herpiformis' (Lewis, 1993; Gyford, 1991). Selain ukuran yang kecil, ulser juga terasa sakit dan dapat membuat mulut pasien terasa sangat tidak enak, karena jumlahnya yang besar. Proses penyembuhan terjadi lebih cepat dari pada tipe ulser yang lain dari seluruh siklus tersebut memakan waktu 3-4 hari saja, tetapi segera setelah ulser hilang, akan terbentuk ulser yang baru. Keadaan ini bersifat persisten dan dapat sangat mengganggu pasien karena sulit dihilangkan.

Menurut Murray (1995) kecemasan didefinisikan sebagai "perasaan yang

tidak menyenangkan, rasa khawatir yang ringan sampai rasa takut yang hebat".

Kecemasan berbeda dengan rasa takut. Rasa takut merupakan respon rasional

terhadap bahaya yang nyata dan kecemasan penyebabnya tidak jelas.

Kecemasan adalah suatu keadaan emosional yang tidak menyenangkan,

yang ditandai dengan istilah-istilah seperti "kekhawatiran," "keprihatinan," dan

rasa takut, "terancam akan adanya bahaya (Firti, 2002). Tjahyani (1994)

berpendapat bahwa ansietas adalah istilah yang dipakai mulai dari keadaan takut

yang normal, ketegangan jiwa yang normal, gejala dari berbagai gangguan

psikiatri, atau dari suatu penyakit (*anxiety neurosis* atau *anxiety states*).

2.2.2 Gejala Kecemasan

Ketika mengalami berbagai gejala dapat timbul baik gejala fisiologis,

psikologis dan sosial.

1. Gejala Fisiologis

Gejala fisiologis dapat berupa pusing-pusing, sakit kepala, mudah lelah, sesak

napas, jantung berdebar-debar, tekanan darah meningkat, tidak nafsu makan,

mulut kering, keluar keringat dingin terutama pada tangan, diare, alairan darah

terasa lebih cepat.

2. Gejala Psikologis

Gejala psikologis dapat berupa misalnya kurang konsentrasi, penampilan

berkurang, sering merasa tegang, marah-marah, mudah tersinggung, dan sulit

tidur (*insomnia*), perasaan yang tidak menyenangkan, ketakutan, gelisah,

tertekan, khawatir, merasa keamananan dan harga dirinya terancam, tidak

mengetahui dengan pasti penyebabnya, merasa kurang mampu, rendah diri,

menghindar dari sumber masalah, emosi tidak stabil.

3. Gejala Sosial

Gejala sosial dapat berupa yaitu menghindar dan menarik diri.

2.2.3 Macam Kecemasan

Menurut Freud dalam Suryabrata (2001) ada tiga macam kecemasan,

yaitu:

1. Kecemasan Realistis

Dari ketiga macam kecemasan yang paling pokok adalah kecemasan atau ketakutan yang realistis. Obyek penyebabnya adalah ada diluar individu dan kecemasan ini sering dialami oleh individu.

2. Kecemasan Neurotik

Terjadi bila instink tidak dapat dikendalikan dan menyebabkan seseorang berbuat sesuatu yang dapat dihindarkan, sumbernya terdapat pada diri dan pada dasarnya kecemasan neurotik berlandaskan kenyataan sebab berasal dari dalam individu.

Kecemasan neurotik ini merupakan kecemasan yang timbul karena adanya rasa takut terhadap sangsi-sangsi dalam masyarakat.

3. Kecemasan Moral

Kecemasan moral adalah kecemasan hati seseorang yang *das uber ich*-nya berkembang dengan baik cenderung akan merasa berdosa bila melakukan sesuatu yang bertentangan atau melakukan sesuatu yang bertentangan dengan moral dan norma. Kecemasan moral bersumber pada kata hati.

Kecemasan dibagi menjadi:

- Psikologis, berwujud gejala-gejala jiwa, tegang, bingung, khawatir, sukar berkonsentrasi, perasaan tak tertentu, dll.
- Fisiologis, terwujud dalam gejala fisik, terutama pada sistem saraf tak dapat tidur, jantung berdebar, keringat dingin, dll.

Selain itu Freud juga membedakan dua hal mengenai kecemasan, yaitu:

1. Kecemasan Obyektif

Merupakan respons yang realistis terhadap bahaya eksternal, yang maknanya sama dengan rasa takut.

2. Kecemasan Neurotis
Kecemasan ini muncul akibat dari adanya konflik tak sadar dalam diri individu; karena konflik itu tidak disadari, siindividu tidak mengetahui alasan kecemasannya.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Menurut Peplau dan Fantaine Weeks (1991) bahwa terdapat empat

1. Kecemasan Ringan
tingkatan kecemasan, yaitu kecemasan tingkat ringan, sedang, berat, panik.

Merupakan suatu kehidupan yang normal yang terjadi pada kehidupan sehari-hari, kecemasan moral dapat meningkatkan individu dan konsentrasi belajar.

2. Kecemasan Sedang
Kecemasan yang sudah menimbulkan gejala, individu yang mengalami kecemasan cenderung bertokus pada pusat kecemasannya.

3. Kecemasan Berat

Dapat mengakibatkan lapisan persepsi sangat menyempit, dimana individu tidak dapat berfikir secara rasional, dan perilaku mulai terganggu pada tingkat ini, untuk mengatasi kecemasan sangat dibutuhkan bantuan dari orang lain.

4. Kecemasan Panik
Keadaan psikologis timbul mendadak dan sukar diantisipasi gejalanya, individu tak mampu bertindak rasional, tidak mampu berkomunikasi, pikiran kacau, kehilangan kontrol dan membahayakan diri orang lain, dapat mengarah pada tingkah laku bunuh diri (Stuart and Sundeen, 1995).

2.2.5 Respon terhadap Kecemasan

Menurut Blackburn and Davidson (1994) respon pada kecemasan meliputi

1. Suasana hati, pikiran, motivasi, perilaku dan gejala biologis.

1. Suasana hati :

Kecemasan, mudah marah, perasaan sangat tegang.

2. Pikiran:

Respon pikiran adalah: khawatir, sukar berkonsentrasi, pikiran kosong, membesar-besarkan ancaman, memandang diri sebagai sangat sensitif, merasa tidak berdaya.

3. Motivasi

Menghindari situasi, ketergantungan tinggi, ingin melarikan diri.

4. Respon perilaku

Gelisah, gugup, kewaspadaan yang berlebihan.

5. Gejala biologis

Gerakan otomatis meningkat, misalnya: berkejang, gemetar, pusing, berdebar-debar, mual, mulut kering.

2.2.6 Gangguan Kecemasan

Gangguan kecemasan mencakup sekelompok gangguan dalam mana rasa

cemas merupakan gejala utama (kecemasan merata dan gangguan panik) atau

kecemasan dialami bila mana individu berupaya mengendalikan perilaku

maladaptif tertentu (gangguan fobia dan gangguan obsesif-kompulsif).

