

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Melasma

2.1.1 Pendahuluan

Komponen warna kulit manusia termasuk di dalamnya adalah melanin, darah dalam pembuluh kapiler superfisial, kolagen, dan bahan kimia lainnya yang dihasilkan secara internal dan eksternal seperti bilirubin dan karotenoid (Nordlund;Boissy, 2001). Variasi dari setiap komponen ini dapat mengakibatkan perubahan nyata pada warna kulit (Balkrishnan *et al*, 2003). Soepardiman (2010) menyatakan bahwa dalam berbagai komponen tersebut, pigmen melanin yang berperan paling utama dalam penentuan warna kulit. Jumlah melanin dalam keratinosit menentukan warna dari kulit (Price;Wilson, 2005).

Melanosis adalah kelainan pada proses pembentukan pigmen melanin kulit (Soepardiman, 2010) :

1. Hiper melanosis bila produksi pigmen melanin bertambah
2. Hipomelanosis bila produksi pigmen melanin berkurang

Melasma adalah gangguan kulit yang umum diperoleh yang ditandai dengan bercak hiperpigmentasi lokal pada kulit yang terpapar sinar matahari. Secara histologi, daerah yang terkena menunjukkan peningkatan produksi dan transfer melanosom ke keratinosit (Cestari; Benvenuto, 2005). Penyebaran melasma melibatkan wajah dengan bagian tersering di dahi, pipi, dan bibir (Fauci *et al*, 2008). Sedangkan pada bagian leher dan lengan lebih jarang. Gangguan kulit ini ditandai dengan warna cokelat, dapat pula makula atau patch biru-abu-abu (Taylor, 2007).

2.1.2 Epidemiologi

Melasma pada dasarnya dapat mengenai semua ras terutama penduduk yang terpajan sinar matahari dengan intensitas cukup tinggi (daerah tropis) (Soepardiman, 2010). Balkrishnan *et al* (2003) menyatakan bahwa salah satu kondisi yang paling umum terjadinya melasma terutama pada individu keturunan Hispanik dan Asia. Sedangkan Sachdeva (2006) dan Dogra; Gupta (2006) menjelaskan tipe kulit Fitzpatrick IV-V merupakan individu yang umum terkena penyakit ini.

Melasma terutama dijumpai pada wanita usia subur dengan riwayat langsung terpajan sinar matahari, meskipun didapatkan pula pada pria ($\pm 10\%$). Di Indonesia, perbandingan kasus wanita dan pria yaitu 24 : 1. Insiden terbanyak pada wanita usia 30-44 tahun (Soepardiman, 2010). Berdasarkan penelitian Febrianti, Aryani Sudharmono, IGAK

Rata, Irma Bernadette di Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK Universitas Indonesia/RS. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta tahun 2004 menunjukkan hasil bahwa epidemiologi melasma 97,93% wanita dan 2,07% pria. Insidens terbanyak menurut penelitian Rikyanto yang berkonsultasi ke Poli Kulit RSUD Kota Yogyakarta selama 3 tahun (Juni 2001-Juli 2003), kelompok umur kasus melasma terbanyak pada kelompok usia 31-40 tahun (42,4%), dengan frekuensi kunjungan terbanyak adalah 1x kunjungan dan pasien memiliki pekerjaan yang umumnya adalah pegawai negeri sipil (57,3%).

2.1.3 Etiopatogenesis

Meskipun melasma memiliki banyak faktor etiologi yang diakui namun patogenesis pastinya tidak diketahui (Soepardiman, 2010). Bukti menunjukkan bahwa faktor internal dan lingkungan mungkin bertanggung jawab untuk memicu, mempertahankan, dan membuat kambuh lesi melasma (Tadokoro *et al*, 2002). Faktor-faktor tersebut seperti pengaruh genetik, paparan radiasi UV, kehamilan, kontrasepsi oral, terapi estrogen / progesteron, disfungsi tiroid, kosmetik, dan obat-obatan seperti obat anti kejang dan fototoksik (Im *et al*, 2002).

