

**HUBUNGAN ANTARA PROFIL (USIA, DURASI PENYAKIT, JENIS KELAMIN,
TIPE KLINIS, DAN RIWAYAT TERAPI) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
PSORIASIS DI RSUD DR. SAIFUL ANWAR MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran



Oleh:

Mieladina Durrotul Khumairoh

NIM 185070100111016

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA MALANG**

2021



HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN ANTARA PROFIL (USIA, DURASI PENYAKIT, JENIS KELAMIN,
TIPE KLINIS, DAN RIWAYAT TERAPI) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
PSORIASIS DI RSUD DR. SAIFUL ANWAR MALANG**



Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana
Kedokteran

Oleh:

Mieladina Durrotul Khumairoh

185070100111016

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing-I,	Pembimbing-II,
	
<p><u>dr. Herwinda Brahmanti, M.Sc. Sp. KK(K)</u></p>	<p><u>dr. Suci Prawitasari, Sp.KK</u></p>
<p>NIP:2011018010072001</p>	<p>NIP: 198312292019032006</p>



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN ANTARA PROFIL (USIA, DURASI PENYAKIT, JENIS KELAMIN, TIPE KLINIS, DAN RIWAYAT TERAPI) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PSORIASIS DI RSUD DR.SAIFUL ANWAR MALANG

Oleh:

Mieladina Durrotul Khumairoh
NIM 185070100111016

Telah diuji pada

Hari : Rabu
Tanggal : 01 Desember 2021
Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

dr. Didi Candradikusuma, Sp.PD.,K-PTI
NIP. 19651213 199503 1002

Pembimbing I/Penguji II

dr. Herwinda Brahmani, M.Sc., Sp.KK(K)
NIP. 201101 801007 2001

Pembimbing II/Penguji III

dr. Suci Prawitasari, Sp.KK
NIP. 19831229 201903 2006

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter



dr. Triwahju Astuti, M.Kes., Sp.P(K)
NIP. 196310221996012001



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mieladina Durrotul Khumairoh
 NIM : 185070100111016
 Program Studi : Sarjana Kedokteran
 Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 19 November 2021

Yang membuat pernyataan,



Mieladina Durrotul Khumairoh

NIM. 185070100111016

ABSTRAK

Khumairoh, Mieladina Durrotul. 2021. *Hubungan antara Profil (Usia, Durasi Penyakit, Jenis Kelamin, Tipe Klinis, dan Riwayat Terapi) dengan Kualitas Hidup Pasien Psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Herwinda Brahmanti, M.Sc, Sp.KK(K)., (2) dr. Suci Prawitasari, Sp.KK.

Psoriasis adalah penyakit peradangan yang umum, kronis, dan berulang. Ditandai dengan lesi kulit eritematosa, kering, berbatas tegas, dan plak bersisik dengan berbagai ukuran. Psoriasis umumnya tidak mempengaruhi kelangsungan hidup tetapi memiliki efek merugikan yang signifikan pada kualitas hidup. Karakteristik pasien juga mempengaruhi kualitas hidup pasien psoriasis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan profil pasien yaitu usia dan durasi penyakit, jenis kelamin, tipe klinis, dan riwayat pengobatan terhadap kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini bersifat observasional analitik - cross sectional study dan dilakukan pada 22 responden menggunakan teknik consecutive sampling melalui penyebaran kuesioner *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*. Pengambilan data pada responden didapatkan melalui penyebaran kuisisioner yang diberikan secara *offline* pada responden yang datang ke poli kulit dan kelamin RSUD dr. Saiful Anwar Malang dan secara *online* melalui aplikasi *whatsapp* dengan *personal chat* pada responden yang berhasil dihubungi berdasarkan data rekam medis pasien. Hasil data tersebut kemudian dianalisis dan diolah dengan uji analisis univariat, bivariat dengan menggunakan uji *Mann Whitney*, *Kruskal Wallis*, dan uji korelasi *Spearman*, serta uji analisis multivariat regresi ordinal. Uji dilakukan dengan menggunakan *program Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terdapat hubungan antara profil dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Kata kunci : Psoriasis, profil, DLQI, kualitas hidup

ABSTRACT

Khumairoh, Mieladina Durrotul. 2021. *Correlation Between Profile (Age, Duration of Disease, Gender, Clinical Type, and History of Therapy) with Quality of Life Psoriasis Patients in RSUD dr. Saiful Anwar Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Herwinda Brahmanti, M.Sc, Sp.KK(K)., (2) dr. Suci Prawitasari, Sp.KK.

Psoriasis is a common, chronic, and recurrent inflammatory disease. It is characterized by erythematous, dry, well-defined skin lesions and scaly plaques of various sizes. Psoriasis generally does not affect survival but has a significant detrimental effect on quality of life. Patient characteristics also affect the quality of life of psoriasis patients. The purpose of this study was to determine the relationship between patient profiles, such as age and duration of disease, gender, clinical type, and medical past history on the quality of life of psoriasis patients at dr. Saiful Anwar Malang. This research is an analytical observational - cross sectional study and was conducted on 22 respondents using a consecutive sampling technique through the distribution of Dermatology Life Quality Index questionnaires. Data collection on respondents was obtained through the distribution of questionnaires given offline to respondents who came to the skin and genital polyclinic of RSUD dr. Saiful Anwar Malang and online through the whatsapp application with personal chat on respondents who were successfully contacted based on the patient's medical record data. The results of the data were then analyzed and processed using univariate analysis test, bivariate analysis using Mann Whitney, Kruskal Wallis, and Spearman correlation tests, and ordinal regression multivariate analysis test. The test was carried out using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 25 program. The results of this study showed that there was no relationship between profile and quality of life of psoriasis patients at RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Keywords : Psoriasis, profile, DLQI, quality of life



DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Akademik	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Pengertian	6
2.2 Epidemiologi	6

2.3 Patogenesis	8
2.4 Faktor Risiko	10
2.4.1 Faktor Genetik	10
2.4.2 Faktor Lingkungan	11
2.5 Manifestasi Klinis	11
2.6 Klasifikasi Psoriasis	13
2.6.1 Berdasarkan fenotip	13
2.6.1.1 <i>Plaque Psoriasis</i>	13
2.6.1.2 <i>Guttate Psoriasis</i>	13
2.6.1.3 <i>Pustular Psoriasis</i>	14
2.6.1.4 <i>Erythrodermic Psoriasis</i>	14
2.6.2 Berdasarkan lokasi anatomis	14
2.6.2.1 <i>Scalp Psoriasis</i>	14
2.6.2.2 <i>Palmoplantar Psoriasis</i>	14
2.6.2.3 <i>Flexural psoriasis (inverse psoriasis)</i>	15
2.6.2.4 <i>Genital psoriasis</i>	15
2.6.2.5 <i>Nail psoriasis</i>	15
2.7 Keparahan Klinis	16
2.8 Diagnosis	17
2.9 Komplikasi	17
2.10 Manajemen	18
2.10.1 Edukasi	18
2.10.2 Terapi topikal	18
2.10.2.1 Kortikosteroid topikal	18
2.10.2.2 Vitamin D analog	19



2.10.2.3 Tazarotane	19
2.10.3 Terapi Sistemik	19
2.10.3.1 Methotrexate	19
2.10.3.2 Cyclosporine	20
2.10.3.3 Acitretin	20
2.10.4 Fototerapi	21
2.10.5 Terapi Biologi	22
2.11 Prognosis	23
2.12 Kualitas Hidup pada Pasien Psoriasis	23
2.13 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Psoriasis	25
2.14 <i>Dermatology Life Quality Index</i> (DLQI)	26
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	28
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis Penelitian	29
BAB IV METODE PENELITIAN	30
4.1 Rancangan Penelitian	30
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	30
4.2.1 Populasi	30
4.2.2 Sampel	30
4.2.2.1 Kriteria Inklusi	30
4.2.2.2 Kriteria Eksklusi	30
4.2.3 Pengambilan Sampel	31
4.2.3.1 Teknik Sampling	31
4.2.3.2 Besar Sampel	31
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	32

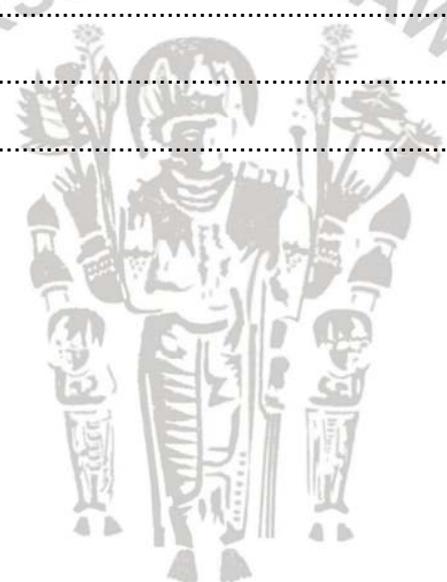




4.4	Variabel Penelitian	32
4.4.1	Variabel Bebas	32
4.4.2	Variabel Terikat	32
4.5	Definisi Operasional	32
4.6	Instrumen Penelitian	36
4.6.1	Uji Validitas Kuisiner DLQI	36
4.6.2	Uji Reliabilitas Kuisiner DLQI	37
4.7	Prosedur Penelitian	37
4.8	Alur Penelitian	39
4.9	Analisis Statistik	39
4.9.1	Analisis Univariat	39
4.9.2	Anallisis Bivariat	40
4.9.3	Analisis Multivariat	40
4.9.4	Jadwal Penelitian.....	40
BAB V HASIL PENELITIAN		42
5.1	Analisis Univariat	42
5.2	Analisis Bivariat	43
5.2.1	Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup	44
5.2.2	Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup	45
5.2.3	Hubungan Durasi Penyakit dengan Kualitas Hidup	46
5.2.4	Hubungan Tipe Klinis dengan Kualitas Hidup	47
5.2.5	Hubungan Riwayat Terapi dengan Kualitas Hidup	48
5.3	Analisis Multivariat	49
BAB VI PEMBAHASAN		51
6.1	Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup Psoriasis	51

6.2	Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup.....	52
6.3	Hubungan Durasi Penyakit dengan Kualitas Hidup.....	53
6.4	Hubungan Tipe Klinis dengan Kualitas Hidup Psoriasis	55
6.5	Hubungan Riwayat Terapi dengan Kualitas Hidup	58
6.6	Keterbatasan Penelitian	60
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....		62
7.1	Kesimpulan	62
7.2	Saran	62
DAFTAR PUSTAKA.....		64
LAMPIRAN.....		70

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 4. 1 Hasil Uji Validitas Kuisisioner DLQI	36
Tabel 4. 2 Hasil Uji Reliabilitas Kuisisioner DLQI	37
Tabel 5. 1 Karakteristik Subjek Penelitian	42
Tabel 5. 2 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup	44
Tabel 5. 3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup	45
Tabel 5. 4 Hubungan Tipe Klinis dengan Kualitas Hidup	47
Tabel 5. 5 Hubungan Riwayat Terapi dengan Kualitas Hidup	48
Tabel 5. 6 Regresi Ordinal	49



DAFTAR GAMBAR

Halaman

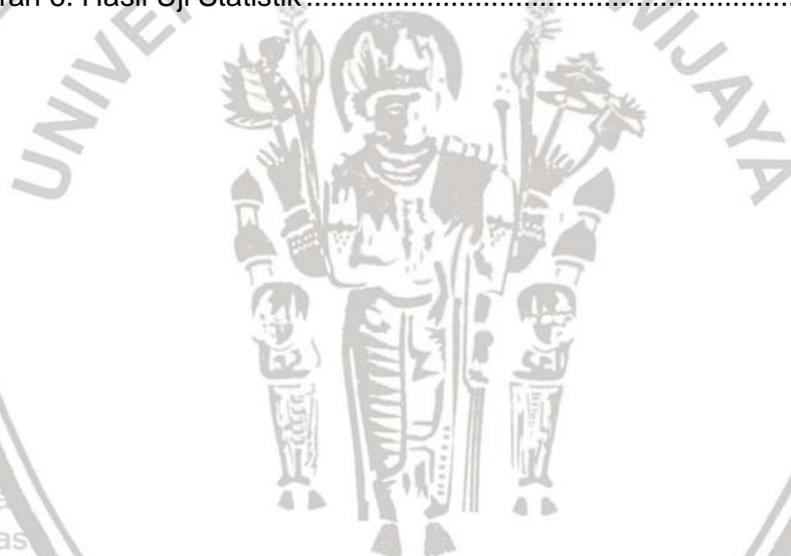
Gambar 2. 1 Algoritma Tatalaksana Psoriasis..... 23



DAFTAR LAMPIRAN

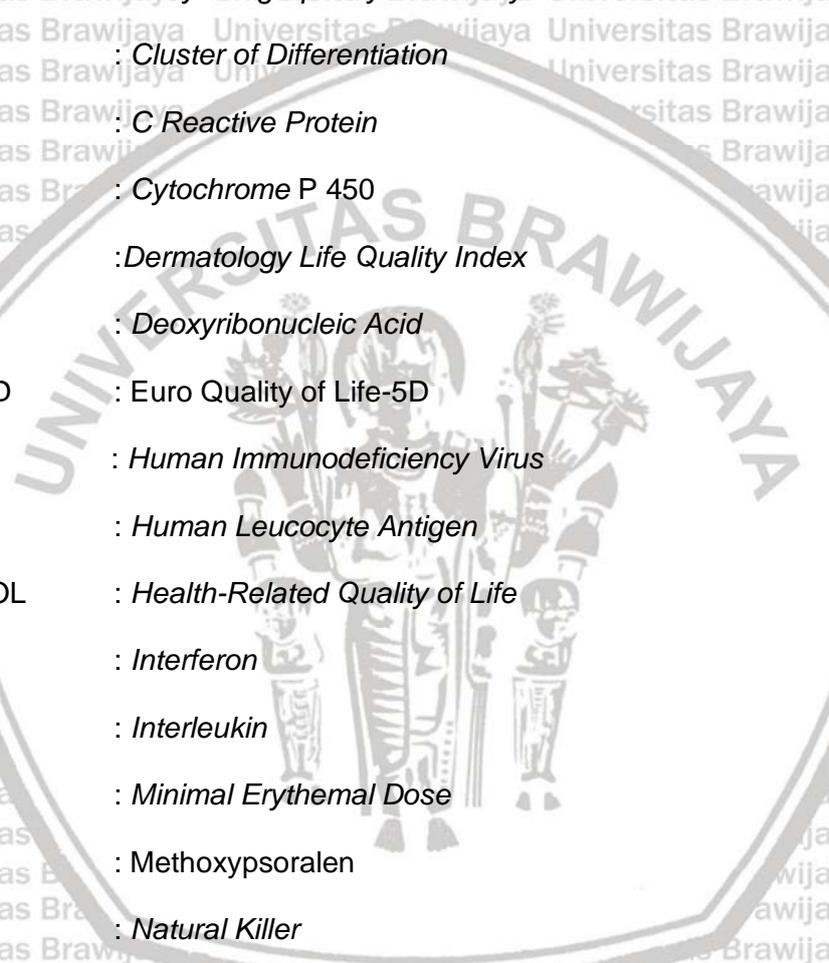
Halaman

Lampiran 1. Keterangan Lolos Uji Etik	70
Lampiran 2. Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	71
Lampiran 3. Lembar Pernyataan Persetujuan Mengikuti Penelitian	73
Lampiran 4. Kuisioner Indeks Kualitas Hidup	74
Lampiran 5. Data Rekap Responden Penelitian	76
Lampiran 6. Hasil Uji Statistik	79



DAFTAR SINGKATAN

- APC : *Antigen Presenting Cell*
- ASQoL : *Ankylosing Spondylitis Quality of Life*
- CD : *Cluster of Differentiation*
- CRP : *C Reactive Protein*
- CYP : *Cytochrome P 450*
- DLQI : *Dermatology Life Quality Index*
- DNA : *Deoxyribonucleic Acid*
- EQ-5D : *Euro Quality of Life-5D*
- HIV : *Human Immunodeficiency Virus*
- HLA : *Human Leucocyte Antigen*
- HRQOL : *Health-Related Quality of Life*
- IFN : *Interferon*
- IL : *Interleukin*
- MED : *Minimal Erythematol Dose*
- MOP : *Methoxypsoralen*
- NK : *Natural Killer*
- NSAID : *Non steroid anti inflammatory drug*
- PASI : *Psoriasis Area Severity Index*
- PDI : *Psoriasis Disability Index*
- PsAQOL : *Psoriasis Arthritis Quality of Llife*
- PUVA : *Psoralen Plus Ultraviolet A*
- RAQoL : *Rheumatoid Arthritis Quality of Llife*
- RNA : *Ribonucleic acid*
- SF-36 : *Short Form-36*



TCR : T cell receptor

Th : T helper

TNF : Tumor Necrosis Factor

UVA : Ultraviolet A

UVB : Ultraviolet B



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Psoriasis adalah penyakit peradangan yang umum, kronis, dan berulang. Ditandai dengan lesi kulit eritematosa, kering, berbatas tegas, dan plak bersisik dengan berbagai ukuran. Tempat predileksi lesi terdapat di kulit kepala, kuku, permukaan ekstensor tungkai, daerah pusar, dan sakrum (James dkk, 2011).

Psoriasis terjadi di seluruh dunia dan mempengaruhi pria dan wanita dari segala usia, tanpa memandang asal etnis, di semua negara. Data yang dipublikasikan tentang prevalensi psoriasis di berbagai negara bervariasi antara 0,09% dan 11,4%. Di sebagian negara maju prevalensinya antara 1,5 dan 5% (WHO, 2016).