1. Gangguan kecemasan merata dan gangguan panik

Tanda-tanda orang yang mengalami gangguan ketegangan merata (*generalized anxiety disorder*) adalah sebagai berikut

- Hidup dalam keadaan tegang

- Serba salah atau selalu khawatir

- Cenderung memberi reaksi yang berlebihan pada stres yang ringan

- Tidak dapat tenang

- Tidur sering terganggu

- Jantung berdebar-debar

- Sulit berkonsentrasi atau mengambil keputusan

Orang-orang yang menderita kecemasan merata mungkin juga mengalami

serangan panik (*panic attacks*), pada saat serangan ini terjadi individu

mengalami atau merasakan sesuatu yang mengintikan dan biasanya ditandai

dengan adanya gejala sebagai berikut:

- Jantung berdebar-debar

- Kehabisan nafas

3. Gangguan obsesif-kompulsif
Orang yang mengalami gangguan obsesif-kompulsif merasa terpaksa berpikir tentang hal-hal yang tidak ingin mereka pikirkan atau melakukan hal-hal yang tidak mereka inginkan. Obsesi merupakan gangguan terus-menerus dan pikiran atau bayangan yang tidak diinginkan. Kompulsif merupakan desakan yang tidak tertahan untuk

2. Fobia
Berbeda dengan gangguan kecemasan merata, gangguan fobia mengandungi ketakutan yang cukup spesifik. Seseorang yang bereaksi dengan ketakutan yang amat sangat pada suatu stimulus atau situasi yang menurut kebanyakan orang lain tidaklah sangat berbahaya, disebut orang yang mempunyai fobia agora. Biasanya fobia agora ditandai dengan ketakutan bila berada sendiri dalam suatu suasana yang tidak dikenalnya atau berada dalam tempat umum dimana untuk menyelamatkan diri sulit dilakukan. Dari sudut pandang psikoanalisis fobia merupakan cara untuk mengatasi kecemasan dengan mengalihkannya pada benda atau situasi yang dapat dihindari.

1. Fobia
Fobia adalah ketakutan yang berlebihan terhadap suatu objek atau situasi yang sebenarnya tidak berbahaya. Fobia dapat dikategorikan sebagai gangguan kecemasan karena menimbulkan rasa takut yang berlebihan terhadap objek atau situasi yang sebenarnya tidak berbahaya. Fobia dapat dikategorikan sebagai gangguan kecemasan karena menimbulkan rasa takut yang berlebihan terhadap objek atau situasi yang sebenarnya tidak berbahaya. Fobia dapat dikategorikan sebagai gangguan kecemasan karena menimbulkan rasa takut yang berlebihan terhadap objek atau situasi yang sebenarnya tidak berbahaya.

Orang yang mengalami kecemasan macam ini biasanya tidak tahu sebabnya mengapa mereka tercekam ketakutan. Kecemasan semacam ini disebut "mengambang dengan bebas" (*free-floating*) karena hal ini tidak ditimbulkan oleh suatu stimulus atau peristiwa tertentu tetapi terjadi dalam berbagai situasi.

- Keluar keringat yang berlebihan
- Otot-otot serasa bergetar
- Pusing-pusing dan muak

Stres sebagai faktor penyebab terjadinya RAS masih kontroversial. Penderita sering subyektif mengasosiasikan timbulnya RAS dengan peningkatan stres. Berbagai studi telah dilakukan untuk mengukur hubungan antara stres dan RAS, menunjukkan insiden 60% terjadi diantara mahasiswa fakultas kedokteran

2.4 Hubungan Kecemasan dengan RAS

Skor 0-8	: minimal anxiety
8-16	: mild anxiety
17-24	: moderate anxiety
25-32	: high anxiety (warning level)
33-40	: extreme anxiety (warning level)

Skor kecemasan dikelompokkan dalam tingkatan, sebagai berikut:
 tinggi menunjukkan tingkat kecemasan yang berat (Fountoulakis, 2003). Total pertanyaan yang berhubungan dengan frekuensi dari setiap gejala. Skor yang karena pengisian dapat dilakukan sendiri oleh individu. Skala ini terdiri dari 20 kecemasan dan telah digunakan bertahun-tahun. Alat ukur ini mudah digunakan penelitian. Merupakan alat ukur yang efisien untuk melihat pasien dengan meliputi perawatan primer, psikiatrik, percobaan obat dan berbagai situasi untuk berkaitan dengan kecemasan. Skala ini dapat digunakan dalam berbagai keadaan Sebagai instrumen laporan pribadi untuk pasien yang dievaluasi gejala yang sebagai alat pengukuran kecemasan. Dirancang oleh Zung pada tahun 1971. Skala ansietas dr. William K.Zung telah dikenal secara luas di dunia diantaranya: *Hamilton Anxiety Scale* (HAS), *Adult Manifest Scale* (AMAS), *Zung Self-Rating Anxiety Scale*, *Anxiety Scale from Sarason* (Reynold and Bert, 2003). Ada berbagai macam jenis skala kecemasan (*anxiety scale*). Tingkat kecemasan individu dapat diukur dengan menggunakan skala