Faktor kausatif yang dianggap berperan pada patogenesis melasma adalah (Soepardiman, 2010) :

1. Sinar ultra violet

Melanin menyerap radiasi ultra violet di seluruh spektrum yang luas tetapi sangat efektif dalam menyerap sinar ultra violet dengan panjang gelombang 280-320 nm (Rees;Flanagan, 1999). *World Health Organization* (2013) dalam situsnya menjelaskan bahwa panjang gelombang UV-C 100-280 nm, UV-B 280-315 nm, UV-A 315-400 nm. UV-B merupakan penyebab kerusakan biokemikal yang paling potensial (Park *et al*, 2008).

Spektrum sinar matahari merusak gugus sulfhidril di epidermis yang merupakan penghambat enzim tirosinase dengan cara mengikat ion Cu dari enzim tersebut. Sinar ultra violet menyebabkan enzim tirosinase tidak dihambat lagi sehingga memacu proses melanogenesis (Soepardiman, 2010). Secara histologi, terjadi peningkatan melanosit epidermal, melanosit dendrit dan perpindahan melanosom ke keratinosit, dan terjadi melanisasi yang meningkat dari melanosom individu (Park *et al*, 2008).

UV-A akan menyebabkan pigmentasi yang gelap terbatas pada lapisan basal. UV-B menyebabkan pigmentasi yang gelap terbatas pada lapisan epidermis, sedangkan pigmentasi akibat UV-C ringan sekali (Park *et al*, 2008).

2. Hormon

Hormon estrogen, progesteron, dan MSH (*Melanin Stimulating Hormone*) berperan pada terjadinya melasma (Soepardiman, 2010). Ranson *et al* (1988) menjelaskan bahwa penelitian telah menunjukkan estrogen meningkatkan aktivitas tirosinase dan jumlah melanosit *in vitro*. Sel-sel kulit memiliki reseptor untuk estrogen dan progesteron, dengan ekspresi yang lebih tinggi di daerah wajah dibandingkan dengan daerah lain. Distribusi reseptor ini dapat menjelaskan lokasi preferensial melasma seperti telah diketahui (Im *et al*, 2002 & Jee *et al*, 1994).

Pada kehamilan, melasma dipengaruhi oleh faktor hormon. Ketinggian kadar estrogen dan progesteron serta meningkatnya MSH memponsiasi aktivitas tirosinase dan dengan demikian merangsang melanogenesis (Muallem;Rubeiz, 2006). Soepardiman (2010) mengatakan bahwa melasma pada kehamilan biasanya meluas pada trimester ketiga.

Pigmentasi kulit melasma merupakan efek samping yang paling umum pada pemakaian kontrasepsi oral: 5-34% individu yang terkena dengan insiden yang lebih tinggi terlihat pada ras yang berpigmen (McKenzie, 1971 & Wade *et al* 1978). Pada pemakai pil kontrasepsi, melasma tampak dalam 1 bulan sampai 2 tahun setelah dimulai pemakaian pil tersebut (Soepardiman, 2010).

3. Obat

Hiperpigmentasi yang disebabkan oleh agen toksik, atau obat-obatan dianggap 10-20% dari semua kasus hiperpigmentasi yang diperoleh (Yani, 2008). Misalnya difenil hidantoin, mesantoin, klorpromasin, sitostatik, dan minosiklin dapat menyebabkan timbulnya melasma. Obat ini ditimbun di lapisan dermis bagian atas dan secara kumulatif dapat merangsang melanogenesis (Soepardiman, 2010).

4. Genetik

Dilaporkan adanya kasus keluarga sekitar 20-70% (Soepardiman, 2010). Faktor genetik melibatkan migrasi melanoblas dan perkembangan serta diferensiasinya di kulit. Morfologi melanosit, struktur matriks melanosom, aktivitas tirosinase dan tipe dari melanin yang disintesis, semua dibawah kontrol genetik (Prananingrum, 2012). Insiden melasma terbanyak terjadi pada individu dengan tipe kulit Fitzpatrick IV-V (Sachdeva, 2005 & Dogra;Gupta, 2006).

5. Ras

Melasma banyak dijumpai pada golongan Hispanik dan golongan kulit berwarna gelap (Soepardiman, 2010).

