

DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)* DI RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

Rosi damayati¹, Zakiyah², Nuniek Setyo Wardani³

^{1,2,3}Program Studi Keperawatan Universitas Binawan

Email : zakiyah@binawan.ac.id¹, ochieudha@gmail.com², nuniek@binawan.ac.id³

ABSTRAK

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* adalah gangguan autoimun kronis yang dapat mengakibatkan peradangan dan kerusakan pada kulit, sendi, jaringan serta sistem organ tubuh yang dapat diakibatkan oleh multifactor. WHO mencatat jumlah penderita lupus di dunia hingga saat ini mencapai lima juta orang, dan setiap tahunnya ditemukan lebih dari 100 ribu kasus baru. Tingginya angka kematian akibat lupus perlu mendapat perhatian khusus karena sekitar 550 jiwa meninggal akibat lupus pada 2016. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* dan uji analisa bivariat menggunakan uji *analitik Chi Square*. Hasil penelitian dari 64 responden menunjukkan hubungan dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*, dengan *p-value* 0,027. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *SLE*.

Kata kunci: Dukungan keluarga, *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*, kualitas hidup

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disorder that can cause inflammation and damage to the skin, joints, tissues and organ systems of the body which can be caused by multifactors. WHO records the number of people with lupus in the world to date has reached five million people, and each year more than 100 thousand new cases are found. The high mortality rate due to lupus needs special attention because around 550 people died from lupus in 2016. The purpose of this study was to determine the relationship of family support to the quality of life of patients with *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* in Dr. Cipto Mangunkusumo. This study used a cross-sectional approach and bivariate analysis using the *Chi Square* test. The results of the study of 64 respondents showed that family support had a significant relationship with the quality of life of patients with *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*, with a *p-value* of 0.027. The results of this study indicate that there is a significant relationship between family support and the quality of life of *SLE* patients

Keywords: Family support, *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*, quality of life

PENDAHULUAN

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* adalah penyakit autoimun kronis yang dapat menyebabkan peradangan dan rasa sakit di bagian mana pun dari tubuh (kulit, persendian, dan / atau organ dalam tubuh). Lupus kebanyakan terjadi pada wanita usia subur (antara 15 dan 44 tahun). Namun, pria, anak laki-laki dan remaja juga dapat menderita *SLE* (Lupus Foundation of America, 2016). *SLE* adalah kondisi saat sistem imunitas atau kekebalan tubuh seseorang kehilangan kemampuan untuk membedakan substansi asing (*non-self*) dengan sel dan jaringan tubuh sendiri (*self*). Kondisi ini membuat sistem kekebalan tubuh menyerang sel, jaringan, dan organ tubuh yang sehat (Ditjen P2P, 2018).

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) sebanyak 90% dialami oleh perempuan. Perbandingan ratio penderita *SLE* wanita dibanding pria ialah 12:1. Prevelensi penyakit *SLE* pada kalangan penduduk berkulit hitam lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk berkulit putih. Penduduk berkulit hitam memiliki resiko *SLE* 3-4 kali dibandingkan dengan penduduk berkulit putih (Wallace, 2014).

WHO mencatat jumlah penderita lupus di dunia hingga saat ini mencapai lima juta orang, dan setiap tahunnya ditemukan lebih dari 100 ribu kasus baru (Ditjen P2P, 2018). Prevalensi yang dilaporkan dari *SLE* di Amerika Serikat adalah 20 hingga 150 kasus per 100.000. Pada wanita, tingkat prevalensi bervariasi dari 164 (putih) hingga 406 (Afrika Amerika) per 100.000. Karena peningkatan deteksi penyakit ringan, insidensinya hampir tiga kali lipat dalam 40 tahun terakhir abad ke-20. Perkiraan tingkat kejadian adalah 1 hingga 25 per 100.000 di Amerika Utara, Amerika Selatan, Eropa, dan Asia (Schur & Hahn, 2019).

Jumlah pasien *SLE* di Indonesian

belum diketahui secara pasti. Dari sekitar 1.250.000 orang Indonesia yang terkena penyakit Lupus (asumsi prevalensi 0.5 % berdasarkan penelitian Kalim), sangat sedikit yang menyadari bahwa dirinya menderita penyakit Lupus. Hal ini dikarenakan gejala penyakit Lupus yang muncul berbeda beda tergantung dari manifestasi klinis yang ada. Rumah sakit yang sudah melaporkan datanya pada tahun 2016 kepada Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) online, terdapat 2.166 pasien rawat inap yang didiagnosis penyakit Lupus, dengan 550 pasien diantaranya meninggal dunia. Tren ini meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan 2014, yang hanya ditemukan 1.169 kasus dan sebanyak 200 jiwa meninggal dunia. Jumlah kematian akibat Lupus pada pasien rawat inap juga meningkat tinggi dibandingkan tahun 2014. Tingginya angka kematian akibat lupus perlu mendapat perhatian khusus karena sekitar 550 jiwa meninggal akibat lupus pada 2016 (Kemenkes RI, 2017). Perhimpunan *SLE* Indonesia (PESLI) mendapatkan rata-rata insiden kasus baru *SLE* dari data delapan rumah sakit adalah sebesar 10.5 %. Tiga rumah sakit yang memiliki jumlah insiden tertinggi berada pada RS Cipto Mangunkusumo yaitu sebesar 22.9 % diikuti RS Saiful Anwar Malang sebesar 14.5 % dan RS Muhammad Husin Palembang sebesar 11.7 % (Kemenkes RI, 2017).