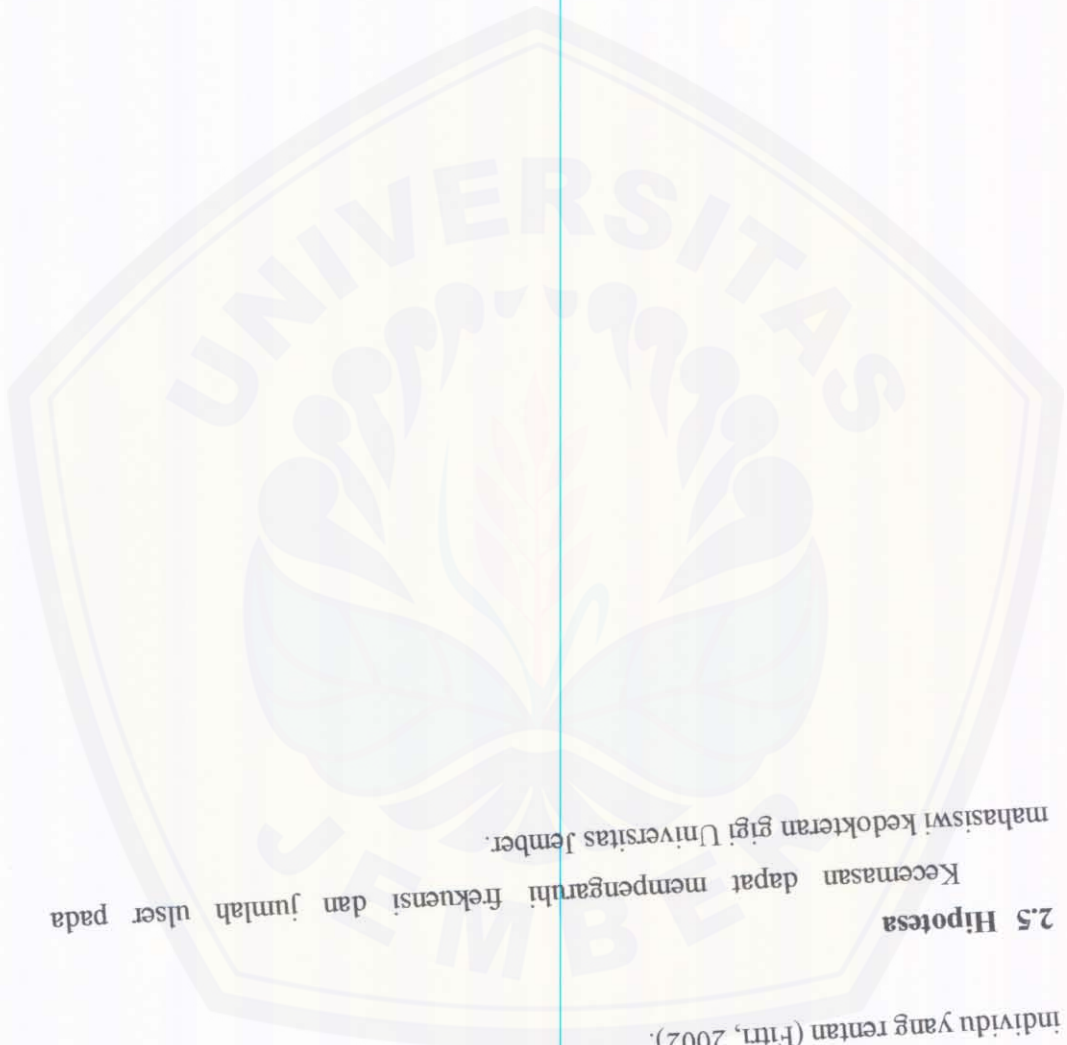
2.3 Skala Kecemasan

melaksanakan tindakan atau ritual tertentu. Obsesif dan kompulsif juga berfungsi melindungi individu dari kesadaran akan sumber kecemasannya yang sebenarnya.

dan fakultas kedokteran gigi, yang lebih tinggi dibandingkan insiden yang dilaporkan pada populasi umum yang terjadi hanya sekitar 10-20%. Lingkungan atau stres emosional telah dilaporkan mengawali terjadinya RAS pada 60% penderita, dan terjadi sekitar 21% kasus (Anonim, 2004).

Kebanyakan literatur dari RAS berasumsi bahwa stres memiliki peran untuk timbulnya keadaan ini. Bagaimanapun juga, kebanyakan dari dukungan untuk penerimaan psikosomatik berasal dari lapangan psikodinamik. Menurut Heinrich (1932), melaporkan studi kasus pada seorang wanita dengan ulser stomatitis yang terus menerus, dimana sebagai analisa menunjukkan terdapat ekspresi dari sebuah konflik erotik. Sebaliknya, sebuah studi oleh Andrew dan Hall (1990), dalam pengaruh dari latihan relaksasi pada stomatitis aphosa rekuren, terjadi penurunan yang signifikan pada frekuensi dari kekambuhan ulser pada semua peserta ketika prosedur hipnosis digunakan (Nally, 2003).

Beberapa penelitian sebelumnya menyatakan bahwa stres dan kecemasan telah diduga sebagai faktor predisposisi pada RAS. Ada beberapa mekanisme penyebab dan akibat yang berhubungan antara ciri kecemasan dan RAS. Sulistyani (2003) berpendapat terjadinya peningkatan kortisol dalam darah akibat stres psikologis melalui sumbu Hipotalamus-Pituitari-Adrenal (HPA). Hantaran sinyal stres akibat stressor psikologis menyebabkan pengeluaran CFR di hipotalamus. CFR pada akhirnya melalui sumbu HPA akan meningkatkan kadar hormon kortek adrenal terutama glukokortikoid. Hormon ini mempunyai peran terhadap kompensasi tubuh terhadap stres. Dengan meningkatkan kadar gula dalam darah, tetapi sekaligus dapat mempengaruhi sistem imun. Telah diterimanya paradigma Th1 dan Th mempunyai peran yang besar terhadap sistem imun secara keseluruhan maka telah dibuktikan bahwa glukokortikoid merubah perilaku sel T Th2 melalui IL4 yang dikeluarkannya memicu aktivitas basofil/*mast cell*. Selain itu IL4 juga memicu produksi IgE oleh sel plasma yang bertanggung jawab terhadap respon yang sama. Peningkatan IgE bersama dengan peningkatan aktivitas basofil akan memicu reaksi hipersensitivitas tipe anafilaksis. Jarangan yang mengalami anafilaksis akan rentan terhadap jejas maupun sel-sel bisa lisis



Kecemasan dapat mempengaruhi frekuensi dan jumlah ulser pada mahasiswa kedokteran gigi Universitas Jember.

2.5 Hipotesa

Hal ini sesuai dengan Ntah yang ditemukannya peningkatan jumlah sel mast pada penderita RAS (Sulistiyani,2003). Reaksi hipersensitivitas yang terjadi seperti yang telah dijelaskan diatas tidak terjadi pada setiap individu. Hal ini memungkinkan terjadi akibat efek biokimiaawi yang belum diketahui atau ciri kecemasan yang dapat menimbulkan parafungsional oral habit, termasuk mengigit bibir dan pipi serta trauma fisik sebagai proses ulserasi pada individu yang rentan (Fitri, 2002).

III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dimana setiap subyek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sastroasmoro, 1995).

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan bulan September-Oktober 2003 di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.

3.3 Subyek Penelitian

3.3.1 Kriteria Subyek Penelitian

- Subyek adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi
- Umur 19-30 th
- Memiliki riwayat RAS, dengan riwayat kekambuhan bila ada gangguan emosional
- Diduga tidak memiliki kelainan sistemik seperti diabetes melitus, penyakit ginjal dll
- Tidak sedang mengkonsumsi obat-obatan, baik penenang ataupun steroid
- Tidak memiliki kebiasaan merokok
- Tidak sedang mengandung
- Bersedia menjadi responden

3.3.2 Jumlah Subyek Penelitian

Jumlah subyek yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 30 orang yang merupakan ukuran minimum untuk penelitian korelasi (Seville, 1993)

- 3.4 Alat dan Bahan**
- kuisisioner
 - alat tulis

3.5 Identifikasi Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Bebas:

- Frekuensi RAS

- Jumlah Ulser Terserang

3.5.2 Variabel Tergantunng:

Skor Anxiety dari dr. William K. Zung

3.6 Definisi Operasional

3.6.1 Skor Anxiety

merupakan jumlah dari skala kecemasan dari dr. William K. Zung (lampiran 5).

3.6.2 Penderita RAS

Adalah mahasiswa FKG yang sering mengalami ulser pada mukosa mulut yang rekuren, terasa sakit dan tidak diketahui penyebabnya.

3.6.3 Frekuensi RAS

Kemunculan terjadinya RAS dalam hal ini dikelompokkan menjadi

perminggu, perbulan, dan pertahun.

3.6.4 Jumlah Ulser

Merupakan jumlah ulser RAS tiap serangan

3.7 Prosedur Penelitian

Penelitian dilaksanakan dengan tahapan kerja sebagai berikut:

- Subyek penelitian melakukan pengisian surat pernyataan (*informed consent*) pada lampiran 1.
- Peneliti mencatat identitas subyek meliputi No.kode, Angkatan tahun, jenis kelamin.
- Melakukan anamnesa subyek penelitian dengan pengisian kuenser.