6. Kosmetika

Pemakaian kosmetika yang mengandung parfum, zat pewarna, atau bahan-bahan tertentu dapat menyebabkan fotosensitivitas yang dapat mengakibatkan timbulnya hiperpigmentasi pada wajah, jika terpajan sinar matahari (Soepardiman, 2010).

7. Idiopatik

2.1.4 Klasifikasi

Terdapat beberapa jenis melasma ditinjau dari gambaran klinis, pemeriksaan histopatologik, dan pemeriksaan dengan sinar Wood.

Berdasarkan gambaran klinis dibedakan menjadi tiga kelompok (Soepardiman, 2010), yaitu:

1. Bentuk sentro-fasial meliputi daerah dahi, hidung, pipi bagian medial, bawah hidung, serta dagu (63%).
2. Bentuk malar meliputi hidung dan pipi bagian lateral (21%)
3. Bentuk mandibular meliputi daerah mandibula (16%)

(Soepardiman, 2010)

Berdasarkan pemeriksaan histopatologik dibedakan menjadi dua kelompok (Soepardiman, 2010), yaitu :

1. Melasma tipe epidermal, umumnya berwarna coklat. Melanin terutama terdapat pada lapisan basal dan suprabasal, kadang-kadang diseluruh stratum korneum dan stratum spinosum
2. Melasma tipe dermal, berwarna coklat kebiruan. Terdapat makrofag bermelanin di sekitar pembuluh darah di dermis bagian atas dan bawah, pada dermis bagian atas terdapat fokus-fokus infiltrat

Berdasarkan pemeriksaan dengan sinar Wood, melasma dapat dibedakan menjadi 4 kelompok (Grimes, 1995 & Soepardiman, 2010), yaitu :

1. Tipe epidermal, melasma tampak lebih jelas dengan sinar Wood dibandingkan dengan sinar biasa
2. Tipe dermal, dengan sinar Wood tak tampak warna kontras dibanding dengan sinar biasa
3. Tipe campuran, tampak beberapa lokasi lebih jelas sedang lainnya tidak jelas
4. Tipe sukar dinilai karena warna kulit yang gelap, dengan sinar Wood lesi menjadi tidak jelas sedangkan dengan sinar biasa jelas terlihat.

Pemeriksaan dengan sinar Wood lebih bermakna pada kulit warna terang dan sedang. Pada kulit warna gelap (tipe IV), pemeriksaan dengan sinar Wood tidak bermanfaat (Park *et al*, 2008).

2.1.5 Manifestasi Klinik

Lesi melasma berupa makula berwarna coklat muda atau coklat tua berbatas tegas dengan tepi tidak teratur, sering pada pipi, dan hidung yang disebut pola malar seperti pada Gambar 2.1. Pola mandibular terdapat pada dagu, sedangkan pola sentrofasial di pelipis, dahi, alis, dan bibir atas. Warna keabu-abuan atau kebiru-biruan terutama pada tipe dermal (Soepardiman, 2010).



Gambar 2.1 Melasma (Robert, 2009)

2.1.6 Diagnosis

Diagnosis melasma ditegakkan hanya dengan pemeriksaan klinis.

Untuk menentukan tipe melasma dilakukan pemeriksaan sinar Wood, sedangkan pemeriksaan histopatologik hanya dilakukan pada kasus-kasus tertentu (Soepardiman, 2010).

Soepardiman (2010) menjelaskan bahwa pemeriksaan pembantu diagnosis pada melasma diantaranya :

a. Pemeriksaan histopatologik

Terdapat dua tipe hipermelanosis, yaitu :

1. Tipe epidermal : melanin terutama terdapat di lapisan basal dan suprabasal, kadang-kadang di seluruh stratum spinosum sampai stratum korneum; sel-sel yang padat mengandung melanin adalah melanosit, sel-sel lapisan basal, dan suprabasal, juga terdapat pada keratinosit dan sel-sel stratum korneum.
2. Tipe dermal : terdapat makrofag bermelanin di sekitar pembuluh darah dalam dermis bagian atas dan bawah; pada dermis bagian atas terdapat fokus-fokus infiltrat.

b. Pemeriksaan mikroskop elektron

Gambaran ultrastruktur melanosit dalam lapisan basal memberi kesan aktivitas melanosit meningkat.

