



**HUBUNGAN DERAJAT KEPARAHAN PSORIASIS VULGARIS  
TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA**

**LAPORAN HASIL  
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil Karya Tulis Ilmiah  
mahasiswa Program Strata-1 Kedokteran Umum**

**ADRIANI SEKAR CANTIKA  
G2A008008**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2012**

**LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI**

**HUBUNGAN DERAJAT KEPARAHAN PSORIASIS  
VULGARIS TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA**

Disusun oleh

**ADRIANI SEKAR CANTIKA  
G2A008008**

Telah disetujui

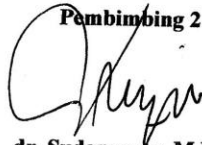
Semarang, 13 Agustus 2012

**Pembimbing 1**



**dr. Meilien Himbawani, SpKK(K)  
195405251981032001**

**Pembimbing 2**



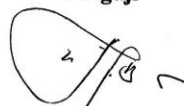
**dr. Sudaryanto, M.Pd.Ked  
197004161997021001**

**Ketua Penguji**



**dr. Muslimin, SpKK  
196703222006041001**

**Penguji**



**dr. Asih Budiastuti, SpKK(K)  
196004071987032001**

## **PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Mahasiswa : Adriani Sekar Cantika

NIM : G2A008008

Program Studi : Program Pendidikan Sarjana Program Studi  
Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran  
Universitas Diponegoro

Judul KTI : Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis Vulgaris  
terhadap Kualitas Hidup Penderita

Dengan ini menyatakan bahwa:

- 1) KTI ini ditulis sendiri tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan

Semarang, 19 Juli 2012  
Yang membuat pernyataan,

Adriani Sekar Cantika

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, laporan akhir hasil penelitian karya tulis ilmiah ini dapat selesai. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Diponegoro. Saya menyadari sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya seta penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Rektor Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menimba ilmu di Universitas Diponegoro.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik.
3. Dr. Meilien Himbawani, SpKK(K) dan Dr. Sudaryanto, M.Pd.Ked selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing saya sampai selesainya laporan akhir penelitian ini.
4. Kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu memberikan dukungan baik moral maupun material.
5. Para petugas bagian diklat RSUP Dr. Kariadi yang telah membantu dalam perizinan penelitian.
6. Pimpinan dan civitas akademika Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, atas bantuan pembuatan surat-surat perizinan yang menunjang penelitian ini.

7. Para dokter PPDS-1 bagian Kulit dan Kelamin yang bertugas di Instalasi Rawat Jalan Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Kariadi, atas bantuan dalam penentuan diagnosa klinis dan pengumpulan data.
8. Para sahabat dan teman-teman yang telah memberikan dukungan, semangat, serta kesediaan waktu dan tenaganya dalam membantu jalannya penelitian ini.
9. Semua pihak yang telah berjasa selama penelitian ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Semarang , 19 Juli 2012

Adriani Sekar Cantika

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
ABSTRAK.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I    PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Orisinalitas .....	6
BAB II    TINJAUAN PUSTAKA .....	8
2.1 Psoriasis .....	8
2.1.1 Definisi .....	8
2.1.2 Etiopatogenesis.....	8
2.1.3 Diagnosis .....	10
2.1.4 Gambaran Klinis.....	12
2.1.5 Bentuk Klinis .....	14
2.1.5.1 Psoriasis Vulgaris .....	14
2.1.5.2 Psoriasis Gutata .....	15

	2.1.5.3 Psoriasis Inversa .....	16
	2.1.5.4 Psoriasis Eksudativa .....	16
	2.1.5.5 Psoriasis Seboroik .....	16
	2.1.5.6 Psoriasis Pustulosa .....	16
	2.1.5.7 Psoriasis Eritroderma .....	17
	2.1.6 Derajat Keparahan Psoriasis.....	17
	2.2 Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi (IKHD).....	19
<b>BAB III</b>	<b>KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN</b>	
	<b>HIPOTESIS .....</b>	<b>22</b>
	3.1 Kerangka teori.....	22
	3.2 Kerangka konsep.....	23
	3.3 Hipotesis .....	23
<b>BAB IV</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>24</b>
	4.1 Ruang lingkup penelitian .....	24
	4.2 Tempat dan waktu penelitian.....	24
	4.3 Jenis dan rancangan penelitian .....	24
	4.4 Populasi dan sampel.....	24
	4.4.1 Populasi target.....	24
	4.4.2 Populasi terjangkau .....	25
	4.4.3 Sampel.....	25
	4.4.3.1 Kriteria inklusi .....	25
	4.4.3.2 Kriteria eksklusi .....	25
	4.4.4 Cara pemilihan sampel penelitian .....	25
	4.4.5 Besar sampel .....	26
	4.5 Variabel Penelitian.....	26
	4.5.1 Variabel bebas .....	26
	4.5.2 Variabel tergantung.....	27
	4.6 Definisi operasional .....	27
	4.7 Cara Pengukuran .....	29
	4.8 Cara Pengumpulan data .....	31
	4.8.1 Alat.....	31
	4.8.2 Jenis data .....	31
	4.8.3 Waktu dan tempat pengumpulan data.....	32

4.9	Alur penelitian .....	32
4.10	Pengolahan dan analisis data .....	32
4.11	Etika penelitian .....	33
4.12	Jadwal penelitian.....	34
BAB V	HASIL PENELITIAN .....	35
5.1	Karakteristik Subjek Penelitian .....	35
5.2	Hubungan Karakteristik Penderita Psoriasis dengan Kualitas Hidup.....	36
5.3	Gejala Berdasarkan Derajat Psoriasis .....	38
5.4	Analisis Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis dengan Kualitas Hidup Penderita.....	40
BAB VI	PEMBAHASAN.....	43
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN.....	48
7.1	Simpulan .....	48
7.2	Saran .....	48
	DAFTAR PUSTAKA .....	49
	LAMPIRAN 1. INFORMED CONSENT	
	LAMPIRAN 2. LEMBAR PENILAIAN PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX	
	LAMPIRAN 3. KUESIONER INDEKS KUALITAS HIDUP DERMATOLOGI	
	LAMPIRAN 4. HASIL ANALISIS DATA DENGAN SPSS FOR WINDOWS 17.0	
	LAMPIRAN 5. IDENTITAS PENULIS	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Orisinalitas .....	6
Tabel 2. Definisi Operasional .....	27
Tabel 3. Rumus Perhitungan Nilai <i>Kappa</i> .....	30
Tabel 4. Jadwal Penelitian.....	34
Tabel 5. Karakteristik Subjek Penelitian.....	36
Tabel 6. Hubungan Karakteristik Penderita Psoriasis dengan Kualitas Hidup...	37
Tabel 7. Distribusi Derajat Keparahan Psoriasis Vulgaris.....	39
Tabel 8. Keluhan Penderita Berdasarkan Derajat Keparahan Psoriasis.....	39
Tabel 9. Hasil Analisis Uji <i>Fisher Exact</i> .....	42

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. <i>Auspitz sign</i> pada psoriasis .....	11
Gambar 2. Pitting nail pada psoriasis .....	13
Gambar 3. Psoriasis vulgaris .....	15
Gambar 4. Histogram Distribusi Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis Vulgaris terhadap Kualitas Hidup Penderita .....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed Consent*

Lampiran 2. Lembar Penilaian *Psoriasis Area and Severity Index*

Lampiran 3. Kuesioner Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi

Lampiran 4. Hasil Analisis Data dengan SPSS for Windows 17.0

Lampiran 5. Identitas Penulis

## DAFTAR SINGKATAN

PASI score	: <i>Psoriasis Area and Severity Index score</i>
BSA score	: <i>Body Surface Area score</i>
DQoL	: <i>Dermatology Quality of Life</i>
IKHD	: Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi
IRJA	: Instalasi Rawat jalan
HLA	: Human Leucocyte Antigen
WHO	: <i>World Health Organization</i>
DQOLS	: <i>Dermatology Quality of Life Scales</i>
DSQL	: <i>Dermatology Specific Quality of Life</i>
PDI	: <i>Psoriasis Disability Index</i>
PLSI	: <i>the Psoriasis Life Stress Inventory</i>
ADI	: <i>Acne Disability Index</i>
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
SMA	: Sekolah Menengah Atas

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Psoriasis merupakan jenis dermatosis eritroskuamosa yang bersifat kronik residif dan belum diketahui penyebab nya. Psoriasis dapat mengenai laki-laki dan perempuan dengan prevalensi tidak jauh berbeda, dan dapat mengenai seluruh usia, meskipun pada umumnya muncul pertama kali pada usia 15-25 tahun. Prevalensi psoriasis adalah 2% dari seluruh populasi di dunia. Hanya sedikit ditemukan laporan prevalensi di Indonesia. Di RS Adam Malik Medan ditemukan 1.05% (2010), sedangkan pada RS Kariadi Semarang terdapat 1.4% kasus psoriasis (2007-2011) dengan jenis terbanyak psoriasis vulgaris. Karena sifat kronik dan keparahan nya, psoriasis mempunyai pengaruh buruk terhadap aspek fisik, emosional, dan psikososial yang akan berdampak pada kualitas hidup penderita.

**Tujuan:** Menilai hubungan antara derajat keparahan psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita.

**Metode:** Metode penelitian ini adalah analitik belah lintang. Sampel penelitian ini adalah penderita psoriasis vulgaris di poliklinik kulit dan kelamin RSUP dr. Kariadi selama bulan Mei sampai Juli 2012. Derajat keparahan diukur dengan *Psoriasis Area severity Index*, sedangkan kualitas hidup penderita diukur dengan kuesioner Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi.

**Hasil:** Berdasarkan hasil penelitian ,didapatkan 13 responden yang terdiri dari 5 laki-laki dan 8 perempuan. Seluruh responden merasa berpengaruh terhadap kualitas hidup diantara nya 69.2% responden dengan psoriasis derajat ringan sampai sedang berpengaruh sedikit sampai sedang,7.7% responden psoriasis derajat ringan sampai sedang merasa sangat berpengaruh, sedangkan 23.12% responden psoriasis dengan derajat berat merasa sangat berpengaruh pada kualitas hidup mereka.

**Kesimpulan:** Semakin berat derajat keparahan psoriasis vulgaris maka semakin besar pengaruh terhadap kualitas hidup penderita.

**Kata kunci:** psoriasis vulgaris, derajat keparahan, kualitas hidup

## ABSTRACT

**Background:** Psoriasis is a chronic inflammatory disease characterized by epidermal hyperproliferation and inflammation with scaly erythematous patches, with unknown causes. Psoriasis affects both sexes equally, and can occur at any age, although it most commonly appears for the first time between the age from 15 to 25 years old. The prevalence of psoriasis is said to be 2% of the world population. There are only a few reports of the prevalence of psoriasis in Indonesia. In Adam Malik Hospital Medan the frequency around 1.05% (2010), while in Kariadi Hospital Semarang the prevalence was 1.4% (2007-2011) with the most common form were psoriasis vulgaris. Because of its chronicity and severity, psoriasis can have a major negative impact on the physical, emotional, and psychosocial which can affect the quality of life.

**Aim:** To assess the relation between psoriasis area severity index and the quality of life.

**Method:** This study was a cross-sectional analytic. The subjects were patient with psoriasis vulgaris at the Outpatient Dermato-Venerology Clinic of dr. Kariadi general hospital from Mei to July 2012. The severity of disease were measured with the psoriasis area severity index, while the quality of life were measured with questionnaire of DQOL.

**Result:** There were 13 patients consist of 5 males and 8 females. All of the patients have affected their quality of life. 69.2% of subjects were mild to moderate psoriasis and have low impacts, 7.7% of mild to moderate psoriasis have a high impacts, and 23.1% of subjects were severe psoriasis and have high impacts on their quality of life.