WHO Quality of Life (QoL) Group (Billington D, 2010) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi individu dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana individu hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran. Penelitian yang dilakukan Esfandiari, Rusmini, dan Santoso (2018) menyebutkan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 25 orang (62.5%) dan kategori rendah sebanyak 15 orang (37.5%). Tingginya

kualitas hidup pada penderita *SLE* dikarenakan masih tingginya hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi pada Odapus (Esfandiari, Rusmini, & Santoso, 2018). Dalam penelitian Yanih (2016) menyebutkan bahwa kualitas hidup penderita *SLE* menunjukan nilai yang baik pada tiga aspek dengan skor pada setiap aspek memiliki nilai antara 0-100 (0 = kualitas hidup paling buruk, 100= kualitas hidup paling baik). Tiga aspek tersebut yakni pada aspek kesehatan fisik 71.9, aspek kesehatan emosional 77%, dan aspek citra diri sebesar 86%. Kualitas hidup yang rendah pada aspek kelelahan memiliki nilai 70.6, aspek rasa sakit sebesar 69.9 dan aspek hubungan intim nilai rata-rata 65.4, serta aspek ketergantungan orang lain ada seorang responden yang memiliki nilai 0. Pada Odapus masih merasa dan bergantung pada orang lain terutama keluarga akibat dari *SLE* yang diderita. Hal ini disebabkan Odapus masih membutuhkan banyak bantuan dari pihak keluarga dalam melakukan pekerjaan. Odapus juga masih merasa bahwa penyakit yang dideritanya mengakibatkan keluarga merasa cemas (Yanah, 2016).

Penyakit *SLE* banyak mengalami gangguan psikis seperti depresi, cemas dan kemarahan. Gangguan psikis yang dialami Odapus membutuhkan penanganan yang serius agar tidak memperparah penyakitnya, sehingga dalam hal ini membutuhkan dukungan yang besar dari lingkungannya. Keluarga merupakan lingkungan terdekat yang menjadi *support* yang paling dibutuhkan bagi Odapus (orang penderita lupus) untuk tidak menyerah pada penyakitnya (Desmisagli, 2012). Penelitian pada dukungan keluarga terhadap kualitas hidup yang dilakukan Rizky (2017) didapatkan dari 30 responden dengan hasil terdapat hubungan dukungan keluarga

terhadap kualitas hidup pasien *SLE* dengan p value= 0.008 (Rizky, 2017). Hal ini juga didukung penelitian yang dilakukan Desmisagli (2012) yang didapatkan dari 3 responden yang diobservasi dan wawancara dikatakan bahwa ketiga responden sangat merasakan dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informatif, dan dukungan instrumental yang diberikan keluarga terhadap mereka berperan untuk membangkitkan spirit untuk menjadi sehat (Desmisagli, 2012).

Peneliti William et.al (2015) mengatakan dukungan sosial keluarga terhadap tingkat emosional pasien *SLE* didapatkan hasil pasien *SLE* dari 41 responden yang mendapatkan *support system* sebesar 40 responden (97.6%), terdiri dari dukungan keluarga sebesar 38 responden dari 41 responden (92.7%) dengan tingkat stress yang rendah sebesar 25 responden dan stress yang tinggi sebesar 13 responden (Williams, Zhang, & Anderson, 2015).

Jumlah pasien *SLE* Di RS Cipto Mangunkusumo yang peneliti dapatkan dari rekam medis mengalami peningkatan dari tahun 2018 ke tahun 2019. Jumlah penderita *SLE* pada tahun 2018 sebesar 7.538 jiwa dan pada tahun 2019 sebesar 9.625 jiwa. Jumlah pasien pada bulan Desember 2019 adalah sebesar 321 jiwa jumlah penderita pada rawat jalan sebesar 277 jiwa dan rawat inap sebesar 44 jiwa. Fenomena yang terjadi di ruangan rawat inap yang peneliti amati, banyak sejumlah pasien yang sedang dirawat dengan penyakit *SLE*, rata-rata pasien *SLE* pada usia produktif dimana yang seharusnya pasien dapat melakukan aktifitas seperti biasanya untuk memenuhi kebutuhan hidup, justru menderita penyakit *SLE* yang mengakibatkan tidak dapat bekerja ataupun berproduktivitas secara normal lagi karena penyakitnya. Karena penyakit *SLE* dapat mengganggu pikiran penderita *SLE* sehingga dapat menimbulkan gangguan kesehatan

emosional dan fisik pada pasien. Untuk menghadapi dan mencegah gangguan secara emosional sehingga dapat mempertahankan kehidupan karena penyakit *SLE* ini kronis, pasien *SLE* sangat membutuhkan support dari keluarga atau orang terdekat. Dukungan keluarga terutama dalam kesehatan emosional dan fisik yang dapat membantu pasien dalam menjalani perawatan maupun membantu kebutuhan sehari-hari bagi pasien *SLE*.