Psoriasis umumnya tidak mempengaruhi kelangsungan hidup tetapi memiliki efek merugikan yang signifikan pada kualitas hidup. Penderita psoriasis akan merasa tidak percaya diri dan menjauh dari komunitas karena penampilan klinisnya walaupun psoriasis bukan penyakit menular sehingga kemudian akan menyebabkan stres psikis dikarenakan juga penyakit psoriasis sulit untuk disembuhkan secara sempurna. Dalam penelitian *Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan* tahun 2015, dibandingkan dengan penderita kelainan kulit biasa, penderita psoriasis mengalami penurunan kualitas hidup dalam aspek gejala, emosi, fungsi kehidupan sehari-hari, dan skala pekerjaan. Dan disebutkan pula dalam penelitiannya, tingkat keparahan penyakit, durasi, usia pasien, jenis kelamin, tingkat pendidikan maupun riwayat keluarga merupakan faktor penentu yang dapat

memperburuk kualitas hidup penderita. Lokasi lesi, terutama pada area yang terpapar termasuk tangan dan keterlibatan wajah juga memiliki dampak terhadap kualitas hidup penderita psoriasis (Hui-Ju, Kuo-Chia, 2015).

Seseorang dengan psoriasis mungkin mengalami kesulitan dalam mengatasi penampilan mereka, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kecemasan dan depresi. Dalam penelitian *Quality of life in Psoriasis: A Clinical Study* yang meneliti mengenai dampak psoriasis terhadap kualitas hidup serta faktor-faktor demografi yang mempengaruhinya, menunjukkan bahwa pada pasien yang lebih muda (<30 tahun) terjadi dampak kualitas hidup yang lebih besar. Hal ini mencerminkan fakta mengenai stigma terkait dengan psoriasis yang memiliki dampak terbesar pada usia dewasa awal, yakni ketika seseorang memulai karirnya dan membangun hubungan sosial baru. Dengan bertambahnya usia, penerimaan terhadap penyakit jauh lebih baik. Pada penelitian tersebut juga didapatkan nilai dampak kualitas hidup yang lebih buruk pada perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini dapat dijelaskan oleh fakta bahwa perempuan cenderung lebih memperhatikan citra dan penampilan mereka, oleh karena itu penyakit yang mempengaruhi penampilan pasien akan berdampak lebih tinggi pada kualitas hidup pasien wanita (Nagrani P et al, 2019).

Psoriasis sedang hingga berat membutuhkan beban biaya yang cukup besar bagi masyarakat. Data dari *Humanistic and Economic Impact of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Brazil* tahun 2019 menunjukkan bahwa psoriasis memiliki dampak negatif terhadap produktivitas dan kapasitas kerja. Banyak pasien yang perlu mengubah bidang pekerjaan, tanggung jawab, dan bahkan profesi dikarenakan psoriasis. Penurunan

produktivitas kerja juga menambah beban biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan psoriasis. Biaya per pasien dikelompokkan berdasarkan biaya medis langsung yang meliputi obat-obatan dan perawatan medis psoriasis serta biaya non medis yang meliputi transportasi, makanan, dan barang non medis lainnya(Lopes dkk,2019).

Kualitas hidup adalah fungsi dari perbedaan antara situasi yang diinginkan dan situasi aktual, yaitu kepuasan subjektif yang dialami seseorang dan yang diproyeksikan orang tersebut ke dalam semua aspek kehidupan mereka (fisik, psikologis, sosial, dan spiritual)(Owczarek,2010).

Pada pasien psoriasis, mereka memiliki kesulitan dalam emosi yang terlihat dari kesulitan berpenampilan, merasa rendah diri, dan merasa malu.Penilaian kualitas hidup pasien psoriasis dapat menggunakan *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* yang dirancang oleh Finlay AY dan Kelly SE(Maulana dkk, 2017).

Melihat banyaknya dampak dari psoriasis, terutama dampak terhadap kondisi sosial dan ekonomi yang sangat besar pada kehidupan pasien, serta banyaknya faktor pencetus yang memengaruhi patogenesis dan kualitas hidup pasien psoriasis, maka pada penelitian ini peneliti ingin melihat hubungan antara usia, durasi penyakit, jenis kelamin, tipe klinis, dan riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh usia, durasi penyakit, jenis kelamin, tipe klinis, dan riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menilai hubungan antara profil dengan kualitas hidup pasien

psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang
2. Mengetahui hubungan antara durasi penyakit dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang
3. Mengetahui hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang
4. Mengetahui hubungan antara tipe klinis dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang
5. Mengetahui hubungan antara riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

- Untuk menambah wawasan peneliti dan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi penelitian selanjutnya mengenai psoriasis.
- Dapat digunakan sebagai salah satu referensi mengenai hubungan antara profil dengan gambaran kualitas hidup pasien psoriasis

1.4.2 Manfaat Praktis

Dapat digunakan sebagai sarana informasi kepada masyarakat terutama penderita psoriasis agar mengupayakan peningkatan kualitas hidup



BAB II**TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Pengertian**

Psoriasis merupakan penyakit kulit inflamasi umum, kronis, berkaitan dengan manifestasi sistemik di banyak organ. Lesi yang paling khas terdiri dari plak merah, bersisik, berbatas tegas, terdapat terutama pada permukaan ekstensor dan kulit kepala. Tingkat dan keparahan sangat bervariasi dari waktu ke waktu dan diantara individu. Genetik dan lingkungan memiliki peran penting dalam etiologi dan patogenesis (Burden, 2016).

Psoriasis ditandai dengan perubahan kompleks dalam pertumbuhan dan diferensiasi epidermis serta beberapa kelainan biokimia, imunologi, pembuluh darah, dan berhubungan dengan fungsi sistem saraf. Akar penyebabnya masih belum diketahui. Secara historis, psoriasis secara luas dianggap sebagai gangguan primer keratinosit. Pada respon imun kulit pada psoriasis, sel spesifik immunosupresan siklosporin A (CsA) sangat aktif melawan psoriasis. Namun demikian, bukti yang dikumpulkan menunjukkan bahwa keratinosit merupakan bagian dari respon imun kulit pada psoriasis (Gudjunson, dkk, 2012).

2.2 Epidemiologi

Psoriasis bersifat universal. Namun, prevalensinya dalam populasi yang bervariasi dari 0,1% hingga 11,8% (Gudjunson, dkk, 2012). Insiden yang dilaporkan tertinggi di Eropa adalah di Denmark (2,9%) dan Kepulauan Faeroe (2,8%). Sebuah penelitian baru-baru ini terhadap 1,3 juta orang Jerman menemukan prevalensi psoriasis sebesar 2,5% (Gudjunson, dkk, 2012). Prevalensi serupa (berkisar antara 2,2% hingga

2,6%) juga tercatat di Amerika Serikat. Prevalensi psoriasis pada penduduk Amerika Utara dan penduduk kulit hitam Afrika Barat relatif lebih rendah dibanding pada penduduk Afrika Timur. (James dkk, 2011) Insiden psoriasis juga rendah pada orang Asia (0,4%), dan dalam pemeriksaan terhadap 26.000 orang Indian Amerika Selatan, tidak ada satu pun kasus yang terlihat. Psoriasis dapat terjadi baik pada laki-laki dan perempuan dengan frekuensi yang sama (Gudjunson, dkk, 2012).

Prevalensi psoriasis mengalami peningkatan pada masa kanak-kanak dan mempengaruhi sekitar 2-3% dari populasi di Eropa dan Amerika Serikat pada orang dewasa. Terdapat banyak variasi dalam prevalensi psoriasis yang dilaporkan pada populasi yang berbeda, berkisar antara 0,91% di Amerika Serikat menjadi 8,5% di Norwegia. Hal ini kemungkinan mencerminkan variasi dalam metodologi penelitian atau perbedaan etnis dan lingkungan antara populasi. Insiden tahunan pada orang dewasa telah dilaporkan antara 0,08 dan 0,23% (Burden, 2016).

Tidak banyak penelitian yang melaporkan mengenai angka kejadian psoriasis. Sulit untuk menemukan data valid mengenai angka kejadian psoriasis dikarenakan kemungkinan adanya perbedaan antara jumlah kasus yang terdaftar dengan jumlah kasus di lapangan. Pada sebuah penelitian *systematic review*, ditunjukkan bahwa penelitian epidemiologi psoriasis hanya sedikit yang memberikan laporan data yang valid. Suatu penelitian yang melaporkan tingkat kejadian psoriasis di Amerika menunjukkan bahwa angka kejadian psoriasis antara tahun 1980 dan 1983 diperkirakan sekitar 0,6 per 100 penduduk per tahun. Sebuah studi terhadap 511.532 individu di Italia antara tahun 2001 dan 2005

melaporkan insidensi psoriasis sebanyak 2,30–3,21 kasus per 1000 orang-tahun. Pada tahun 2012, sebuah penelitian skrining psoriasis 2 minggu melalui konsultasi medis dilakukan di tiga negara secara bersamaan yaitu di Aljazair, Tunisia dan Maroko, di mana insiden psoriasis diperkirakan masing-masing pada 10,36, 13,26 dan 15,04 per 1000 (WHO, 2016).

Sampai saat ini belum ada data epidemiologi psoriasis yang menyeluruh di Indonesia, namun insidensi psoriasis di Asia dikatakan cenderung rendah (0,4%). Psoriasis umumnya terjadi pada ras Kaukasia, dan dilaporkan 7 juta orang di Amerika Serikat terkena penyakit psoriasis ini dan 1,5 juta setiap tahunnya berobat ke dokter dengan keluhan psoriasis(Cantika, 2012).

2.3 Patogenesis

Kelainan patologis dari psoriasis yaitu terdapat hiperproliferasi di epidermis, infiltrat inflamasi epidermis dan dermis, peningkatan angiogenesis dalam dermis dan kelainan dalam neuron/neurotransmitter.

Ada banyak molekul yang berinteraksi yang menghasilkan kelainan dan keadaan klinis dari psoriasis(Burden,2016)

Pada psoriasis plak, terjadi hiperproliferasi lapisan basal yang mengalami perkembangan cepat melalui lapisan epidermis dan penurunan diferensiasi Pada psoriasis didapatkan rete ridge yang memanjang disertai akantosis dan hilangnya lapisan granular. Perkembangan keratinosit sel basal melewati epidermis membutuhkan waktu 4-5 hari dalam plak aktif(Burden,2016).

Psoriasis adalah kelainan hiperproliferatif, namun proliferasinya dipengaruhi oleh kompleks mediator inflamasi. Psoriasis merupakan

penyakit inflamasi yang melibatkan T-helper(Th)1 dan Th17. Sel Th17 lebih berperan dalam kaskade inflamasi. Sel T dan sitokin juga berperan penting dalam patofisiologi psoriasis. Pengeluaran sitokin tipe 1 yang berlebihan seperti IL-2, IL-6, IL-8, IL-12, IFN- γ , dan TNF- α juga ditemukan di psoriasis. Ekspresi IL-8 yang berlebih akan menyebabkan akumulasi neutrofil (James dkk, 2011).

Respon terhadap agen biologi menunjukkan bahwa limfosit CD2+, CD-11a dan TNF- α penting dalam patogenesis pada psoriasis. Interleukin (IL)-15 memicu perekrutan sel inflamasi, angiogenesis, dan produksi sitokin inflamasi meliputi IFN- γ , TNF- α , dan IL-17, yang semuanya mengalami upregulasi pada lesi psoriasis. Interleukin-17 merupakan proinflamasi sedangkan IL-22 dapat berfungsi memperlambat diferensiasi keratinosit. Interleukin-23 merangsang kelangsungan hidup serta proliferasi sel Th17 (James dkk, 2011).

Cedera atau infeksi pada kulit menyebabkan produksi peptida antimikroba dan peningkatan aktivasi *Toll-like receptor*. Antimikroba peptida LL-37 (*cathelicidin*) berikatan dengan DNA yang memungkinkan pengikatan dan aktivasi *Toll-like receptor* dan menginduksi produksi interferon (IFN) - α oleh sel dendritik plasmatisoid. *Cathelicidin* juga berikatan dengan *self*-RNA yang kemudian akan menginduksi sel dendritik myeloid untuk menghasilkan TNF α , IL-6 dan IL-23. Proses ini menghasilkan aktivasi sistem imunitas adaptif sel T, khususnya sel Th17, yang akan mengaktifkan proliferasi keratinosit dan menghasilkan banyak kemokin serta peptida antimikroba. Sel T yang diaktifkan adalah Th1, Th17, Th22, dan sel Th2. Pada psoriasis plak ada peningkatan level IL-2, IL-8, IFN, TNF- α , IL-15, IL-17, IL-22 dan IL-23.

Aktivasi dari sel T akan menginduksi aktivasi antigen spesifik, tetapi sifat antigen pada psoriasis masih belum diketahui. Sitokin sel T seperti interferon- γ , TNF- α , IL-6 dan IL-22 menyebabkan proliferasi keratinosit, kemokin (seperti CCL20 dan CCR6) dan produksi peptida antimikroba (Burden, 2016).

Natural Killer T cells (NKT cells) ditentukan oleh ekspresi bersama dari *T cell receptor* (TCR) dan penanda *natural killer* (NK) seperti CD 16, CD56, CD57, CD94, dan CD161. Sel NKT hanya merupakan sebagian kecil dari limfosit namun memiliki kemampuan untuk mensekresikan sitokin secara cepat dalam jumlah yang besar termasuk IFN- γ , IL-4, IL-2, IL-5, IL-10, IL-13, IL-17, dan TNF- α , sebagai regulator diferensiasi sel T pada lokasi inflamasi. Seperti sel NKT, sel *natural killer* (NK) juga berperan dalam produksi IFN- γ dan sebagai penghubung antara imunitas bawaan dan yang didapat. Namun sel NK tidak dapat mengekspresikan TCR. Sel NK terdapat pada psoriasis dan dapat memicu pembentukan lesi psoriasis dalam model *xenograft system* (Gudjunson dkk, 2012).

2.4 Faktor Risiko

2.4.1 Faktor Genetik

Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa psoriasis memiliki hubungan dengan komponen genetik. Hasil studi menunjukkan, determinan genetik paling kuat dan penting adalah PSORS1, regio 80-120 kb pada kromosom 6p21.3. Psoriasis terbukti berhubungan dengan HLA kelas 1 gen HLA-C dan HLA-B (Raychaudhuri dkk, 2018).

2.4.2 Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi diantaranya ; infeksi, obat-obatan, konsumsi alkohol, merokok, gangguan psikologi, cahaya matahari, dan trauma fisik (Burden, 2016). Terjadinya infeksi streptokokus juga diduga berhubungan dengan kejadian psoriasis guttata. Eksaserbasi dari psoriasis dapat terjadi sebagai manifestasi dari infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Seperti psoriasis pada umumnya, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) berkaitan erat dengan HLA-Cw6. Psoriasis juga berhubungan dengan infeksi hepatitis C. Kebiasaan merokok (lebih dari 20 rokok setiap hari) juga dapat meningkatkan dua kali lipat risiko psoriasis berat. Terdapat interaksi antara faktor gen yaitu rendahnya aktivitas sitokrom p450 gen CYP1A1 dan merokok pada psoriasis. Selain itu konsumsi alkohol yang berlebihan dapat meningkatkan resiko psoriasis sedang hingga berat. Obat yang dapat menyebabkan eksaserbasi psoriasis meliputi antimalaria, β -bloker, litium, *Non-steroidal Antiinflammatory Drugs* (NSAID), IFNs- α dan - γ , imiquimod, *angiotensin-converting enzyme inhibitors*, dan gemfibrozil (Gudjunson dkk, 2012).

2.5 Manifestasi Klinis

Gejala yang paling sering dilaporkan terkait dengan psoriasis adalah kulit bersisik (92%), gatal (72%), kelelahan (27%), edema (23%), rasa terbakar (20%), dan perdarahan (20%). Pruritus seringkali merupakan gejala dominan meskipun tidak separah pada dermatitis atopik. Keluhan ini dialami oleh sejumlah pasien dan berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup, sebagian karena tidur yang terganggu. Gejala yang sering terjadi juga

meliputi kulit terasa kencang dan rasa terbakar, dan nyeri. Kulit bersisik juga merupakan gejala yang signifikan (Burden, 2016).

Psoriasis plak merupakan tipe psoriasis yang paling umum, terdapat ruam papuloskuama, dan diagnosis didasarkan pada penampilan khas lesi individu dan distribusi karakteristiknya pada kulit. Lesi yang khas berupa plak bersisik merah yang berbatas tegas dari kulit normal disekitarnya, dengan garis tepi yang tajam. Plak mungkin dikelilingi oleh zona perifer yang jelas, yang disebut *the halo ring of Woronoff*. Lesi dapat soliter (satu) atau multipel (lebih dari satu). Pada lesi multipel, biasanya lesi monomorfik dan terdistribusi simetris di kulit kepala, badan, dan permukaan anggota badan. Diameternya bervariasi dari satu hingga beberapa sentimeter dan berbentuk oval atau tidak beraturan. Penggabungan dari plak yang lebih kecil dan sedang akan membentuk plak besar, biasanya terlihat pada tungkai dan daerah sakral. Lesi yang terbentuk sering menghasilkan bentuk annular atau arkuata (Burden, 2016).

Plak psoriasis berwarna merah penuh (terkadang disebut sebagai *'salmon pink'*), memiliki gradasi warna tertentu. Kualitas dari warna plak memiliki nilai diagnostik tertentu pada lesi di telapak tangan, telapak kaki, dan kulit kepala. Pada individu yang berkulit putih, warna lesi hampir seperti *pink magenta* sedangkan pada individu berkulit gelap, kualitas warnanya lebih pudar (Burden, 2016).

Gambaran klinis yang juga ditemukan pada pasien psoriasis adalah perubahan kuku di psoriasis. Bentuk yang paling sering ditemukan adalah *pitting nail*, berupa cekungan pada permukaan kuku berukuran 0,5-2 mm dan lebih sering pada kuku jari tangan dibanding kaki. *Subungual hyperkeratosis*

yang merupakan hiperkeratosis pada dasar kuku dan sering diikuti dengan *onycholysis*. Selain itu *oil spotting* juga merupakan gambaran klinis pada psoriasis (Gudjunson dkk, 2012).

2.6 Klasifikasi Psoriasis

Secara umum klasifikasi psoriasis menurut Raychauduri dkk terbagi menjadi dua, yaitu berdasarkan fenotip dan lokasi anatomis.