**Conclusions:** The more severe the disease, the higher it affects the quality of life.

**Keyword:** psoriasis vulgaris, severity index, quality of life

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Psoriasis merupakan suatu penyakit kulit kelompok dermatosis eritroskuamosa bersifat kronik residif yang sering dijumpai dan penting di negara-negara barat dan sebagian di Asia. Penelitian yang ada menyebutkan prevalensi kasus psoriasis di negara Indonesia juga termasuk masih banyak ditemukan.<sup>1,2,3</sup> Jenis psoriasis vulgaris merupakan bentuk yang paling lazim ditemukan, kira-kira 90% dari seluruh penderita psoriasis.<sup>1,4</sup> Penyakit ini dapat mengenai seluruh kelompok umur, walaupun pada bayi dan anak-anak jarang. Tidak ada perbedaan pada laki-laki dan wanita. Umur rata-rata pada waktu gejala pertama timbul pada laki-laki 29 tahun dan wanita 27 tahun.<sup>1,5</sup>

Prevalensi psoriasis sangat bervariasi pada berbagai populasi, antara 0,1-11,8%. Pada bangsa kulit hitam seperti di Afrika dan Indian jarang ditemukan. Insiden tertinggi yang pernah dilaporkan terdapat di Denmark sebesar 2,9%, di Amerika Serikat berkisar antara 2,2-2,6%. Insiden psoriasis di Asia rendah, sekitar 0,4%. Di Poliklinik Divisi Dermatologi Anak Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, pada tahun 2003 sampai dengan 2007 terdapat 56 (0,6%) kasus baru psoriasis berusia kurang dari 15 tahun dari 8970 kunjungan baru. Data dari beberapa rumahsakit di Indonesia tahun 2003-2006

terdapat 96 (0,4%) kasus baru psoriasis dari 22.070 kunjungan baru golongan usia yang sama.<sup>1,6</sup> Winta RD dkk. melaporkan di RSUP Dr. Kariadi terdapat 198 kasus (0,97%) psoriasis selama rentang waktu 5 tahun (2003-2007).<sup>2</sup> Sedangkan pada tahun 2007-2011 dilaporkan oleh Indranila dkk terdapat 210 kasus psoriasis (1,4%) dari 14.618 penderita di tempat yang sama dengan jenis psoriasis vulgaris yang paling dominan.<sup>7</sup>

Penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. Hal itu sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Bhosle M.J, et al(2006), menyatakan psoriasis berdampak negatif sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan aktivitas sehari-hari, serta dikatakan pada penelitian oleh Shanu Kohli Kurd,MD et al(2011) bahwa penderita psoriasis meningkatkan risiko depresi, kecemasan,dan bunuh diri. Diperkirakan di Inggris, banyak penderita di diagnosa menderita depresi, kecemasan, melakukan bunuh diri karena menderita penyakit psoriasis sangat lama.<sup>8-10</sup>

Pasien juga merasa tidak terlalu puas terhadap ketersediaan terapi dan menganggap masyarakat serta dokter tidak memperdulikan dampak negatif kronik residif dari penyakit psoriasis terhadap kehidupan.<sup>8,9</sup> Pernyataan yang sama juga pada penelitian oleh Gerald Krueger et al(2001), menyatakan penderita psoriasis terutama derajat berat kecewa dengan manajemen penyakit dan merasakan terapi yang tidak efektif karena dampak multidimensional pada fisik, emosional, dan sosial.<sup>8,11</sup>

Derajat keparahan psoriasis terutama psoriasis vulgaris dapat dinilai dengan beberapa metode khusus. Skor PASI adalah metode yang paling sering digunakan dalam uji klinis. Metode ini praktis dan cepat, namun memiliki variabilitas yang tinggi. Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Fredriksson dan Pettersson.<sup>2,8,12</sup>

Sedangkan kualitas hidup penderita psoriasis dapat dinilai dengan Kuesioner indeks kualitas hidup dalam dermatologi yang dirancang oleh Finlay AY. Kuesioner ini digunakan pada pasien dewasa, yaitu pada pasien dengan umur lebih dari 16 tahun. Kuesioner ini mudah dimengerti dan dapat langsung diberikan kepada pasien untuk diisi tanpa penjelasan lebih lanjut.<sup>13,14</sup>

Penyebab psoriasis sendiri belum diketahui secara pasti. Terdapat banyak faktor yang berperan dalam timbulnya penyakit ini, terutama faktor genetik dan imunologik, serta interaksi dengan faktor lingkungan sebagai pencetus. Pada banyak kasus ada pengaruh yang kuat terutama dari faktor genetik bila dimulai dari remaja atau dewasa muda. Tetapi, walaupun terdapat riwayat keluarga, sering tidak ditemukan pola garis keturunan yang jelas. Beberapa penelitian menyebutkan pemicu timbulnya psoriasis pada mereka yang rentan terkena yaitu trauma dan infeksi, serta stres.<sup>1,15</sup>

Kasus psoriasis dewasa ini makin sering dijumpai dan karena kebanyakan penderita psoriasis memiliki lesi-lesi yang tak hilang seumur hidupnya, hal ini jelas merupakan masalah. Meskipun tidak menyebabkan kematian, tetapi menyebabkan

gangguan kosmetik, juga mempengaruhi kualitas hidup penderita, serta karena pengobatannya yang belum memuaskan akan mengakibatkan beban sosial dan ekonomi dari penderita.<sup>2,5,15</sup> Dengan alasan tersebut, pada penelitian ini peneliti ingin melihat hubungan antara derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dengan mempertimbangkan latar belakang di atas, permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut : apakah terdapat hubungan antara derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup pada penderita.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Menilai hubungan antara derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup pada penderita

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Mengetahui angka kejadian psoriasis vulgaris di RSUP Dr Kariadi Semarang
- 2) Mengetahui derajat keparahan penderita psoriasis vulgaris di RSUP Dr Kariadi Semarang
- 3) Mengetahui kualitas hidup penderita psoriasis vulgaris di RSUP Dr Kariadi Semarang
- 4) Mengetahui hubungan antara derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup pada penderita

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Bagi penelitian**

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi penelitian selanjutnya mengenai penyakit kulit dermatosis eritroskuamosa terutama psoriasis vulgaris

### **1.4.2. Bagi pendidikan**

- 1) Dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi mengenai hubungan antara derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris dengan kualitas hidup pada penderita
- 2) Dapat digunakan sebagai masukan dalam upaya peningkatan kualitas hidup penderita psoriasis vulgaris

### **1.4.3. Bagi masyarakat**

Memberikan informasi kepada masyarakat, terutama penderita psoriasis vulgaris agar mengupayakan peningkatan kualitas hidup.

## 1.5. Orisinalitas

**Tabel 1.** Orisinalitas

<b>No</b>	<b>Tahun</b>	<b>Peneliti</b>	<b>Judul</b>	<b>Hasil</b>	<b>Perbedaan dengan peneliti</b>
1	2001	Gerald Kroeger, M.D et.al <sup>11</sup>	The Impact of Psoriasis on Quality of Life(result of a 1998 national psoriasis foundation passion-membership survey)	Individuals with psoriasis believe that disease has a profound emotional and social as well as physical impact on their quality of life,particulary those with severe disease,are frustrated with the management of their disease and by perceived ineffectiveness of their therapies	Peneliti menilai derajat keparahan psoriasis dengan skor PASI
2	2006	Bhosle M.J. et.al <sup>9</sup>	Quality of Life in Patients With Psoriasis	Psoriasis is a serious condition and is associated with significantly lower QoL and affecting almost 2.2% of US population	Peneliti hanya menggunakan kuisisioner DQoL

(Lanjutan) **Tabel 1.** Orisinalitas

No	Tahun	Peneliti	Judul	Hasil	Perbedaan dengan peneliti
1	2009	Asih Budiastuti, dkk <sup>2</sup>	Hubungan umur dan lama sakit terhadap derajat keparahan penderita psoriasis	Semakin tua usia penderita, makin lama pula ia telah menderita psoriasis, dan semakin lama penderita menderita psoriasis, maka se-makin berat pula derajat keparahan psoriasisnya. insidensi yang seimbang antara penderita psoriasis berjenis kelamin laki-laki dan perempuan	Peneliti menilai hubungan derajat keparahan dengan kualitas hidup penderita dari berbagai aspek
2	2011	Shanu Kohli Kurd,M.D et.al <sup>10</sup>	The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patient with Psoriasis:a Population-based cohart study	Psoriasis patients have an increased risk of depression,anxiety,and suicidality.	Peneliti menggunakan metode penelitian observasional analitik dengan pendekatan belah lintang dan menilai kualitas hidup dari seluruh aspek

Perbedaan dengan penelitian sebelumnya yang pernah ada adalah penelitian ini menilai derajat keparahan psoriasis vulgaris dengan skor PASI dan memakai kuesioner *Dermatology Quality of Life* (DQoL) menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan belah lintang, dan dilakukan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Kariadi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Psoriasis**

##### **2.1.1 Definisi**

Psoriasis adalah Psoriasis adalah suatu penyakit kulit kelompok dermatosis eritroskuamosa, penyebab nya autoimun, bersifat kronik residif dengan lesi berupa macula eritem berbatas tegas, ditutupi oleh skuama tebal berlapis, berwarna putih bening seperti mika, disertai fenomena tetesan lilin dan tanda *Auspitz*. Psoriasis juga disebut psoriasis vulgaris yang berarti psoriasis yang biasa atau paling lazim ditemukan. Psoriasis bisa muncul pada seluruh usia, tetapi jarang pada usia kurang dari 10 tahun, biasanya muncul pada usia 15-30 tahun.<sup>3,4,6,16</sup>

##### **2.1.2 Etiopatogenesis**

Faktor yang diduga paling berperan adalah genetic. Bila orangtuanya tidak menderita psoriasis risiko mendapat psoriasis 12%, sedangkan jika salah seorang orangtuanya menderita psoriasis risikonya mencapai 34-39%.<sup>4,15</sup>

Berdasarkan kemunculan penyakit ini dikenal dua tipe: psoriasis tipe I dengan awitan dini bersifat familial dan psoriasis tipe II dengan awitan lambat bersifat nonfamilial. Hal lain yang menyokong adanya faktor genetik ialah bawah psoriasis berkaitan dengan HLA, Psoriasis tipe I berhubungan dengan HLA-B13, B17, Bw57,

dan Cw6. Psoriasis tipe II berkaitan dengan HLA-B27 dan Cw2, sedangkan psoriasis pustulosa berkorelasi dengan HLA-B27.<sup>4,17</sup>

Faktor lain yang juga berperan adalah imunologi. Defek genetik pada psoriasis dapat diekspresikan pada salah satu dari tiga jenis sel, yakni limfosit T, sel penyaji antigen (dermal) atau keratinosit. Keratinosit psoriasis membutuhkan stimulasi untuk aktivasinya. Lesi psoriasis matang umumnya penuh dengan sekumpulan limfosit T pada dermis yang terutama terdiri atas limfosit T CD4 dengan sedikit sekumpulan limfosit T CD8. Pada lesi psoriasis terdapat sekitar 17 sitokin yang produksinya bertambah. Sel Langerhans juga berperan pada imunopatogenesis psoriasis. Terjadinya proliferasi epidermis diawali dengan adanya pergerakan antigen, baik eksogen maupun endogen oleh sel Langerhans. Pada psoriasis pembentukan epidermis (turn over time) lebih cepat, hanya 3-4 hari, sedangkan pada kulit normal lamanya 27 hari. Nickoloff (1988) berkesimpulan bahwa psoriasis merupakan penyakit autoimun. Lebih 90% kasus dapat mengalami remisi setelah diobati dengan imunosupresif.<sup>4,17</sup>

Berbagai faktor pencetus pada psoriasis yang disebut dalam kepustakaan, diantaranya adalah stres psikik, infeksi fokal, trauma (fenomena Kobner), endokrin, gangguan metabolik, obat, juga alkohol dan merokok. Stres psikik merupakan faktor pencetus utama. Infeksi fokal mempunyai hubungan erat dengan salah satu bentuk psoriasis ialah psoriasis gutata, sedangkan hubungannya dengan psoriasis vulgaris tidak jelas.<sup>1,2,4</sup> Pernah dilaporkan kasus-kasus psoriasis gutata yang sembuh setelah

diadakan tonsilektomia. Umumnya infeksi disebabkan oleh *Streptococcus*. Faktor endokrin rupanya mempengaruhi perjalanan penyakit. Puncak insiden psoriasis pada waktu pubertas dan menopause. Pada waktu kehamilan umumnya membaik, sedangkan pada masa setelah persalinan akan memburuk. Gangguan metabolisme, contohnya hipokalsemia dan dialisis telah dilaporkan sebagai faktor pencetus. Obat yang umumnya dapat menyebabkan residif ialah beta-adrenergic blocking agents, litium, antimalaria dan penghentian mendadak kortikosteroid sistemik.<sup>4</sup>

### 2.1.3 Diagnosis

Diagnosis psoriasis dengan pemeriksaan histopatologis dijumpai lesi hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis, dan hilangnya stratum granulosum. Aktivitas mitosis sel epidermis tampak begitu tinggi, sehingga pematangan keratinisasi sel-sel epidermis terlalu cepat dan stratum korneum tampak menebal. Dalam stratum korneum ditemukan kantong-kantong kecil berisi sel radang polimorfonuklear yang dikenal sebagai *mikroabses Monroe*.<sup>6</sup>

Diagnosis juga berdasarkan gambaran klinis secara keseluruhan. Penyakit ini berlangsung kronis dengan lesi macula eritematus simetris khas, ditutupi oleh skuama kasar berlapis-lapis, transparan pada tempat-tempat klasik.<sup>5,6</sup> Tanda pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan fenomena tetesan lilin, Auspitz sign, dan Koebner (isomorfik). Kedua fenomena yang disebut lebih dahulu dianggap khas, sedangkan yang terakhir tidak khas, hanya kira-kira 47% yang positif dan didapati pula pada penyakit lain, misalnya liken planus dan veruka plana juvenilis.<sup>4</sup> Fenomena tetesan lilin ialah

skuama yang berubah warnanya menjadi putih pada goresan, seperti lilin yang digores, disebabkan oleh berubahnya indeks bias. Cara menggores dapat dengan pinggir gelas alas. Pada fenomena Auspitz tampak serum atau darah berbintik-bintik bila skuama dikupas lapis demi lapis yang disebabkan oleh papilomatosis. Trauma pada kulit penderita psoriasis, misalnya garukan, dapat menyebabkan kelainan yang sama dengan kelainan psoriasis dan disebut fenomena kobner yang timbul kira-kira setelah 2 minggu.<sup>4,6</sup>



**Gambar 1.** *Auspitz sign* pada psoriasis

Pada kasus psoriasis gutata dapat ditemukan riwayat infeksi tenggorokan karena streptokokus. Riwayat psoriasis pada keluarga juga membantu, khususnya bila hanya lesi awal yang ditemukan. Cari lekukan kuku sebagai temuan tambahan diagnosis. Terkadang diperlukan biopsi untuk membedakan penyakit psoriasis ini dari penyakit papulo skuamosa lainnya. Spesimen biopsi diambil dari lesi yang belum diobati dan yang paling berkembang.<sup>5</sup>