Subyek melakukan pengisian "Anxiety Self-Rating Scale", untuk menentukan tingkat kecemasan (lampiran 5). Total skor kecemasan dikelompokkan dalam

tingkatan, sebagai berikut:

Skor 0-8 : minimal anxiety

8-16 : mild anxiety

17-24 : moderate anxiety

25-32 : high anxiety (warning level)

33-40 : extreme anxiety (warning level)

4. Mencatat frekuensi dan jumlah ulser RAS, kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 4.

3.8 Analisa Data

Data disajikan observasi dengan jumlah penderita RAS dibandingkan berdasarkan:

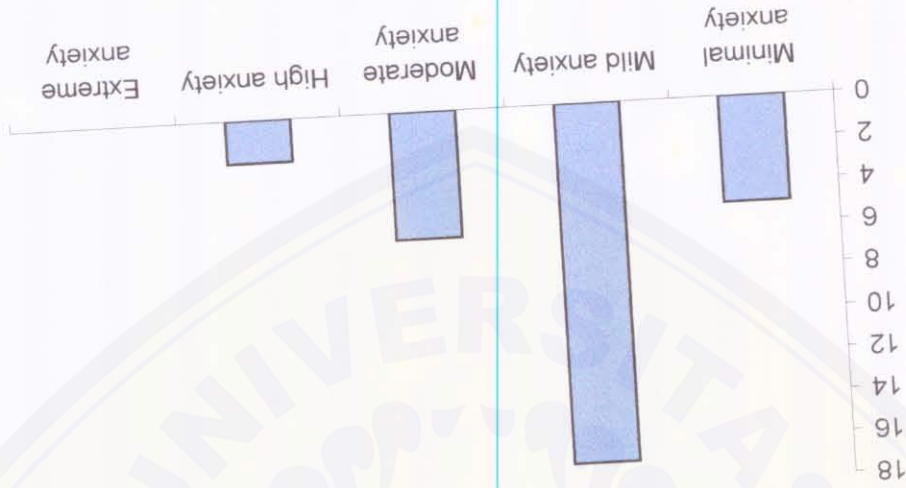
1. Frekuensi RAS

2. Jumlah Ulser

Data yang diperoleh diuji dengan program SPSS untuk mengetahui:

a. Uji Normalitas dengan menggunakan *One Sample Kolmogorov-Smirnov* dan uji homogenitas data menggunakan uji *Levene Statistic*.

b. Uji *Tau Kendall's* untuk mengetahui korelasi antara Skor anxiety dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS



Gratik yang menunjukkan hasil pengukuran skor anxietas menurut tingkatannya dapat dilihat pada gambar 1.

Tabel 2. Hasil pengukuran skor anxietas menurut tingkatannya

Tingkat Anxietas	Jumlah Responden
Minimal Anxietas	5
Mild Anxietas	17
Moderate Anxietas	6
High Anxietas	2
Extreme Anxietas	-

berdasarkan dr. William K. Zung seperti yang tertera pada tabel 2, sebagai berikut:
 dilakukan, didapatkan hasil pengukuran skor anxietas menurut tingkatannya pada bulan September-Oktober 2003. Berdasarkan penelitian yang telah
 Penelitian ini dilakukan pada 30 orang mahasiswa FKG yang berlangsung

4.1 Hasil Penelitian

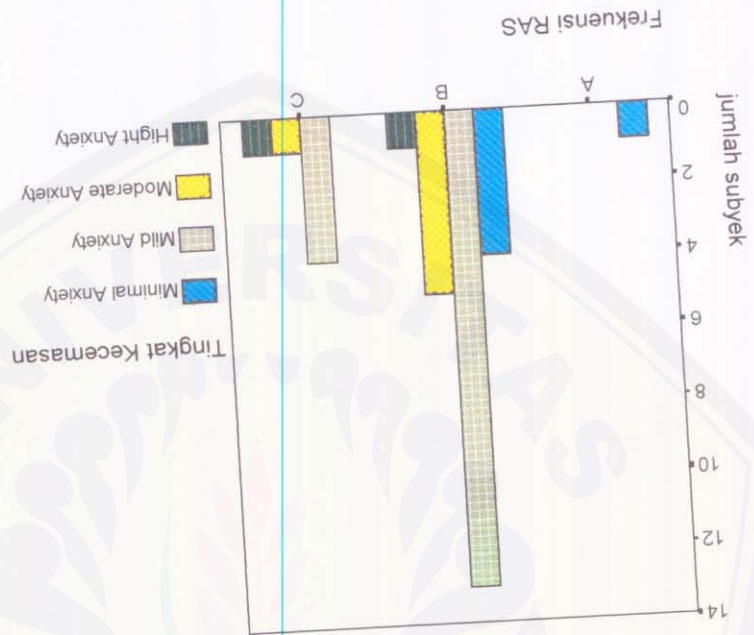
IV. HASIL DAN ANALISA DATA

Hasil pengukuran yang menunjukkan tingkat kecemasan dan frekuensi pada subjek penelitian dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Hasil pengukuran antara tingkat kecemasan dan frekuensi RAS

Tingkat Kecemasan	Frekuensi RAS		
	Perminggu	Perbulan	Pertahun
Minimal Anxiety	-	4	1
Mild Anxiety	1	16	-
Moderate Anxiety	1	5	-
High Anxiety	1	-	1
Extreme Anxiety	-	-	-

Grafik yang menunjukkan tingkat kecemasan dan frekuensi pada subjek penelitian dapat dilihat pada gambar 2.



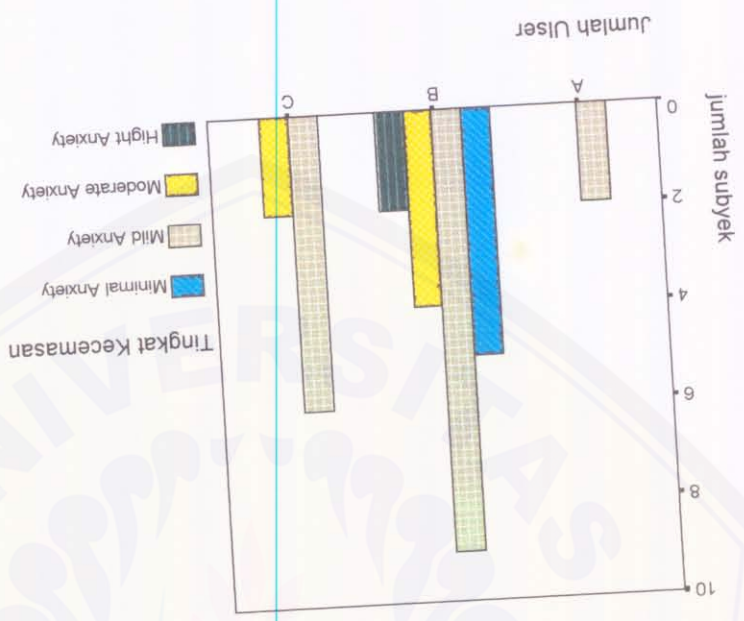
Gambar 2.

Keterangan:
 A = kemunculan RAS pertahun
 B = kemunculan RAS perbulan
 C = kemunculan RAS perminggu

Tingkat Kecemasan	Jumlah Ulser RAS	
	1	>2
Minimal Anxiety	-	5
Mild Anxiety	2	9
High Anxiety	-	4
Moderate Anxiety	-	2
High Anxiety	-	-

Tabel 4. Hasil pengukuran antara tingkat kecemasan dengan jumlah ulser RAS dapat dilihat pada tabel 4.

Grafik jumlah ulser tiap serangan dan tingkat kecemasan dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3.
 Keterangan:
 A = jumlah ulser 1
 B = jumlah ulser 2
 C = jumlah ulser >2

Berdasarkan hasil diatas dapat diketahui bahwa tingkat kecemasan yang terbanyak adalah *mild anxiety* , sedangkan frekuensi kemunculan RAS yang sering terjadi adalah perbulan. Jumlah ulser yang banyak muncul adalah 2.