- c. Pemeriksaan dengan sinar Wood
 - 1. Tipe epidermal : warna lesi tampak lebih kontras
 - 2. Tipe dermal : warna lesi tidak bertambah kontras
 - 3. Tipe campuran : lesi ada yang bertambah kontras ada yang tidak
 - 4. Tipe tidak jelas : dengan sinar Wood lesi menjadi tidak jelas, sedangkan dengan sinar biasa jelas terlihat.

2.1.7 Penatalaksanaan

Pengobatan melasma memerlukan waktu yang cukup lama, kontrol yang teratur serta kerja sama yang baik antara penderita dan dokter yang menanganinya. Kebanyakan penderita berobat untuk alasan kosmetik. Pengobatan dan perawatan kulit harus dilakukan secara teratur dan sempurna karena melasma bersifat kronis residif.

Pengobatan yang sempurna adalah yang kausal, maka penting dicari etiologinya (Soepardiman, 2010).

- a) Pencegahan (Soepardiman, 2010)
 - 1. Pencegahan terhadap timbulnya atau bertambah berat serta kambuhnya melasma adalah perlindungan terhadap sinar matahari. Penderita diharuskan menghindari pajanan langsung

sinar ultra violet terutama antara pukul 09.00-15.00. Sebaiknya jika keluar rumah menggunakan payung atau topi yang lebar. Melindungi kulit dengan memakai tabir surya yang tepat, baik mengenai bahan maupun cara pemakaiannya. Pemakaian tabir surya dianjurkan 30 menit sebelum terkena pajanan sinar matahari. Ada 2 macam tabir surya yang dikenal yaitu tabir surya fisis dan tabir surya kimiawi. Tabir surya fisis adalah bahan yang dapat memantulkan/menghamburkan ultra violet, misalnya : titanium dioksida, seng oksida, kaolin; sedang tabir surya kimiawi adalah bahan yang menyerap ultra violet. Tabir surya kimiawi ada dua jenis, yaitu :

- 1) Yang mengandung PABA (*Para Amino Benzoic Acid*) atau derivatnya, misalnya *octil* PABA
 - 2) Yang tidak mengandung PABA (non-PABA), misalnya : bensofenon, sinamat, salisilat, dan antranilat.
2. Menghilangkan faktor yang merupakan penyebab melasma misalnya menghentikan pemakaian pil kontrasepsi, menghentikan pemakaian kosmetika yang berwarna atau mengandung parfum, mencegah obat contohnya hidantoin, sitostatika, obat antimalaria, dan minosiklin (Soepardiman, 2010).

b) Pengobatan

1. Pengobatan topikal

a. Hidrokinon

Hidrokinon dipakai dengan konsentrasi 2-5% (Soepardiman, 2010). Hidrokinon menghambat konversi dari DOPA (Dihidroksi Phenil Alanin) terhadap melanin dengan menghambat aktivitas dari enzim tirosinase (Robert, 2009). Soepardiman (2010) menjelaskan bahwa krim tersebut dipakai pada malam hari disertai pemakaian tabir surya pada siang hari. Umumnya tampak perbaikan dalam 6-8 minggu dan dilanjutkan sampai 6 bulan. Efek samping adalah dermatitis kontak iritan atau alergik. Setelah penghentian penggunaan hidrokinon sering terjadi kekambuhan.

b. Asam retinoat (*retinoic acid/tretinoin*)

Asam retinoat 0,1% terutama digunakan sebagai terapi tambahan atau terapi kombinasi. Krim tersebut juga dipakai pada malam hari karena pada siang hari dapat terjadi fotodegradasi. Asam retinoat saat ini digunakan sebagai monoterapi dan didapatkan perbaikan klinis secara bermakna meskipun berlangsung cukup lambat. Efek

samping berupa eritema, deskuamasi, dan fotosensitasi (Soepardiman, 2010).

c. Asam azeleat (*Azeleic acid*)

Asam azeleat merupakan obat yang aman untuk dipakai. Pengobatan dengan asam azeleat 20% selama 6 bulan memberikan hasil yang baik. Efek sampingnya rasa panas dan gatal (Soepardiman, 2010).