Selain pemeriksaan fisik kulit dan biopsi, pemeriksaan laboratorium lain juga perlu dilaksanakan untuk mencari faktor penyebab atau pencetus penyakit ini atau mencari penyakit lain yang menyertai psoriasis, seperti pemeriksaan gula darah, kolesterol untuk penyakit diabetes mellitus.<sup>6</sup>

#### **2.1.4 Gambaran klinis**

Psoriasis pada anak umumnya mirip dengan orang dewasa. Kelainan kulit biasanya berbatas tegas, erimatososa, papuloskuamosa, dengan sisik putih berkilat seperti perak, usia awitan perlu diketahui karena makin dini usia awitan disertai adanya riwayat keluarga dengan psoriasis, makin berat penyakitnya dan makin sering kambuh. Morris dkk mendapatkan 71% pasien psoriasis berusia 1 bulan hingga 15 tahun mempunyai riwayat penyakit pada keluarga.<sup>1</sup> Keadaan umum pada penderita psoriasis tidak dipengaruhi, kecuali pada psoriasis yang menjadi entoderma. Sebagian penderita mengeluh gatal ringan. Tempat predileksi pada skalp, perbatasan daerah tersebut dengan muka, ekstremitas bagian ekstensor terutama siku serta lutut, dan daerah lumbosakral.<sup>4</sup>

Perjalanan penyakit sangat bervariasi, dapat timbul tiba-tiba dan berlangsung singkat selama beberapa hari/akut atau menetap selama beberapa bulan atau tahun/kronik. Kekambuhan dapat timbul secara mingguan maupun bulanan, sedangkan pada yang stabil kekambuhan jarang terjadi. Pada yang sering kambuh, penyakitnya biasanya lebih berat dibandingkan dengan yang stabil sehingga memerlukan pengobatan lebih intensif.<sup>4</sup> Proses patologis penyakit ini merupakan

gabungan dari hiperproliferasi epidermis dan akumulasi sel-sel radang. Waktu transit epidermis sangat berkurang dari normal, yaitu 8-10 minggu, menjadi hanya beberapa hari. Juga terdapat peningkatan vaskularisasi pada dermis bagian atas.<sup>15</sup>

Lesi kulit dapat berukuran mulai dari seujung jarum sampai plak yang luas. Biasanya erupsi simetris, walaupun kadang dapat pula unilateral. Bila skuama dilepaskan, di bawahnya terlihat bintik-bintik perdarahan yang berasal dari kapiler di atas papila dermis (tanda Auspitz). Fenomena Koebner (respons isomorfik) dapat terjadi pada 25% pasien, yaitu induksi lesi psoriasis oleh trauma pada kulit tanpa lesi, lebih sering terjadi saat penyakit sedang kambuh. Reaksi tersebut timbul 7-14 hari setelah trauma.<sup>1,4</sup> Psoriasis juga dapat menyebabkan kelainan kuku, yaitu sebanyak kira-kira 50%, khas disebut *pitting nail* atau nail pit berupa lekukan-lekukan miliar. Kelainan yang tak khas ialah kuku yang keruh, tebal, bagian distalnya terangkat karena terdapat lapisan tanduk di bawahnya (hiperkeratosis subungual) dan onikolisis.<sup>4,6,16</sup>



**Gambar 2.** Pitting nail pada psoriasis

Selain menimbulkan kelainan pada kulit dan kuku, penyakit ini dapat pula menyebabkan kelainan pada sendi (arthritis psoriatik), terdapat pada 10-15% pasien psoriasis. Umumnya pada sendi distal interfalang. Biasanya bersifat poliartikular, tempat predileksinya pada sendi interfalangs distal, terbanyak terdapat pada usia 30-50 tahun. Sendi membesar, kemudian terjadi ankilosis dan lesi kistik subkorteks. Kelainan pada mukosa jarang ditemukan dan tidak penting untuk diagnosis sehingga tidak dibicarakan.<sup>4</sup>

Terdapat beberapa bentuk psoriasis, yaitu psoriasis gutata, plak, fleksural, pustular, eritrodermik dan artritik.<sup>1,3,10</sup> Morris dkk mendapatkan pada 1.262 pasien psoriasis berusia antara 1 bulan sampai 15 tahun, yang tersering adalah bentuk plak (34%).<sup>1</sup>

## **2.1.5 Bentuk Klinis**

### **2.1.5.1 Psoriasis Vulgaris**

Psoriasis vulgaris yang paling sering ditemukan pada kurang lebih 90% pasien. Plak eritematosa, berbatas tegas, berskuama dan tersebar simetris merupakan gambaran khas, terdapat di daerah ekstensor ekstermitas (terutama siku dan lutut), skalp, lumbosakral bawah, bokong dan genital. Daerah lain yang dapat terkena adalah periumbilikus dan lipatan intergluteal. Luas lesi sangat bervariasi, sedangkan bentuk dan distribusi setiap plak hanya sedikit berubah. Skuama dibentuk terus-menerus. Lesi dapat diawali terbatas di skalp selama bertahun-tahun. Lesi kecil maupun besar dapat meluas dan berkonfluens membentuk plak atau

plakat lebih besar sehingga membentuk gambaran khas (psoriasis geografika/girata). Kadang terdapat penyembuhan sentral parsial sehingga membentuk psoriasis anular, keadaan ini sering dihubungkan dengan penyembuhan atau prognosis yang baik.<sup>4,6,16</sup> kelainan klinis lain telah dijelaskan tergantung dari morfologi lesi, sebagian besar terdapat hiperkeratosis. Patogenesisnya tidak begitu diketahui tetapi mungkin muncul dari inhibisi sintesis prostaglandin.<sup>16</sup> Pada anak terdapat bentuk papul folikular berkelompok dan bentuk linear mengikuti garis Blaschko.<sup>1</sup>



**Gambar 3.** Psoriasis vulgaris

#### **2.1.5.2 Psoriasis Gutata**

Bentuk ini sering timbul pada anak dan dewasa muda, biasanya timbul mendadak, seringkali setelah infeksi streptokokus. Lesi papular, bulat, atau oval, berdiameter 0.5-1cm, di atasnya terdapat skuama putih, tersebar simetris di badan dan ekstremitas proksimal, kadang di muka, telinga, dan skalp, jarang di telapak tangan dan kaki. Lesi biasanya bertahan selama 3-4 bulan dan dapat hilang spontan, tetapi kadang dapat sampai lebih dari setahun. Sebagian besar dapat kambuh dalam 3-5 tahun. Bentuk ini berhubungan erat dengan HLA-Cw6. Pasien dengan riwayat

psoriasis plakate dapat timbul lesi gutata dengan atau tanpa memburuknya lesi plakate.<sup>4,15-17</sup>

Lesi plakate kecil dapat menyerupai psoriasis gutata, tetapi biasanya awitannya pada usia lanjut, kronik dan lebih tebal dengan skuama lebih banyak daripada psoriasis gutata.<sup>4</sup>

#### **2.1.5.3 Psoriasis Inversa**

Psoriasis tersebut mempunyai tempat predileksi pada daerah fleksor sesuai dengan namanya (pada kulit kepala, axilla, region genitocruralis, dan leher). Lesi eritema berbentuk tajam, dan sering terletak daerah kontak.<sup>4,17</sup>

#### **2.1.5.4 Psoriasis Eksudativa**

Bentuk tersebut sangat jarang. Biasanya kelainan psoriasis kering, tetapi pada bentuk ini kelainannya eksudatif seperti dermatitis akut.<sup>4</sup>

#### **2.1.5.5 Psoriasis Seboroik**

Gambaran klinis psoriasis seboroik merupakan gabungan antara psoriasis dan dermatitis seboroik, skuama yang biasanya kering menjadi agak berminyak dan agak lunak. Selain berlokasi pada tempat yang lazim, juga terdapat pada tempat seboroik. Lesi seboroik biasanya di wajah, di bawah payudara, kulit kepala, dan axilla.<sup>4,16</sup>

#### **2.1.5.6 Psoriasis Pustulosa**

Ada 2 pendapat mengenai psoriasis pustulosa, pertama di anggap sebagai penyakit sendiri, kedua dianggap sebagai varian psoriasis. Terdapat 2 bentuk

psoriasis pustulosa, bentuk lokalisata dan generalisata. Bentuk lokalisata contohnya psoriasis pustulosa palo-plantar (barber). Sedangkan bentuk generalisata contohnya psoriasis pustulosa generalisata akut (von Zumbusch).<sup>1,4,15</sup>

#### **2.1.5.7 Psoriasis Eritroderma**

Eritroderma psoriatik dapat disebabkan oleh pengobatan topikal yang terlalu kuat atau oleh penyakitnya sendiri yang meluas. Biasanya lesi yang khas untuk psoriasis tidak tampak lagi karena terdapat eritema dan skuama tebal universal. Ada kalanya lesi psoriasis masih tampak samar-samar, yakni lebih eritematosa dan kulitnya lebih meninggi.<sup>4,15</sup>

#### **2.1.6 Derajat Keparahan Psoriasis**

Ada beberapa metode khusus yang digunakan untuk menilai derajat keparahan psoriasis terutama psoriasis vulgaris yaitu dengan menggunakan *Psoriasis Area and Severity Index (PASI) score*; *Body Surface Area (BSA) score*; secara subjektif; dengan tidak mengukur dari kualitas hidup dan pola hidup pasien; serta dengan peralatan objektif untuk mengukur keparahan psoriasis sekarang sedang dalam tahap perkembangan (contoh: korneometri dan ultrasonografi).<sup>8</sup>

Skor PASI adalah metode yang paling sering digunakan dalam uji klinis. Metode ini praktis dan cepat, namun memiliki variabilitas yang tinggi. Skor PASI berkisar antara 0,0-72,0 dengan peningkatan sebesar 0,1 unit. Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Fredriksson dan Pettersson.

Ada 4 area tubuh yang diperiksa yaitu kepala leher, ekstremitas atas, *truncus*, dan ekstremitas bawah. Langkah pertama ditentukan berdasar cakupan area dan lesi yang terlihat akan didapatkan nilai A1 – A4. Karakteristik lesi yang harus diperiksa adalah adanya eritema (merah terang, merah tetapi tidak terlalu gelap, sangat merah, merah tua), indurasi atau ketebalan (1=0,25mm ; 2=0,5mm ; 3=1mm ; 4=1,25mm), dan *scaling* (1=lesi datar ; 2=lesi tipis kasar ; 3=lesi tebal kasar ; 4=lesi sangat tebal dan sangat kasar). Pada setiap bagian tubuh yang berbeda mempunyai perbedaan kualitas dari lesi, skor PASI digunakan terpisah untuk menilai setiap bagian.

Langkah kedua, mengalikan setiap subtotal dari jumlah setiap bagian pada area permukaan tubuh (A1x0,1 untuk kepala, A2x0,2 untuk ekstremitas atas, A3x0,3 untuk bagian *truncus*, dan A4x0,4 untuk ekstremitas bawah) untuk mendapatkan nilai B1 – B4. Langkah ketiga, menentukan derajat dari setiap bagian tubuh yang terkena lesi dengan satuan % (kepala leher 10%, ekstremitas atas 20%, *truncus* 30%, dan ekstremitas bawah 40%.) dan skor 0 – 6, kemudian masing-masing skor dikalikan dengan setiap nilai B dengan hasil C1 – C4. Langkah terakhir yaitu dengan menjumlahkan nilai C1 – C4 akan didapatkan skor PASI.<sup>2,8,12</sup>

$$C1 + C2 + C3 + C4 = \text{skor PASI}$$

Psoriasis ringan : 0 – 7

Psoriasis sedang : 8 – 12

Psoriasis berat : > 12

Pada metode BSA lebih mudah dilakukan. Dengan klasifikasi derajat psoriasis ringan jika lesi mengenai sampai 3% dari seluruh permukaan tubuh, psoriasis sedang

jika lesi mengenai 3 – 10% permukaan tubuh, dan psoriasis berat jika mengenai lebih dari 10% permukaan tubuh.<sup>8</sup>

## **2.2. Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi (IKHD)**

Konsep tentang kualitas hidup ini dilihat dari berbagai aspek dan informasi tentang kesehatan fisik, sosial, dan psikologis yang merupakan perluasan dan perkembangan dari pandangan tentang kesehatan dari WHO, dimana sehat tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi individu juga harus mampu menjalani hidup secara produktif dan dapat menikmatinya.<sup>13</sup>

Kuesioner indeks kualitas hidup dalam dermatologi ini dirancang oleh Finlay AY untuk digunakan pada pasien dewasa, yaitu pada pasien dengan umur lebih dari 16 tahun. Kuesioner ini mudah dimengerti dan dapat langsung diberikan kepada pasien untuk diisi tanpa penjelasan lebih lanjut. Kuesioner ini biasanya diselesaikan dalam satu atau dua menit.<sup>13,14</sup> Penelitian oleh Richard Shikier(2006) menyatakan bahwa Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi ini merupakan indikator yang baik dan sudah di validasi untuk digunakan pada penderita psoriasis.<sup>12</sup> Masih ada kuesioner lain yang lebih spesifik tetapi jarang digunakan antara lain *Dermatology Quality of Life Scales (DQOLS)*, *Dermatology Specific Quality of Life (DSQL)*, *Psoriasis Disability Index (PDI)*, *the Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI)*, dan *Acne Disability Index (ADI)*.<sup>14,18</sup>

Indeks kualitas hidup dalam dermatologi (IKHD) dapat dianalisis dalam enam bagian sebagai berikut : gejala dan perasaan, aktivitas sehari-hari, waktu luang, kerja dan sekolah, hubungan personal dan pengobatan.