4.2 Analisa Data
 Berdasarkan data yang diperoleh sebelum dilakukan uji statistik nonparametrik dilakukan uji distribusi normal (lampiran 3). Uji Normalitas data yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov. Berdasarkan hasil uji normalitas diketahui bahwa data tersebut berdistribusi normal.

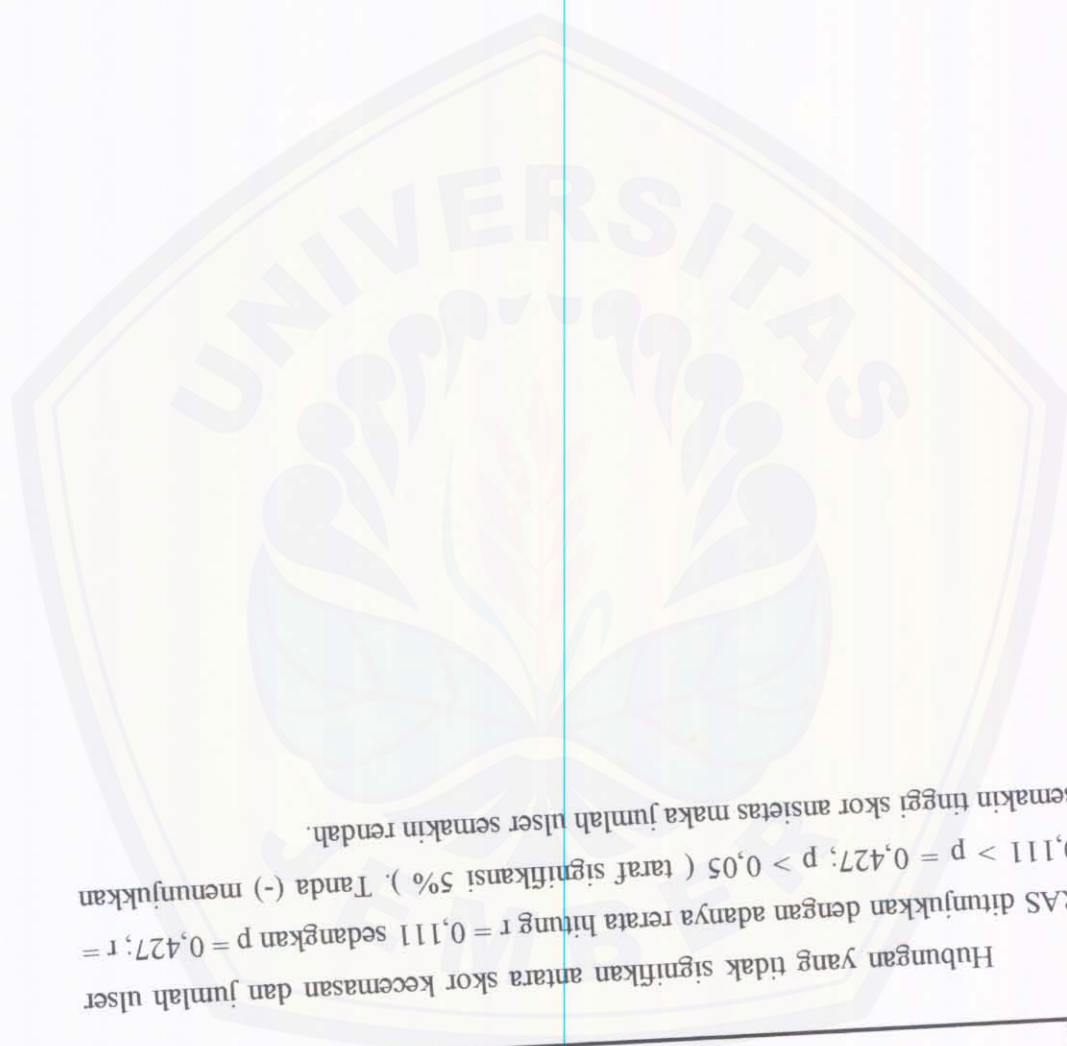
4.2.1 Uji Kendall's
 Uji Kendall's pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara *anxiety self rating scale* dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS pada mahasiswa FKG. Hasil Uji Kendall's dapat dilihat pada tabel 5, sebagai berikut:

Tabel 5. Hubungan Frekuensi RAS dan Skor kecemasan

Correlations

FRKWENSI	ANXIETY	1,000	30	
	Correlation Coefficient			
Kendall's tau_b	ANXIETY	,218	,162	30
	Correlation Coefficient			
FRKWENSI	ANXIETY	,218	1,000	30
	Correlation Coefficient			
FRKWENSI	ANXIETY	,162	,218	30
	Sig. (2-tailed)			
FRKWENSI	ANXIETY	,162	,218	30
	Sig. (2-tailed)			

Berdasarkan uji Kendall's (tabel 5) didapatkan signifikansi rerata hitung skor kecemasan terhadap frekuensi RAS $r = 0,218$. Sedangkan nilai $p = 0,162$; $r = 0,218 > p = 0,162$; $p > 0,05$ (taraf signifikansi 5%) yang menunjukkan skor kecemasan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap frekuensi kemunculan RAS.



Hubungan yang tidak signifikan antara skor kecemasan dan jumlah ulser RAS ditunjukkan dengan adanya rerata hitung $r = 0,111$ sedangkan $p = 0,427$; $r = 0,111 > p = 0,427$; $p > 0,05$ (taraf signifikansi 5%). Tanda (-) menunjukkan semakin tinggi skor ansietas maka jumlah ulser semakin rendah.

ANXIETY	JMLULSR	Kendall's tau_b	
		ANXIETY	JMLULSR
		Correlation Coefficient	Correlation Coefficient
		Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)
		N	N
		1,000	1,000
		-,111	-,111
		,472	,472
		30	30
		-,111	-,111
		,472	,472
		30	30

Correlations

Tabel 6. Hubungan Jumlah Ulser dan Skor kecemasan

Dari hasil anamnesa, subyek menyatakan kemunculan RAS sebanding dengan banyaknya beban pikiran (stres psikologis). Data tersebut dapat dilihat pada tabel 1. Dari tabel tersebut diperoleh data bahwa tingkat ansietas yang banyak muncul adalah *mild anxiety*. Tingginya tingkat *mild anxiety* pada mahasiswa FKGD disebabkan karena mahasiswa mempunyai kemampuan untuk mengkompensasi bentuk tekanan psikologis yang terjadi. Kemampuan ini menyebabkan tekanan psikologis tersebut tidak menimbulkan tingkat kecemasan yang lebih berat. Hal ini sesuai dengan pendapat Freud dalam Kaplan menyatakan

ansietas (Tjahyani, 1994).
 dapat berupa rasa takut, tertekan (stres) dan cemas yang akhirnya timbul sebagai akibat dari faktor psikologis ini antara lain RAS. Faktor psikologis ini dapat menimbulkan keluhan kronik antara lain RAS. Faktor psikologis ini dapat menimbulkan kemungkinan pengaruh yang cukup potensial untuk dapat Faktor emosi dan psikologis dalam hubungannya dengan kesehatan tidak sedang mengandung:

obatan baik steroid ataupun penenang, tidak memiliki kebiasaan merokok, dan emosional, diduga tidak memiliki kelainan sistemik, tidak mengkonsumsi obat-subyek dibatasi oleh timbulnya riwayat kekambuhan bila ada gangguan klinik ataupun yang belum memasuki klinik. Selain hal tersebut diatas kriteria melihat tingkat kecemasan pada mahasiswa baik yang telah menempuh jenjang penelitian ini adalah 19-30 tahun. Pengambilan batasan umur ini berkaitan dalam terbayak ditemukan selama dekade kedua. Batasan umur responden dalam pada wanita dibanding pria dan dapat timbul pada semua umur meskipun yang dengan pendapat Leher (1995) yang menyatakan RAS lebih banyak ditemukan penelitian yang digunakan adalah mahasiswa FKGD. Hal ini sesuai penelitian yang merupakan ukuran minimum untuk penelitian korelasi (Seville, binatang coba. Dalam penelitian ini diambil 30 responden sebagai subyek gangguan kecemasan tidak dapat dilakukan secara eksperimental menggunakan analitik dengan pendekatan *cross sectional* karena penelitian mengenai RAS dan jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah observasional

yang terjadi seperti yang telah dijelaskan diatas tidak terjadi pada setiap individu. Jumlah sel mast pada penderita RAS (Sulistiyani,2003). Reaksi hipersensitivitas dengan sendirinya. Hal ini sesuai dengan Natah yang ditemukannya peningkatan yang mengalami anafilaksis akan rentan terhadap jejas maupun sel-sel bisa lisis aktivitas basofli akan memicu reaksi hipersensitivitas tipe anafilaksis. Jarangan terhadap respon yang sama. Peningkatan IgE bersama dengan peningkatan Selain itu IL4 juga memicu produksi IgE oleh sel plasma yang bertanggung jawab Th2 melalui IL4 yang dikeluarkannya memicu aktivitas basofli/mast cell.

glukokortikoid merubah perilaku sel T lebih mengarah ke Th2. besar terhadap sistem imun secara keseluruhan maka telah dibuktikan bahwa sistem imun. Telah diterimanya paradigma Th1 dan Th mempunyai peran yang meningkatkan kadar gula dalam darah, tetapi sekaligus dapat mempengaruhi kemampuan peran terhadap kompensasi tubuh terhadap stres. Dengan meningkatkan kadar hormon kortek adrenal terutama glukokortikoid. Hormon ini Adrenal (HPA). Hantaran sinyal stres akibat stressor psikologis menyebabkan kortisol dalam darah akibat stres psikologis melalui sumbu Hipotalamus-Pituitari-timbulnya stres psikologis. Sulistiyani (2003) berpendapat terjadinya peningkatan berupa mudah tersinggung (sensitif) ini kemungkinan dapat menyebabkan gelisah, sukar tidur, sakit kepala, perut kembung. Gangguan emosional yang emosional yang dapat terjadi menurut Manuaba (1999) mudah tersinggung, yang terjadi mulai sekitar seminggu sebelum haid. Bentuk keluhan gangguan berperan dalam hal ini kemungkinan adalah siklus menstruasi. Manifestasi Frekuensi kemunculan RAS yang terbanyak adalah perbulan. Faktor yang dengan semua kehebatan serangan panik. rendah intensitas karakteristik fungsinya sebagai satu sinyal, yang dapat timbul tindakan defensif terhadap tekanan dari dalam. Jika kecemasan naik diatas tingkat sadar. Sebagai satu sinyal, kecemasan menyadari ego untuk mengambil tidak dapat diterima menekan untuk mendapatkan perwaktian dan pelepasan bahwa kecemasan adalah satu sinyal kepada ego bahwa satu dorongan yang

Dengan mekanisme seperti yang telah dijelaskan diatas menyebabkan munculnya frekuensi RAS yang terbanyak adalah perbulan. Selain hal tersebut, kadar estrogen dalam darah, hal ini pada saat menstruasi terjadi penurunan menyebabkan keratinisasi rongga mulut berkurang sehingga mudah terbentuk ulserasi (Pradono dan Setyawati, 1994).

Ketegangan hidup walaupun tidak nyata mempengaruhi kondisi fisik seseorang, tetapi dapat mempengaruhi keseimbangan sistem kekebalan dan menyebabkan penekanan fungsi limfosit T. Faktor psikogenik melalui stimulasi saraf otonom dan atau somatik yang melayani rongga mulut dapat menyebabkan timbulnya ulser (Sumariyah, 1994).

Jumlah ulser yang paling banyak muncul adalah 2. Dalam hal ini kemunculan RAS berupa MIRAS. Hal ini sesuai dengan pendapat Tjahyani (1994) bahwa pada distribusi tipe RAS yang dihubungkan dengan tingkat ansietas penderita, terlihat penderita dengan tipe minor dan ansietas yang ringan terbanyak. Disamping hal tersebut subyek penelitian merupakan mahasiswa FKG yang telah memiliki pengetahuan mengenai RAS. Sehingga kemunculan jumlah ulser dapat diminimalkan.

Terjadinya kecemasan dapat memicu terjadinya RAS. Mekanisme yang terjadi dapat melalui reaksi hipersensitivitas. Roeslan (2002) menyatakan kelainan autoimun terjadi karena ketidakmampuan seseorang dalam mengatasi respons imun terhadap protein atau polisakaridanya sendiri (self) karena memenuhi kriteria antigenitas kecuali *foreignness*. Kelainan yang sering ditemukan di dalam rongga mulut karena autoimun oleh RAS. Kerusakan awal epitel mukosa mulut, diinduksi oleh limfosit yang tersensitiasi. Epitel mukosa mulut yang rusak, kemudian dianggap sebagai antigen yang akan berkombinasi dengan antibodi membentuk kompleks imun. Terbentuknya kompleks antigen-antibodi akan menginduksi reaksi tipe III melalui aktivasi sistem komplemen dan agregasi platelet dengan konsekuensi timbulnya berbagai aktivitas biologik yang akan menimbulkan kerusakan jaringan. Organ tubuh tempat deposisi kompleks imun akan mengalami inflamasi akut. Kerusakan lokal jaringan diperparah dengan lengkapnya aktivasi sistem komplemen. Agregasi platelet juga berperan sebagai

sumber amin vasoaktif dan membentuk mikrotrombi yang menimbulkan iskemik lokal.

Jumlah ulser yang multipel biasanya lebih disebabkan oleh faktor defisiensi nutrisi (Fe, Asam Folat, vitamin B12) dan virus. Pada beberapa studi defisiensi hematologi ini dua kali lebih banyak dari pada kelompok kontrol. Sekitar 20% penderita RAS mengalami defisiensi (Mitrowski dan Nebesio, 2003). Gyford (1991) menyatakan bahwa sejumlah penelitian yang telah dilakukan yang menunjukkan herpes simplek, sebagai penyebab ulser. Selain itu, antibodi herpes simplek juga ditemukan pada ulserasi heperitiform rekuren dan bahkan giant sel juga ditemukan pada lesi tersebut.

Berdasarkan data hasil penelitian yang telah diuji dengan menggunakan uji *Tan Kendall's* yang dapat dilihat pada tabel 5 dan tabel 6, untuk melihat hubungan antara kecemasan dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS. Diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor kecemasan dengan frekuensi dan jumlah ulser RAS. Artinya tingginya tingkat kecemasan yang diketahui dari jumlah skor *anxiety self rating-scale* tidak dapat meningkatkan frekuensi dan jumlah ulser RAS.