2.6.1 Berdasarkan fenotip

2.6.1.1 *Plaque Psoriasis*

Bentuk psoriasis paling umum. Lesi biasanya dimulai sebagai makula eritematosa atau papula yang memanjang ke tepi dan menyatu menjadi plak. Plak psoriasis dapat muncul pada bagian mana saja, tetapi biasanya terdistribusi secara simetris dari siku dan lutut, serta kulit kepala. Lesi psoriasis baru dapat terjadi setelah trauma kulit langsung, yang dikenal sebagai fenomena Koebner. Gambaran klinis yang dapat ditemukan juga tanda Auspitz, yakni bercak perdarahan yang ada di bawah lesi (Raychauduri dkk, 2018).

2.6.1.2 *Guttate Psoriasis*

Ditandai oleh onset akut beberapa papula kecil <1cm, seringkali tersebar sentripetal. Penampilan morfologis yang khas adalah papula mirip tetesan (*gutta*) monomorfik yang berada pada tahap evolusi yang sama.

Dapat mempengaruhi anak-anak dan remaja setelah infeksi saluran pernafasan atas atau infeksi streptokokus. Umumnya penyakit ini sembuh sendiri namun kadang dapat berkembang menjadi psoriasis plak kronis (Raychauduri dkk, 2018).

2.6.1.3 Pustular Psoriasis

Muncul sebagai beberapa pustula steril yang lunak pada dasar eritematosa. Histologi menunjukkan infiltrasi neutrofilik dermal difus, serta mikropustula intraepidermal. Variasi psoriasis pustular diantaranya psoriasis pustular lokal dan psoriasis pustular menyeluruh (Raychauduri dkk, 2018).

2.6.1.4 Erythrodermic Psoriasis

Ditandai oleh eritema menyeluruh yang melibatkan sebagian besar kulit. Kondisi ini dapat berkembang karena kontrol yang buruk terhadap psoriasis, reaksi pasien terhadap obat, infeksi, atau penghentian obat sistemik secara tiba-tiba (Raychauduri dkk, 2018).

2.6.2 Berdasarkan lokasi anatomis

2.6.2.1 Scalp Psoriasis

Kulit kepala merupakan salah satu area yang paling umum terkena psoriasis, seringkali terjadi pada anak-anak dan dewasa muda. Psoriasis pada kulit kepala (skalp) akan dapat melibatkan seluruh kulit kepala atau beberapa plak dengan ukuran bervariasi. Plak cenderung terbatas pada area perbatasan rambut, sedikit memanjang di luar garis rambut dan di sekitar telinga. Laju pertumbuhan rambut pada psoriasis masih normal dan psoriasis kulit kepala umumnya bukan merupakan penyebab alopecia, walaupun mungkin hal tersebut dapat terjadi (Burden, 2016).

2.6.2.2 Palmoplantar Psoriasis

Pada psoriasis palmoplantar terdapat gambaran klinis sisik yang tebal dan celah. Gejalanya dapat dikurangi dengan melakukan langkah-langkah

pencegahan seperti menghindari gesekan dan iritasi serta menerapkan emolien di malam hari(Raychauduri dkk, 2018).

2.6.2.3 Flexural psoriasis (inverse psoriasis)

Melibatkan lipatan inguinal, aksila, lipatan submammar, umbilikus, dan lipatan tubuh lainnya lebih sering terjadi pada orang dewasa yang lebih tua dan berhubungan dengan obesitas(Burden, 2016).

2.6.2.4 Genital psoriasis

Melibatkan kulit area kelamin, lebih sering terlibat pada individu dengan *inverse psoriasis* dan lebih jarang pada mereka dengan psoriasis plak. Psoriasis genital telah terbukti menyebabkan masalah fungsi seksual. Kulit skrotum dan batang penis dapat terkena psoriasis namun lebih sering pada kelenjar penis. Pada laki-laki yang disunat, lesi pada kelenjar mirip dengan plak, namun pada yang tidak disunat, warna dan tepi biasanya berbeda. Pasien dengan keterlibatan vulva sering mengeluh pruritus. Psoriasis adalah salah satu penyebab paling umum vulvitis kronis pada anak-anak(Burden, 2016).

2.6.2.5 Nail psoriasis

Psoriasis di kuku dapat terjadi dengan keterlibatan kulit atau dapat terjadi sendiri, menjadi satu-satunya gejala psoriasis. Dapat berupa akut atau kronis, dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Mungkin hanya melibatkan satu kuku atau semua kuku dengan kerusakan atau kehilangan kuku yang parah(Burden, 2016).

2.7 Keparahan Klinis

Di antara instrumen yang paling banyak dipelajari untuk mengukur keparahan klinis psoriasis adalah *Psoriasis Area Severity Index (PASI)*.

Pada PASI, tingkat keparahan penyakit dinilai melalui tingkat keterlibatan empat bagian tubuh dengan tanda-tanda eritema, indurasi, dan deskuamasi (Gudjunson dkk, 2012).

Empat area tubuh yang diperiksa yaitu kepala leher, ekstremitas atas, *truncus*, dan ekstremitas bawah. Pada setiap area perlu diperiksa presentase dan karakteristik lesi. Karakteristik lesi yang harus diperiksa adalah adanya eritema atau tanda kemerahan, indurasi atau ketebalan, dan *scalling* atau deskuamasi. Setiap area tersebut dinilai terpisah menggunakan skala 0-4 untuk setiap bagian tubuh. Penilaian dari masing-masing area tersebut kemudian dijumlahkan, setelah itu hasil penjumlahan masing-masing area tubuh dikalikan skor presentase luasnya area permukaan yang terlibat. Skor presentase dinyatakan dalam skala 1-6 (<10%, 10%-29%, 30%-49%, 50-69%, 70-89%, 90-100%). Kemudian hasil yang didapatkan dikalikan dengan faktor koreksi yang terdapat pada tiap area tubuh (0,1 untuk kepala dan leher, 0,2 untuk ekstremitas atas, 0,3 untuk batang tubuh, dan 0,4 untuk ekstremitas bawah). Hasil akhir dari penjumlahan skor keempat area tubuh tersebut merupakan skor PASI.

Nilai skor PASI berkisar antara 0-72. Skor PASI yang semakin tinggi mengindikasikan kondisi yang semakin parah (Bozek, 2016).

2.8 Diagnosis

Diagnosis psoriasis biasanya secara klinis. Biopsi pada lesi kulit dapat membantu dalam kasus atipikal. Protein C reaktif mungkin sedikit meningkat, dengan tingkat yang lebih tinggi terlihat pada psoriasis arthritis dan psoriasis pustular (Burden, 2016).

Pada Pemeriksaan histopatologi ditemukan akantosis, pada psoriasis pustular hiperplasia psoriasiform terlihat pada lesi yang lebih tua dan persisten. Pemeriksaan laboratorium pada psoriasis biasanya tidak spesifik dan tidak ditemukan pada semua pasien. Pada psoriasis vulgaris berat, pustular psoriasis, dan eritroderma, dapat dideteksi *negative nitrogen balance* yang dilihat dari penurunan serum albumin. Pada pasien psoriasis dapat ditemukan perubahan profil lipid. Penanda pada inflamasi sistemik dapat mengalami peningkatan termasuk protein C-reaktif (CRP), α 2-*macroglobulin*, dan laju endap darah (Gudjunson dkk, 2012).

2.9 Komplikasi

Pasien dengan psoriasis memiliki peningkatan morbiditas dan mortalitas pada resiko kardiovaskuler, terutama pada penyakit psoriasis berat dan memiliki durasi yang lama. Pasien psoriasis juga memiliki peningkatan resiko pada Limfoma hodgkin dan Limfoma sel t kutan, terutama pada pasien dengan penyakit yang lebih berat. Psoriasis dapat mempengaruhi dari kualitas hidup seseorang karena dapat melumpuhkan secara emosional, dimana banyak kesulitan psikososial yang dialami. Muncul kesulitan emosional yang timbul dari kekhawatiran tentang penampilan, sehingga mengalami penolakan sosial, mengalami rasa malu. Tekanan psikologis juga dapat menyebabkan depresi dan

kecemasan(Gudjunson dkk, 2012).

2.10 Manajemen

2.10.1 Edukasi

Terapi pada psoriasis bergantung pada banyak variabel termasuk usia, jenis kelamin, pekerjaan, kepribadian, kesehatan umum, kecerdasan dan sumber daya, serta jenis, luas, lokasi, durasi dari penyakit. Pentingnya untuk memberikan penjelasan kepada pasien mengenai psoriasis dan berusaha menghilangkan kekhawatiran serta pertimbangan terhadap target dari pengobatan(Burden, 2016).

2.10.2 Terapi topikal

2.10.2.1 Kortikosteroid topikal

Kortikosteroid topikal tetap menjadi pengobatan andalan untuk psoriasis, dan efektif sebagai monoterapi untuk penyakit ringan atau dikombinasikan dengan topikal lain atau terapi sistemik untuk penyakit sedang hingga berat. Memberikan efek dengan mengikat reseptor glukokortikoid, mempengaruhi transkripsi gen yang menghasilkan efek antiinflamasi, antiproliferatif, immunosupresif, dan vasokonstriktif (Raychauduri,dkk. 2018).

Kortikosteroid potensi ringan sampai sedang digunakan sebagai pilihan terapi pada wajah, leher, dan genitalia. Kortikosteroid dengan potensi kuat digunakan sebagai pilihan terapi pada psoriasis skalp dan psoriasis plak di area kulit tebal seperti pada telapak tangan dan telapak kaki(Burden,2016). Kontraindikasi pada hipersensitivitas terhadap steroid dan infeksi kulit. (Gudjunson dkk, 2012).

2.10.2.2 Vitamin D analog

Analog vitamin D topikal yang dapat digunakan dalam pengobatan psoriasis meliputi kalsitriol, kalsipotriol, dan tacalcitol.

Analog ini bekerja dengan cara mengikat reseptor vitamin D, yang kemudian berikatan dengan elemen repon vitamin D pada DNA dan akan menghasilkan penghambatan proliferasi keratinosit dan stimulasi diferensiasi keratinosit(Raychauduri,dkk. 2018). Kombinasi dengan steroid topikal meningkatkan efikasi analog vitamin D. Kontraindikasi pada hiperkalsemia dan toksisitas vitamin D. Kalsipotriol dapat ditoleransi dengan baik dan secara klinis efektif dengan efek samping minimum untuk penggunaan jangka panjang(Gudjunson dkk,2012).

2.10.2.3 Tazarotane

Tazarotane dimetabolisme menjadi metabolit aktif yaitu tazarotenic acid yang menempel dengan reseptor retinoic acid. Tazarotane akan menormalisasi diferensiasi epidermal, memberikan efek antiproliferatif, dan menurunkan proliferasi epidermal. Kombinasi dengan steroid topikal akan meningkatkan efikasi(Gudjunson dkk,2012).

2.10.3 Terapi Sistemik

2.10.3.1 Methotrexate

Methotrexate adalah antagonis asam folat yang menghambat sintesis DNA dengan secara kompetitif berikatan dengan dihidrofolat reduktase yang akan mencegah konversi dari dihidrofolat menjadi tetrahidrofolat, sebuah kofaktor yang diperlukan dalam sintesis DNA/RNA(Raychauduri,dkk.2018). Metroteksat diberikan secara oral

dengan dosis yang meningkat hingga maksimal 30 mg per minggu dan juga dapat diberikan dengan injeksi subkutan atau intramuskular. Metotreksat sering digunakan sebagai terapi sistemik lini pertama pada psoriasis plak, terutama jika disertai dengan psoriasis artritis. Dapat juga digunakan pada psoriasis berat, psoriasis pustular, dan eritroderma meskipun onsetnya relatif lambat. Terapi metotreksat untuk psoriasis dapat menyebabkan efek samping termasuk mual, penekanan sumsum tulang, dan hepatotoksitas (Burden, 2016).

2.10.3.2 Cyclosporine

Siklosporin bekerja dengan menghambat produksi IL-2 oleh limfosit melalui penghambatan pada kalsineurin. Penggunaan jangka panjang siklosporin menimbulkan efek samping yang signifikan. Efek samping yang utama mengarah pada gangguan ginjal, hipertensi, dan dapat meningkatkan resiko keganasan. Siklosporin terutama digunakan untuk induksi remisi ketika respon cepat diperlukan, juga digunakan sebagai transisi untuk terapi lainnya (Burden, 2016).

Dosis maksimumnya adalah 5 mg / kg / hari, setelah respons yang baik tercapai, dosis dapat disapih 0,5-1 mg / kg / hari dengan interval 2 minggu. Kontraindikasi pada gangguan ginjal yang signifikan dan hipertensi yang tidak terkontrol (Raychauduri, dkk. 2018).

2.10.3.3 Acitretin

Acitretin merupakan metabolit etretinat yaitu retinoid pertama yang digunakan dalam pengobatan psoriasis. Acitretin bukan imunosupresan sehingga dapat menjadi pilihan terapi ketika terdapat kondisi kontraindikasi dengan terapi sistemik lainnya. Acitretin dapat digunakan

sebagai kombinasi dengan terapi psoriasis lainnya. Kombinasi retinoid dan PUVA bekerja secara sinergis menurunkan dosis retinoid dan energi dari radiasi UV dibutuhkan untuk remisii(Burden, 2016).

2.10.4 Fototerapi

Penyerapan sinar UV oleh DNA mengaktifkan beberapa jalur biokimia, menghasilkan induksi apoptosis sel T, immunosupresi, perubahan ekspresi sitokin, perubahan aktivitas sel penyajian antigen, penghambatan sintesis DNA, dan penghambatan hiperproliferasi epidermal. Fototerapi adalah pilihan untuk pasien yang memiliki penyakit sedang sampai parah(Raychauduri dkk, 2018).

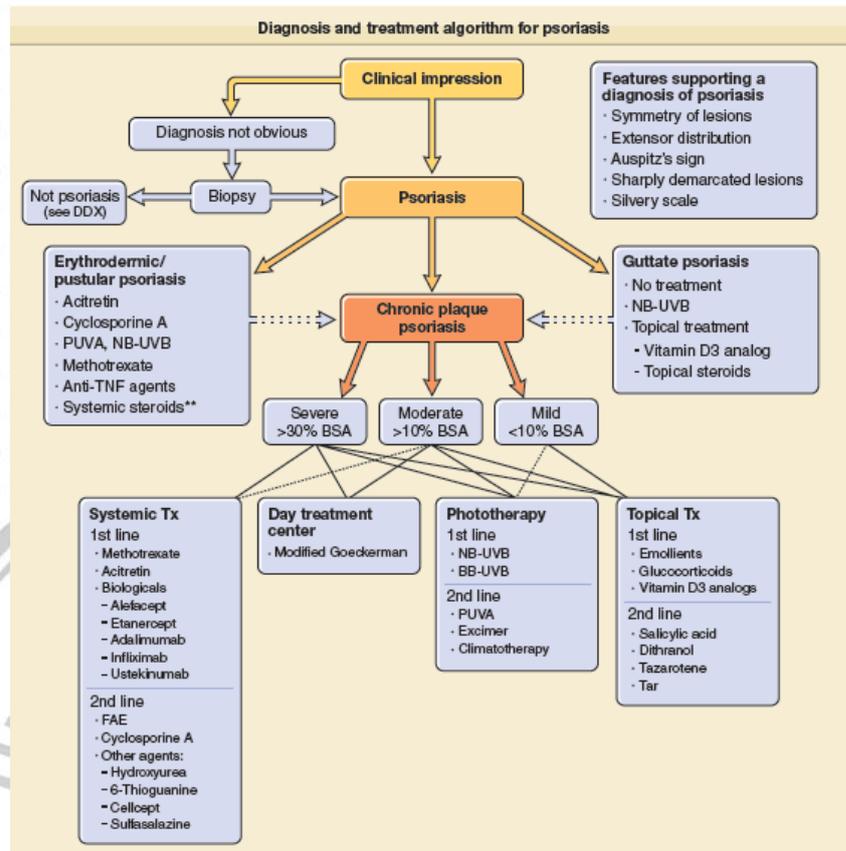
Bentuk fototerapi pada psoriasis meliputi; *Narrowband UVB* (NB-UVB;310-311 nm), *Broadband UVB* (BB-UVB), *Psoralen and UVA light* (PUVA), dan *Excimer Laser* (308 nm). Penggunaan NB-UVB lebih efektif dibandingkan BB-UVB. *Psoralen and UVA light* (PUVA) menginduksi remisii pada 70%-90% pasien, penggunaan PUVA kurang nyaman daripada NB-UVB namun mungkin lebih efektif(Gudjunson dkk, 2012).

Fototerapi NB-UVB merupakan rekomendasi terapi lini pertama pada sebagian besar pasien dengan psoriasis sedang hingga berat. Dosis awal NB-UVB ditentukan berdasarkan *phototesting* kulit dan penentuan *minimal erythematol dose* (MED) atau pada fototipe kulit. Perkiraan fototipe kulit mungkin tidak akurat sehingga tes foto MED biasanya dilakukan untuk menentukan dosis. NB-UVB dapat menyebabkan eritema dan pruritus akut. Fototerapi PUVA merupakan kombinasi dari psoralens dan radiasi ultraviolet gelombang panjang (UVA 320-400 nm). Psoralens mengikat DNA dan akan diaktifkan oleh UVA sehingga menyebabkan kerusakan

permanen pada DNA yang mengakibatkan kematian sel. Fototerapi PUVA menurunkan hiperproliferasi keratinosit, menurunkan sel penyaji antigen di dermis, mengurangi angiogenesis, menyebabkan apoptosis sel T dan remisi psoriasis. Psoralen yang biasanya digunakan adalah 8-*methoxypsoralen* (8-MOP), 5-*methoxypsoralen* (5-MOP), dan *trioxypsoralen* (T-MOP). Psoralen juga digunakan secara topikal atau oral dalam kombinasi dengan UVA (Burden, 2016).