Penilaian untuk setiap pertanyaan dalam kuesioner adalah sebagai berikut: amat sangat nilai 3, sangat nilai 2, sedikit nilai 1, tidak sama sekali nilai 0, tidak relevan nilai 0, pertanyaan tidak dijawab nilai 0, dan pada pertanyaan nomor 7 jika dijawab ya dalam “menghalangi bekerja atau belajar” nilai 3. IKHD dinilai dengan menjumlahkan semua nilai dari tiap pertanyaan dengan nilai maksimal 30 dan minimal 0. Makin tinggi nilai yang didapat, makin terganggu kualitas hidup. IKHD juga dapat dinyatakan dalam prosentase terhadap nilai maksimal yaitu 30.<sup>13,18</sup>

Arti dari nilai IKHD :

0 – 1	tidak berpengaruh terhadap kehidupan pasien
2 – 5	sedikit berpengaruh terhadap kehidupan pasien
6 – 10	berpengaruh sedang terhadap kehidupan pasien
11 – 20	sangat berpengaruh terhadap kehidupan pasien
21 – 30	amat sangat berpengaruh terhadap kehidupan pasien

Angka keberhasilan dalam menyelesaikan IKHD secara benar sangat tinggi.

Namun kadang-kadang subjek membuat kesalahan<sup>12,14</sup> :

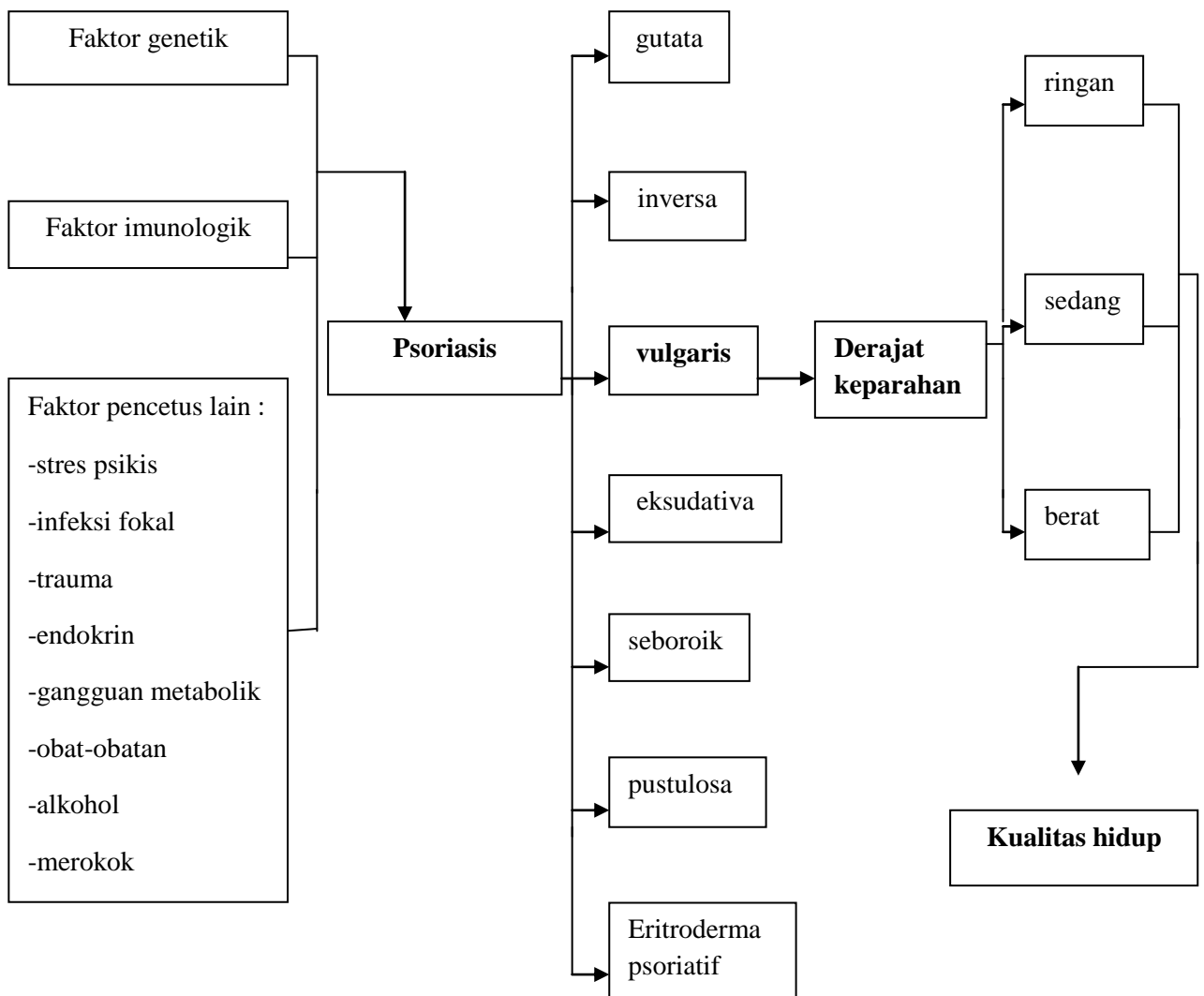
- Jika satu pertanyaan tidak diisi, maka diberi nilai 0 dan nilai dijumlah dengan nilai maksimal 30.
- Jika dua pertanyaan atau lebih tidak terisi, maka kuesioner tidak dinilai.

- Jika pertanyaan nomor 7 dijawab “ya”, maka diberi nilai 3. Jika pertanyaan nomor 7 dijawab “ tidak” atau “tidak relevan” namun diberi tanda pada kotak “sangat”, maka diberi nilai 2 dan jika “sedikit” diberi nilai 1.
- Jika 2 pilihan respon atau lebih diberi tanda, maka yang dicatat adalah pilihan respon dengan nilai tertinggi.
- Jika ada respon diantara dua kotak, maka yang dicatat adalah nilai terendah.

## BAB III

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS

#### 3.1. Kerangka Teori



### 3.2. Kerangka Konsep



### 3.3. Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan antara derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup keilmuan penelitian ini meliputi bidang kedokteran khususnya Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin.

#### **4.2 Tempat dan Waku Penelitian**

##### **4.2.1 Ruang Lingkup Tempat**

Ruang lingkup tempat penelitian meliputi Poliklinik Kulit dan Kelamin di RSUP Dr Kariadi Semarang

##### **4.2.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei-Juli 2012

#### **4.3 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan observasional analitik dengan pendekatan belah lintang yaitu pengumpulan data dilakukan pada satu saat atau periode tertentu dan pengamatan studi hanya dilakukan satu kali selama penelitian.<sup>19</sup>

#### **4.4 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **4.4.1 Populasi Target**

Penderita psoriasis vulgaris

#### **4.4.2 Populasi terjangkau**

Penderita psoriasis vulgaris yang berobat ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr Kariadi Semarang

#### **4.4.3 Sampel penelitian**

##### **4.4.3.1 Kriteria Inklusi**

- 1) Penderita psoriasis vulgaris yang telah memenuhi diagnosa psoriasis secara klinis (dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik)
- 2) Usia minimal 16 tahun
- 3) Bersedia menjadi subjek penelitian dengan menandatangani surat persetujuan penelitian setelah diberi penjelasan (*informed consent*)

##### **4.4.3.2 Kriteria eksklusi**

- 1) Ada riwayat penyakit berat (stroke, infeksi kronik, infark myocardium akut, keganasan, asma)
- 2) Tidak bisa berkomunikasi dengan baik dan tidak memberikan informasi yang jelas

#### **4.4.4 Cara pengambilan sampel**

Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*, dimana setiap sampel penelitian yang datang dan memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi.<sup>19</sup>

#### 4.4.5 Besar sampel

Penelitian ini menggunakan rumus besar sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi dengan menggunakan ketepatan relatif,<sup>19</sup> yaitu:

$$n = \frac{z\alpha^2 Q}{e^2 P}$$

$$Q = (1 - P)$$

Keterangan:

P : Proporsi penyakit atau keadaan yang akan dicari (dari pustaka)

e : tingkat ketepatan relatif yang dikehendaki (ditetapkan peneliti)

$\alpha$  : tingkat kemaknaan (ditetapkan peneliti)

$$\alpha = 0,05 \longrightarrow Z\alpha = 1,96$$

Berdasarkan rumus tersebut, maka hasil persamaan untuk jumlah sampel adalah :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (1-0,97)}{(0,1)^2 \times 0,97}$$

$$N = 12$$

### 4.5 Variabel Penelitian

#### 4.5.1 Variabel bebas

Penilaian derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris

#### 4.5.2 Variabel tergantung

Kualitas hidup penderita psoriasis vulgaris

#### 4.5.3 Variabel perancu

Pekerjaan penderita psoriasis vulgaris

#### 4.6 Definisi operasional

**Tabel 2.** Definisi operasional

No	Variabel	Definisi	Pengukuran	Skala
1	Psoriasis vulgaris	Penyakit kulit kelompok dermatosis eritroskuamosa, penyebabnya autoimun, bersifat kronik residif.	Alat ukur : Anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan melihat gambaran klinis fenomena tetesan lilin dan tanda Auspitz Nilai ukur : -penderita psoriasis vulgaris -bukan penderita psoriasis vulgaris	Nominal
2	Derajat keparahan psoriasis vulgaris	Derajat keparahan penyakit dibagi menjadi derajat ringan, sedang, dan berat	Alat ukur : PASI ( <i>psoriasis area severity index</i> ). Nilai ukur : <8 = ringan 8-12 = sedang >12 = berat	Ordinal

(Lanjutan) **Tabel 2.** Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Pengukuran	Skala
1	Kualitas hidup penderita	Dilihat dari berbagai aspek dan informasi tentang kesehatan fisik, sosial, dan psikologis. Dimana sehat tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi individu juga mampu menjalani hidup secara produktif dan dapat menikmatinya.	Alat ukur : kuesioner Nilai ukur : 0-1 = tidak berpengaruh terhadap kehidupan pasien 2-5 = sedikit berpengaruh terhadap kehidupan pasien 6-10 = sedang terhadap kehidupan pasien 11-20 = sangat berpengaruh terhadap kehidupan pasien 21-30 = amat sangat berpengaruh terhadap kehidupan pasien	Ordinal
2	Umur	Umur dinyatakan dalam tahun, dari lahir sampai sampel terlibat dalam penelitian. Dipastikan dari KTP atau data diri lain nya	Alat ukur : data sampel penelitian pada kuesioner Nilai ukur : <16 tahun = tidak valid untuk kuesioner IKHD >16 tahun = valid untuk kuesioner IKHD	Nominal

(Lanjutan) **Tabel 2.** Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Pengukuran	Skala
1	Pekerjaan	Kegiatan/tugas yang dilakukan sehari-hari untuk mencari nafkah/uang sebagai pokok penghidupan Dipastikan dari KTP atau data diri lain nya	Alat ukur : data sampel penelitian pada kuesioner Nilai ukur : -bekerja -tidak bekerja	Nominal

#### 4.7 Cara pengukuran

Penelitian dilakukan pada penderita psoriasis vulgaris di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr Kariadi. Penentuan diagnosis klinis penyakit dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik, serta menentukan derajat keparahan penyakit dengan penilaian skor PASI. Penegakkan diagnosis dan pengukuran derajat keparahan psoriasis dilakukan dengan perhitungan nilai *Kappa* untuk menghitung reliabilitas kesepakatan diantara tiga orang pemeriksa oleh mahasiswa Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Program Studi Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Nilai *kappa* yang digunakan untuk menentukan reliabilitas/kuatan kesepakatan merupakan uji diagnostik yang dianjurkan oleh Landis dan Koch dengan rentang nilai 0 – 1 (<0=sangat jelek ; 0 – 0,20=jelek ; 0,21 – 0,40=kurang ; 0,41 – 0,60=sedang ; 0,61 – 0,80=baik ; 0,81 – 1=sangat baik).<sup>20</sup>

**Tabel 3.** Rumus perhitungan nilai *kappa*

Pemeriksa	Pemeriksa II			
	Hasil positif	Hasil negatif	Total	
Pemeriksa I	Hasil positif	a	b	N1
	Hasil negative	c	d	N2
	Total	N3	N4	N

Keterangan :

Kesepakatan observasi =  $[(a + d) / N] \times 100\% = x\%$

Kesepakatan yang diharapkan atas dasar kebetulan =

$$\frac{\frac{N3 \times N1}{N} + \frac{N4 \times N2}{N}}{N} \times 100\% = y\%$$

Kesepakatan aktual di luar dasar kebetulan =  $(x - y)\% = z\%$

Kesepakatan potensial di luar dasar kebetulan =  $(100 - y)\%$

$$\text{Kappa} = \frac{\text{kesepakatan aktual di luar dasar kebetulan}}{\text{kesepakatan potensial di luar dasar kebetulan}} = \frac{z}{100 - y}$$

Kemudian dilakukan wawancara berdasarkan kuesioner untuk mengetahui indeks kualitas hidup menurut dermatologi. Bentuk kuesioner yang digunakan sebagai alat pengumpul adalah bentuk pertanyaan tertutup (*Closed Ended*) dengan variasi pertanyaan berupa pilihan ganda, dimana dari beberapa jawaban yang ada,

penderita hanya menjawab atau memilih satu jawaban yang sesuai dengan pendapatnya.