2. Pengobatan sistemik (Soepardiman, 2010)

a. Asam askorbat/Vitamin C

Vitamin C mempunyai efek merubah melanin bentuk oksidasi menjadi melanin bentuk reduksi yang berwarna lebih cerah dan mencegah pembentukan melanin dengan merubah DOPA kinon menjadi DOPA.

b. Glutation

Glutation bentuk reduksi adalah senyawa sulfhidril yang berpotensi menghambat pembentukan melanin dengan jalan bergabung dengan Cuprum dari tirosinase.

3. Tindakan khusus (Soepardiman, 2010)

a. Pengelupasan kimiawi

Pengelupasan kimiawi dapat membantu pengobatan kelainan hiperpigmentasi. Pengelupasan kimiawi dilakukan dengan mengoleskan asam glikolat 50-70% selama 4 sampai 6 menit dilakukan setiap 3 minggu selama 6 kali. Sebelum dilakukan pengelupasan kimiawi diberikan krim asam glikolat 10% selama 14 hari.

b. Bedah laser

Bedah laser dengan menggunakan laser Q-Switched Ruby dan Laser Argon kekambuhan dapat juga terjadi.

2.1.8 Derajat Keparahan

Untuk lebih akurat mengukur keparahan melasma dan perbaikan selama pengobatan, Kimbrough-Green dan Griffiths mengembangkan *Melasma Area Severity Index (MASI)* (Kimbrough;Griffiths, 1994). Skor MASI merupakan pengukuran derajat keparahan melasma yang bersifat subjektif (Taylor, 2007).

Perhitungan skor MASI pada mulanya didasarkan pada area psoriasis dan indeks keparahan yang diperoleh Fredriksson dan Pettersson. Skor MASI menilai 3 faktor yaitu area (A),

homogenitas (H), dan intensitas pigmentasi atau kegelapan (D).

Perhitungan didasarkan pada 4 area wajah : dahi (F) , malar kanan (MR), malar kiri (ML) , dan dagu (C). Perhitungan area wajah berkorelasi dengan 30%, 30%, 30%, dan 10% dari total area masing-masing (Taylor, 2007).

Setiap area (A) kemudian diberi nilai numerik untuk persentase pigmentasi melasma yang muncul di daerah tersebut (AF, AMR, AML, dan AC) sebagai berikut : 0 tidak ada keterlibatan, 1 keterlibatan kurang dari 10%, 2 keterlibatan 10% sampai 29% keterlibatan, 3 keterlibatan 30% sampai 49%, 4 keterlibatan 50% sampai 69%, 5 keterlibatan 70% sampai 89%, dan 6 keterlibatan 90% sampai 100%. Kegelapan (D) dari pigmentasi dinilai sebagai berikut : 0 tidak ada; 1 sedikit, 2 ringan, 3 ditandai, dan 4 parah . Homogenitas pigmentasi dinilai sebagai berikut : 0 minimal, 1 sedikit, 2 ringan, 3, ditandai cukup jelas, dan 4 maksimal (Taylor, 2007).

Skor MASI kemudian dihitung dengan menambahkan kegelapan dan homogenitas, mengalikan jumlah dengan nilai numerik dari daerah yang terlibat, dan kemudian mengalikannya dengan persentase dari 4 wilayah. Rata maksimum diperoleh adalah 48 dan minimum 0 (Taylor, 2007).