Hal ini disebabkan karena stres memicu terjadinya RAS melalui reaksi hipersensitivitas seperti yang dijelaskan diatas. Stres berkaitan dengan kortisol, peningkatan kadar kortisol ini dapat menyebabkan penyimpanan sistem imun atau alergi. Reaksi alergi dan autoimun ini yang berupa dalam bentuk reaksi hipersensitivitas berkaitan dengan genetik. Anand (2003) berpendapat terjadinya reaksi alergi ini pertama kali membutuhkan sensititasi terhadap alergen tertentu dan terjadi secara genetik yang merupakan predisposisi individual. Hal inilah yang menyebabkan tidak semua individu yang stres akan menderita RAS.

VI. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diambil

kesimpulan:

1. Tidak ada hubungan yang signifikan antara skor *anxiety self rating-scale* dari dr. William K.Zung dengan frekuensi kemunculan RAS.
2. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor *anxiety self rating-scale* dari dr. William K.Zung jumlah ulser RAS.
3. Tidak semua individu yang stres akan menderita RAS, hal ini berkaitan dengan kemungkinan timbulnya RAS melalui reaksi hipersensitivitas yang berhubungan dengan faktor genetik.

6.2 Saran

1. Penderita RAS yang berhubungan dengan ansietas yang ringan maka penanganannya dengan menjalankan komunikasi yang baik.
2. Penderita dengan dugaan ansietas yang lebih berat, perlu dirujuk ke bagian psikiatri.
3. Pada penelitian lebih lanjut diperlukan jumlah subyek yang lebih banyak untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.

- DAFTAR PUSTAKA**
- Anand, Miram K. 2003. *Hipersensitivity Reaction, Immediate*. www.emedicine.com
- Anonim. 2003. *Canker Sores*. http://www.healthyroads.com/mylibrary/data/ash_ref/html/art-cankersores.asp
- Anonim. 2004. *Canker Sores (Recurrent Aphthous Stomatitis) Cause and Control*. <http://www.hesting.com/>
- Blackburn, Marie I dan Kate Davidson. 1994. *Terapi Kognitif Untuk Depresi dan Kecemasan Satu Petunjuk Bagi Praktisi*. Terjemahan dari *Cognitive Therapy for Depression & Anxiety*. Alih bahasa. Rusda Koto Sutadi. Semarang: IKIP Semarang Press
- Fitri, A. N, Titiek Setyawati. 2002. "Lesi Mukosa Mulut dengan Latar Belakang Psikosomatik". Dalam *Majalah Ilmiah Kedokteran Gigi*. Edisi Khusus Forum Ilmiah VII. Jakarta : FK G USAKTI
- Fountoulakis, Konstantinos N, Apostolos Lacovides and Stavros Samolis. *Reliability, Validity and Psychometric Properties of The Greek Translation of The Zung Depression Rating Scale*. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>
- Gayford, J.J dan Haskell, R. 1991. *Penyakit Mulut (Clinical Oral Medicine)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Goldberg, David, Sidney Benjamin, Francis Creed. 1994. *Psychiatry In Medical Practice second edition*. London: Routledge
- Kaplan, Harlod, Benjamin Sadock, Jack A.Grebb. 1997. *Sinopsis Psikiatri. Terjemahan dari Synopsis Of Psychiatry edition:7*. Alih bahasa: Wijaya Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara
- Lehner, Thomas. 1995. *Imunologi pada Penyakit Mulut*. Edisi ke-3. Jakarta: EGC
- Lewis, MAO dan P.J-Lamey. 1993. *Tinjauan Klinis Penyakit Mulut; Diagnosis dan Terapi*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Mannaba, Ida Bagus Gde. 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: ARCAN



- McNally, I.M. 2003. **Recurrent Aphthous Stomatitis and Perceived Stress**. <http://aphthous-stressstudy.tyrod.com/>
- Mirkin. 2003. **Aphthous Stomatitis**. www.aphthous-stomatitis-website-at-aphthous.net
- Mirowski, W.G, Christy L. Nebesio. 2003. **Aphthous Stomatitis**. <http://www.continueeducation.com/pharmacy/canker>
- Murray, Michael. 1995. **Stress, Anxiety & Insomnia How You Can Benefit From Diet, Vitamins, Minerals, Herbs, Exercise and Other Natural Methods**. USA: Prima Publishing
- Pradono, A.S dan Titiek Setyawati. 1994. "Faktor-Faktor yang Berperan pada Timbulnya Stomatitis Aftosa Rekuren". Dalam **Kumpulan Makalah KPPIKG X**. Jakarta: FKG UI
- Reynold, Cecil and Bert O. Richmond. 2003. **Adult Manifest Anxiety Scale (AMAS)**. <http://www.medal.org/>
- Roeslan, Boedi Oetomo. 2002. **Immunologi Oral** Kelainan di dalam Rongga Mulut. Jakarta: FK UI
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 1995. **Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis**. Jakarta: FK UI
- Seville, Robin A. 1993. **Pengantar Metode Penelitian**. Jakarta: UI Press
- Stuart, Gail Wiscarz dan Sandra J. Sundeen. 1995. **Buku Saku Keperawatan Jiwa**. Edisi ke-3. Jakarta : EGC
- Sulistiyani, Erna. 2003. "Mekanisme Eksepsi Recurrent Aphthous Stomatitis yang Dipicu Oleh Stressor Psikologis". Dalam **Majalah Kedokteran Gigi Dental-Journal**. Edisi Khusus Temu Ilmiah Nasional III. Surabaya: FK UNAIR
- Sumariyah, Siti Sam Hadi. 1994. "Aspek Immunologi Stomatitis Aftosa Rekuren. Dalam **Kumpulan Makalah KPPIKG X**. Jakarta: FKG UI
- Suryabrata, Sumadi. 2001. **Psikologi Keperibadian**. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Tyahyani, Sri. 1994. "Tingkat Ansietas pada Sejumlah Penderita Stomatitis Aftosa Rekuren di UPT Gigi Mulut-RSCM". Dalam **Kumpulan Makalah KPPIKG X**. Jakarta: FKG UI
- Weekes, Claire. 1991. **Mengatasi Stres**. Yogyakarta: Kanisius.

**SURAT PERNYATAAN
INFORMED CONSENT**

SAYA YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH:

NAMA

UMUR

JENIS KELAMIN

ALAMAT

MENYATAKAN BERSEDIA MENJADI SUBYEK PENELITIAN DARI:

NAMA : ZULVIYANA ANDRIYANI

NIM : 001610101036

FAKULTAS : KEDOKTERAN GIGI

ALAMAT : JL. MASTRIP II/36

DALAM RANGKAIAN PROSES PEMBUATAN KAR YA TULIS ILMIAH
DENGAN JUDUL "HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN
STOMATITIS PADA MAHASISWI FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS JEMBER" DENGAN SEBENAR-BENARNYA TANPA
SUATU PAKSAAN DARI PIHAK MANAPUN.

JEMBER.....2003
YANG MENYATAKAN

PENELITI

(ZULVIYANA ANDRIYANI)

(.....)