2.10.5 Terapi Biologi

Terapi biologi merupakan terapi tambahan untuk pengobatan psoriasis sedang dan berat. Memiliki kemanjuran jangka pendek dan panjang serta profil keamanan yang baik. *Alefacept* merupakan terapi biologi pertama untuk pengobatan psoriasis. Berikatan dengan CD2 di sel T, mencegah interaksi dengan LFA-3 pada APC sehingga akan mencegah aktivasi sel T. *Efalizumab* juga diakui sebagai biologi terapi psoriasis yang menargetkan CD11a, subunit dari LFA-1. Selain itu, terdapat *TNF-Targeting Therapeutics*. Antagonis TNF meliputi *etanercept*, *infliximab*, *adalimumab*, *golimumab*, and *certolizumab*. Agen akan berikatan dengan TNF dan mencegah interaksi dengan reseptor TNF yang kemudian mengarah kepada penghambatan jalur NF- κ B yang meliputi proliferasi sel, survival sel, dan produksi sitokin. (Raychauduri, dkk.2018).



Gambar 2. 1 Algoritma Tatalaksana Psoriasis

(Gudjunson,dkk.2012.)

2.11 Prognosis

Dalam banyak kasus, psoriasis plak kronis dan persisten, mengalami perubahan sedikit selama bertahun-tahun. Psoriasis guttata memiliki prognosis yang lebih baik daripada yang memiliki onset lebih lambat serta memiliki remisi yang lebih lama setelah perawatan. Psoriasis eritroderma dan psoriasis pustular memiliki nilai morbiditas yang cukup besar (Burden, 2016).

2.12 Kualitas Hidup pada Pasien Psoriasis

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien psoriasis. Dalam penelitian oleh Krisnanto dkk tahun 2016 tentang faktor-faktor prediktor kualitas hidup pasien psoriasis didapatkan hasil bahwa



bentuk klinis merupakan faktor prediktor kualitas hidup pada pasien psoriasis. Penelitian tersebut mengambil data sekunder berupa rekam medis dan data primer melalui kuisioner *Psoriasis Disability Index*(PDI) serta menggunakan analisis univariat yang bertujuan untuk memperoleh gambaran umum penderita psoriasis dengan kualitas hidup meliputi usia, indeks masa tubuh (IMT), pekerjaan, pendidikan, dan bentuk klinis. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah tidak dapat meneliti kualitas hidup untuk pasien dengan bentuk klinis lainnya dikarenakan terbatasnya data(Krisnanto dkk, 2016).

Pada penelitian oleh Hui-Ju Yang dan Kuo-Chia Yang tahun 2015 tentang *Impact of Psoriasis on quality of life in Taiwan* yang mengambil sampel dari 200 pasien dengan 100 pasien penderita psoriasis dan 100 pasien penderita kelainan kulit biasa, hasilnya menunjukkan bahwa penderita psoriasis mengalami penurunan dalam kualitas hidup mereka meliputi emosi, fungsi kehidupan sehari-hari, dan pekerjaan dibandingkan dengan penderita kelainan kulit biasa(Hui-Ju,Kuo-Chia, 2015).

Penelitian mengenai kualitas hidup pada pasien psoriasis juga dilakukan, Darjani dkk tahun 2014 menggunakan *Short-form 36 questionnaire*. Penelitian ini juga meneliti hubungan antara derajat keparahan melalui skor PASI dengan kualitas hidup pada pasien psoriasis. Partisipan penelitian sejumlah 55 pasien psoriasis dan 55 partisipan sebagai kontrol. Hasil yang didapatkan adalah adanya perbedaan skor QOL yang signifikan antara pasien dan kontrol terutama dalam 3 hal; fisik, kesehatan, dan fungsi sosial. Nilai perbedaan akan semakin meningkat seiring dengan tingkat keparahan penyakit. Psoriasis dapat mengganggu kualitas hidup

pasien dan ditemukan dalam penelitian ini bahwa sebagian besar pasien dengan psoriasis dapat diklasifikasikan ke dalam kelompok berpenghasilan rendah (Darjani dkk, 2014).

2.13 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Psoriasis

Health-related quality of life (HRQOL) adalah pengukuran penting persepsi pasien terhadap penyakitnya. Selama 3 dekade terakhir, banyak instrumen telah dikembangkan untuk mengukur HRQOL, dengan dua pendekatan dasar yaitu generik yang dapat diterapkan secara luas dalam berbagai jenis dan tingkat keparahan penyakit serta pendekatan spesifik untuk menilai penyakit tertentu. Semua instrumen HRQOL harus valid dan memiliki realibilitas serta responsivitas yang tinggi. Validitas memastikan bahwa instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur. Realibilitas yakni instrumen tersebut dapat membedakan subjek. Pengukuran evaluasi responsif dapat menunjukkan adanya perubahan pada HRQOL selama periode waktu tertentu (Wells et al, 2011).

Instrumen generik dirancang untuk menilai HRQOL dalam berbagai populasi dengan atau tanpa penyakit kronis. Instrumen generik tidak cukup sensitif untuk mendeteksi perubahan HRQOL di setiap penyakit tertentu sehingga lebih banyak digunakan untuk membandingkan HRQOL dalam populasi dengan penyakit yang berbeda. Pengukuran yang digunakan termasuk *Short Form 36* (SF-36) dan *EuroQOL 5D* (EQ-5D). Instrumen pengukuran spesifik fokus terhadap penyakit tertentu. Instrumen ini mengukur perubahan HRQOL dari waktu ke waktu atau dengan pengobatan, yang tidak mungkin dilakukan dengan instrumen generik. Beberapa instrumen spesifik penyakit yang umum digunakan meliputi ASQoL untuk

ankylosing spondylitis, PsAQoL untuk *psoriatic arthritis*, RAQoL untuk *rheumatoid arthritis*, *Psoriasis Disability Index* (PDI). Instrumen spesifik yang paling sering digunakan untuk meniai HRQOL pada pasien psoriasis adalah *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)(Wells et al, 2011).

2.14 *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)

Tidak terdapat data spesifik mengenai kuisisioner khusus untuk menilai kualitas hidup pasien psoriasis. Beberapa kuisisioner telah digunakan untuk mengukur HRQOL pada pasien dengan psoriasis, termasuk instrumen generik, instrumen generik untuk dermatologi dan kuisisioner penyakit tertentu(Dauden, *et al.* 2012)

Dermatology Life Quality Index (DLQI) adalah penilaian kualitas hidup yang paling sering digunakan karena tingkat reliabilitas, penerapan, dan reproduibilitas yang tinggi. *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) merupakan instrumen penilaian kualitas hidup spesifik pertama yang dikembangkan pada tahun 1994. Kuisisioner DLQI dirancang untuk digunakan pada usia dewasa. Kuisisioner DLQI cukup jelas dan dapat diserahkan kepada pasien yang diminta untuk mengisinya tanpa perlu penjelasan rinci, biasanya pengisian kuisisioner dapat selesai dalam satu hingga dua menit. Kuisisioner DLQI terdiri dari 10 pertanyaan. Setiap pertanyaan memiliki 4 alternatif jawaban mulai dari "tidak sama sekali", "sedikit", "banyak", "sangat banyak" dengan masing-masing skor 0,1,2,3. Enam bagian yang dianalisis dalam kuisisioner mencakup gejala dan perasaan (pertanyaan 1 dan 2), aktivitas sehari-hari (pertanyaan 3 dan 4), waktu luang (pertanyaan 5 dan 6), pekerjaan atau sekolah (pertanyaan 7), hubungan pribadi (pertanyaan 8 dan 9), serta pengobatan (pertanyaan 10). Skor akhir DLQI didapatkan dari

penjumlahan skor tiap pertanyaan dengan skor maksimal 30 dan minimal 0.

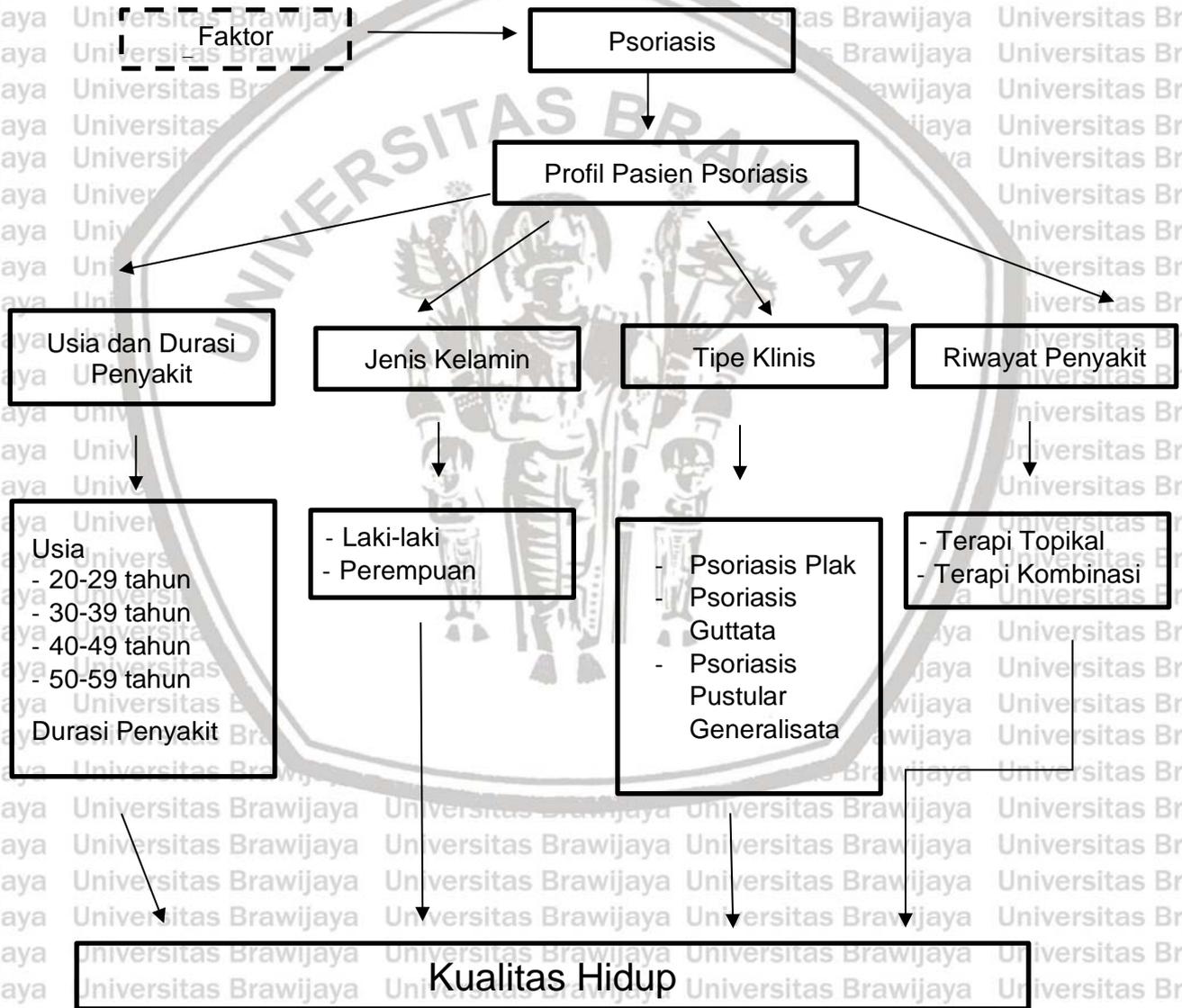
Semakin tinggi skor DLQI maka semakin besar pengaruh penyakit terhadap kualitas hidup pasien (Preksha et al, 2015)



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

- : diteliti
- : tidak diteliti



Psoriasis merupakan kondisi peradangan pada kulit yang ditandai dengan ruam, kulit bersisik dan kering. Faktor genetik dan faktor imunologik menjadi faktor yang menyebabkan psoriasis. Selain itu, terdapat faktor pencetus lain seperti; stres psikis, infeksi fokal, trauma, endokrin, gangguan metabolik, obat-obatan, alkohol, dan merokok. Psoriasis merupakan penyakit kronis yang dapat bertahan lama dan dapat mengenai segala jenis usia. Psoriasis dibagi menjadi beberapa tipe dilihat dari lokasi anatomis dan gambaran fenotipnya. Beberapa diantaranya adalah ; Psoriasis plak , psoriasis guttata, dan psoriasis pustular generalisata. Manifestasi klinis pada pasien psoriasis bergantung dari derajat keparahan psoriasis yang ditentukan dari banyaknya area tubuh yang terkena lesi psoriasis. Derajat keparahan mulai dari ringan hingga berat pada pasien psoriasis akan menentukan terapi yang harus diberikan pada pasien psoriasis. Keberhasilan terapi psoriasis mempengaruhi prognosis yang dihasilkan. Umumnya terapi psoriasis merupakan terapi jangka panjang. Psoriasis tidak mempengaruhi kelangsungan hidup namun memiliki dampak besar pada kualitas hidup pasien psoriasis. Penderita psoriasis terutama juga akan mengalami dampak mental dan sosial yang berakibat pada keberlangsungan kualitas hidup pasien psoriasis.

3.2 Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan antara profil (usia dan durasi penyakit, jenis kelamin, tipe klinis, serta riwayat terapi) dengan kualitas hidup pada pasien psoriasis di RSUD dr.Saiful Anwar Malang

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik untuk mengetahui hubungan antara profil penyakit psoriasis dan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan data primer berupa kuisioner dan data sekunder berupa rekam medik.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah penderita psoriasis dan populasi terjangkau yaitu seluruh pasien psoriasis yang berobat ke RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

4.2.2 Sampel

4.2.2.1 Kriteria Inklusi

1. Penderita psoriasis yang telah memenuhi diagnosis psoriasis secara klinis (melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik)
2. Bersedia menjadi subjek penelitian dan mengisi kuisioner penelitian setelah sebelumnya diberi *informed consent*.

4.2.2.2 Kriteria Eksklusi

1. Pasien yang tidak memiliki data kuisioner secara lengkap
2. Pasien psoriasis dengan penyulit

4.2.3 Pengambilan Sampel

4.2.3.1 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan *non-probability sampling* yaitu dilakukan secara *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan waktu penelitian (Sugiyono,2015).

4.2.3.2 Besar Sampel

Besar sampel akan ditentukan menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian analitik dengan data kategorik tidak berpasangan(Dahlan,2013).

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{(Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q P_2})}{(P_1 - P_2)} \right]^2$$

Keterangan

Z α : deviat baku alfa (1,96)

Z β : deviat baku beta (0,84)

P $_2$: proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya (0,97% \rightarrow 0,0097)

Q $_2$: 1 - P $_2$ (0,9903)

P $_1$: proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan *judgement* peneliti (0,3097)

Q $_1$: 1- P $_1$ (0,06903)

P $_1$ -P $_2$: selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (0,3)

P : proporsi total = (P $_1$ +P $_2$)/2 \rightarrow 0,1597

Q : Q $_1$ + Q $_2$ /2 = 0,8403

$$n = \left[\frac{(1,96 \sqrt{2 \cdot 0,1597 \cdot 0,8403} + 0,84 \sqrt{0,3097 \cdot 0,6903 + 0,0097 \cdot 0,9903})}{0,3} \right]^2$$



$n = 22$

Penghitungan besar sampel berdasarkan rumus diatas diperoleh besar sampel minimal yang dibutuhkan sebanyak 22.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Kulit dan Kelamin dan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Saiful Anwar Malang. Penelitian ini dilaksanakan Januari-April 2021.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah profil pasien psoriasis yaitu:

- Usia (Skala Numerik)
- Durasi Penyakit (Skala Numerik)
- Jenis kelamin (Skala Nominal)
- Tipe klinis (Skala Nominal)
- Riwayat Terapi (Skala Nominal)

4.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup pasien psoriasis (Skala Ordinal)

4.5 Definisi Operasional

1. Psoriasis

- Psoriasis adalah penyakit peradangan kronis pada kulita yang ditandai lesi kulit eritematosa, kering, berbatas tegas, dan plak bersisik dengan berbagai ukuran.
- Alat Ukur : Rekam medis

- Cara pengukuran : Berdasarkan catatan rekam medis dilihat pada diagnosis pasien.

- Skala pengukuran adalah nominal

- Hasil pengukuran: Gambaran klinis yang menunjukkan hasil positif

2. Kualitas hidup pasien psoriasis

- Kualitas yang dirasakan dalam kehidupan sehari-hari pada pasien psoriasis yang mencakup seluruh aspek emosi, sosial, dan fisik dalam kehidupan individu.

- Alat ukur : Kuisisioner DLQI

- Cara pengukuran : Berdasarkan skor pada kuisisioner DLQI.

- Skala pengukuran adalah ordinal

- Hasil pengukuran :

- 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

3. Usia dan Durasi Penyakit

- Usia responden pada saat ini (saat dilakukan penelitian).

- Alat Ukur : Data sampel penelitian pada kuisisioner

- Cara pengukuran : Berdasarkan data sampel penelitian pada kuisisioner dan diukur berdasarkan golongan usia.