Oleh karena itu , persamaan untuk menghitung skor MASI adalah

$$: 0.3 (DF+HF) AF \times 0.3 (DMR+HMR) AMR \times 0.3 (DML+HML) \\ AM + 0.1 (DC+HC) AC.$$

Pada skala status hiperpigmentasi atau melasma dibagi menjadi 4 kelas dengan skor 0 (Skor MASI = 0-12) menunjukkan tidak adanya melasma, yang berarti bahwa warna lesi melasma mendekati dari kulit normal di sekitarnya atau hiperpigmentasi sisa minimal; skor 1 (Skor MASI = 13-24) merupakan melasma ringan, yang berarti bahwa warna sedikit lebih gelap daripada kulit normal di sekitarnya; skor 2 (Skor MASI = 25-36) menunjukkan melasma sedang, yang berarti bahwa warnanya cukup gelap dibandingkan dengan kulit normal di sekitarnya; dan skor 3 (Skor MASI = 37-48) merupakan melasma berat, yang berarti bahwa warna nyata lebih gelap daripada kulit normal di sekitarnya (Taylor *et al*, 2003).

2.2 Kualitas Hidup

World Health Organization mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial bukan hanya tidak adanya penyakit.

Pengukuran kesehatan dan efek dari perawatan kesehatan harus mencakup tidak hanya indikasi perubahan frekuensi dan tingkat keparahan penyakit, tetapi juga perkiraan kesejahteraan. Perkiraan kesejahteraan dapat dinilai dengan mengukur kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (WHOQOL, 1997).

2.2.1 Definisi

Hidup adalah pemanfaatan yang berarti, yakni pengupayaan tubuh dan pikiran secara harmonis. Seseorang tidak dapat mencapai kehidupan yang berarti kecuali dia dapat memanfaatkan sepenuhnya kuasa fisik dan tubuh secara sempurna dan harmonis. Hidup yang berarti menuntut disiplin diri yang ketat dan teratur (Tambunan, 2007).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi mereka dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan serta perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan yang terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan mereka kepada karakteristik lingkungan mereka (WHOQOL, 1997).

Doward;McKenna (1998) mendefinisikan bahwa kualitas hidup adalah kapasitas untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai dengan usia seseorang dan/atau peran utamanya di masyarakat. Kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti fisik/biologis, psikologis, dan sosiologis (Maryam, 2008).

2.2.2 Klasifikasi Kualitas Hidup

Vendegodt *et al* (2003) mengelompokkan kualitas hidup dalam 3 bagian yang berpusat pada aspek hidup yaitu :

- a. Kualitas hidup subjektif yaitu masing-masing individu merasakan bahwa hidup yang dimilikinya adalah baik. Individu tersebut secara personal mengevaluasi bagaimana mereka menggambarkan perasaan mereka,
- b. Kualitas hidup eksistensial yaitu seberapa baik hidup seseorang merupakan level yang berhak untuk dihormati dan dimana individu dapat hidup dalam keharmonisan,
- c. Kualitas objektif yaitu bagaimana dunia luar dapat merasakan hidup seseorang. Kualitas objektif dinyatakan dalam kemampuan seseorang untuk beradaptasi pada nilai-nilai budaya dan menyatakan tentang kehidupannya.

Ketiga aspek kualitas hidup ini secara keseluruhan dikelompokkan dengan pernyataan yang relevan pada kualitas hidup yang dapat ditempatkan dalam suatu rentang spektrum dari subjektif ke objektif. Elemen eksistensial berada diantaranya yang merupakan teori kualitas hidup meliputi kesejahteraan, kepuasan hidup, kebahagiaan, makna dalam hidup dan pemenuhan kebutuhan, biologis dan mencapai potensial hidup (Vendegodt *et al*, 2003).

a. Kesejahteraan

Kesejahteraan berhubungan dengan bagaimana sesuatu berfungsi dalam suatu dunia objektif dan dengan faktor eksternal hidup. Ketika membicarakan tentang perasaan baik maka kesejahteraan merupakan pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri.

b. Kepuasan hidup

Menjadi puas berarti merasakan bahwa hidup yang seharusnya, ketika pengharapan-pengharapan, kebutuhan dan gairah hidup diperoleh disekitarnya maka seseorang puas. Kepuasan adalah pernyataan mental yaitu keadaan yang kognitif.

c. Kebahagiaan

Perasaan spesial yang berharga dan sangat diinginkan tetapi sulit diperoleh. Tidak banyak orang percaya bahwa kebahagiaan diperoleh dari adaptasi terhadap budaya seseorang, kebahagiaan diasosiasikan dengan dimensi-dimensi non rasional seperti cinta, ikatan erat dengan sifat dasar tetapi bukan dengan uang.