Berdasarkan fenomena yang ada, maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian pada dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*.

Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama bulan Juli sampai dengan Oktober 2020.

Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini ialah 321 pasien *SLE*. Sampel yang digunakan sebanyak 64 responden. Teknik pengambilan sampel ini peneliti menggunakan teknik *sampel non probability sampling* dengan jenis *purposive sampling* dengan perhitungan rumus sampel *cross sectional* (Hidayat, 2012).

Data dan Cara Pengumpulan Data

1. Data primer

Penelitian ini menggunakan data primer diperoleh dengan cara melakukan pengisian kuesioner dengan menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari beberapa bagian. Bagian pertama berisi data demografi responden yang meliputi inisial responden, usia, tinggal bersama keluarga (orang tua, pasangan, anak atau dengan lainnya), status perkawinan, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan organ atau bagian tubuh yang terlibat *SLE*.

Bagian kedua kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 12 pertanyaan yang bersumber dari kuesioner respons social Nursalam (2005). Bagian ketiga kuesioner kualitas hidup terdiri dari 34 item pernyataan kuesioner *Lupus Quality of Life (lupusQol)* yang sudah diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia dan telah di uji kesahihan dan keandalannya oleh peneliti (Anindito, Hidayat, Koesnoe, & Dewiasty, 2016). Setelah didapatkan, peneliti mengolah data dan menganalisa data, selanjutnya dianalisa dengan menggunakan program computer yaitu *SPSS Statistic Version 23*. Penelitian ini melakukan analisis secara univariat dan bivariat. Uji korelasi antar variable kategorik dengan kategorik menggunakan uji *Chi Square*. Dalam melihat hasil kemaknaan perhitungan statistic digunakan batas kemaknaan α sebesar 0,05

2. Data Sekunder

Dalam penelitian menggunakan data sekunder berupa data dari RSCM, buku sumber dan internet yang berkaitan dengan topik penelitian

Teknik Analisis Data

Metode analisis yang digunakan Uji *Chi Square* dengan batas kemaknaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Analisis Univariat

HASIL

Karakteristik responden.

Hasil analisa pada kategori usia pada lansia awal (46-55 tahun) berjumlah 56 tahun. Frekuensi penderita pada tertua adalah penderita *SLE* adalah pada rentang usia 26-35 tahun yaitu pada usia dewasa

Variabel	Frekuensi	Persentase(%)
Jenis kelamin		
Perempuan	63	98,4
Laki-laki	1	1,6
Total	64	100
Status perkawinan		
Belum kawin	21	32,8
Sudah kawin	43	67,2
Total	64	100
Tinggal bersama keluarga		
Orang tua	21	32,8
Suami/istri	19	29,7
Total	64	100

Variabel	Frekuensi	Persentase(%)
Usia		
17-25 tahun	14	21,9
26-35 tahun	31	48,4
36-45 tahun	14	21,9
46-55 tahun	2	3,1
>55 tahun	3	4,7
Total	64	100

awal berjumlah 31 responden, dengan usia termuda yaitu 18 tahun dan tertua adalah usia dewasa awal berjumlah 31 responden, dengan usia termuda yaitu 18 tahun dan pada rentang usia 26-35 tahun yaitu pada 56 tahun. Frekuensi penderita pada kategori frekuensi rata-rata usia pada lansia awal (46-55 tahun) berjumlah 2 responden yang paling sedikit. Sedangkan usia termuda pada rentang usia remaja akhir (17-25 tahun) berjumlah 14 responden. Dapat disimpulkan bahwa frekuensi terbanyak penderita *SLE* adalah pada masa usia dewasa awal.

Tabel 1 karakter responden berdasarkan usia (n=64)

Tabel 2 Gambaran distribusi karakteristik

responden berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, dan tinggal bersama pada pasien *SLE* (n=64)

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 64 responden penelitian menunjukkan terdapat perbandingan yang signifikan antara jenis kelamin responden penelitian yang didominasi oleh perempuan yaitu sebanyak 98,47%. Data status perkawinan didominasi dengan yang sudah kawin yaitu sebesar 67,2 %, serta tinggal bersama dengan keluarga yang paling besar yaitu sebanyak 35,9 %. Terdapat responden yang masih tinggal sendiri sebesar 1,6 %.