- Skala pengukuran adalah rasio

- Hasil pengukuran :

Usia :

- 20-29 tahun

- 30-39 tahun

- 40-49 tahun

- 50-59 tahun

4. Durasi Penyakit

- Durasi atau lama waktu sejak responden didiagnosis psoriasis hingga saat ini (saat dilakukan penelitian)
- Alat Ukur : Data sampel penelitian pada kuisisioner
- Cara pengukuran : Berdasarkan data sampel penelitian pada kuisisioner dan diukur berdasarkan golongan usia.
- Skala pengukuran adalah rasio
- Hasil Pengukuran : Durasi terpanjang dan terpendek, serta rata-rata durasi penyakit

5. Jenis Kelamin

- Karakteristik biologis seseorang yang diperoleh sejak lahir
- Alat ukur : Data sampel penelitian pada kuisisioner
- Cara pengukuran : Berdasarkan data sampel penelitian pada kuisisioner.
- Skala pengukuran adalah nominal
- Hasil pengukuran :
 - Laki-laki
 - Perempuan

5. Tipe klinis

- Variasi bentuk psoriasis berdasarkan gambaran klinis.
- Alat ukur : Rekam medis
- Cara pengukuran : Berdasarkan catatan diagnosis pada rekam medis pasien

- Skala pengukuran adalah nominal
- Hasil pengukuran : Jenis tipe klinis berdasarkan gambaran klinis pada pasien

- Psoriasis Plak
- Psoriasis Pustular Generalisata
- Psoriasis Guttata

6. Riwayat Terapi

- Usaha untuk memberikan pengobatan untuk memulihkan atau meningkatkan kualitas hidup pasien.
- Alat ukur : Rekam medis
- Cara pengukuran : Berdasarkan catatan terapi yang tercantum pada rekam medis pasien

- Skala pengukuran adalah nominal
- Hasil pengukuran : Terapi yang diberikan kepada pasien berdasarkan catatan riwayat terapi.

- Terapi topikal
- Terapi kombinasi



4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah data rekam medis pasien di RSUD dr. Saiful Anwar Malang, lembar pengumpul data dan lembar kuisisioner DLQI.

4.6.1 Uji Validitas Kuisisioner DLQI

Validasi adalah tingkat keandalan dan kesahihan alat ukur yang digunakan. Instrumen dikatakan valid berarti menunjukkan alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data itu valid atau dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2013). Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji *pearson product moment* dengan kaidah jika koefisien r hitung $>$ r tabel maka butir instrumen valid, dengan menggunakan 10 responden penelitian maka diperoleh nilai r tabel sebesar 0.444. dengan hasil perhitungan sebagai berikut :

Tabel 4. 1 Hasil Uji Validitas Kuisisioner DLQI

No	Butir	R hitung	R tabel	Keterangan
1	P1	0.715	0.444	Valid
2	P2	0.682	0.444	Valid
3	P3	0.672	0.444	Valid
4	P4	0.656	0.444	Valid
5	P5	0.743	0.444	Valid
6	P6	0.736	0.444	Valid
7	P7	0.771	0.444	Valid
8	P8	0.725	0.444	Valid
9	P9	0.656	0.444	Valid
10	P10	0.681	0.444	Valid

Berdasarkan hasil uji *pearson product moment* dapat diketahui bahwa keseluruhan butir instrumen valid, temuan ini dibuktikan dengan keseluruhan butir instrumen yang memiliki koefisien r hitung $>$ r tabel.

4.6.2 Uji Reliabilitas Kuisisioner DLQI

Uji Reliabilitas dilakukan untuk mengetahui apakah instrumen tersebut dapat membedakan subjek, uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji *cronbach alpha* dengan kaidah jika *cronbach alpha* > 0.6 maka butir instrumen reliabel. berdasarkan hasil uji maka diperoleh hasil perhitungan sebagai berikut:

Tabel 4. 2 Hasil Uji Reliabilitas Kuisisioner DLQI

No	Instrumen	Cronbach Alpha	CuttOff	Keterangan
1	IKHDT	0.882	0.6	Reliabel

Berdasarkan hasil pengujian dapat diperoleh temuan bahwa instrumen penelitain reliabel, temuan ini dibuktikan dengan koefisien *cronbach* = 0.882 > 0.6

4.7 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

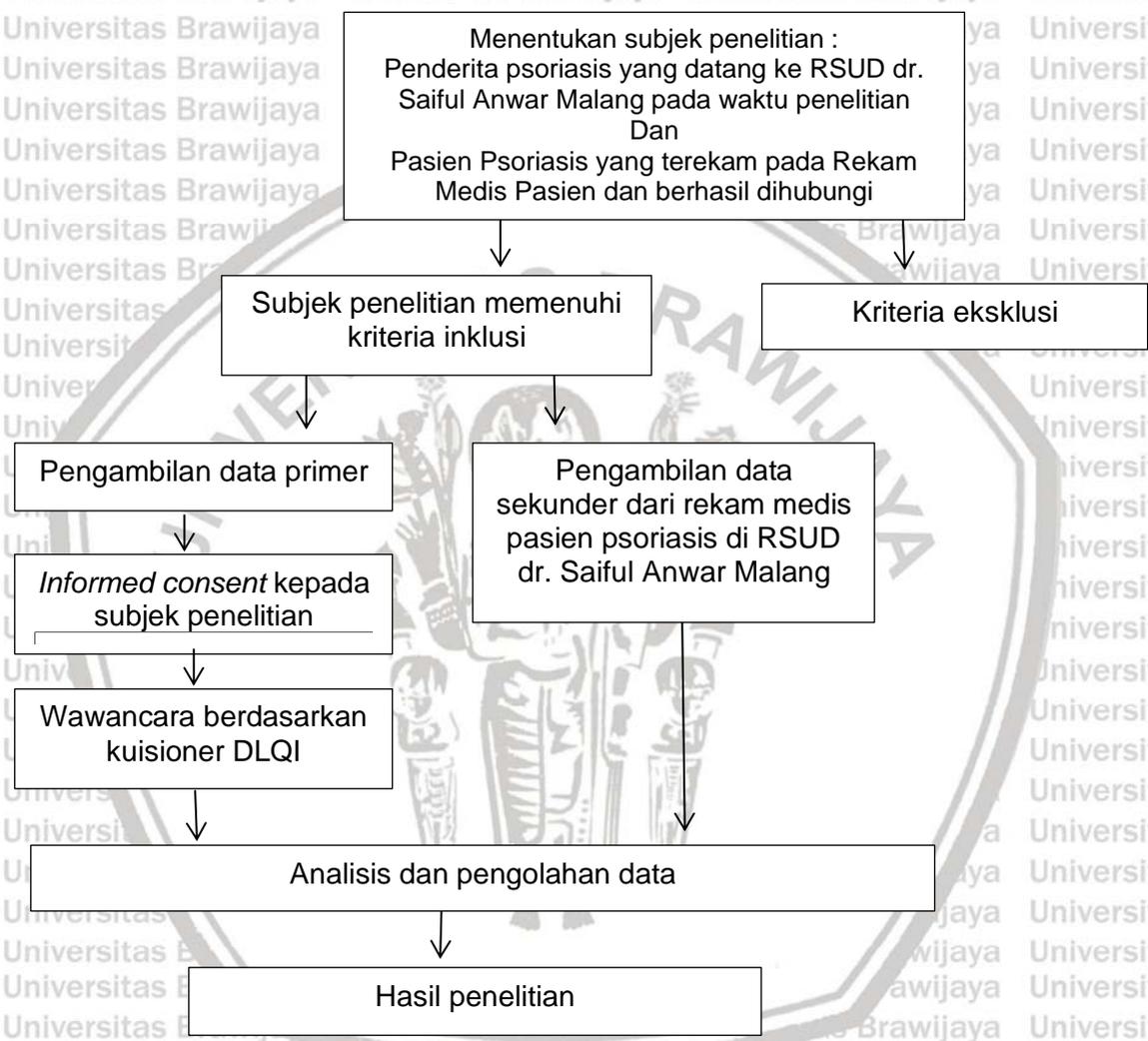
1. Memeriksa data rekam medis pasien Psoriasis pada Poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD dr Saiful Anwar Malang
2. Menentukan subjek penelitian yang sesuai berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi
3. Menghubungi subyek penelitian yang tercatat di rekam medis untuk dimintai persetujuan
4. Jika selama periode penelitian terdapat pasien Psoriasis yang datang ke Poliklinik Poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD dr Saiful Anwar Malang dan memenuhi keriteria inklusi, maka dimasukkan menjadi subyek penelitian

5. Subjek penelitian yang bersedia ikut dalam penelitian diberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan serta meminta persetujuan penelitian
6. Melakukan pengumpulan data primer dengan menggunakan kuisioner
7. Melakukan pengambilan data profil pasien dengan menggunakan data sekunder rekam medis pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang dan melalui metode wawancara terpimpin (mengisi lembar pengumpul data).
8. Melakukan pencatatan data yang didapatkan dari kuisioner dan rekam di lembar pengumpul data
9. Menganalisis data yang diperoleh untuk mendapatkan hasil penelitian



4.8 Alur Penelitian

Alur pada penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



4.9 Analisis Statistik

Analisa statistik pada penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis multivariat. Analisis dan penyajian data dilakukan dengan Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian dan dianalisis untuk mengetahui distribusi dan

persentase dari tiap variabel(Notoatmojo,2010). Variabel dependen dan variabel independen akan dideksripsikan berdasarkan jenis data variabel.

4.9.2 Anallisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, dilakukan analisis uji komparasi untuk mengetahui hubungan antara tujuan khusus yang diteliti

4.9.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen. Dalam penelitian ini, uji multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik karena variabel dependen berupa data kategorik. Analisis regresi logistik adalah analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik (logistic regression) yang variabel bebasnya merupakan kombinasi antara kontinyu (metric) dan kategori (non metric) (nominal). Regresi logistik adalah regresi yang digunakan untuk menguji sejauh mana probabilitas terjadinya variabel dependen dapat diprediksi dengan variabel independen(Ghozali,Imam. 2011).

4.9.4 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	2020			2021										
		Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sept	Okt	
1.	Pengajuan Judul														
2.	Penyusunan dan Uji Proposal														
3.	Pengurusan izin penelitian														
4.	Pengumpulan data														

5.	Analisis data								
6.	Penyusunan Laporan								



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik Kulit dan Kelamin dan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Saiful Anwar Malang. Responden dalam penelitian ini berjumlah 22 penderita psoriasis yang telah memenuhi kriteria inklusi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara profil pasien yaitu usia, jenis kelamin, durasi, tipe klinis dan riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis. Tahapan analisis statistik data yang akan diuraikan pada bab ini yaitu uji univariat yaitu statistik deskriptif, uji bivariat yaitu hubungan masing-masing variabel bebas usia, jenis kelamin, durasi, tipe klinis dan riwayat terapi dengan kualitas hidup yang diuji dengan menggunakan *Chi Square* serta uji multivariat untuk mengetahui faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien yaitu regresi ordinal.

Tabel 5. 1 Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik Pasien	Frekuensi
Jenis Kelamin	
• Laki-Laki	13 (59.1%)
• Perempuan	9 (40.9%)
Durasi , median (min-max)	6 (1-40)
Usia	
• 20-29 tahun	6 (27.3%)
• 30-39 tahun	4 (18.2%)
• 40-49 tahun	6 (27.3%)
• 50-59 tahun	6 (27.3%)
Tipe Klinis	
• Psoriasis Vulgaris	16 (72.7%)
• Psoriasis Pustular Generalisata	3 (13.6%)



• Psoriasis Guttata	3 (13.6%)
Riwayat Pengobatan	
• Terapi Topikal	1 (4.5%)
• Terapi Kombinasi	21 (95.5%)
Kualitas Hidup yang diukur menggunakan kuisioner DLQI	
• Tidak berpengaruh	3 (13.6%)
• Sedikit berpengaruh	6 (27.3%)
• Berpengaruh sedang	4 (18.2%)
• Sangat berpengaruh	7 (31.8%)
• Amat sangat berpengaruh	2 (9.1%)

Berdasarkan Tabel 5.1 diketahui bahwa jumlah pasien laki-laki lebih dominan dibandingkan perempuan dengan usia terbanyak yaitu <30 tahun dan di atas 40 tahun. Rata-rata durasi pasien menderita psoriasis adalah 6 tahun dengan durasi paling cepat 1 tahun dan paling lama 44 tahun. Tipe Vulgaris adalah jenis yang paling banyak diderita pasien psoriasis (72.7%) dan mayoritas pernah mendapat terapi kombinasi yaitu 95.5%. Berdasarkan kualitas hidup yang diukur dengan menggunakan kuisioner DLQI diketahui lebih banyak pasien yang memiliki pengaruh dengan kualitas hidupnya dibandingkan yang tidak berpengaruh.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan tiap-tiap variabel bebas yaitu usia, jenis kelamin, durasi, tipe klinis dan riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis. Uji yang digunakan adalah komparatif kategorik menggunakan Chi Square karena baik variabel bebas maupun terikat berskala kategorik. Uji Chi Square memiliki syarat yaitu nilai expected count yang bernilai <5 tidak boleh melebihi 20%. Jika syarat tidak terpenuhi maka digunakan uji alternatif yaitu Fisher untuk tabel Chi Square

2x2, Mann Whitney untuk tabel Chi Square $2x \geq 2$ dan Kruskal Wallis untuk tabel Chi Square $> 2x \geq 2$.

5.2.1 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup

Hubungan usia dengan kualitas hidup pasien penderita psoriasis diuji menggunakan *Kruskal Wallis* karena syarat tidak terpenuhi. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 2 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup

Usia	Frekuensi	P
20-29 tahun	6 (100%)	0.239
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<p>1 (16.7%)</p> <p>2 (33.3%)</p> <p>0(0%)</p> <p>3(50%)</p> <p>0 (0%)</p>	
30-39 tahun	4(100%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<p>1 (25.0%)</p> <p>1 (25.0%)</p> <p>1 (25.0%)</p> <p>1(25.0%)</p> <p>0 (0%)</p>	
40-49 tahun	6 (100%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<p>1 (16.7%)</p> <p>2 (33.3%)</p> <p>2 (33.3%)</p> <p>1 (16.7%)</p> <p>0 (0%)</p>	
50-59 tahun	6 (100%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<p>0 (0%)</p> <p>1(16.7%)</p> <p>1 (16.7%)</p> <p>2 (33.3%)</p> <p>2 (33.3%)</p>	



Hasil tabulasi silang antara usia dan kualitas hidup diperoleh informasi bahwa pada pasien psoriasis yang berusia 20-29 tahun berjumlah 6 orang dimana sebanyak 2 orang (33.3%) merasakan sedikit berpengaruh terhadap kehidupan mereka sedangkan 3 orang lainnya (50%) merasa sangat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Kemudian dari 4 pasien psoriasis yang berusia 30-49 tahun masing-masing merasakan tidak ada pengaruhnya, sedikit berpengaruh, sedang dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka. Berikutnya dari 6 pasien psoriasis yang berusia 40-49 tahun diketahui 5 diantaranya menyatakan memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup mereka baik sedikit, sedang maupun tinggi. Demikian pula dengan 6 pasien psoriasis berusia 50-59 tahun masing-masing juga menyatakan memiliki sedikit pengaruh, sedang, sangat dan amat sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka.

Hasil uji Kruskal Wallis didapatkan nilai $p=0,239$ yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan Kualitas Hidup yang diukur dengan menggunakan kuisioner DLQI.

5.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup

Hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien penderita psoriasis diuji menggunakan *Mann Whitney* karena syarat tidak terpenuhi. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup

Jenis kelamin	Frekuensi	P
Laki-laki	13 (100%)	0.826
• Tidak berpengaruh	2 (15.4%)	



- Sedikit berpengaruh 4 (30.8%)
- Berpengaruh sedang 1 (7.7%)
- Sangat berpengaruh 4 (30.8%)
- Amat sangat berpengaruh 2(15.4%)

Perempuan 9 (100%)

- Tidak berpengaruh 1 (11.1%)
- Sedikit berpengaruh 2 (22.2%)
- Berpengaruh sedang 3 (33.3%)
- Sangat berpengaruh 3 (33.3%)
- Amat sangat berpengaruh 0 (0%)

Hasil tabulasi silang antara jenis kelamin dan kualitas hidup diperoleh informasi bahwa dari 13 pasien psoriasis laki-laki, paling banyak merasakan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka (30.8%) sedangkan dari 9 pasien psoriasis perempuan paling banyak merasa berpengaruh sedang dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka (33.3%). Hasil uji Mann Whitney didapatkan nilai $p=0,826$ yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan Kualitas Hidup yang diukur dengan menggunakan kuisioner DLQI.

5.2.3 Hubungan Durasi Penyakit dengan Kualitas Hidup

Hubungan durasi penyakit dengan kualitas hidup pasien penderita psoriasis diuji menggunakan korelasi Spearman (data numerik–kategorik). Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut

Tabel 5.4 Korelasi durasi penyakit dengan Kualitas Hidup

Variabel bebas	Variabel terikat	Hasil
Durasi numerik	Kualitas hidup	$r = -0.160$
		Sig = 0.476

Hasil korelasi antara durasi penyakit skala numerik dengan kualitas hidup pasien penderita psoriasis diperoleh nilai sig sebesar 0.478 (sig >



0.05) yang menunjukkan tidak terdapat korelasi yang signifikan antara kedua variabel. Besarnya korelasi adalah -0.160 dengan arah negatif dan masuk dalam kategori sangat lemah ($0.0 < 0.2$)

5.2.4 Hubungan Tipe Klinis dengan Kualitas Hidup

Hubungan tipe klinis dengan kualitas hidup pasien penderita psoriasis diuji menggunakan Kruskal Wallis karena syarat tidak terpenuhi.

Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 4 Hubungan Tipe Klinis dengan Kualitas Hidup

Tipe Klinis	Frekuensi	P
Psoriasis Plak	16 (100%)	0.273
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<ul style="list-style-type: none"> 2 (12.5%) 3 (18.8%) 3 (18.8%) 6(37.5%) 2 (12.5%) 	
Psoriasis Pustular Generalisata	3 (100%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<ul style="list-style-type: none"> 1 (33.3%) 0 (0%) 1 (33.3%) 1 (33.3%) 0 (0%) 	
Psoriasis Guttata	3 (100%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berpengaruh • Sedikit berpengaruh • Berpengaruh sedang • Sangat berpengaruh • Amat sangat berpengaruh 	<ul style="list-style-type: none"> 0 (0%) 3 (100%) 0 (0%) 0 (0%) 0 (0%) 	

Hasil tabulasi silang antara tipe klinis dan kualitas hidup diperoleh informasi bahwa dari 16 pasien Psoriasis Plak, paling banyak merasakan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya (37.5%), berpengaruh



sedang (18.8%), sedikit berpengaruh (18.8%), amat sangat berpengaruh dan tidak berpengaruh (12.5%).