d. Makna dalam hidup

Makna dalam hidup merupakan suatu konsep yang sangat penting dan jarang digunakan. Pencarian makna hidup melibatkan suatu penerimaan dari ketidakberartian dan kesangatberartian dari hidup.

e. Pemenuhan kebutuhan

Kebutuhan dihubungkan dengan kualitas hidup dimana ketika kebutuhan seseorang terpenuhi maka kualitas hidupnya tinggi. Kebutuhan merupakan suatu ekspresi sifat dasar yang pada umumnya dimiliki oleh makhluk hidup.

f. Mencapai potensial hidup

Teori pencapaian potensial hidup merupakan suatu teori dari hubungan antara sifat dasarnya/titik permulaan biologis. Teori tersebut tidak mengurangi kekhususan dari makhluk hidup tetapi hanya tingkat dimana pertukaran informasi yang bermakna dalam sistem hidup dari sel ke organisme sosial.

g. Gambaran biologis kualitas hidup

Gambaran biologis kualitas hidup yaitu sistem informasi biologis dan tingkat keseimbangan eksistensial dilihat dari segi kesehatan fisik. Kesehatan fisik mencerminkan tingkat sistem informasi biologis seperti sel-sel dalam tubuh membutuhkan informasi yang tepat untuk berfungsi secara benar dalam menjaga kesehatan dan keseimbangan tubuh. Kesadaran dan pengalaman hidup juga terkondisi secara biologis. Pengalaman dimana hidup bermakna atau tidak, dapat dilihat sebagai kondisi dari sistem informasi biologis.

2.2.3 Komponen kualitas hidup

Felce;Perry (1995) menyebutkan bahwa ada tiga komponen dalam pengukuran kualitas hidup yaitu komponen objektif, komponen subjektif, dan komponen kepentingan. Komponen objektif berkaitan dengan data objektif atau kondisi kehidupan yang sebenarnya pada berbagai aspek kehidupan. Komponen subjektif merupakan penilaian individu mengenai kondisi kehidupannya saat ini pada berbagai aspek kehidupan, dan komponen kepentingan merupakan seberapa penting suatu aspek kehidupan dalam mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

University of Totonto (2004) menyebutkan kualitas hidup dapat dibagi dalam 3 bagian yaitu kesehatan, kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungan) dan harapan (prestasi dan aspirasi individu).

a. Kesehatan

Kesehatan dalam kualitas hidup dapat dibagi menjadi 3 bagian yaitu secara fisik, psikologis, dan spiritual. Secara fisik yang terdiri dari kesehatan fisik, *personal hygiene*, nutrisi, olahraga, pakaian, dan penampilan fisik secara umum. Secara psikologis yang terdiri dari kesehatan dan penyesuaian psikologi, kesadaran, perasaan, harga diri, konsep diri dan kontrol diri. Secara spiritual terdiri dari nilai-nilai pribadi, standar-standar pribadi, dan kepercayaan spiritual.

b. Kepemilikan

Kepemilikan dalam kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian yaitu fisik dan sosial. Secara fisik terdiri dari rumah, tempat kerja/sekolah, tetangga/lingkungan dan masyarakat. Secara sosial dekat dengan orang lain, keluarga, teman/rekan kerja, lingkungan dan masyarakat.

c. Harapan

Merupakan keinginan dan harapan yang akan dicapai sebagai perwujudan dari individu seperti terpenuhinya nilai (prestasi dan aspirasi individu) sehingga individu tersebut merasa berharga atau dihargai di dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitarnya melalui suatu tindakan nyata yang bermanfaat dari hasil karyanya.

WHOQOL (1997) menyatakan komponen dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum :

1) Kesehatan fisik

Penyakit dan kegelisahan, tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan.

2) Psikologis

Perasaan positif, berfikir; belajar; mengingat; dan konsentrasi, *self-esteem*, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu.

3) Hubungan sosial

Pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.

4) Lingkungan

Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas di lingkungan, transportasi.