Tabel 3 Gambaran distribusi karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan dan pekerjaan (n=64)

Variabel	Frekuensi	Persentase(%)
Pendidikan		
SD	1	1,6
SMP	12	18,8
SMA	33	51,6
Perguruan tinggi	18	28,1
Total	64	100
Pekerjaan		
PNS	6	9,4
Wiraswasta	3	4,7
Swasta	11	17,2
Tidak bekerja	33	51,6
Lainnya	10	15,6
Total	64	100

Pada tabel 3 menunjukkan tingkat pendidikan responden *SLE* paling tinggi adalah SMA yaitu sebesar 51,6% dengan status pekerjaan terbanyak adalah tidak bekerja sebesar 51,6%.

Tabel 4 Gambaran distribusi karakteristik demografi responden berdasarkan organ yang terlibat karena penyakit *SLE* (n=64)

Variabel	Frekuensi	Persentase(%)
----------	-----------	---------------

Keterlibatan 1 organ	48	75,0
Keterlibatan 2 organ	11	17,2
Keterlibatan 3 organ	4	6,3
Keterlibatan 4 organ	1	1,6
Total	64	100

Berdasarkan tabel 4 didapatkan frekuensi responden paling banyak didominasi dengan melibatkan 1 organ yaitu sebesar 75,0 %, dengan didominasi kulit mukosa, ginjal dan muskuloskeletal.

Dukungan keluarga.

Variabel dukungan keluarga pada penelitian ini disajikan dalam bentuk kategorik. Berikut ini merupakan kategorik dukungan keluarga yang disajikan dalam tabel 5 berikut ini.

Tabel 5 kategori dukungan keluarga pada pasien SLE (n=64)

Variabel	Frekuensi	Persentase(%)
Dukungan Keluarga		
Kurang baik	11	17,2
Baik	53	82,8
Total	<u>64</u>	<u>100</u>

Dari hasil tabel 5 dapat terlihat bahwa sebanyak 53 responden memiliki skor sebanyak 82,8 % sehingga dikategorikan dukungan keluarga baik. Sedangkan sebanyak 11 responden memiliki skor 17,2 % sehingga dikategorikan memiliki dukungan keluarga yang kurang baik.

Kualitas hidup.

Kualitas hidup pada penelitian ini disajikan dalam bentuk kategori. Berikut ini merupakan kategori kualitas hidup yang disajikan pada tabel 6

Variabel	Frekuensi(f)	Variabel(%)
Kualitas hidup		
Kurang baik	1	1,6
Baik	63	98,4
Total	64	100

Dari hasil tabel 6 dapat terlihat bahwa sebanyak 63 responden memiliki skor sebanyak 98,4 % sehingga dikategorikan kualitas hidup baik. Sedangkan sebanyak 1 responden memiliki skor 1,6 % sehingga dikategorikan memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

Gambaran hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien SLE. Untuk melihat pengaruh antara dua variable tersebut dan merupakan jenis data kategorik dengan kategorik maka peneliti melakukan uji statistik *Chi Square*. Berikut ini merupakan hasil analitik data kedua variabel disajikan dalam tabel 7.

Variabel	Kualitas Hidup		Total	p value
	Kurang Baik	Baik		
	n%	n%		
Dukungan Keluarga				
Kurang	1	10	11	
Baik	(0%)	(0%)	(17,2%)	
Baik	0	53	53	0.027
	(0%)	(82,8%)	(82,8%)	
Jumlah	1(1,6%)	63(98,4%)	64(100%)	

Berdasarkan hasil analisa tabel 7 berikut ini, didapatkan hasil Uji statistik *Chi Square* antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penelitian mendapatkan nilai *p-value* (0,027) < α (0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien SLE. Jadi, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien SLE.

PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan usia responden yang ditemukan memiliki rata – rata usia

26-35 tahun. Usia ini termasuk dalam golongan dewasa awal karena berada pada rentang usia 26-35 tahun pembagian kelompok umur menurut depkes (2009) yang diadaptasi oleh peneliti (Amin & Juniati, 2017). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa rata-rata usia penderita *SLE* usianya 35 tahun (Anindito, Hidayat, Koesnoe, & Dewiasty, 2016). Data penelitian serupa menunjukkan hasil tidak jauh berbeda pada penelitian oleh Yanih (2016) didapatkan hasil penderita *SLE* merupakan wanita dengan usia antara 18 hingga 37 tahun dengan rerata usia 34 tahun (Yanah, 2016). Didukung oleh penelitian diberbagai negara lain Cina dengan rerata usia 33,9 tahun (Su-li Wang, Bin Wu, & et al, 2013).