Kemudian dari 3 pasien Psoriasis Pustular Generalisata, masing-masing menyatakan tidak berpengaruh, berpengaruh sedang dan sangat berpengaruh. Sedangkan dari 3 pasien Psoriasis Guttata semuanya menyatakan sedikit berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka.

Hasil uji Kruskal Wallis didapatkan nilai $p=0,273$ yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tipe klinis dengan Kualitas Hidup yang diukur dengan menggunakan kuisisioner DLQI.

5.2.5 Hubungan Riwayat Terapi dengan Kualitas Hidup

Hubungan riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien penderita psoriasis diuji menggunakan Mann Whitney karena syarat tidak terpenuhi.

Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 5 Hubungan Riwayat Terapi dengan Kualitas Hidup

Riwayat Terapi	Frekuensi	P
Terapi topikal	1 (100%)	0.371
• Tidak berpengaruh	0 (0%)	
• Sedikit berpengaruh	0 (0%)	
• Berpengaruh sedang	0 (0%)	
• Sangat berpengaruh	1 (100%)	
• Amat sangat berpengaruh	0 (0%)	
Terapi kombinasi	21 (100%)	
• Tidak berpengaruh	3 (14.3%)	
• Sedikit berpengaruh	6 (28.6%)	
• Berpengaruh sedang	4 (19.0%)	
• Sangat berpengaruh	6 (28.6%)	
• Amat sangat berpengaruh	2 (9.5%)	



Hasil tabulasi silang antara riwayat terapi dan kualitas hidup diperoleh informasi bahwa dari 1 pasien psoriasis yang mendapat terapi topikal menyatakan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Kemudian dari 21 pasien psoriasis yang mendapat terapi kombinasi diketahui paling banyak menyatakan sedikit berpengaruh dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Hasil uji Mann Whitney didapatkan nilai $p=0,371$ yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara riwayat terapi dengan Kualitas Hidup yang diukur dengan menggunakan kuisisioner DLQI.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel bebas di antara usia, jenis kelamin, durasi, tipe klinis dan riwayat terapi yang paling dominan terhadap kualitas hidup pasien psoriasis. Uji yang digunakan adalah regresi ordinal karena variabel terikat berskala kategorik ordinal >2 kategori dengan kualitas hidup amat sangat berpengaruh menjadi pembanding. Variabel yang menjadi kandidat analisis multivariat adalah variabel yang menghasilkan nilai $p < 0.25$ dari hasil uji bivariatnya. Dari hasil sebelumnya diketahui hanya usia saja yang menghasilkan nilai $p < 0.25$. Sehingga akan dilanjutkan dengan analisis regresi ordinal dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5. 6 Regresi Ordinal

Usia	OR (CI 95%)	Nilai P
20-29 tahun	5.55 (0.601-51.264)	0.131
30-39 tahun	9.42 (0.778-14.091)	0.078
40-49 tahun	9.079 (0.935-88.058)	0.057



Hasil analisis regresi ordinal menunjukkan bahwa dari hasil wald usia 20-29 tahun, usia 30-39 tahun dan usia 40-29 tahun tidak berpengaruh signifikan ($\text{sig} > 0.05$) terhadap kualitas hidup yang lebih baik.



BAB VI**PEMBAHASAN****6.1 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup Psoriasis**

Usia responden dalam penelitian ini dikelompokkan dalam rentang usia antara 20-59 tahun dengan responden paling sedikit pada kelompok usia 30-39 tahun. Persentase jumlah responden yang sama didapatkan pada kelompok usia 20-29 tahun, 40-49 tahun, dan 50-59 tahun masing-masing sebesar 27,3%. Penelitian oleh Darjani pada tahun 2014 mendapatkan rata-rata usia responden 41 tahun. Secara umum, pasien pada kelompok usia 18-45 tercatat lebih sering mengalami masalah baik yang berkaitan dengan penampilan/sosialisasi maupun pekerjaan/keuangan(Darjani,2014).

Hasil dari uji statistik penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Hal serupa juga didapatkan pada penelitian oleh Daglioglu dkk yang menyatakan tidak terdapat korelasi antara usia dengan kualitas hidup pasien psoriasis(Daglioglu dkk,2016). Penelitian oleh Pezeshkpoor dkk pada tahun 2018 mendapatkan bahwa frekuensi pasien lebih tinggi pada kelompok usia 41-50 tahun dan rata-rata nilai kualitas hidup tertinggi pada kelompok usia 61-70 tahun. Penelitian ini memiliki hasil yang berkebalikan dimana disebutkan bahwa terdapat korelasi antara usia dengan kualitas hidup. Dalam studi ini menunjukkan bahwa dengan bertambahnya usia maka pengaruh psoriasis pada kualitas hidup pasien akan meningkat(Pezeshkpoor dkk, 2018). Kepustakaan menyatakan usia produktif (<40 tahun) berhubungan dengan jenis antigen HLA kelas 1,

terutama HLA-Cw6, sedangkan kejadian psoriasis usia >45 tahun berhubungan dengan adanya HLA kelas 2. Disebutkan dalam pustaka bahwa timbulnya gejala psoriasis pada usia produktif dapat merupakan efek dari stress psikis yang dirasakan penderita dari pekerjaan sehari-hari. (Gudjonsson,2012).

6.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup

Responden dalam penelitian ini terdiri dari 13 laki-laki (59,1%) dan sembilan responden perempuan (40,9%). Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu oleh Maulana di RSUD dr. Soedarso Pontianak tahun 2015 yang didapatkan 65,7% laki-laki dan 34,3% perempuan(Maulana,2015). Hal ini juga didapatkan pada penelitian oleh Sanchez dkk di Mexico pada tahun 2017 dengan sampel 57% laki-laki dan 43% perempuan. Dalam penelitian tersebut menyatakan bahwa jumlah pasien laki-laki yang lebih banyak daripada perempuan kemungkinan terkait dengan kebiasaan hidup yang buruk, kontrol diet yang buruk, kebiasaan merokok, dan konsumsi alkohol berlebih pada laki-laki(Sanchez dkk, 2017)

Dalam penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Pada penelitian oleh Sendrasoa dkk juga tidak ditemukan hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup psoriasis. Secara umum, tidak ada perbedaan dalam tingkat keparahan gejala fisik yang diderita oleh laki-laki dan perempuan(Sendrasoa, dkk. 2020). Penelitian serupa juga didapatkan pada penelitian oleh Daglioglu dkk pada tahun 2016 yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan antara gender pasien dengan nilai kualitas hidup. Dalam studi tersebut ditemukan bahwa rata-rata

skor kualitas hidup psoriasis berkaitan dengan kesulitan dalam kehidupan sehari-hari dan terkait pengobatan yang secara signifikan lebih tinggi pada pria dibandingkan pada wanita (Daglioglu dkk, 2016). Sedangkan pada penelitian oleh Nagrani tahun 2019 menyatakan hasil yang berkebalikan dengan hasil penelitian, yaitu didapatkan kualitas hidup yang lebih berpengaruh pada perempuan. Penelitian tersebut menyatakan bahwa perempuan lebih memperhatikan terkait penampilan fisiknya sehingga penyakit yang mempengaruhi penampilan akan lebih memengaruhi kualitas hidup pada perempuan dibanding laki-laki (Nagrani, 2019).

6.3 Hubungan Durasi Penyakit dengan Kualitas Hidup

Responden pada penelitian ini memiliki durasi psoriasis paling pendek satu tahun dan durasi terlama 40 tahun dengan rata-rata durasi psoriasis adalah enam tahun. Hasil yang sama didapatkan pada penelitian oleh Susanti dkk dimana durasi paling sedikit adalah satu tahun. Namun dalam studi tersebut dijumpai rata-rata durasi psoriasis yang berbeda yaitu selama 7,5 tahun (Susanti dkk, 2020). Begitu pula pada hasil penelitian oleh Cakmur dkk tahun 2015 dengan rata-rata durasi psoriasis 15,05 tahun (Cakmur dkk, 2015). Penelitian berbeda juga dijumpai pada penelitian oleh Sari yang mendapatkan bahwa durasi yang paling banyak dijumpai adalah lebih dari 10 tahun dimana durasi penyakit berkaitan dengan terjadinya komplikasi psoriasis, terlebih apabila psoriasis tidak diobati (Sari, 2019).

Berdasarkan skor kualitas hidup yang diukur menggunakan kuisioner DLQI, dari tiga responden dengan durasi satu tahun masing-masing merasakan sedikit, sedang, dan amat sangat berpengaruh terhadap kualitas

hidup mereka. Sedangkan pada durasi psoriasis paling lama, yaitu 40 tahun merasakan pengaruh sedang terhadap kualitas hidupnya. Penelitian oleh Velenzuela dkk menunjukkan bahwa pasien psoriasis dengan onset dini (awal diagnosis usia <5 tahun) merasakan pengaruh yang lebih besar terkait kualitas hidupnya dibandingkan pasien psoriasis dengan onset lambat (awal diagnosis usia >20 tahun). Pada studi disebutkan bahwa psoriasis memiliki efek samping perjalanan tidak teratur dengan kecenderungan menjadi parah pada pasien psoriasis dengan onset dini (Velenzuela dkk, 2011). Pada penelitian oleh Bulat dkk menunjukkan kualitas hidup yang semakin menurun seiring dengan durasi psoriasis. Durasi penyakit yang lebih lama dikaitkan dengan aspek fisik yang lebih buruk dari kualitas hidup, dengan penampilan umum kulit yang lebih buruk, dan pengaruh yang lebih kuat terhadap pilihan makanan, minuman, pakaian, tata rias, dan gaya rambut. Durasi yang lebih lama juga sangat mempengaruhi pengalaman terkait gejala yang dirasakan serta berkorelasi dengan kecemasan dan depresi pada pasien (Bulat dkk, 2020). Namun dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara durasi dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Hal serupa juga ditemukan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hanafy dkk yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara durasi dengan kualitas hidup pada pasien psoriasis (Hanafy dkk, 2021). Begitu pula dengan hasil yang didapatkan pada penelitian oleh Yang dkk bahwa berkenaan dengan durasi penyakit, penurunan kualitas hidup tidak berhubungan dengan gejala, emosi, kehidupan, dan fungsi sosial atau fungsi pekerjaan (Yang dkk, 2014).

6.4 Hubungan Tipe Klinis dengan Kualitas Hidup Psoriasis

Tipe klinis yang didapatkan pada penelitian ini adalah psoriasis plak, psoriasis pustular generalisata, dan psoriasis guttata. Tipe klinis yang terbanyak diderita pasien adalah psoriasis plak (72,7%) diikuti jumlah yang sama antara psoriasis pustular generalisata (13,6%) dan psoriasis guttata (13,6%). Hal ini sesuai dengan penelitian di RSUD Kota Semarang dengan tipe yang banyak diderita oleh pasien adalah psoriasis plak dengan bentuk klinis plak eritema dengan skuama (Krisnarto dkk, 2015). Pada penelitian oleh Sanchez di Mexico juga didapatkan tipe psoriasis yang paling dominan adalah psoriasis plak atau psoriasis plak (95,38%) dan paling sedikit yaitu tipe psoriasis pustular generalisata (Sanchez, 2017). Trauma dan stres yang diduga berasal dari pekerjaan sehari-hari pasien juga menyebabkan tingginya insidensi psoriasis plak, seperti yang didapatkan pada penelitian yang dilakukan di RSUP Dr.Kariadi dengan tipe terbanyak psoriasis plak (80,85%) (Cantika, 2012). Begitu pula pada penelitian yang dilakukan di RSCM tahun 2019, dimana tipe psoriasis plak merupakan tipe terbanyak (73%), diikuti dengan psoriasis guttata dan eritroderma (9%). Pada studi tersebut menyebutkan bahwa psoriasis guttata lebih sering terjadi pada usia anak dan dewasa muda (Budianti, dkk. 2019).

Dari hasil penelitian, tiga orang yang menderita psoriasis guttata semuanya menyatakan sedikit berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka. Responden yang menderita psoriasis pustular generalisata masing-masing menyatakan tidak berpengaruh, berpengaruh sedang, dan sangat berpengaruh. Hasil penelitian yang menyatakan amat sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup didapatkan pada pasien yang menderita psoriasis

plak. Namun, hasil dari uji statistik penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara tipe klinis dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr Saiful Anwar Malang. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan di RSUD Kota Semarang yang menyatakan terdapat hubungan antara bentuk klinis dengan kualitas hidup pasien psoriasis, serta bentuk klinis terbanyak yaitu tipe psoriasis plak. Studi tersebut menyebutkan bahwa pasien dengan bentuk klinis plak merasa terganggu dengan kehidupannya (Krisnarto, dkk. 2015).

Psoriasis memiliki manifestasi klinis yang luas dan umumnya melibatkan diferensiasi lesi berdasarkan morfologi lesi, derajat peradangan, pola penyebaran lesi, dan tingkat keterlibatan permukaan tubuh (Mitra, 2012). Pada psoriasis plak, daerah predileksi lesi adalah siku, lutut, kepala, celah intergluteal, palmar dan plantar. Psoriasis pustular generalisata merupakan psoriasis dengan lesi berupa pustul steril pada sebagian besar tubuh dan ekstremitas. Psoriasis gutata umumnya terjadi setelah infeksi streptokokus pada saluran nafas atas dengan bentuk lesi berupa tetesan air dan plak merah muda dengan skuama pada badan dan ekstremitas (Gudjonsson dkk, 2012). Pada psoriasis gutata seiring dengan regresi infeksi, lesi umumnya hilang secara spontan. Lesi umumnya terlihat pada batang tubuh, bagian proksimal ekstremitas, wajah, dan kulit kepala. Mereka umumnya mengalami regresi dalam waktu 3-4 bulan (Sarac dkk, 2016). Psoriasis pustular generalisata merupakan bentuk psoriasis yang lebih jarang dan sering didapatkan pada individu muda, serta dapat berkembang secara independen atau sebagai komplikasi psoriasis vulgaris seperti pada penghentian pengobatan steroid sistemik secara tiba-tiba,

faktor pemicu intervensi, hipokalsemia, atau pengobatan iritan. Psoriasis pustular generalisata memiliki onset akut dengan penampakan eritematosa yang berhubungan dengan gejala umum, seperti demam tinggi, lesu, dan poliartralgia (Sarac dkk, 2016). Remisi psoriasis pustular generalisata ditandai dengan hilangnya gejala sistemik kemudian menjadi eritroderma atau lesi psoriasis plak (Johan, 2016). Psoriasis plak diklasifikasikan sebagai ringan, sedang, hingga berat serta dikaitkan dengan progresivitas penyakit yang didasarkan pada evaluasi klinis seperti luasnya permukaan kulit yang terkena, dengan luas permukaan lebih dari 10% sering digunakan untuk menandakan keparahan klinis sedang hingga berat (Jaehwan dkk, 2016). Pada penelitian oleh Stander, psoriasis plak merupakan psoriasis yang paling umum dan sekitar 20-44% pasien mengalami bentuk sedang hingga berat. Pruritus merupakan salah satu gejala psoriasis yang paling mengganggu dan pada studi tersebut menunjukkan dampak pruritus kronis pada kualitas hidup pada subjek dengan psoriasis vulgaris, dimana hampir 50% pasien mengalami pruritus selama lebih dari 10 tahun dan pruritus kronis dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (menjadi kurang tidur) dan sering dikaitkan dengan implikasi psikologi, termasuk depresi (Stander dkk, 2019). Pada penelitian oleh Daglioglu dkk, ditemukan terdapat hubungan antara keparahan klinis dengan kualitas hidup pasien psoriasis. Dalam studi tersebut menunjukkan bahwa skor keparahan penyakit pasien dengan area lesi terbuka lebih tinggi dan berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup pasien (Daglioglu dkk, 2016). Pada penelitian oleh Sarkar juga bahwa pasien dengan keterlibatan kulit yang lebih luas memiliki penurunan kualitas hidup yang lebih besar (Sarkar dkk, 2016). Derajat keparahan psoriasis plak juga

mempengaruhi kualitas hidup penderita, dimana semakin berat derajat keparahan, maka akan semakin berat pula gejala psoriasis yang dirasakan penderita, membuat penderita semakin merasa terganggu melakukan aktivitas sehari-hari serta kehidupan sosialnya sehingga kualitas hidup akan menurun dan berdampak buruk (Maulana dkk, 2017). Namun penelitian oleh Sarac menyimpulkan bahwa tipe klinis bukan merupakan faktor penentu keparahan atau perjalanan penyakit melainkan merupakan aspek penting dalam penentuan pengobatan yang akan diberikan (Sarac dkk, 2016).

6.5 Hubungan Riwayat Terapi dengan Kualitas Hidup

Dalam penelitian ini mayoritas responden pernah mendapatkan terapi kombinasi (95,5%) dan hanya satu responden (4,5%) yang pernah mendapatkan terapi topikal. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado menyatakan terapi terbanyak yang digunakan yaitu kombinasi kortikosteroid topikal dan antihistamin oral (66,82%). Dalam studi tersebut penggunaan terapi kombinasi memiliki keuntungan yaitu dapat mengurangi efek samping dan toksisitas serta diperlukan apabila satu terapi menimbulkan resistensi, sedangkan penggunaan antihistamin oral diduga untuk mengurangi rasa gatal yang merupakan keluhan paling sering pada pasien (Moningka, dkk. 2015).