Lampiran 2

Tabel 1. Hasil pengukuran anxiety self rating scale dengan frekuensi dan jumlah

RESPONDEN	SKOR ANXIETY	FREKUENSI RAS	JUMLAH USER RAS
1	12	3	1
2	20	2	2
3	29	3	2
4	6	2	2
5	19	2	2
6	15	2	2
7	21	3	3
8	12	2	2
9	16	2	2
10	15	2	1
11	11	2	2
12	7	2	1
13	21	2	2
14	15	2	2
15	11	2	1
16	14	2	2
17	16	2	2
18	8	2	1
19	12	2	2
20	9	2	1
21	15	2	2
22	2	1	2
23	16	2	2
24	4	2	3
25	11	2	2
26	21	2	2
27	18	2	1
28	16	3	2
29	27	2	2
30	11	3	2

X 14,33

1=1
2=23
3=6
keterangan:
pertahun : 1
pertulan : 2
permegeu : 3

jml ulser > 2 : 1
jml ulser 2 : 2
jml ulser 1 : 3

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Normal Parameters a,b		Std. Deviation		Most Extreme Differences		Kolmogorov-Smirnov Z		Asymp. Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative	Asymp. Sig. (2-tailed)			
N	30	14,3333	,127	,127	,094	,721			
	30	2,1667	,46113	,441	,326	,000			
	1,8000	,55086	,375	,292	,375	2,054			
	30	JMLULSER							
	30	FREKRAS							
	30	SKORANXT							

a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.

a. uji homogenitas skor ansietas terhadap frekuensi RAS

Test of Homogeneity of Variances

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,133	2	27	,337

SKORANXT

b. uji homogenitas skor ansietas terhadap jumlah ulser RAS

Test of Homogeneity of Variances

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,812	2	27	,078

SKORANXT

Lampiran 4
No Kode :
Angkatan Th :

PETUNJUK

Isilah kuisioner dengan sebaik-baiknya sesuai dengan petunjuk yang ada, 1 berbahasa Indonesia. Dalam mengisi kuisioner 2 yang berbahasa Inggris, bila ada yang tidak mengerti harap bertanya pada peneliti.

KUISIONER 1

- Ya/Tidak
1. Apakah anda sering menderita sariawan berulang?
 2. Apakah sariawan yang Anda derita kambuh bila banyak pikiran/sedang ujian/merasa batin terbebani/ada masalah?

Bila Ya:

- sebutkan frekuensinya
- sejak kapan mulai sering menderita?
- berapa besar diameter sariawan yang anda derita?
- dimana lokasinya?
- jumlah dalam rongga mulut?
- berapa lama proses kesembuhan?

(> 1 mgg/1 mgg/2mgg) *
(1, 2, 3, 4) *

3. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam 2 tahun terakhir ini?

Ya/Tidak

- Bila ya, disebabkan oleh penyakit apa?
4. Apakah pada saat ini Anda sedang mengkonsumsi obat-obatan tertentu dibawah pengawasan dokter?

Ya/Tidak

Bila ya, sebutkan obat yang digunakan?

* coret yang tidak perlu

Anxiety Self-Rating Scale

INSTRUCTIONS: This scale is designed for your personal use. There are no right or wrong answers. Usually your first response is the best. Please print these pages out for your personal reference. If you like, there is also a Depression Self-Rating Scale.

- For each item decide if it
 - NEVER applies to you (mark 0)
 - SOMETIMES applies to you (mark 1)
 - HALF THE TIME applies to you (mark 2)
 - FREQUENTLY applies to you (mark 3)
 - ALWAYS applies to you (mark 4)
- When you are finished add up your totals in all 5 columns to get your TOTAL SCORE.
- Make sure you base your answers on how you actually behave in your daily life, not on how you would like to be.

I feel tense, nervous, restless, or agitated	0	1	2	3	4
I feel afraid for no apparent reason	0	1	2	3	4
I worry about bad things that might happen to me or those I care about	0	1	2	3	4
I have difficulty falling asleep, staying asleep or waking up early	0	1	2	3	4
I have difficulty eating too much, too little or digesting my food	0	1	2	3	4
I wish I knew a way to make myself more relaxed	0	1	2	3	4
I have difficulty with my concentration, memory or thinking	0	1	2	3	4
I would say I am anxious much of the time	0	1	2	3	4
From time to time I have experienced a racing heartbeat, cold hands or feet, dry mouth, sweating, tight muscles, difficulty breathing, numbness, frequent urination, or hot/cold flashes	0	1	2	3	4

I am frequently fearful, downhearted, or sad
 I feel I want to cry but cannot
 I have gained or lost weight recently
 I don't feel like doing regular activities or things I used to do

0 1 2 3 4
 0 1 2 3 4
 0 1 2 3 4
 0 1 2 3 4

- For each item decide if it
 - NEVER applies to you (mark 0)
 - SOMETIMES applies to you (mark 1)
 - HALF THE TIME applies to you (circle 2)
 - FREQUENTLY applies to you (mark 3)
 - ALWAYS applies to you (mark 4)
- When you are finished add up your totals in all 5 columns to get your TOTAL SCORE.
- Make sure you base your answers on how you actually behave in your daily life, not on how you would like to be.

Depression Self-Rating Scale

INSTRUCTIONS: This scale is designed for your personal use. There are no right or wrong answers. Usually your first response is the best. Please print these pages out for your personal reference. If you like, there is also an Anxiety Self-Rating Scale.

SCORING: Total the number of points in each of the columns. Add all columns together to get your TOTAL SCORE

MINIMAL ANXIETY - 0 to 8 point
 MILD ANXIETY - 8 to 16 points
 MODERATE ANXIETY - 17 to 24 points
 HIGH ANXIETY (Warning Level) - 25 to 32 points
 EXTREME ANXIETY (Warning Level) - 33 to 40 points

I wish I could be as relaxed with myself as others seem to be

0 1 2 3 4

Copyright 1999 by Annual Health Consultants

- 0 to 19 points MINIMAL DEPRESSION
- 20 to 39 points MILD DEPRESSION
- 40 to 59 points MODERATE DEPRESSION
- 60 to 79 points HIGH DEPRESSION (Warning Level)
- 80 to 88 points EXTREME DEPRESSION (Warning Level)

SCORING: Total the number of points in each of the columns. Add all columns together to get your TOTAL SCORE.

I feel hopeless or helpless about my situation	0	1	2	3	4
I get tired or just want to lay around	0	1	2	3	4
I feel like I want to be by myself and not socialize with people	0	1	2	3	4
I have difficulty getting to sleep, staying asleep or wake up earlier than I had planned	0	1	2	3	4
I would say I am depressed	0	1	2	3	4
Life just does not seem like it's worth living	0	1	2	3	4
My life is without enjoyment	0	1	2	3	4
I find myself wanting to "escape" my life	0	1	2	3	4
Morning is when I feel the worst	0	1	2	3	4
I often have crying spells	0	1	2	3	4
I get tired for no apparent reason or sooner than I should	0	1	2	3	4
My mind is not as clear as it used to be	0	1	2	3	4
I am restless and can't keep still	0	1	2	3	4
I do not feel hopeful about the future	0	1	2	3	4
I am more irritable than usual	0	1	2	3	4
I sometimes feel that others would be better off if I were dead	0	1	2	3	4
I don't enjoy the things I used to do	0	1	2	3	4