## **4.8 Cara pengumpulan data**

### **4.8.1 Alat penelitian**

Materi atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan (kuesioner) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner indeks kualitas hidup dermatologi ini yang digunakan ini dirancang oleh Finlay AY untuk digunakan pada pasien dewasa, yaitu yang berumur lebih dari 16 tahun.<sup>12,13</sup> Pada kuesioner IKHD pada penderita psoriasis, skor dari tiap pertanyaan adalah :

Amat sangat berpengaruh terhadap kehidupan	nilai 3
Sangat berpengaruh terhadap kehidupan	nilai 2
Sedikit berpengaruh terhadap kehidupan	nilai 1
Tidak sama sekali berpengaruh terhadap kehidupan	nilai 0
Tidak relevan dengan kehidupan penderita	nilai 0
Pertanyaan tidak dijawab	nilai 0
Pertanyaan no 7: “menghalangi bekerja atau belajar”	nilai 3

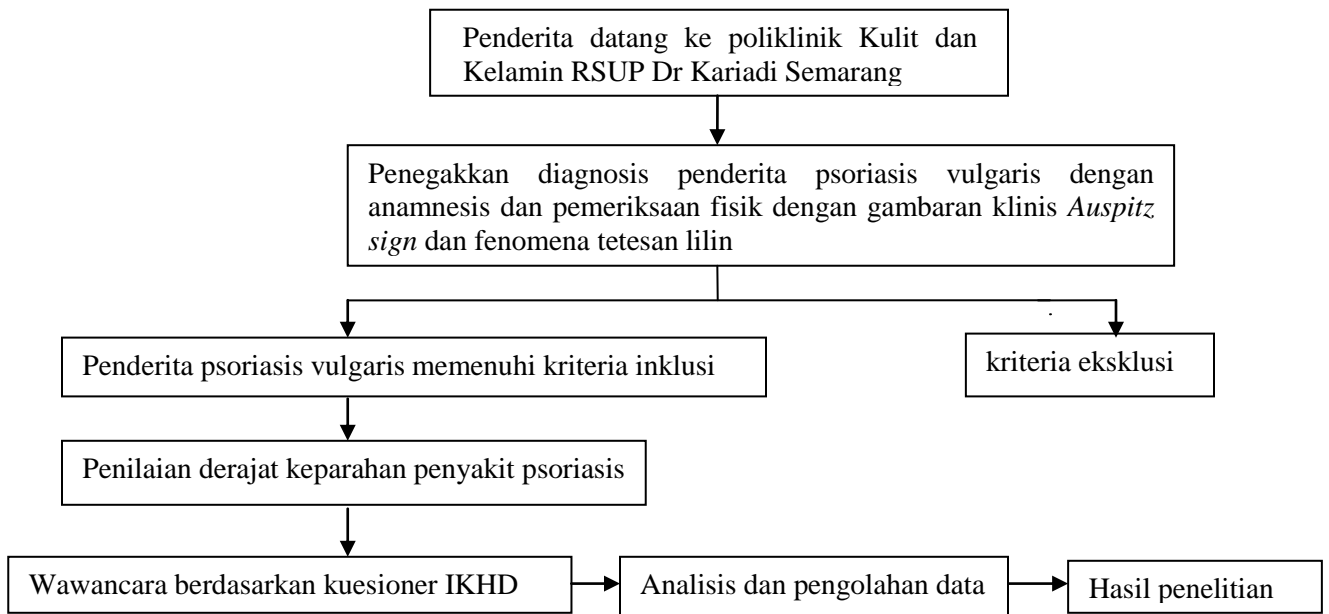
### **4.8.2 Jenis data**

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, merupakan data yang diperoleh dari hasil wawancara berdasarkan kuesioner pada penderita psoriasis vulgaris yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dan pemeriksaan langsung.

### 4.8.3 Waktu dan tempat pengumpulan data

Waktu pelaksanaan penelitian dialokasikan 3 bulan, pengambilan data 2 bulan dan pengolahan serta analisis data 1 bulan. Kuesioner dijawab dari hasil wawancara oleh penderita psoriasis vulgaris yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dibantu oleh peneliti. Tempat pengambilan data adalah di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr Kariadi Semarang.

### 4.9 Alur penelitian



### 4.10 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data meliputi pengeditan, pengkodean, dan pemberian nilai (*scoring*) kemudian data dimasukkan dalam program SPSS dan dihitung frekuensinya kemudian ditampilkan dalam tabel. Analisis univariat, dilihat besar hasil masing-masing variabel, yaitu derajat keparahan psoriasis dan kualitas hidup penderita.

Pengujian hipotesis analisis bivariat menggunakan uji korelasi *Chi Square* untuk melihat besar hubungan antara variabel.<sup>19,21</sup>

#### **4.11 Etika Penelitian**

Pada penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun pada subyek penelitian. Data yang dikumpulkan melalui kuesioner yang diberikan pada subjek penelitian di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP dr. Kariadi Semarang selama periode waktu Mei-Juli 2012 berdasar izin yzng telah didapatkan. Untuk memenuhi prinsip etika penelitian, subyek penelitian telah menyatakan *informed consent* dan telah diberi penjelasan oleh peneliti. Kerahasiaan subyek penelitian akan tetap dijaga dengan tidak mencantumkan nama dan identitas pasien.

#### 4.12 Jadwal Penelitian

**Tabel 4.** Jadwal penelitian

Kegiatan	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Penyusunan proposal penelitian								
Seminar hasil proposal penelitian								
Revisi proposal penelitian								
Perizinan penelitian di RSUP Dr. Kariadi Semarang								
Penegakkan diagnosis dan pengambilan data derajat keparahan psoriasis vulgaris, serta pengisian kuesioner kualitas hidup penderita								
Input Data								
Pengolahan Data								
Output Hasil								

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Sampel penelitian adalah penderita dengan diagnosis psoriasis vulgaris yang ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP dr.Kariadi sejak bulan Mei sampai Juli 2012. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi dengan cara *consecutive sampling*. Penelitian ini bertujuan untuk menilai hubungan antara derajat keparahan psoriasis vulgaris dan kualitas hidup penderita. Derajat keparahan diukur dengan skor PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) yang diperkenalkan oleh Fredriksson dan Petterson. Data kualitas hidup diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan responden berdasarkan kuesioner baku yang dirancang oleh Finlay AY.

#### **5.1 Karakteristik Subjek Penelitian**

Data lengkap tentang karakteristik subjek disajikan pada tabel 4. Berdasarkan penghitungan dari rumus sampel minimal, didapatkan 13 sampel penelitian yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 5 laki-laki dan 8 perempuan. Sampel berusia antara 17-55 tahun, dan ditemukan terbanyak pada kategori usia 20-40 tahun pada derajat ringan sampai berat. Lama penderita dari mulai muncul gejala psoriasis terbanyak ditemukan selama <10 tahun pada derajat ringan-sedang, sedangkan pada derajat berat ditemukan seluruh responden menderita psoriasis selama  $\geq 10$  tahun. Dari pendidikan terakhir penderita terbanyak merupakan lulusan SMA dan Perguruan Tinggi. Pekerjaan penderita didapatkan

beragam, yaitu pengacara, guru, karyawan, dan wiraswasta sebanyak 8 responden, dan sebagian lain responden tidak bekerja (pelajar, mahasiswa, dan ibu rumah tangga)

**Tabel 5.** Karakteristik subjek penelitian

	<b>Derajat psoriasis</b>		
	<b>Ringan-Sedang</b>	<b>Berat</b>	<b>Total</b>
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
<b>Jenis Kelamin :</b>			
Laki-laki	4(30.8%)	1(7.7%)	5(38.5%)
Perempuan	6(46.1%)	2(15.4%)	8(61.5%)
<b>Lama menderita :</b>			
<10 tahun	7(53.8%)	0	7(53.8%)
>=10 tahun	3(23.1%)	3(23.1%)	6(46.2%)
<b>Pendidikan terakhir :</b>			
Pendidikan Dasar	4(30.8%)	1(7.7%)	5(38.5%)
SMA&Perguruan Tinggi	6(46.1%)	2(15.4%)	8(61.5%)
<b>Pekerjaan :</b>			
Bekerja	5(38.5%)	3(23.1%)	8(61.5%)
Tidak Bekerja	5(38.5%)	0	5(38.5%)
<b>Usia</b>			
17-40 tahun	7(53.8%)	1(7.7%)	8(61.5%)
>40 tahun	3(23.1%)	2(15.4%)	5(38.5%)

## **5.2 Hubungan Karakteristik Penderita Psoriasis dengan Kualitas Hidup**

Setelah dilakukan uji statistik, dapat dilihat hubungan antara karakteristik penderita psoriasis dan kualitas hidup pada tabel 6. Didapatkan hasil antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan terdapat perbedaan jumlah antara berpengaruh

sedikit sampai sedang dan berpengaruh sangat dan amat sangat pada kualitas hidup penderita, namun tidak didapatkan hubungan yang bermakna. Hasil yang sama juga didapatkan pada karakteristik responden lainnya yaitu lama menderita psoriasis, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan usia responden. Pada penelitian ini didapatkan juga bahwa lama menderita psoriasis dan usia responden mempunyai faktor risiko yang lebih besar dibandingkan karakteristik penderita yang lain.

**Tabel 6.** Hubungan Karakteristik Penderita Psoriasis dengan Kualitas Hidup

	<b>Kualitas Hidup</b>		<b>p</b>	<b>rp</b>
	Sedikit- sedang n(%)	Sangat-amat sangat n(%)		
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	4(30.8%)	1(7.7%)	1.000	0.417(0.30- 5.708)
Perempuan	5(38.5%)	3(23.1%)		
Total	9(69.2%)	4(30.8%)		
<b>Lama menderita</b>				
<10 tahun	6(46.2%)	1(7.7%)	0.266	6.00(0.422- 85.248)
>=10 tahun	3(23.1%)	3(23.1%)		
Total	9(69.2%)	4(30.8%)		

(Lanjutan) **Tabel 6.** Hubungan Karakteristik Penderita Psoriasis dengan Kualitas Hidup

	<b>Kualitas Hidup</b>		<b>p</b>	<b>rp</b>
	Sedikit- sedang n(%)	Sangat-amat sangat n(%)		
<b>Pendidikan</b>				
<b>terakhir</b>				
Pendidikan dasar	3(23.1%)	2(15.4%)	1.000	0.5(0.045- 5.514)
SMA& Perguruan Tinggi	6(46.2%)	2(15.4%)		
Total	9(69.2%)	4(30.8%)		
<b>Pekerjaan</b>				
Bekerja	5(38.5%)	3(23.1%)	1.000	0.417(0.30- 5.708)
Tidak bekerja	4(30.8%)	1(7.7%)		
Total	9(69.2%)	4(30.8%)		
<b>Usia</b>				
17-40 tahun	6(46.2%)	2(15.4%)	1.000	2.00(0.181- 22.056)
>40 tahun	3(23.1%)	2(15.4%)		
Total	9(69.2%)	4(30.8%)		

### 5.3 Gejala Berdasarkan Derajat Psoriasis

Skor PASI berkisar antara 0,0-72,0 dengan peningkatan sebesar 0.1 unit. Derajat psoriasis vulgaris dengan PASI *score* dibagi menjadi 3 kriteria yaitu psoriasis ringan jika nilai 0-7, psoriasis sedang jika nilai 8-12, dan psoriasis berat

jika nilai  $>12$ .<sup>2,8,12</sup> Hasil penelitian ini didapatkan 3 responden dengan derajat keparahan psoriasis berat dan 10 responden dengan derajat ringan sampai sedang (7 responden derajat ringan dan 3 responden derajat sedang).

**Tabel 7.** Distribusi derajat keparahan psoriasis vulgaris

	Derajat psoriasis	
	Ringan-Sedang	Berat
n(%)	10 (76.92%)	3 (23.08%)

Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat ditemukan keluhan yang umumnya dirasakan pada subjek yang menderita psoriasis vulgaris adalah rasa gatal, namun ditemukan keluhan lain juga yaitu nyeri, perih, dan rasa terbakar pada daerah yang terkena lesi dengan persebaran yang dapat dilihat pada tabel 8.