Responden pada hal ini rata-rata berada pada usia produktif, hal ini sesuai yang dikatakan Wallace (2014) bahwa 80% penderita *SLE* terkena *SLE* pada usia antara 15–40 tahun. Serangan *SLE* setelah usia 45 tahun atau setelah fase menopause jarang terjadi dan diagnosis *SLE* di atas usia 70 sangat jarang terjadi (Wallace, 2014). Pada usia produktif dimana seseorang seharusnya dapat beraktifitas secara aktif terutama dalam bekerja dan mendapatkan penghasilan tapi pasien *SLE* justru mengalami penyakit ini yang dapat menghambat aktifitasnya akibat penyakit ini. Hal ini sejalan dengan yang dikatakan menurut (Papalia & Feldman, 2012), bahwa kesehatan, kekuatan, energi, ketahanan, dan fungsi sensorik serta motorik individu dewasa awal berada pada posisi puncak.

Tabel 2 menunjukkan jenis kelamin lebih banyak perempuan yang menderita *SLE* yaitu sebanyak 63 orang (98,4%). Hasil yang didapatkan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Anindito,

Hidayat, Koesnoe, & Dewiasty, 2016) dengan jumlah 63 responden dari 65 responden. Hasil perbandingan populasi seperti ini juga tidak jauh berbeda dengan penelitian di beberapa negara di Cina sebanyak 182 orang (88,9 %) (Su-li Wang, Bin Wu, & et al, 2013), dan Amerika Serikat 174 orang (94%) (Jolly, Pickard, & et.al, 2009).

Faktor – faktor penyebab *SLE* masih belum diketahui secara pasti, namun jumlah penderita *SLE* pada usia muda didominasi oleh wanita. Wanita pada hal ini diduga menjadi faktor risiko yang menyebabkan timbulnya penyakit *SLE*, seperti yang dikatakan oleh kemenkes bahwa wanita lebih sering terkena penyakit *SLE* dibandingkan dengan laki-laki. Meningkatnya angka pertumbuhan penyakit Lupus sebelum periode menstruasi atau selama masa kehamilan mendukung dugaan bahwa hormon khususnya estrogen dan prolaktin menjadi pencetus penyakit Lupus (Kemenkes RI, 2018).

Status pernikahan responden adalah menikah dengan sebesar 67,2%. Hal ini sejalan dengan penelitian (Brailovski, et al., 2019) mengatakan bahwa dari 382 pasien dengan *SLE*, 202 (52,9%) menikah atau tinggal bersama, yang 9% lebih rendah dari tingkat populasi umum (95% CI 2% sampai 16%). Penderita *SLE* dikatakan paling banyak terjadi pada usia dewasa muda dimana pada usia tersebut seseorang telah memiliki pasangan atau menikah. Karena dengan pernikahan bisa menghasilkan keturunan dan membuat hidup seseorang lebih sempurna hidupnya. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh kumalasari bahwa pernikahan merupakan salah satu tujuan hidup seseorang untuk berkembang dan memiliki keturunan (Kumalar & Andhyantoro, 2012).

Hasil penelitian menunjukkan tinggal bersama keluarga tertinggi yaitu sebesar 68,1%. Hal ini didukung oleh peneliti William bahwa responden yang tinggal bersama dengan seseorang yang responden anggap sebagai teman dekat atau kerabat sebesar 61.0% (Williams E. M., Zhang, Anderson, Brunner, & Berhalter, 2015).

Seseorang yang masih memiliki keluarga ataupun tinggal bersama kerabat atau keluarga terdekat tidak sendirian memiliki harapan yang besar dalam mendukung penyembuhan dan perawatan selama menderita suatu penyakit. Adanya dukungan keluarga yang senantiasa tinggal bersama responden sangat mempengaruhi secara emosi dan juga secara fisik dalam membantu penderita *SLE* yang rerata memiliki kelemahan dalam melakukan aktifitas karena autoimun yang terganggu.

Tabel 3. Pendidikan dan Pekerjaan. Tingkat pendidikan paling tinggi adalah SMA yaitu sebesar 51,6% . hal ini serupa dengan penelitian (Anindito, Hidayat, Koesnoe, & Dewiasty, 2016) sebesar 35 orang (53,8 %), serupa dengan tingkat pendidikan di Iran dengan lama pendidikan 11,2 tahun (Hosseini, Bonakdar, Gholamrezaei, & Mirbagher, 2014).

Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi berupa hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Notoatmodjo S. , Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, 2014).

Status pekerjaan terbanyak adalah tidak bekerja sebesar 51,6%. Perbedaan pasien yang tidak bekerja dengan yang

bekerja tidak terlalu signifikan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan terhadap penderita *SLE* pada populasi African American di South Carolina dan Georgia juga menunjukkan banyak penderita *SLE* yang tidak bekerja yakni sebanyak 65% dari 89 orang penderita *SLE* yang tergabung (Barnado, Wheless, Meyer, Gilkeson, & Kamen, 2011). Hal ini tidak sejalan dengan peneliti Yanih (2016) yaitu pada penelitian ini lebih dari setengah penderita *SLE* atau tepatnya 61,5% memutuskan untuk tetap bekerja (Yanah, 2016). Keterbatasan produktivitas akibat penyakit *SLE* mengakibatkan dampak yang negatif terhadap kesehatan fisik, kelelahan dan nyeri yang sering timbul akibat *SLE*. Pada usia dewasa muda dimana seseorang yang seharusnya dapat berproduktifitas secara aktif menghasilkan uang justru mengalami kelelahan fisik akibat penyakit yang diderita. Walaupun tidak semua pasien *SLE* mengalami hal itu karena keterlibatan organ yang berbeda pada setiap pasien *SLE*. Tidak sedikit pasien yang memutuskan untuk tetap bekerja walaupun sudah terdiagnosis penyakit *SLE*.