2.2.4 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, harapan, serta persepsi orang tersebut yang secara kolektif disebut persepsi sehat. Setiap domain dari kualitas hidup diukur dalam dua dimensi yaitu pengukuran fungsi status sehat yang bersifat objektif dan persepsi sehat yang bersifat subjektif. Meskipun dimensi objektif penting dalam menentukan tingkat kesehatan seseorang, namun persepsi serta harapan penderita dapat mengartikan pengukuran objektif ke dalam kualitas hidup yang sebenarnya. Harapan terhadap

kesehatan dan kemampuan mengatasi sesuatu dengan keadaan yang terbatas mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap persepsi sehat serta kepuasan hidup (Hendromartono, 2000).

Oleh karena itu, ada dua pasien dengan status kesehatan yang sama dapat mempunyai kualitas hidup yang berbeda. Tiap-tiap domain sehat memiliki banyak komponen yang perlu diukur, misalnya gejala, kemampuan fungsional, dan ketidakmampuan. Menerjemahkan berbagai domain serta komponen sehat menjadi nilai kuantitatif yang menunjukkan kualitas hidup merupakan usaha yang kompleks. Hal tersebut mencakup bidang klinimetrik, psikometrik, dan klinik (Hendromartono, 2000).

Salah satu cara untuk mengukur kualitas hidup adalah dengan menggunakan instrumen dalam bentuk kuesioner. Sebuah instrumen atau skala yang baik adalah haruslah mengandung unsur yang handal, valid, dan tanggap terhadap perubahan dari waktu ke waktu, terutama ketika membandingkan skor sebelum dan sesudah intervensi pengobatan (Kini;DeLong, 2012).

2.2.5 Skala Kualitas Hidup Dermatologi Umum

Skala dermatologi umum adalah spesifik untuk kulit tetapi tidak penyakit kulit tertentu. Beberapa contoh termasuk Skindex-29, *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*, *Dermatology Quality of Life*

Scales (DQOLS), dan *Dermatology-Specific Quality of Life* (DSQL).
Versi anak-anak dari DLQI disebut *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI) yang tersedia dalam versi kartun berwarna (Ahmed, 2013).

2.3 Kuesioner *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)

DLQI adalah salah satu kuesioner kualitas hidup yang secara khusus dirancang untuk penyakit kulit dan dapat digunakan baik untuk mengukur kualitas hidup dan untuk membandingkannya dengan penemuan pada penyakit kulit lainnya. Instrumen ini telah digunakan dalam beberapa penelitian, baik untuk menilai kualitas hidup pasien dermatologis pada umumnya dan kasus penyakit kulit tertentu dalam primer, sekunder dan layanan tersier.

Kuesioner ini dikembangkan oleh Finlay dan Khan pada tahun 1994. DLQI dapat digunakan untuk penggunaan klinis rutin oleh dokter dalam membantu proses pembuatan konsultasi, evaluasi, dan keputusan klinis.

Nilai kualitas hidup DLQI digambarkan dengan memberikan skor untuk setiap domain. Domain dinilai oleh DLQI adalah sebagai berikut : a) Gejala fisik dan perasaan (pertanyaan 1 dan 2), b) kegiatan sehari-hari (pertanyaan 3 dan 4) , c) rekreasi (pertanyaan 5 dan 6), d) kerja / sekolah (pertanyaan 7), e) hubungan pribadi (pertanyaan 8 dan 9) dan f) perlakuan (pertanyaan 10).

Setiap pertanyaan memiliki empat tanggapan alternatif: “sama sekali tidak”, “sedikit”, “banyak” dan “sangat banyak” sesuai skor 0, 1, 2, dan 3. Skor total dihitung dengan menjumlahkan nilai dari setiap pertanyaan, dan rentang total skor dari minimal 0 maksimal 30, dengan skor yang lebih tinggi mewakili penurunan lebih besar dari kualitas hidup. Hasil 0-1 berarti tidak ada efek penyakit pada kualitas hidup pasien, skor 2-5 berarti efek yang kecil, skor 6-10 berarti efek sedang, nilai dari 11-20 berefek besar dan sejumlah 21-30 berarti efek yang sangat penting dari penyakit pada kualitas hidup pasien.