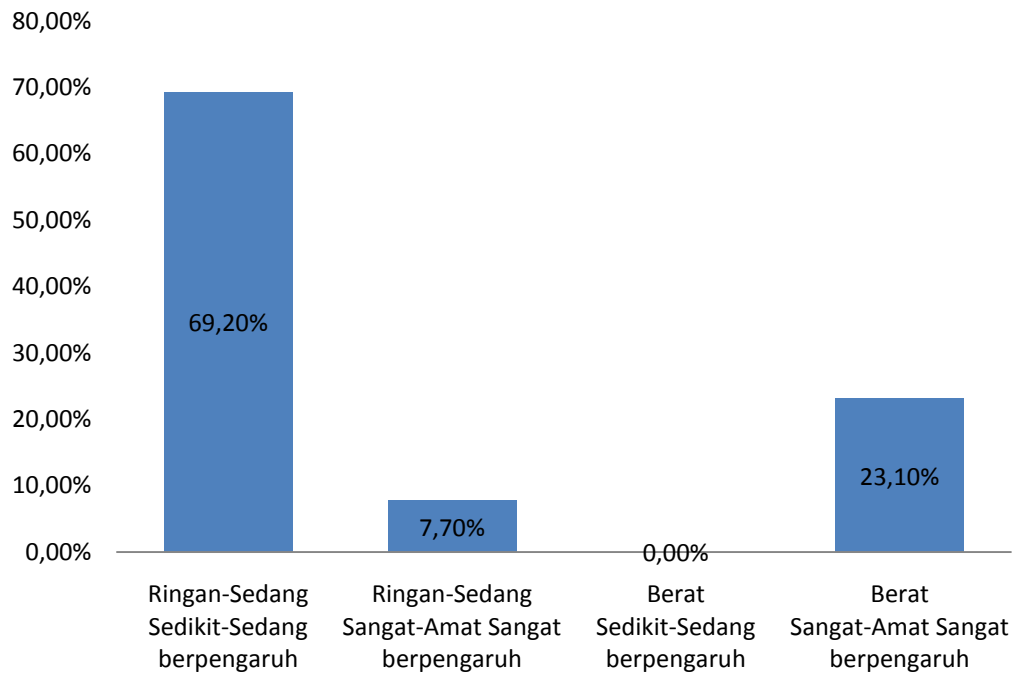
**Tabel 8.** Keluhan Penderita Berdasarkan Derajat Keparahan Psoriasis

	Ringan-sedang	Berat	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Keluhan penderita</b>			
Gatal	10(76.92%)	3(23.08%)	13(100%)
Nyeri	2(15.38%)	3(23.08%)	5(38.46%)
Perih	5(38.46%)	3(23.08%)	8(61.5%)
Rasa terbakar	4(30.77%)	3(23.08%)	7(53.8%)

#### **5.4 Analisis Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis dengan Kualitas Hidup Penderita**

Berdasarkan hasil pemeriksaan derajat keparahan penyakit dan hasil wawancara berdasarkan kuesioner maka didapatkan dari keseluruhan responden terdapat pengaruh pada kualitas hidup mereka. Terdapat 7 responden dengan derajat psoriasis ringan yaitu dengan 2 responden merasa sedikit pengaruh, 4 responden merasa berpengaruh sedang, dan 1 responden merasa sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka. Pada derajat sedang didapatkan 3 responden yang merasa berpengaruh sedang terhadap kualitas hidupnya. Didapatkan pula 3 responden dengan derajat psoriasis berat yaitu dengan 1 responden merasa sangat berpengaruh, dan sisanya merasa amat sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup. Pengelompokan lebih sempit pada derajat keparahan psoriasis dan kualitas hidup penderita ini dilakukan karena jumlah subjek penelitian yang sedikit dan digunakan dalam pengolahan data.

Pada hasil penelitian ini didapatkan terbanyak 69,2% responden dengan derajat psoriasis ringan sampai sedang terdapat pengaruh pada kualitas hidup mereka sedikit sampai sedang, dan 7,7% responden dengan derajat psoriasis ringan sampai sedang merasa sangat dan amat sangat berpengaruh pada kualitas hidup mereka terhadap, serta terdapat 23,12% responden dengan psoriasis derajat berat merasakan sangat dan amat sangat berpengaruh pada kualitas hidup mereka.



**Gambar 4.** Histogram distribusi hubungan derajat keparahan psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita

Hasil data yang diperoleh dari penelitian ini dianalisis dengan menggunakan metode *chi square* ( $x^2$ ), karena terdapat syarat yang tidak memenuhi yaitu terdapat nilai *expected out*  $<5$  maka digunakan uji alternatifnya yaitu *fisher exact test* dan dianggap bermakna jika  $p < 0,05$ .<sup>21</sup> Berikut ditampilkan tabel dari hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara derajat keparahan psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita.

**Tabel 9.** Hasil analisis uji *fisher exact*

Derajat Keparahan	Kualitas Hidup				p
	Sedikit-Sedang		Sangat-Amat Sangat		
	berpengaruh		berpengaruh		
	n	%	n	%	
Ringan-Sedang	9	69.2%	1	7.7%	0.014
Berat	0	0%	3	23.1%	
					p<0.05

Berdasarkan hasil analisis uji *fisher exact* didapatkan hubungan bermakna antara derajat keparahan psoriasis vulgaris dengan kualitas hidup penderita (p=0.014).

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Psoriasis adalah suatu penyakit kulit kelompok dermatosis eritroskuamosa bersifat kronik residif yang belum diketahui penyebabnya. Psoriasis sering dijumpai dan penting di negara-negara barat dan sebagian di Asia. Penelitian yang ada menyebutkan prevalensi kasus psoriasis di negara Indonesia juga termasuk masih banyak ditemukan.<sup>1,2</sup> Data terbaru di RSUP dr. Kariadi ditemukan 198 kasus(0.97%) pada tahun 2003-2007.<sup>2</sup> Sedangkan pada tahun 2007-2011 didapatkan sebanyak 210 kasus psoriasis (1.4%) dari 14.618 penderita.<sup>7</sup> Jenis psoriasis vulgaris merupakan bentuk yang paling lazim ditemukan, kira-kira 90% dari seluruh penderita psoriasis.<sup>1,4,7</sup> Penelitian ini bertujuan untuk menilai hubungan antara derajat keparahan psoriasis vulgaris dan kualitas hidup penderita. Subjek penelitian adalah penderita dengan diagnosis psoriasis vulgaris di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP dr. Kariadi.

Subjek penelitian terdiri dari 38.5% laki-laki dan 61.5% perempuan, tidak ada perbedaan signifikan pada jenis kelamin. Hal ini nampak sesuai dengan hasil penelitian terdahulu oleh Indranila dkk pada penderita psoriasis di RSUP Dr kariadi yang didapatkan 47.1% laki-laki dan 52.9% perempuan pada tahun 2007-2011.<sup>7</sup> Pada uji statistik tidak didapatkan hubungan bermakna, sehingga didapatkan sesuai dengan kepustakaan bahwa insidensi psoriasis seimbang antara pria dan wanita.<sup>7,17</sup> Jumlah penderita psoriasis pada penelitian ini ditemukan lebih banyak wanita, hal ini sesuai dengan penelitian oleh Joel M Gelfand dkk(2005)

karena tingkat stres yang lebih tinggi pada wanita merupakan salah satu faktor pencetus timbulnya penyakit ini sehingga dapat menimbulkan gejala yang lebih berat.<sup>4,16,22</sup>

Rentang usia responden pada penelitian ini adalah 17-55 tahun, ditemukan terbanyak pada usia 17-40 tahun (61.5%). Hasil ini nampak serupa dengan penelitian terdahulu oleh Indranila dkk (2012) dengan kasus terbanyak kategori usia 30-39 tahun (21.9%) dan kelompok usia 80-89 tahun (1%). Kepustakaan pada Fitzpatrick menyatakan bahwa tingginya kejadian psoriasis pada usia kurang dari 40 tahun dapat berhubungan dengan adanya suatu jenis antigen HLA kelas I, terutama HLA-Cw6.<sup>17</sup> Pada pustaka disebutkan bahwa pada kategori usia ini merupakan masa yang paling produktif, sehingga efek dari stres psikis yang dirasakan penderita yang berasal dari pekerjaan sehari-hari dan kebiasaan buruk juga dapat menjadi faktor pencetus timbulnya gejala psoriasis.<sup>17,23</sup> Hasil ini juga mendukung penelitian oleh Shanu Kohli kurd dkk(2010) yang menyatakan pada penderita psoriasis usia dewasa lebih banyak merasakan dampak negatif pada kehidupannya.<sup>10</sup>

Berdasarkan lama menderita dari mulai muncul gejala psoriasis ini didapatkan terbanyak pada kategori telah menderita selama <10 tahun. Hasil yang didapat sedikit berbeda pada penelitian sebelumnya oleh Asih Budiastuti dkk(2009) bahwa semakin tua usia penderita psoriasis maka makin lama pula telah menderita psoriasis dan semakin berat pula derajat keparahan psoriasisnya.<sup>2</sup> Hal ini dikarenakan pada penelitian ini didapatkan jumlah responden yang sedikit dan ditemukan lebih banyak pada derajat psoriasis ringan.

Semakin tinggi pendidikan yang ditempuh oleh penderita maka akan bertambah kegiatan sehari-hari dan lingkungan sosialnya akan bertambah luas. Sehingga gangguan yang ditimbulkan penyakit psoriasis ini dapat memicu dalam meningkatnya risiko depresi, kecemasan, dan bahkan bunuh diri karena efek multidimensional yang dirasakan penderita, hal ini dinyatakan dinyatakan pada penelitian oleh Shanu Kohli Kurd dkk(2010).<sup>8-11</sup> Pada penelitian ini ditemukan pendidikan terakhir penderita psoriasis dengan derajat ringan terbanyak pada penelitian ini adalah lulusan SMA dan Perguruan Tinggi. Namun, sampai saat ini belum ada penelitian yang secara pasti membuktikan adanya hubungan antara pendidikan terakhir penderita dengan prevalensi psoriasis.

Didapatkan responden yang bekerja lebih banyak yaitu 61.5%. Pekerjaan penderita pada penelitian ini ditemukan cukup beragam, karena jumlah responden yang tidak terlalu banyak. yaitu pengacara, guru, karyawan, dan wiraswasta sebanyak 8 responden, dan sebagian lain responden tidak bekerja (pelajar, mahasiswa, dan ibu rumah tangga). Hal ini berhubungan dengan karakteristik usia dan pendidikan terakhir penderita karena dengan bekerja penderita lebih merasakan stres psikis dan penurunan ketahanan tubuh, sehingga dapat memicu timbulnya gejala psoriasis. Sehingga gejala yang timbul akan semakin mengganggu kinerja penderita.<sup>5,11,17</sup> Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Gerald Krueger dkk(2001) yang menyebutkan penderita psoriasis yang bekerja akan merasa lebih terganggu karena gejala penyakit yang ditimbulkan.<sup>11</sup> Namun, ditemukan penelitian secara pasti yang membuktikan

adanya hubungan antara jenis pekerjaan penderita dengan prevalensi psoriasis hingga saat ini.

Dari penelitian ini didapatkan bahwa seluruh responden penderita psoriasis vulgaris yang telah dinilai derajat keparahan nya merasa berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka. Pada hasil wawancara kuesioner IKHD pada pertanyaan nomor 1, dibagi menjadi 4 gejala lebih spesifik yaitu gatal, perih, nyeri, dan rasa terbakar. Dari semua responden didapatkan bahwa gejala yang paling terasa dan berpengaruh pada kualitas hidup mereka adalah rasa gatal. Karena rasa gatal tersebut dengan derajat psoriasis ringan pun dirasakan paling mengganggu ketika melakukan aktivitas sehari-hari dan dalam bersosialisasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan hasil penelitian oleh Gerald Krueger dkk(2001).<sup>2,11</sup>

Pada penelitian ini didapat sebagian besar responden dengan derajat keparahan psoriasis ringan sampai sedang terdapat sedikit pengaruh pada kualitas hidup nya. Sebagian penderita merasa kurang percaya diri dalam penampian dan bersosialisasi, namun gejala yang dirasakan belum terlalu mengganggu aktivitas sehari-hari. Sebagian lain responden dengan derajat keparahan psoriasis berat merasa sangat berpengaruh pada kualitas hidup nya. Gejala yang ditimbulkan derajat psoriasis berat ini mengenai seluruh aspek yaitu sosial, fisik, dan psikologis, sehingga penderita merasa sangat terganggu dan kualitas hidup nya sangat menurun. Hal ini dikarenakan semakin berat derajat keparahan penyakit nya, maka makin berat pula gejala psoriasis yang dirasakan penderita, sehingga penderita juga makin merasa terganggu dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan dalam kehidupan sosialisasinya. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya

oleh Stephen R Rapp dkk(1994).<sup>24,25</sup> Hal ini juga sesuai dengan beberapa penelitian lain sebelumnya yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh pada derajat keparahan psoriasis terhadap kualitas hidup penderita<sup>8-10</sup>

Sebagian besar responden dengan derajat keparahan makin tinggi juga merasakan kepercayaan diri yang makin berkurang, dari pustaka yang didapat hal ini disebabkan gejala klinis dari penyakit ini menyebabkan penderita merasa berbeda dengan lingkungan nya sehingga penderita merasa terganggu dalam aktivitas sosial dan kehidupan sehari-hari nya, dan puncak nya bisa menyebabkan depresi, kecemasan, dan bunuh diri. Hal ini sesuai dengan pernyataan pada penelitian Shanu Kohli kurd dkk(2010) dan Gerald Krueger dkk(2001).<sup>8-10</sup> Karakteristik penderita yang beragam juga mempengaruhi tingkat kualitas hidup penderita. Hal ini sesuai dengan beberapa kepustakaan yang didapat yaitu semakin meningkat risiko stres penderita maka semakin tinggi derajat penyakit nya.<sup>1,2,4</sup>

Pada penelitian ini, didapatkan 1 responden dengan derajat psoriasis ringan yang merasa sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup nya. Penyebab persebaran hasil data ini bisa disebabkan sifat IKHD yang masih terlalu umum dan dapat digunakan untuk semua kelainan kulit., serta faktor yang paling berperan yaitu masih sangat subjektif nya parameter-parameter dalam kuesioner IKHD. Sehingga perbedaan latar belakang penderita dalam hal pendidikan, sosial ekonomi termasuk pekerjaan, budaya dapat memberikan hasil yang berbeda. Keterbatasan penelitian ini adalah jumlah sampel yang sedikit sehingga jumlah responden dengan berbagai derajat keparahan kurang bervariasi.

## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Dari hasil penelitian dan pembahasan sebelumnya tidak ditemukan perbedaan signifikan antara laki-laki dan perempuan dan bisa mengenai seluruh kategori usia. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara derajat keparahan psoriasis vulgaris dan kualitas hidup penderita. Didapatkan hasil bahwa seluruh responden dengan berbagai derajat psoriasis baik ringan, sedang, dan berat merasa kualitas hidup mereka terpengaruh dengan adanya penyakit yang dideritanya. Pada responden ditemukan terbanyak adalah penderita dengan derajat psoriasis ringan sampai sedang yang merasa penyakit tersebut terhadap kualitas hidupnya berpengaruh sedikit hingga sedang.