SLE memiliki efek negatif yang substansial pada produktivitas, baik di tempat kerja maupun di kegiatan umum sehari-hari. Beban penyakit *SLE*, seperti yang dilaporkan pasien disurvei online ini, sangat penting. Pasien yang karirnya dipengaruhi oleh *SLE* memiliki kualitas hidup yang lebih rendah secara signifikan, tingkat kelelahan yang lebih tinggi dan produktivitas yang lebih buruk daripada pasien yang karirnya tidak terpengaruh. Kelelahan, sebuah ketidakmampuan untuk merencanakan dan mengurangi fisik dan emosional kesehatan semuanya secara signifikan dikaitkan dengan gangguan produktifitas (Gordon, 2013)

Tabel 4. menunjukkan organ yang

terlibat akibat *SLE* didapatkan dengan melibatkan 1 organ yaitu sebesar 75,0 %, dengan didominasi kulit mukosa, ginjal dan muskuloskeletal. Hal ini sejalan dengan peneliti (Anindito, Hidayat, Koesnoe, & Dewiasty, 2016) yaitu dari 65 responden didapatkan keterlibatan mukokutan (kulit mukosa) paling banyak ditemukan yaitu sebesar 93,84 %.

Manifestasi keterlibatan kulit mukosa paling tinggi dimana yang sering muncul adalah melibatkan kulit mukosa dengan mukokutan. Manifestasi yang timbul biasanya adalah kemerahan pada wajah dan kulit lainnya, rasa nyeri pada seluruh sendi, dan lelah yang sangat berarti jika sedang timbul penyakit ini. Arthritis terjadi pada lebih dari 90% pasien dengan *SLE*. Pembengkakan disertai dengan nyeri sendi dan otot dan kekakuan (Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher, 2014).

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebanyak 82,8% memiliki dukungan keluarga baik. Sedangkan sebanyak 11 responden memiliki skor 17,2 % didapatkan dukungan keluarga kurang baik. Hal ini sejalan dengan peneliti Desmisagli (2012), dari 3 responden yang diwawancarai semua responden sangat merasakan manfaat dukungan keluarga terhadap hidup mereka untuk membangkitkan semangat untuk menjadi sehat. Salah satunya dengan dukungan emosional keluarga. Dukungan emosional juga meningkatkan harapan penderita *SLE* untuk tetap bisa bertahan hidup, memberi harapan penderita *SLE* untuk memiliki spirit menjadi sehat (Desmisagli, 2012). Pada peneliti William (2015) didapatkan hasil responden yang memiliki support system keluarga dari total 41 responden sebesar 38 responden (92,7 %), dan dari 38 responden masing-masing terbagi menjadi yang memiliki tingkat stress rendah sebesar 25 responden 89,3 %

dan yang memiliki stress tinggi sebesar 13 responden (Williams, Zhang, & Anderson, 2015).

Dukungan keluarga adalah peran serta bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang mengacu pada kesenangan, ketenangan, bantuan bermanfaat yang berupa informasi verbal maupun non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang mencegah individu dari ancaman kesehatan mental sehingga individu percaya bahwa ia dihormati, dihargai, dicintai dan adanya dukungan sosial yang tinggi akan membuat individu lebih optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini dan akan datang selain itu, individu dengan ikatan sosial lebih banyak cenderung memiliki usia yang lebih panjang (Desmisagli, 2012).

Jenis dukungan keluarga terdiri dari dukungan penilaian, dukungan informatif, dukungan instrumental, dan dukungan emosional (Friedman M. , 2013). Keluarga dalam mendukung penderita *SLE* mulai dari dukungan secara psikososial maupun jasmaniah. Dukungan psikososial meliputi dukungan secara emosional, penghargaan, penerimaan dan harapan serta informasi. Dukungan jasmaniah seperti pelayanan dukungan instrumental dan material, suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah.

Dukungan yang diharapkan dari odapus adalah penerimaan keluarga dalam mendukung penyakit yang diderita. Pasien bisa bercerita atau membutuhkan pertolongan hanya kepada keluarga.

Merasa dihargai dan diterima oleh keluarga merupakan faktor psikologis yang penting dalam melupakan dampak negatif dari hidup odapus dan berpikir lebih positif untuk kedepannya. Seperti yang diungkapkan Friedman (2013) bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dalam hal ini penerima dukungan keluarga akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Friedman M., 2013).