Pada responden dengan riwayat terapi topikal menyatakan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Sedangkan hasil yang beragam didapatkan pada responden dengan riwayat terapi kombinasi yang menyatakan tidak berpengaruh sampai amat sangat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Karamata dkk menunjukkan dalam penelitiannya bahwa

terdapat peningkatan kualitas hidup yang lebih baik pada pasien yang diobati dengan terapi kombinasi dibandingkan mereka yang menerima terapi topikal saja(Karamata dkk,2017). Terapi topikal diberikan pada pasien dengan psoriasis ringan hingga sedang dan direkomendasikan menjadi pengobatan lini pertama pada psoriasis ringan. Kemanjuran terapi topikal, khususnya kombinasi analog vitamin D dengan steroid topikal, seringkali memuaskan, namun pada beberapa pasien terapi topikal tidak efektif. Pada studi tersebut ditunjukkan bahwa hal itu terkait dengan kepatuhan yang buruk terhadap terapi topikal, yang didefinisikan sebagai sejauh mana pasien menggunakan obat-obatan seperti yang ditentukan oleh penyedia layanan kesehatan mereka, mewakili penyebab hasil pengobatan yang buruk(Tan dkk, 2012). Pasien menganggap lebih mudah untuk minum tablet dibanding mengoleskan obat topikal(Kerkhof dkk, 2015). Penelitian oleh Augustin menunjukkan bahwa ketidakpatuhan terkait terapi topikal juga dikaitkan dengan durasi pengobatan serta jumlah dan frekuensi obat yang akan diterapkan pada lesi kulit. Terdapat resep formulasi yang berbeda pada terapi topikal, yakni krim, salep, dan gel yang memiliki karakteristik termasuk daya sebar, densitas, dan viskositas. Kualitas hidup pasien dengan psoriasis dapat dipengaruhi secara negatif oleh lama waktu yang diperlukan untuk aplikasi pengobatan topikal dan masalah kosmetik yang ditimbulkan seperti daya sebar, sifat berminyak, dan visibilitas obat pada kulit(Augustin dkk, 2011). Beberapa monoterapi dengan dosis yang meningkat memberikan efek toksisitas terhadap dosis tinggi pengobatan. Misalnya, fototerapi dosis tinggi dikaitkan dengan peningkatan resiko terbakar, dan efek jangka panjang penggunaan dikaitkan dengan peningkatan resiko kanker

kulit (Stern, 2012). Penggunaan metotreksat dikaitkan dengan supresi sumsum tulang, immunosupresi, dan toksisitas hati. Sementara siklosporin membantu dalam mengelola lesi, namun juga terkait dengan immunosupresi, hipertensi, dan nefrotoksitas terutama bila digunakan dalam jangka panjang (Armstrong dkk, 2015). Karena farmakodinamik, farmakokinetik, dan toksisitas yang terkait dengan berbagai perawatan psoriasis, terapi kombinasi yang dipilih dengan cermat yang disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit, pengobatan sebelumnya, komorbiditas yang ada, dan efek samping. dapat menghasilkan efikasi yang lebih besar serta meminimalkan toksisitas pengobatan (Armstrong dkk, 2015). Namun hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan signifikan antara riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Al Raddadi tahun 2015 yang menyatakan tidak adanya korelasi terhadap kualitas hidup pasien psoriasis yang didasarkan pada jenis pengobatan yang didapatkan. Pada terapi kombinasi sistemik diharapkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik namun dalam studi tersebut menyimpulkan bahwa modalitas pengobatan bukanlah faktor utama dalam menentukan kualitas hidup pasien psoriasis (Al Raddadi, dkk. 2015).

6.6 Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa keterbatasan yang dialami berdasarkan pada pengalaman peneliti dalam proses penelitian ini. Hal ini dapat menjadi beberapa faktor yang perlu lebih diperhatikan kedepannya bagi peneliti yang akan datang dalam lebih menyempurnakan penelitiannya. Beberapa keterbatasan tersebut diantaranya adalah:

1. Distribusi responden yang kurang merata untuk menggambarkan keadaan yang sesungguhnya terkait kualitas hidup pasien psoriasis terutama dengan jumlah variabel penelitian yang beragam.
2. Adanya faktor lain yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien psoriasis. Kualitas hidup mencerminkan status sosial, fisik, emosional, dan psikologis pasien. Pada pasien psoriasis juga dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit dan status ekonomi pasien (Nayak, dkk. 2018).
3. Peneliti tidak dapat memberikan kuisisioner secara langsung kepada dan mendampingi beberapa responden dalam melakukan pengisian kuisisioner dikarenakan kesibukan responden dan adanya kendala lokasi. Hal ini menyebabkan tidak dapat diketahui apakah responden benar-benar mengisi kuisisioner dengan baik dan peneliti tidak dapat secara langsung menjawab hal-hal yang tidak diketahui oleh responden terkait pertanyaan yang ditanyakan dalam kuisisioner.
4. Tidak terdapatnya data spesifik mengenai kuisisioner khusus yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pada pasien psoriasis.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Penelitian ini menggunakan data primer yaitu data yang dikumpulkan langsung dengan memberikan kuisisioner kepada 22 responden serta menggunakan data sekunder yang didapatkan melalui rekam medis pasien di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara profil dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Berdasarkan hasil dari penelitian yang telah dilakukan, didapat beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Tidak didapatkan hubungan signifikan antara usia dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
2. Tidak didapatkan hubungan signifikan antara durasi penyakit dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
3. Tidak didapatkan hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
4. Tidak didapatkan hubungan signifikan antara tipe klinis dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
5. Tidak didapatkan hubungan signifikan antara riwayat terapi dengan kualitas hidup pasien psoriasis di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

7.2 Saran

1. Bagi penelitian selanjutnya, sebaiknya diperhatikan antara distribusi responden terhadap variabel penelitian agar didapatkan hasil penelitian yang lebih akurat.
2. Bagi penelitian selanjutnya, perlu dipertimbangkan adanya faktor lain

sebagai variabel yang mempengaruhi kualitas hidup pasien psoriasis.

Tingkat Pendidikan dan pekerjaan kemungkinan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien psoriasis. Semakin tinggi tingkat Pendidikan maka akan bertambah kegiatan sehari-hari dan lingkungan sosialnya sehingga gangguan yang ditimbulkan penyakit psoriasis ini dapat memicu dalam meningkatnya risiko depresi, kecemasan, dan bahkan bunuh diri karena efek multidimensional yang dirasakan penderita (Shanu, dkk.2010)

3. Perlu diperhatikan oleh dokter yang menangani pasien yang menangani pasien dan serta peran aktif dari orang-orang terdekat pasien untuk mengupayakan peningkatan kualitas hidup dari pasien yang memiliki penyakit kronik residif seperti psoriasis agar terhindar dari stress dalam menghadapi penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

Al Raddadi, A., Jfri, A., Samarghandi, S., Matury, N., Habibullah, T., Alfarshoti, M., & Mahdi, A. (2016). *Psoriasis: Correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) based on the type of treatment. Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery, 20(1)*, 15-18.

Armstrong, A. W., Bagel, J., Van Voorhees, A. S., Robertson, A. D., & Yamauchi, P. S. (2015). *Combining Biologic Therapies With Other Systemic Treatments in Psoriasis. JAMA Dermatology, 151(4)*, 432. doi:10.1001/jamadermatol.2014.345

Augustin M, Holland B, Dartsch D, et al. Adherence in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Dermatology (Basel)*. 2011;222:363–74.

Budianti WW, dkk. 2019. *Kesesuaian Tata Laksana Psoriasis dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) di RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo*. Vol. 46. Edisi 4 :172-177

Burden David. A, Brian Kirby. 2016. *Rook's Textbook of Dermatology, Ninth Edition*. John Wiley & Sond, Ltd

Çakmur, H., & Derviş, E. (2015). *The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. European Journal of Dermatology, 25(2)*, 169-176.

Cantika, Sekar Adriani. 2012. *Hubungan Derajat Keparahan Psoriasis Vulgaris terhadap Kualitas Hidup Penderita*. Semarang: Universitas Diponegoro

Dahlan, M.S. 2013. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta:

Salemba Medika

Darjani A, Heidarzadeh A, Golchai J, et al. *Quality of life in psoriatic patients: a study using the short form-36. Int J Prev Med.* 2014;5(9):1146-1152.

Dauden, E., Herrera, E., Puig, L. et al. Validation of a new tool to assess health-related quality of life in psoriasis: the PSO-LIFE questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* **10**, 56 (2012). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-56>

García-Sánchez, L., Montiel-Jarquín, Á. J., Vázquez-Cruz, E., May-Salazar, A., Gutiérrez-Gabriel, I., & Loria-Castellanos, J. (2017). Quality of life in patients with psoriasis. *Gaceta medica de Mexico*, *153*(2), 185-189.

Ghozali, Imam. 2011. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Gudjonsson JE, Elder JT. *Psoriasis*. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012: 197-242.

Hanafy, et al. 2021. *Dermatology Life Quality Index Correlation with Different Demographic and Clinical Factors in Psoriasis Patients: A Hospital-Based Cross-Sectional Study*. *Med. J. Cairo Univ.*, Vol. 89, No. 1, March: 243-250, 2021.

Hui-Ju Yang, Kuo-Chia Yang. 2015. *Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan*. *Dermatologica Sinica*. Volume 33, Issue 3. Pages 146-150. ISSN 1027-8117. [Internet] Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.dsi.2015.02.001>

James WD, Berger TG. 2016. *Andrew's Disease of The Skin Clinical Dermatology*. 10th Edition. Philadelphia: Elsevier. p 199

Karamata VV, Gandhi AM, Patel PP, Sutaria A & Desai MK: *A study of the use of drugs in patients suffering from psoriasis and their impact on quality of life.*

Indian J Pharmacol 2017; 49:84-8

Krisnanto, Eko, Andra, Deviana. 2016. *Faktor Prediktor Kualitas Hidup Pasien Psoriasis: Studi Cross Sectional.* Semarang : Universitas Muhammadiyah Semarang.

Lopes N, Dias LLS, Azulay-Abulafia L, Oyafuso LKM, Suarez MV, Fabricio L,

Kobata CM, Cestari T, Gontijo B, Sabbag CY, Antonio JR, Romiti R,

Pertel PC. *Humanistic and Economic Impact of Moderate to Severe*

Plaque Psoriasis in Brazil. Adv Ther. 2019 Oct;36(10):2849-2865. doi:

10.1007/s12325-019-01049-7. Epub 2019 Aug 20. PMID: 31432463;

PMCID: PMC6822973.

Maulana, Retno, Agustina. 2017. *Hubungan Derajat Keparahan dan Kualitas Hidup*

Pasien Psoriasis RSUD dr. Soedarso Pontianak. Jurnal Mahasiswa PSPD

FK Universitas Tanjungpura. Vol 5. No.1.

Mitra, A. D., & Mitra, A. (2013). Clinical Presentation of Psoriasis. *Psoriasis-*

Types, Causes and Medication, 39-53.

Moningka, A., Kandou, R. T., & Niode, N. J. (2015). Profil psoriasis di poliklinik kulit

dan kelamin rsup prof. Dr. RD Kandou manado periode januari-desember

2012. *e-CliniC*, 3(2).

Nagrani P, Roy S, Jindal R. *Quality of life in psoriasis: a clinical study.* Int J Res

Dermatol 2019;5:319-24.

Nayak, P. B., Girisha, B. S., & Noronha, T. M. (2018). *Correlation between Disease*

- Severity, Family Income, and Quality of Life in Psoriasis: A Study from South India. *Indian dermatology online journal*, 9(3), 165–169. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_250_17
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Owczarek, Krzysztof. (2010). *The concept of quality of life*. *Acta Neuropsychologica*. 8. 207-213.
- Pakran, J., Riyaz, N., & Nandakumar, G. (2011). Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients. *Indian journal of dermatology*, 56(6), 689–693. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.91830>
- Pezeshkpoor F, Zabolinejad N, Golnouri F, Torabi S, Abed J. Quality of Life in Psoriasis Patients and Its Correlation with Disease Severity. *J Adv Med Biomed Res*. 2018; 26 (119) :1-5
- Preksha A Barrot, Brahmhatt, Hemlata, et al. *Quality of Life in Patients with Psoriasis at a Tertiary Care Teaching Hospital-A Cross Sectional Study*. National Journal of Medical Research. Vol 5, Issue 2. 2015: 93-97.
- Raychaudhuri, S, Bagchi D. *Psoriasis and Psoriatic Arthritis Pathophysiology, Therapeutic Intervention, and Complementary Medicine*. United States: CRC Press/Taylor Francis Group; 2018: 151-185
- Sarac, G., Koca, T. T., & Baglan, T. (2016). A brief summary of clinical types of psoriasis. *Northern clinics of Istanbul*, 3(1), 79–82. <https://doi.org/10.14744/nci.2016.16023>
- Sari, Ari Karmila. 2019. *Hubungan Psoriasis Kuku terhadap Kejadian Psoriasis Arthritis*. Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Sarkar, R., Chugh, S., & Bansal, S. (2016). General measures and quality of life issues in psoriasis. *Indian dermatology online journal*, 7(6), 481–488.

<https://doi.org/10.4103/2229-5178.193908>

Sendrasoa et al. 2020. *Quality of Life in Patients with Psoriasis Seen in the Department of Dermatology, Antananarivo, Madagascar.* BioMed Research International. Volume 2020, Article ID 9292163, 5 pages

<https://doi.org/10.1155/2020/9292163>

Ständer, S., Steinke, S., Augustin, M., Metzke, D., Loser, K., Baeumer, D., ... & Luger, T. (2019). Quality of life in psoriasis vulgaris: use of the ItchyQoL questionnaire in a secukinumab phase III trial in patients with psoriasis vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, 99(11-12), 1085-1090.

Stern RS; PUVA Follow-up Study. The risk of squamous cell and basal cell cancer associated with psoralen and ultraviolet A therapy: a 30-year prospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66 (4):553-562.

Sugiono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Tan X, Feldman SR, Chang J, Balkrishnan R. Topical drug delivery systems in dermatology: a review of patient adherence issues. *Expert Opin Drug Deliv*. 2012;9:1263–71.

Van de Kerkhof PC, Reich K, Kavanaugh A, et al. Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:2002–10.

Valenzuela, F., Silva, P., Valdés, M. P., & Papp, K. (2011). Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 102(10), 810-816.

Wells GA, Russell AS, Haraoui B, Bissonnette R, Ware CF. *Validity of quality of*

life measurement tools--from generic to disease-specific. J Rheumatol

Suppl. 2011 Nov;88:2-6. doi: 10.3899/jrheum.110906. PMID: 22045972.

WHO (2016). *Global Report on Psoriasis.* World Health Organization

Yang, Hui-Ju, Kuo-Chia. 2015. *Impact of Psoriasis on Quality of Life in Taiwan.*

Taiwanese Dermatological Association. Elsevier Taiwan LLC. 146

Yavuz Daglioglu, E. B., Cadirci, D., & Aksoy, M. (2020). *Effects of disease severity on quality of life in patients with psoriasis.* *Dermatologic Therapy*, 33(6), e14422.

Yousefzadeh, H., Azad, F. J., Banihashemi, M., Rastin, M., & Mahmoudi, M. (2017). *Clinical efficacy and quality of life under micronutrients in combination with methotrexate therapy in chronic plaque of psoriatic patients.* *Dermatologica sinica*, 35(4), 187-194.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Keterangan Lolos Uji Etik



Komite Etik Penelitian Kesehatan
Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang
Health Research Ethics Committee
General Hospital Dr. Saiful Anwar Malang
 Accredited Snars Edition 1
 18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang 65111. Telp. 0341-362101, Fax. 0341-369384.



KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
ETHICAL APPROVAL
 Nomor : 400/032/K.3/302 /2021

Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of General Hospital Dr. Saiful Anwar Malang, with regards of the Protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“Hubungan Profil Dengan Kualitas Hidup Pasien Psoriasis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang”

Peneliti Utama : dr. Herwinda Brahmanti, M.Sc, Sp.KK (K)
Principal Investigators

Peneliti Anggota : Mieladina Durrotul Khumairoh
Participating Investigator

Nama Institusi : Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang
Name of the Institution General Hospital Dr. Saiful Anwar Malang

dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
and approved the above-mentioned protocol.

Malang, 28 Januari 2021
 Ketua
 Chairman



dr. Hidayat Sujuti, Sp.M, Ph.D

*Ethical approval berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan
 ** Peneliti berkewajiban

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Membentahkan status penelitian apabila
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik penelitian masih belum selesai dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Penelitian tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*



Lampiran 2. Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Mieladina Durrotul Khumairoh mahasiswa Strata 1 Jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul ***Hubungan Profil dengan Kualitas Hidup Pasien Psoriasis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Saiful Anwar Malang.***
2. Tujuan penelitian ini adalah menilai hubungan antara profil meliputi usia dan durasi, jenis kelamin, tipe klinis, dan riwayat terapi dengan kualitas hidup pada pasien psoriasis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Saiful Anwar Malang. Manfaat apabila turut sebagai subyek dalam penelitian adalah dapat diketahuinya hubungan antara profil dengan kualitas hidup penderita.
3. Penelitian ini akan berlangsung selama Januari-April 2021 dengan bahan penelitian berupa data profil yang akan diambil dengan cara wawancara berdasarkan kuisisioner DLQI dan data sekunder dari rekam medis pasien.
4. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu berdasarkan data penderita psoriasis yang datang ke RSUD dr. Saiful Anwar Malang dan penderita psoriasis yang terekam pada Rekam Medis Pasien dan berhasil dihubungi. Mengingat Bapak/ibu/sdr memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan Bapak/ibu/sdr untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan
5. Prosedur pengambilan sampel adalah melalui pengisian kuisisioner DLQI., berupa satu lembar kuisisioner berisi sepuluh pertanyaan mengenai pengaruh penyakit yang anda alami terhadap kehidupan Anda dalam satu minggu terakhir. Sebelum pengisian kuisisioner/ wawancara, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuisisioner kepada Bapak/ibu/sdr.
6. Selama pengisian kuisisioner / wawancara, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisisioner.
7. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuisisioner / wawancara baik selama maupun setelah proses pengisian kuisisioner / wawancara secara langsung pada peneliti.
8. Peneliti akan memberikan waktu satu hari pada Bapak/ibu/sdr untuk menyatakan dapat berpartisipasi / tidak dalam penelitian ini secara sukarela, sehari sebelum pengisian kuisisioner / wawancara.

9. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal ini.
10. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuisioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
11. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu Mieladina Durrotul Khumairoh pada nomor HP 081335002047.
12. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
13. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
14. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti

Peneliti Utama



(Mieladina Durrotul Khumairoh)

Lampiran 3. Lembar Pernyataan Persetujuan Mengikuti Penelitian

Pernyataan Persetujuan
untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **Hubungan Profil dengan Kualitas Hidup Pasien Psoriasis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Saiful Anwar Malang.**

Malang,.....2021

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Mieladina Durrotul Khumairoh)

(.....)

NIM. 185070100111016

Saksi

(.....)



	anda tidak dapat bekerja atau belajar ?	Besar <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/>	untuk saya <input type="checkbox"/>
	Jika jawabannya "Tidak", selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menjadi masalah ketika anda bekerja atau belajar ?	Tidak sama sekali <input type="checkbox"/>	
8.	Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyebabkan masalah dengan pasangan, teman dekat, atau keluarga anda?	Sangat besar <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/>	Pertanyaan tidak sesuai untuk saya <input type="checkbox"/>
9.	Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyebabkan masalah seksual ?	Sangat besar <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/>	Pertanyaan tidak sesuai untuk saya <input type="checkbox"/>
10.	Selama seminggu terakhir, seberapa mengganggukah pengobatan kulit anda, misalnya mengotori rumah atau menghabiskan waktu anda?	Sangat besar <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/>	Pertanyaan tidak sesuai untuk saya <input type="checkbox"/>

Harap memeriksa kembali apakah anda telah menjawab SETIAP pertanyaan.
Terima kasih



Lampiran 5. Data Rekap Responden Penelitian

DATA REKAP RESPONDEN PENELITIAN

Responden	USIA (tahun)	DURASI PENYAKIT	JENIS KELAMIN	TIPE KLINIS	RIWAYAT TERAPI
01	25	13 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
02	32	14 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
03	48	7 tahun	Perempuan	Psoriasis Pustular Generalisata	Terapi kombinasi
04	23	1 tahun	Perempuan	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
05	27	26 tahun	Laki-laki	Psoriasis Guttata	Terapi kombinasi
06	38	2 tahun	Laki-laki	Psoriasis Guttata	Terapi kombinasi
07	40	7 tahun	Perempuan	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
08	44	3 tahun	Laki-laki	Psoriasis Guttata	Terapi kombinasi
09	57	8 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
10	32	2 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
11	46	1 tahun	Perempuan	Psoriasis Pustular Generalisata	Terapi kombinasi
12	48	18 tahun	Perempuan	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
13	53	40 tahun	Perempuan	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
14	24	3 tahun	Perempuan	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
15	25	8 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
16	28	5 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
17	38	5 tahun	Perempuan	Psoriasis Pustular Generalisata	Terapi kombinasi
18	49	4 tahun	Perempuan	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
19	54	3 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi topikal
20	54	33 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi

21	52	1 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi
22	54	10 tahun	Laki-laki	Psoriasis Vulgaris	Terapi kombinasi

HASIL KUISIONER DLQI

RESPONDEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	KETERANGAN
01	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	14	Sangat berpengaruh
02	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	Sedikit berpengaruh
03	1	0	0	1	1	2	0	0	1	0	6	Berpengaruh sedang
04	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	5	Sedikit berpengaruh
05	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	5	Sedikit berpengaruh
06	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28	Amat sangat berpengaruh
07	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Tidak berpengaruh
08	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	8	Berpengaruh sedang
09	2	3	2	2	2	0	3	1	0	3	18	Sangat berpengaruh
10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sedikit berpengaruh
11	3	3	3	3	0	3	0	0	0	3	18	Sangat berpengaruh
12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Tidak berpengaruh
13	2	0	3	2	2	3	3	2	2	2	21	Amat sangat berpengaruh
14	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Tidak berpengaruh
15	2	3	3	3	2	2	0	2	1	1	17	Sangat berpengaruh
16	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	7	Berpengaruh sedang
17	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	6	Berpengaruh sedang
18	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4	Sedikit berpengaruh
19	3	0	1	1	0	0	1	1	1	3	11	Sangat berpengaruh
20	2	2	2	1	2	2	1	0	0	1	13	Sangat berpengaruh
21	1	1	1	3	2	0	1	1	1	1	12	Sangat berpengaruh

22	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sedikit berpengaruh
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------



Lampiran 6. Hasil Uji Statistik

UNIVARIAT

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29 tahun	6	27.3	27.3	27.3
	30-39 tahun	4	18.2	18.2	45.5
	40-49 tahun	6	27.3	27.3	72.7
	50-59 tahun	6	27.3	27.3	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

DURASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 tahun	8	36.4	36.4	36.4
	3-10 tahun	7	31.8	31.8	68.2
	>10 tahun	7	31.8	31.8	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	59.1	59.1	59.1
	Perempuan	9	40.9	40.9	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

TIPE KLINIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Psoriasis Vulgaris	16	72.7	72.7	72.7
	Psoriasis Pustular Generalisata	3	13.6	13.6	86.4
	Psoriasis Guttata	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	



RIWAYAT TERAPI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terapi Topikal	1	4.5	4.5	4.5
Terapi Kombinasi	21	95.5	95.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Kualitas Hidup DLQI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak berpengaruh	3	13.6	13.6	13.6
Sedikit berpengaruh	6	27.3	27.3	40.9
Berpengaruh sedang	4	18.2	18.2	59.1
Sangat berpengaruh	7	31.8	31.8	90.9
Amat sangat berpengaruh	2	9.1	9.1	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Durasi2	.240	22	.002	.756	22	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

	Statistic	Std. Error
Durasi2 Mean	11.5000	2.82824
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 5.6184 Upper Bound 17.3816	
5% Trimmed Mean	10.2828	
Median	6.0000	
Variance	175.976	
Std. Deviation	13.26560	
Minimum	1.00	
Maximum	44.00	
Range	43.00	

Interquartile Range	12.25	
Skewness	1.585	.491
Kurtosis	1.506	.953



BIVARIAT
1. USIA * Kualitas Hidup DLQI

Crosstab

		Kualitas Hidup DLQI					Total	
		Tidak berpengeruh	Sedikit berpengeruh	Berpengaruh sedang	Sangat berpengeruh	Amat sangat berpengeruh		
USIA	20-29 tahun	Count Expected Count % within USIA	1 .8 16.7%	2 1.6 33.3%	0 1.1 0.0%	3 1.9 50.0%	0 .5 0.0%	6 6.0 100.0%
	30-39 tahun	Count Expected Count % within USIA	1 .5 25.0%	1 1.1 25.0%	1 .7 25.0%	1 1.3 25.0%	0 .4 0.0%	4 4.0 100.0%
USIA	40-49 tahun	Count Expected Count % within USIA	1 .8 16.7%	2 1.6 33.3%	2 1.1 33.3%	1 1.9 16.7%	0 .5 0.0%	6 6.0 100.0%
	50-59 tahun	Count Expected Count % within USIA	0 .8 0.0%	1 1.6 16.7%	1 1.1 16.7%	2 1.9 33.3%	2 .5 33.3%	6 6.0 100.0%
Total		Count Expected Count % within USIA	3 3.0 13.6%	6 6.0 27.3%	4 4.0 18.2%	7 7.0 31.8%	2 2.0 9.1%	22 22.0 100.0%



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.105 ^a	12	.607
Likelihood Ratio	11.668	12	.473
Linear-by-Linear Association	1.580	1	.209
N of Valid Cases	22		

a. 20 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .36.

Syarat *Chi Square* tidak terpenuhi yaitu nilai expected count yang bernilai <5 melebihi 20%. Sehingga digunakan uji Kruskal Wallis (alternatif >2x>2)

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	USIA	N	Mean Rank
Kualitas Hidup DLQI	20-29 tahun	6	11.00
	30-39 tahun	4	9.25
	40-49 tahun	6	9.17
	50-59 tahun	6	15.83
	Total	22	

Test Statistics^{a,b}

	Kualitas Hidup DLQI
Chi-Square	4.215
df	3
Asymp. Sig.	.239

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: USIA

2. DURASI * Kualitas Hidup DLQI

Crosstab

			Kualitas Hidup DLQI					Total
			Tidak berpeng aruh	Sedikit berpeng aruh	Berpeng aruh sedang	Sangat berpeng aruh	Amat sangat berpeng aruh	
DURASI	1-3	Count	0	3	2	2	1	8
	tah	Expec						
	un	ted	1.1	2.2	1.5	2.5	.7	8.0
		Count						



	% within DURA SI	0.0%	37.5%	25.0%	25.0%	12.5%	100.0%
3-10 tahun	Count	1	1	0	4	1	7
	Expected Count	1.0	1.9	1.3	2.2	.6	7.0
	Count % within DURA SI	14.3%	14.3%	0.0%	57.1%	14.3%	100.0%
>10 tahun	Count	2	2	2	1	0	7
	Expected Count	1.0	1.9	1.3	2.2	.6	7.0
	Count % within DURA SI	28.6%	28.6%	28.6%	14.3%	0.0%	100.0%
Total	Count	3	6	4	7	2	22
	Expected Count	3.0	6.0	4.0	7.0	2.0	22.0
	Count % within DURA SI	13.6%	27.3%	18.2%	31.8%	9.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.026 ^a	8	.431
Likelihood Ratio	10.596	8	.226
Linear-by-Linear Association	1.557	1	.212
N of Valid Cases	22		

a. 15 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .64.

Syarat *Chi Square* tidak terpenuhi yaitu nilai expected count yang bernilai <5 melebihi 20%. Sehingga digunakan uji Kruskal Wallis (alternatif >2x>2)

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	DURASI	N	Mean Rank
Kualitas Hidup DLQI	1-3 tahun	8	12.25
	3-10 tahun	7	14.00
	>10 tahun	7	8.14
	Total	22	

Test Statistics^{a,b}

	Kualitas Hidup DLQI
Chi-Square	3.207
df	2
Asymp. Sig.	.201

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:
DURASI

Correlations

			Durasi2	Kualitas Hidup DLQI
Spearman's rho	Durasi2	Correlation Coefficient	1.000	-.197
		Sig. (2-tailed)	.	.381
		N	22	22
	Kualitas Hidup DLQI	Correlation Coefficient	-.197	1.000
		Sig. (2-tailed)	.381	.
		N	22	22

3. JK * Kualitas Hidup DLQI

Crosstab

			Kualitas Hidup DLQI					Total
			Tidak berpengaruh	Sedikit berpengaruh	Berpengaruh sedang	Sangat berpengaruh	Amat sangat berpengaruh	
JK	Laki-laki	Count	2	4	1	4	2	13
		Expected Count	1.8	3.5	2.4	4.1	1.2	13.0
		% within JK	15.4%	30.8%	7.7%	30.8%	15.4%	100.0%



Perempuan	Count	1	2	3	3	0	9
	Expected Count	1.2	2.5	1.6	2.9	.8	9.0
	% within JK	11.1%	22.2%	33.3%	33.3%	0.0%	100.0%
Total	Count	3	6	4	7	2	22
	Expected Count	3.0	6.0	4.0	7.0	2.0	22.0
	% within JK	13.6%	27.3%	18.2%	31.8%	9.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.532 ^a	4	.473
Likelihood Ratio	4.250	4	.373
Linear-by-Linear Association	.042	1	.838
N of Valid Cases	22		

a. 10 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .82.

Syarat *Chi Square* tidak terpenuhi yaitu nilai expected count yang bernilai <5 melebihi 20%. Sehingga digunakan uji Mann Whitney (alternatif $2x>2$)

Mann-Whitney Test

Ranks

	JK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kualitas Hidup DLQI	Laki-laki	13	11.73	152.50
	Perempuan	9	11.17	100.50
	Total	22		

Test Statistics^a

	Kualitas Hidup DLQI
Mann-Whitney U	55.500
Wilcoxon W	100.500
Z	-.207
Asymp. Sig. (2-tailed)	.836



Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] .845^b

- a. Grouping Variable: JK
- b. Not corrected for ties.

4. TIPE KLINIS * Kualitas Hidup DLQI

Crosstab

			Kualitas Hidup DLQI					Total
			Tidak berpeng aruh	Sedikit berpeng aruh	Berpeng aruh sedang	Sangat berpeng aruh	Amat sangat berpeng aruh	
TIPE KLINIS	Psoriasis Vulgaris	Count Expected Count % within TIPE KLINIS	2 2.2 12.5%	3 4.4 18.8%	3 2.9 18.8%	6 5.1 37.5%	2 1.5 12.5%	16 16.0 100.0%
	Psoriasis Pustular Generalisata	Count Expected Count % within TIPE KLINIS	1 .4 33.3%	0 .8 0.0%	1 .5 33.3%	1 1.0 33.3%	0 .3 0.0%	3 3.0 100.0%
	Psoriasis Guttata	Count Expected Count % within TIPE KLINIS	0 .4 0.0%	3 .8 100.0%	0 .5 0.0%	0 1.0 0.0%	0 .3 0.0%	3 3.0 100.0%
Total	Count Expected Count	3 3.0	6 6.0	4 4.0	7 7.0	2 2.0	22 22.0	



% within TIPE KLINI S	13.6%	27.3%	18.2%	31.8%	9.1%	100.0%
-----------------------------------	-------	-------	-------	-------	------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.136 ^a	8	.194
Likelihood Ratio	11.723	8	.164
Linear-by-Linear Association	2.446	1	.118
N of Valid Cases	22		

a. 14 cells (93.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

Syarat *Chi Square* tidak terpenuhi yaitu nilai expected count yang bernilai <5 melebihi 20%. Sehingga digunakan uji Kruskal Wallis (alternatif >2x>2)

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	TIPE KLINIS	N	Mean Rank
Kualitas Hidup DLQI	Psoriasis Vulgaris	16	12.69
	Psoriasis Pustular Generalisata	3	10.17
	Psoriasis Guttata	3	6.50
	Total	22	

Test Statistics^{a,b}

	Kualitas Hidup DLQI
Chi-Square	2.596
df	2
Asymp. Sig.	.273

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: TIPE
KLINIS



5. RIWAYAT PENGOBATAN * Kualitas Hidup DLQI

RIWAYAT TERAPI * Kualitas Hidup DLQI Crosstabulation

			Kualitas Hidup DLQI					Total
			Tidak berpeng aruh	Sedikit berpeng aruh	Berpeng aruh sedang	Sangat berpeng aruh	Amat sangat berpeng aruh	
RIWAYAT TERAPI	Terapi Topika	Count Expected Count % within RIWAYAT TERAPI	0 .1 0.0%	0 .3 0.0%	0 .2 0.0%	1 .3 100.0%	0 .1 0.0%	1 1.0 100.0%
	Terapi Kombinas	Count Expected Count % within RIWAYAT TERAPI	3 2.9 14.3%	6 5.7 28.6%	4 3.8 19.0%	6 6.7 28.6%	2 1.9 9.5%	21 21.0 100.0%
Total		Count Expected Count % within RIWAYAT TERAPI	3 3.0 13.6%	6 6.0 27.3%	4 4.0 18.2%	7 7.0 31.8%	2 2.0 9.1%	22 22.0 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.245 ^a	4	.691
Likelihood Ratio	2.394	4	.664

Linear-by-Linear Association	.730	1	.393
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

Syarat *Chi Square* tidak terpenuhi yaitu nilai expected count yang bernilai <5 melebihi 20%. Sehingga digunakan uji Mann Whitney (alternatif $2x>2$)

Mann-Whitney Test

Ranks

	RIWAYAT TERAPI	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kualitas Hidup DLQI	Terapi Topikal	1	17.00	17.00
	Terapi Kombinasi	21	11.24	236.00
	Total	22		

Test Statistics^a

	Kualitas Hidup DLQI
Mann-Whitney U	5.000
Wilcoxon W	236.000
Z	-.894
Asymp. Sig. (2-tailed)	.371
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.545 ^b

a. Grouping Variable: RIWAYAT TERAPI

b. Not corrected for ties.

MULTIVARIAT

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Kualitas Hidup DLQI	Tidak berpengaruh	3	13.6%
	Sedikit berpengaruh	6	27.3%
	Berpengaruh sedang	4	18.2%
	Sangat berpengaruh	7	31.8%
	Amat sangat berpengaruh	2	9.1%
USIA	20-29 tahun	6	27.3%
	30-39 tahun	4	18.2%
	40-49 tahun	6	27.3%
	50-59 tahun	6	27.3%
Valid		22	100.0%
Missing		0	
Total		22	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	31.491			
Final	26.578	4.912	3	.178

Link function: Logit.

Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	4.983	9	.836
Deviance	6.756	9	.663

Link function: Logit.

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.200
Nagelkerke	.210
McFadden	.074

Link function: Logit.

Parameter Estimates

	Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Threshold [DLQI = 1.00]	-3.578	1.083	10.922	1	.001	-5.700	-1.456



	[DLQI = 2.00]	-1.993	.933	4.560	1	.033	-3.823	-.164
	[DLQI = 3.00]	-1.166	.873	1.785	1	.182	-2.877	.545
	[DLQI = 4.00]	1.126	.870	1.675	1	.196	-.579	2.831
Location	[Usia=1.00]	-1.714	1.134	2.286	1	.131	-3.937	.508
	[Usia=2.00]	-2.243	1.272	3.109	1	.078	-4.737	.250
	[Usia=3.00]	-2.206	1.160	3.617	1	.057	-4.478	.067
	[Usia=4.00]	0 ^a	.	.	0	.	.	.

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Test of Parallel Lines^a

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Null Hypothesis	26.578			
General	20.225 ^b	6.353 ^c	9	.704

The null hypothesis states that the location parameters (slope coefficients) are the same across response categories.

a. Link function: Logit.

b. The log-likelihood value cannot be further increased after maximum number of step-halving.

c. The Chi-Square statistic is computed based on the log-likelihood value of the last iteration of the general model. Validity of the test is uncertain.