#### **7.2 Saran**

1. Diperlukan pada penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan responden dengan jumlah yang lebih banyak dan dengan jenis psoriasis yang lebih beragam, supaya didapatkan hasil penelitian yang lebih akurat.
2. Karena penyakit ini bersifat kronik residif, maka diperlukan peningkatan kualitas pelayanan pada rumah sakit dengan memberikan edukasi pada penderita agar tidak cepat putus asa dan dapat mematuhi anjuran dokter.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sugito, TL. Penyakit Papuloeritroskuamosa dan Dermatomikosis Superfisialis pada Bayi dan Anak. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang; 2008.
2. Budiastuti A, Sugianto R. Hubungan Umur dan Lama Sakit terhadap Derajat Keparahan Penderita Psoriasis. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2009.
3. Fitzpatrick BT, Richard AJ, Klaus W, Machiel KP, Dick S. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology common and serious disease 3<sup>rd</sup> ed. United States of America: McGraw-Hill Health Professions Division; 1997: 76-102
4. Djuanda A. In Adi D, kepala editor. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Keenam. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2010: 189-195.
5. Goldstein BG, Goldstein AO. Dermatologi Praktis. Jakarta: Hipokrates; 2001: 182-187.
6. Harahap M. Ilmu penyakit kulit. Jakarta: Hipokrates; 2000: 116-126.
7. Kurniasari I, Yasmin I, Muslimin, Kabulrachman. Karakteristik Psoriasis di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Kariadi Semarang. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2012.
8. Sugianto YFR, Erdina HDP, Tjut NAJ, Oki S. Simposium Practical Management of Psoriasis; 2011Okt 29; Jakarta; 2011
9. Bhosle MJ, Amit K, Steven RD, Rajesh B. Quality of Life in Patients with Psoriasis. Health and Quality of Life Outcomes [internet]. 2006[cited 2012 Feb 4]: 4(35). Available from: PubMed Central.
10. Kurd SK, Andra BT, Paul CC, Joel MG. The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. NIHPA

- Author Manuscripts [internet]. 2010[cited 2012 Feb 4]:146(8): 891-895  
Available from: PubMed Central.
11. Krueger G, John K, Mark L, Alan M, Robert SS, Tara R. The Impact of Psoriasis on Quality of Life. Results of a 1998 National Psoriasis Foundation Patient-Membership Survey. Arch Dermatol [internet]. 2001[cited 2012 Feb 4]: 137(3): 280-284. Available from: Archives of Dermatology.
  12. Shikiar R, Mary KW, Martin MO, Christine ST, Dennis AR. The validity and responsiveness of three quality of life measures in the assessment of psoriasis patients: results of a phase II study. Health and Quality of Life Outcomes [internet]. 2006[cited 2012 Feb 4]:4(71). Available from: PubMed Central.
  13. Wibowo B. Hubungan Kepositivan *Autologus Serum Skin Test* dengan Gambaran Klinik dan Kualitas Hidup pada Penderita Urtikaria Kronik. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2006.
  14. Finlay AY. Quality of life assessments in dermatology. [internet]. 1998 [cited 2012Feb4]:17(4):291. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9859917>
  15. Graham R, Brown. Lecture Notes Dermatology 8<sup>th</sup> ed. Jakarta: Erlangga Medical Series; 2005.
  16. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006: 193-201
  17. Gudjonsson JE, Elder JT. Disorders Presenting in Skin and Mucous Membranes. In: Fitzpatrick et al, editors. Dermatology in general medicine vol.1 7<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw-Hill Medical; 2008: 169-193.
  18. Section of Dermatology, Department of Dermatology and Wound Healing, School of Medicine, Cardiff University. Quality of Life, Dermatology Life Quality Index. [cited 2012 Feb 4]. Available from: <http://www.dermatology.org.uk/quality/dlqi/quality-dlqi.html>

19. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis edisi ke-1. Jakarta: Binarupa Aksara; 1995.
20. Chadijah S, Labatjo Y, Garjito TA, Wijaya Y, Udin Y. Efektifitas Diagnosis Mikroskopis Malaria di Puskesmas Donggala, Puskesmas Lembasada, dan Puskesmas Kulawi, Provinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 2006 [cited 2012 Mar 5]: 5(1): 385-394 .Available from : [www.ekologi.litbang.depkes.go.id](http://www.ekologi.litbang.depkes.go.id)
21. Dahlan, MS. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
22. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, et al. Prevalence and Treatment of Psoriasis in the United Kingdom: a Population-Based Study. *Arch dermatol*. 2005; 141: 1537-1541.
23. Griffiths CEM, Champ RDR, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of Dermatology*. 7<sup>th</sup> ed. Vol 2. Oxford: Blackwell Scientific Publication; 2004: 35: 1-68
24. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as the major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 41: 401-407
25. Colombo GL, Altomare GF, Peris K, et al. Moderate and severe plaque psoriasis: cost-of-illness study in Italy. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008; 4(2): 559-568

**JUDUL PENELITIAN : HUBUNGAN DERAJAT KEPARAHAN  
PSORIASIS VULGARIS TERHADAP  
KUALITAS HIDUP PENDERITA**  
**INSTANSI PELAKSANA : Instalasi Rawat Jalan poliklinik Kulit dan  
Kelamin RSUP Dr. Kariadi Semarang**

**Persetujuan Setelah Penjelasan**  
***(INFORMED CONSENT)***

---

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari Yth : .....

Saya, Adriani Sekar Cantika, Mahasiswa strata 1 Program Studi Kedokteran Umum Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis vulgaris terhadap Kualitas Hidup Penderita”. Dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka kami mohon bantuan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk memberikan kesediaan guna melakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Tindakan yang akan kami lakukan adalah berupa pemeriksaan fisik untuk penegakkan diagnosis penyakit psoriasis vulgaris, kemudian dilakukan penilaian derajat keparahan penyakit, dan terakhir akan dilakukan wawancara berdasarkan kuesioner Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi. Manfaat apabila turut sebagai subyek dalam penelitian adalah dapat diketahuinya hubungan derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita. Pasien tidak akan dikenakan biaya tambahan, karena biaya pemeriksaan akan ditanggung oleh peneliti. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan. Data-data tersebut hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian serta pengembangan ilmu kedokteran.

Setelah mendapat penjelasan tentang penelitian ini, maka saya bermaksud meminta persetujuan apakah Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari bersedia atau menolak menjadi responden penelitian dengan mengisi dan menandatangani lembar persetujuan ini. Partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa pengaruh dari pihak lain.

Terima kasih atas kerjasama Bpk/Ibu/Sdr/i

---

Setelah mendengar dan memahami penjelasan Penelitian, dengan ini saya menyatakan

**SETUJU / TAK SETUJU**

Untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian

Semarang, 2012

Saksi :	Responden
Nama Terang :	Nama Terang :
Alamat :	Alamat :

**JUDUL PENELITIAN : HUBUNGAN DERAJAT KEPARAHAN  
PSORIASIS VULGARIS TERHADAP  
KUALITAS HIDUP PENDERITA**  
**INSTANSI PELAKSANA : Instalasi Rawat Jalan poliklinik Kulit dan  
Kelamin RSUP Dr. Kariadi Semarang**

**Persetujuan Setelah Penjelasan**  
**(INFORMED CONSENT)**

---

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari Yth : Suyati.....

Saya, Adriani Sekar Cantika, Mahasiswa strata 1 Program Studi Kedokteran Umum Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, akan melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis vulgaris terhadap Kualitas Hidup Penderita". Dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka kami mohon bantuan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk memberikan kesediaan guna melakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Tindakan yang akan kami lakukan adalah berupa pemeriksaan fisik untuk penegakkan diagnosis penyakit psoriasis vulgaris, kemudian dilakukan penilaian deajat keparahan penyakit, dan terakhir akan dilakukan wawancara berdasarkan kuesioner Indeks Kualitas Hidup dalam Dermatologi. Manfaat apabila turut sebagai subyek dalam penelitian adalah dapat diketahuinya hubungan derajat keparahan penyakit psoriasis vulgaris terhadap kualitas hidup penderita. Pasien tidak akan dikenakan biaya tambahan, karena biaya pemeriksaan akan ditanggung oleh peneliti. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan. Data-data tersebut hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian serta pengembangan ilmu kedokteran.

Setelah mendapat penjelasan tentang penelitian ini, maka saya bermaksud meminta persetujuan apakah Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari bersedia atau menolak menjadi responden penelitian dengan mengisi dan menandatangani lembar persetujuan ini. Partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara/ Saudari dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa pengaruh dari pihak lain.

Terima kasih atas kerjasama Bpk/Ibu/Sdr/i

---

Setelah mendengar dan memahami penjelasan Penelitian, dengan ini saya menyatakan

SETUJU / TAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian

Semarang, 05-06-2012

Saksi  
Nama Terang : ADRIANI S F  
Alamat : J. MUGHS BARAT XI NO 3

Suyati  
Responden  
Nama Terang : Suyati  
Alamat : Peterongan

## PASI calculation and body diagram

Complete this section if your patient has severe chronic plaque psoriasis of the whole body

### Patient details

First Name

Family Name

### Dermatologist details

Dermatologist's name

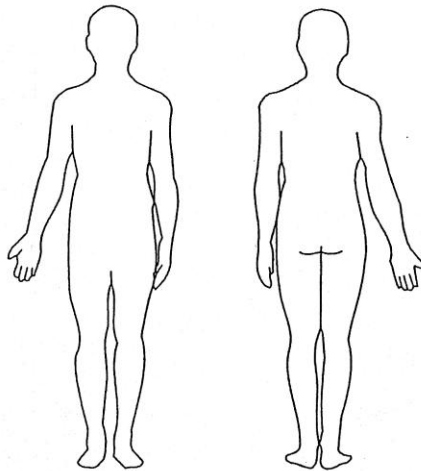
Date of assessment

Dermatologist's signature

A Psoriasis Area and Severity Index (PASI) is a quantitative rating scale for measuring the severity of psoriatic lesions based on area coverage and plaque appearance. Please complete **all** sections of the table and shade in the affected areas on the body diagrams below.

Plaque characteristic	Rating score	Body region (and weighting factor)			
		Head	Upper Limbs	Trunk	Lower Limbs
Erythema	0 = None 1 = Slight				
Thickness	2 = Moderate 3 = Severe				
Scaling	4 = Very severe				
<b>Add together each of the 3 scores for each of the body regions to give 4 separate sub totals.</b>					
	Sub Totals	A1=	A2=	A3=	A4=
<small>Multiply each sub total by amount of body surface area represented by that region i.e. A1 x 0.1 for head, A2 x 0.2 for upper limbs, A3 x 0.3 for trunk, A4 x 0.4 for lower limbs to give a value B1, B2, B3 and B4 for each body region respectively</small>					
		<b>A1 x 0.1 = B1</b>	<b>A2 x 0.2 = B2</b>	<b>A3 x 0.3 = B3</b>	<b>A4 x 0.4 = B4</b>
		B1=	B2=	B3=	B4=
Degree of involvement as % for each body region affected (score each region with score between 0-6)	0 = None				
	1 = 1-9% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%				
<small>For each body region multiply sub total B1, B2, B3 and B4 by the score (0-6) of the % of body region involved to give 4 subtotals C1, C2, C3 and C4</small>					
		<b>B1 x score = C1</b>	<b>B2 x score = C2</b>	<b>B3 x score = C3</b>	<b>B4 x score = C4</b>
		C1=	C2=	C3=	C4=
<b>The patient's PASI score is the sum of C1+C2+C3+C4</b>				<b>PASI=</b>	

Please shade in the affected areas



© Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing, 2005. This document is based on a work created by Serono Australia Pty Ltd. The Department of Health and Ageing gratefully acknowledges the assistance of Serono Australia Pty Ltd in granting permission to use its work.