Responden pada penelitian ini memiliki dukungan keluarga yang signifikan, ditandai dengan adanya pasien yang berobat didampingi oleh keluarga dan masih tinggal bersama keluarga, sehingga pasien dapat terus menjalankan pengobatan secara rutin. Adanya dukungan sosial keluarga memberi arti yang signifikan dalam kemampuan individu untuk mengatasi stress yang dihadapi. Dukungan sosial keluarga sangat penting dalam kehidupan sejahtera seseorang, mempengaruhi sistem kekebalan tubuh seseorang sehingga kualitas hidup pasien dapat meningkat.

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebanyak 98,4 % memiliki kualitas hidup baik. Sedangkan sebanyak 1 responden memiliki skor 1,6 % sehingga dikategorikan memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Kualitas hidup dilihat dari berbagai aspek, seperti yang dilakukan peneliti Anindito (2016) dilihat dari berbagai domain didapatkan hasil urutan dari nilai terkecil hingga terbesar adalah domain kelelahan (67,69%), kesehatan emosional (68,91%), beban untuk orang lain (70,38%), nyeri (75,13%) persepsi tubuh (75,77%), hubungan intim (77,85), kesehatan fisik (78,27), dan perencanaan

79,36) (Anindito, Hidayat, Koesnoe, & Dewiasty, 2016). Peneliti Uthia, dkk meneliti kualitas hidup dengan kuesioner generik (SF-36), kualitas hidup Odapus yang dirawat di RSHS, menunjukkan kualitas hidup berdasarkan fisik kesehatan: 22,7% baik dan 77,3% buruk; dan berdasarkan kesehatan mental: 40% baik dan 60% buruk; sementara berdasarkan *SLEQoL*, kualitas hidup Odapus 52% baik dan 48% buruk. Berdasarkan aspek-aspek yang diukur (36 aspek SF-36; 40 aspek pada *SLEQoL*), persepsi odapus tidak sejalan dengan nilai kualitas hidup yang diperoleh. (Uthia, Iwo, & Wachjudi, 2014). Kepatuhan dan terapi pengobatan adalah dua faktor yang memainkan peran penting dalam kualitas hidup masing-masing.

Besarnya kualitas hidup juga diteliti oleh (Esfandiari, Rusmini, & Santoso, 2018) mengatakan bahwa kualitas hidup pada pasien *SLE* di Komunitas Odapus Provinsi Lampung (KOL) Tahun 2018 sebagian besar dengan kategori tinggi sebanyak 25 responden (62,5%), sedangkan dengan kategori rendah sebanyak 15 responden (37,5%). Tingginya kualitas hidup pada penderita Lupus dikarenakan masih tingginya hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi pada pasien tersebut (Esfandiari, Rusmini, & Santoso, 2018).

Kualitas hidup bagi seseorang merupakan pencapaian kemampuan kehidupan yang ideal bagi sesuai dengan tujuan dan harapan meliputi kesejahteraan psikologis, status fungsi social dan keluarga, serta kesejahteraan spiritual. Dalam hal ini, kualitas hidup adalah konstruksi multidimensi yang mencakup status fungsi (perawatan diri), kesejahteraan psikologis, fungsi sosial dan keluarga dan kesejahteraan spiritual. Parameter-

parameter ini merupakan indikator penting tentang seberapa baik seseorang individu dapat berfungsi setelah diagnosis dan pengobatan (Smeltzer, Bare, & Cheever, 2012).

Dalam menilai aspek kualitas hidup pasien *SLE* berbagai faktor dapat mempengaruhi kualitas hidup. Pada peneliti ini, berdasarkan kuesioner *Lupusqol* terdapat beberapa domain aspek yang terlibat seperti aspek kesehatan fisik, beban kepada orang lain, kesehatan emosional, kelelahan, beban untuk orang lain, nyeri, persepsi tubuh, hubungan intim, dan perencanaan.

Tabel 7. menunjukkan bahwa terdapat dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien *SLE* dengan nilai Uji statistik *Chi Square* antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penelitian mendapatkan nilai *p-value* ($0,027$) $< \alpha$ ($0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *SLE*.

Hal ini sejalan dengan penelitian Rizky (2017) dengan menggunakan metode bivariat *chi square* menunjukkan data bahwa terdapat hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup *SLE* dengan *p value* 0.008, dukungan utama yang didapat dari keluarga yaitu dukungan emosional (Rizky, 2017). Hal ini didukung oleh penelitian Jannah (2018), hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang baik dan mengalami stres ringan. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* antara dukungan keluarga dengan tingkat stres menunjukkan bahwa nilai signifikansi yaitu $< 0,05$ (signifikansi = 0,000). Besarnya kekuatan korelasi pada kedua variabel yaitu -0,541 artinya semakin baik dukungan keluarga maka semakin ringan tingkat stres penderita *SLE* (Jannah, 2018).