LAMPIRAN 3

Indeks Kualitas Hidup-Dermatologi

Nilai

Tujuan kuesioner ini yaitu untuk mengukur seberapa besar maslaah kulit anda mempengaruhi kehidupan anda dalam kurun seminggu ini,beri tanda X pada salah satu kotak untuk tiap pertanyaan

NO	Pertanyaan	TSS	S	B	SB
1	Selama satu minggu terakhir,seberapa gatal, perih,nyeri atau rasa terbakarlah kulit anda?	TSS	S	B	SB
2	Dalam satu minggu terakhir,seberapa malukah atau tidak percaya dirkah anda akibat kulit anda?	TSS	S	B	SB
3	Dalam satu minggu terakhir,seberapa mengganggukah kelainan kulit anda terhadap kegiatan belanja,mengurus rumah tangga,dan berkebun?	TSS	S	B	SB
4	Berpengaruhkah cara berpakaian anda akibat kelainan kulit dalam satu minggu terakhir?	TSS	S	B	SB
5	Seberapa berpengaruhkah kelainan kulit anda terhadap aktivitas sosial dan waktu luang anda selama satu minggu terakhir?	TSS	S	B	SB
6	Dalam satu minggu terakhir,seberapa besarkah kulit anda menimbulkan kesulitan dalam melakukan olahraga?	TSS	S	B	SB
7	Dalam satu minggu terakhir, apakah kulit anda menghambat anda untuk melakukan aktivitas bekerja atau belajar?	Ya	Tidak	Tidak Relevan	
	Jika tidak,dalam satu minggu terakhir seberapaakah kulit anda mengganggu aktivitas bekerja atau belajar?	TSS	S	B	SB
8	Dalam satu minggu terakhir,seberapaakah kulit anda menyebabkan masalah ketika berhubungan dengan pasangan atau teman dekat atau saudara anda?	TSS	S	B	SB
9	Seberapa mengganggukah kelainan kulit anda dalam melakukan hubungan seksual dalam satu minggu terakhir	TSS	S	B	SB
10	Besarkah masalah yang ditimbulkan dari anda mengikuti terapi kulit,seperti rumah menjadi berantakan atau menghabiskan waktu	TSS	S	B	SB
Keterangan TSS:Tidak sama sekali,S:Sedikit,B:Banyak,SB:Sangat Banyak					

1	Over the last week,how itchy,sore, painful or stinging has your skin been	Very Much	A lot	A little	Not at all
2	Over the last week,how embarrassed or self conscious have you been because of your skin	Very Much	A lot	A little	Not at all
3	Over the last week,how much has your skin interfered with you goind shopping or looking after your home or garden?	Very Much	A lot	A little	Not at all
4	Over the last week,how much has your skin influence the cloth or you wear?	Very Much	A lot	A little	Not at all
5	Over the last week,how much has your skin affected any social or leisure activities?	Very Much	A lot	A little	Not at all
6	Over the last week,how much has your skin made it difficult for you to do any sport?	Very Much	A lot	A little	Not at all
7	Over the last week,has your skin prevented you from working or studying? if "no" over the last week how much has your skin been a problem at work or studying?	Yes	No	Not referand	
		A lot	A little	Not at all	
8	Over the last week,how much has your skin created problem with your partner or any of your close friends or relatives?	Very Much	A lot	A little	Not at all
9	Over the last week,how much has your skin caused any sexual difficulties?	Very Much	A lot	A little	Not at all
10	Over the last week,how much a problem has the treatment for your skin been,for example by making your home messy or taking up times?	Very Much	A lot	A little	Not at all

## Lampiran 4. Hasil Analisis Data dengan SPSS for Windows 17.0

### Karakteristik Subjek Penelitian

```
GET FILE='D:\Data\proposal\print\chaha.sav'. FREQUENCIES
VARIABLES=jeniskelamin pendidikanterakhir lamamenderita pekerjaan usia
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SUM /ORDER=ANALYSIS.
```

### Frequencies

Notes		
	Output Created	25-Jul-2012 21:01:48
	Comments	
Input	Data	D:\Data\proposal\print\chaha.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	13
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
	Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=jeniskelamin pendidikanterakhir lamamenderita pekerjaan usia /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SUM /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.031

[DataSet1] D:\Data\proposal\print\chaha.sav

**Statistics**

		jenis kelamin	pendidikan terakhir	lama menderita	pekerjaan	usia
N	Valid	13	13	13	13	13
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	.38	.62	.46	.38	.38
	Median	.00	1.00	.00	.00	.00
	Mode	0	1	0	0	0
	Std. Deviation	.506	.506	.519	.506	.506
	Minimum	0	0	0	0	0
	Maximum	1	1	1	1	1
	Sum	5	8	6	5	5

**Frequency Table**

**jenis kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	8	61.5	61.5	61.5
	laki-laki	5	38.5	38.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

**pendidikan terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pendidikan dasar	5	38.5	38.5	38.5
	SMA&perguruan tinggi	8	61.5	61.5	100.0

**pendidikan terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pendidikan dasar	5	38.5	38.5	38.5
	SMA&perguruan tinggi	8	61.5	61.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

**lama menderita**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<10 tahun	7	53.8	53.8	53.8
	>=10 tahun	6	46.2	46.2	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

**pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bekerja	8	61.5	61.5	61.5
	tidak bekerja	5	38.5	38.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

**usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-40 tahun	8	61.5	61.5	61.5
	>40 tahun	5	38.5	38.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

## Hubungan Karakteristik Penderita Psoriasis dengan Kualitas Hidup

```
CROSSTABS  /TABLES=jeniskelamin pendidikanterakhir lamamenderita pekerjaan usia
BY kualitashidup  /FORMAT=AVALUE TABLES  /STATISTICS=CHISQ RISK
/CELLS=COUNT EXPECTED TOTAL  /COUNT ROUND CELL.
```

### Crosstabs

#### Notes

	Output Created	25-Jul-2012 21:06:58
	Comments	
Input	Data	D:\Data\proposal\print\chaha.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	13
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Syntax	CROSSTABS /TABLES=jeniskelamin pendidikanterakhir lamamenderita pekerjaan usia BY kualitashidup /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.032
	Elapsed Time	0:00:00.032
	Dimensions Requested	2

**Notes**

	Output Created	25-Jul-2012 21:06:58
	Comments	
Input	Data	D:\Data\proposal\print\chaha.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	13
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Syntax	CROSSTABS /TABLES=jeniskelamin pendidikanterakhir lamamenderita pekerjaan usia BY kualitashidup /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.032
	Elapsed Time	0:00:00.032
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet1] D:\Data\proposal\print\chaha.sav

**Case Processing Summary**

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis kelamin * kualitas hidup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%
pendidikan terakhir * kualitas hidup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%
lama menderita * kualitas hidup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%
pekerjaan * kualitas hidup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%
usia * kualitas hidup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%

### jenis kelamin \* kualitas hidup

Crosstab

			kualitas hidup		Total
			sedikit-sedang berpengaruh	sangat-amat sangat berpengaruh	
jenis kelamin	perempuan	Count	5	3	8
		Expected Count	5.5	2.5	8.0
		% of Total	38.5%	23.1%	61.5%
	laki-laki	Count	4	1	5
		Expected Count	3.5	1.5	5.0
		% of Total	30.8%	7.7%	38.5%
Total		Count	9	4	13
		Expected Count	9.0	4.0	13.0
		% of Total	69.2%	30.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.442 <sup>a</sup>	1	.506		

Continuity Correction <sup>b</sup>	.002	1	.962		
Likelihood Ratio	.459	1	.498		
Fisher's Exact Test				1.000	.490
Linear-by-Linear Association	.408	1	.523		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.54.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis kelamin (perempuan / laki-laki)	.417	.030	5.708
For cohort kualitas hidup = sedikit-sedang berpengaruh	.781	.391	1.562
For cohort kualitas hidup = sangat-amat sangat berpengaruh	1.875	.262	13.420
N of Valid Cases	13		

### pendidikan terakhir \* kualitas hidup

#### Crosstab

			kualitas hidup	
			sedikit-sedang berpengaruh	sangat-amat sangat berpengaruh
pendidikan terakhir	pendidikan dasar	Count	3	2
		Expected Count	3.5	1.5
		% of Total	23.1%	15.4%
	SMA&perguruan tinggi	Count	6	2

	Expected Count	5.5	2.5
	% of Total	46.2%	15.4%
Total	Count	9	4
	Expected Count	9.0	4.0
	% of Total	69.2%	30.8%

### Crosstab

			Total
pendidikan terakhir	pendidikan dasar	Count	5
		Expected Count	5.0
		% of Total	38.5%
SMA&perguruan tinggi		Count	8
		Expected Count	8.0
		% of Total	61.5%
Total		Count	13
		Expected Count	13.0
		% of Total	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.325 <sup>a</sup>	1	.569		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.321	1	.571		
Fisher's Exact Test				1.000	.510
Linear-by-Linear Association	.300	1	.584		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.54.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	95% Confidence Interval		
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan terakhir (pendidikan dasar / SMA&perguruan tinggi)	.500	.045	5.514
For cohort kualitas hidup = sedikit-sedang berpengaruh	.800	.352	1.816
For cohort kualitas hidup = sangat-amat sangat berpengaruh	1.600	.320	8.007
N of Valid Cases	13		

**lama menderita \* kualitas hidup**

**Crosstab**

			kualitas hidup		Total
			sedikit-sedang berpengaruh	sangat-amat sangat berpengaruh	
lama menderita	<10 tahun	Count	6	1	7
		Expected Count	4.8	2.2	7.0
		% of Total	46.2%	7.7%	53.8%
	≥10 tahun	Count	3	3	6
		Expected Count	4.2	1.8	6.0
		% of Total	23.1%	23.1%	46.2%
Total	Count	9	4	13	
	Expected Count	9.0	4.0	13.0	
	% of Total	69.2%	30.8%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.935 <sup>a</sup>	1	.164		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.621	1	.431		
Likelihood Ratio	1.989	1	.158		
Fisher's Exact Test				.266	.217
Linear-by-Linear Association	1.786	1	.181		
N of Valid Cases	13				

a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.85.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for lama menderitita (<10 tahun / >=10 tahun)	6.000	.422	85.248
For cohort kualitas hidup = sedikit-sedang berpengaruh	1.714	.729	4.033
For cohort kualitas hidup = sangat-amat sangat berpengaruh	.286	.039	2.076
N of Valid Cases	13		

**pekerjaan \* kualitas hidup**

**Crosstab**

	kualitas hidup	
--	----------------	--

			sedikit-sedang berpengaruh	sangat-amat sangat berpengaruh	Total
pekerjaan	bekerja	Count	5	3	8
		Expected Count	5.5	2.5	8.0
		% of Total	38.5%	23.1%	61.5%
	tidak bekerja	Count	4	1	5
		Expected Count	3.5	1.5	5.0
		% of Total	30.8%	7.7%	38.5%
Total		Count	9	4	13
		Expected Count	9.0	4.0	13.0
		% of Total	69.2%	30.8%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.442 <sup>a</sup>	1	.506		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.002	1	.962		
Likelihood Ratio	.459	1	.498		
Fisher's Exact Test				1.000	.490
Linear-by-Linear Association	.408	1	.523		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.54.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan (bekerja / tidak bekerja)	.417	.030	5.708

For cohort kualitas hidup = sedikit-sedang berpengaruh	.781	.391	1.562
For cohort kualitas hidup = sangat-amat sangat berpengaruh	1.875	.262	13.420
N of Valid Cases	13		

## usia \* kualitas hidup

Crosstab

			kualitas hidup		Total
			sedikit-sedang berpengaruh	sangat-amat sangat berpengaruh	
usia	17-40 tahun	Count	6	2	8
		Expected Count	5.5	2.5	8.0
		% of Total	46.2%	15.4%	61.5%
	>40 tahun	Count	3	2	5
		Expected Count	3.5	1.5	5.0
		% of Total	23.1%	15.4%	38.5%
Total		Count	9	4	13
		Expected Count	9.0	4.0	13.0
		% of Total	69.2%	30.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.325 <sup>a</sup>	1	.569		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.321	1	.571		

Fisher's Exact Test				1.000	.510
Linear-by-Linear Association	.300	1	.584		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.54.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for usia (17-40 tahun / >40 tahun)	2.000	.181	22.056
For cohort kualitas hidup = sedikit-sedang berpengaruh	1.250	.551	2.838
For cohort kualitas hidup = sangat-amat sangat berpengaruh	.625	.125	3.128
N of Valid Cases	13		

## Hasil Analisis Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis Vulgaris terhadap Kualitas Hidup Penderita

```
GET FILE='D:\Data\proposal\print\chaha.sav'. CROSSTABS
/TABLES=derajatkeparahan2 BY kualitashidup /FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED TOTAL /COUNT ROUND CELL.
```

### Crosstabs

#### Notes

	Output Created	27-Jul-2012 02:59:22
	Comments	
Input	Data	D:\Data\proposal\print\chaha.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	13
	File	
	Missing Value Handling	
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Syntax	CROSSTABS /TABLES=derajatkeparahan2 BY kualitashidup /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.048
	Dimensions Requested	2

**Notes**

	Output Created	27-Jul-2012 02:59:22
	Comments	
Input	Data	D:\Data\proposal\print\chaha.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	13
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Syntax	CROSSTABS /TABLES=derajatkeparahan2 BY kualitashidup /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.048
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet1] D:\Data\proposal\print\chaha.sav

**Case Processing Summary**

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
derajat keparahan 2 * kualitas hidup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%

**derajat keparahan 2 \* kualitas hidup Crosstabulation**

			kualitas hidup		Total
			sedikit-sedang berpengaruh	sangat-amat sangat berpengaruh	
derajat keparahan 2	mild-moderate	Count	9	1	10
		Expected Count	6.9	3.1	10.0
		% of Total	69.2%	7.7%	76.9%
	severe	Count	0	3	3
		Expected Count	2.1	.9	3.0
		% of Total	.0%	23.1%	23.1%
Total	Count	9	4	13	
	Expected Count	9.0	4.0	13.0	
	% of Total	69.2%	30.8%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.775 <sup>a</sup>	1	.003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.059	1	.025		
Likelihood Ratio	9.547	1	.002		
Fisher's Exact Test				.014	.014
Linear-by-Linear Association	8.100	1	.004		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .92.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort kualitas hidup = sangat-amat sangat berpengaruh	.100	.016	.642
N of Valid Cases	13		

## **Lampiran 5. Identitas Penulis**

### **Identitas**

Nama : Adriani Sekar Cantika  
NIM : G2A008008  
Tempat/tanggal lahir : Semarang, 25 September 1991  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln. Mugas Barat XI no: 3, Semarang  
Nomor telepon : -  
Nomor HP : 0811890120 / 085697421592  
Email : as\_cantika@ymail.com

### **Riwayat Pendidikan Formal**

1. SD : 1997 Lulus Tahun : 2003
2. SMP : 2003 Lulus Tahun : 2005
3. SMA : 2005 Lulus Tahun : 2008
4. FK UNDIP : Masuk Tahun : 2008

### **Keanggotaan Organisasi**

1. Bendahara bidang PSDM BEM FK UNDIP Tahun 2009 s/d 2010