Pasien *SLE* harus menghadapi keragaman gejala, efek samping pengobatan, dan konsekuensi psikososial dari hidup dengan kondisi yang tidak terduga dan berpotensi fatal. Semua ini masalah dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien *SLE* (Mazzoni & Cicognani, 2011). Peneliti (Mazzoni & Cicognani, 2011) mengatakan pasien *SLE* menunjukkan kualitas hidupnya berkurang sebanding dengan menurunnya penyakit medis yang parah. Mengutip penelitian (Sutcliffe) menunjukkan bahwa kesehatan emosional dipengaruhi oleh dukungan sosial. Hasil ini menegaskan peran prediktif sosial dukungan tidak hanya pada aspek fisik, tetapi juga pada kesehatan psikologis. Studi menunjukkan bahwa pertimbangan dukungan sosial sangat penting dalam memprediksi penyakit aktivitas, kerusakan dan kualitas hidup (baik fisik dan psikologis).

Dukungan keluarga dari berbagai jenis dukungan keluarga dapat dimunculkan, seperti dukungan emosional, penghargaan, instrumental, dan informasional.

Dukungan keluarga secara emosional seringkali sangat mempengaruhi pada kesehatan secara emosional pasien dan juga kesehatan fisik pasien *SLE*. Bentuk dukungan emosional seperti keluarga dalam menerima dan menghargai pasien dalam menderita penyakit, menghadapi penyakit, dan mengelola stress pasien sehingga dapat mempengaruhi daya tahan tubuh sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien *SLE*. Dalam penelitian ini, selain dukungan emosional, dukungan secara instrumental seperti dalam merawat pasien, biaya perawatan, membantu kegiatan sehari-hari pasien yang kurang maksimal akibat kelelahan atau kekambuhan akibat penyakit *SLE* dan lainnya, juga sangat

mempengaruhi kualitas hidup pasien *SLE*. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diperoleh semakin mempengaruhi kesehatan secara fisik dan psikologis pasien *SLE* sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien *SLE*.

SIMPULAN dan SARAN

Simpulan

Berdasarkan karakteristik demografi responden pada penelitian ini adalah pasien *SLE* yang paling banyak pada usia dewasa muda pada usia produktif dengan mayoritas status perkawinan adalah menikah dengan status tinggal bersama keluarga. Tingkat pendidikan responden pasien *SLE* yang tertinggi adalah SMA. Serta status pekerjaan terbanyak adalah tidak bekerja. Keterlibatan organ akibat *SLE* paling banyak melibatkan organ mukokutan dan muskuloskeletal.

Dukungan keluarga terbanyak adalah dukungan keluarga baik. Kualitas hidup pasien terbanyak adalah kualitas hidup baik.

Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna. Hal ini dibuktikan berdasarkan pengelolaan data statistik yang didapatkan nilai *p value* adalah 0,027.

Saran

Hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran bagi perawat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan yang diberikan. Penelitian ini diharapkan sebagai bahan rujukan bagi pelayanan keperawatan untuk tetap melibatkan keluarga dalam perawatan pasien.

Bagi perkembangan Ilmu Keperawatan dapat dilakukan dengan menambahkan materi mengenai faktor-faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien *SLE* selain melibatkan keluarga dalam pemberian dukungan terhadap kualitas hidup pasien *SLE*.

Bagi penelitian selanjutnya dapat

menganalisa faktor-faktor karakteristik lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien *SLE* selain dukungan keluarga. Penelitian ini juga dapat digunakan sebagai pembandingan untuk penelitian selanjutnya yang memiliki fokus penelitian serupa terhadap kualitas hidup pasien *SLE*. Peneliti merekomendasikan untuk penelitian berikutnya meneliti faktor yang mempengaruhi terhadap kualitas hidup pasien *SLE* berdasarkan faktor kelelahan dan nyeri akibat *SLE*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada para pihak yang telah memberi dukungan dan kontribusi terhadap penelitian ini, sehingga penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ditjen P2PTM. (2017). *Lupus Eritematosus Sistemik (LES)*. Dipetik Desember 23, 2019, dari Ditjen P2PTM Kemenkes: <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-paru-kronik-dan-gangguan-imunologi/klasifikasi-penyakit-les>
- Alwi, I., Salim, S., Hidayat, R., Kurniawan, J., & Tahapary, D. L. (2015). *Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam Panduan Praktik Klinis*. Jakarta: Interna Publishing.
- Amin, M. A., & Juniati, D. (2017). Klasifikasi Kelompok Umur Manusia Berdasarkan Analisis Dimensi Fraktal Box Counting Dari Citra Wajah Dengan Deteksi Tepi Canny. *Jurnal Ilmiah Matematika*.
- Anindito, B., Hidayat, R., Koesnoe, S., & Dewiasty, E. (2016). Validity And Reliability Of Lupus Quality Of Life Questionnaire In Patients With

- Systemic Lupus Erythematosus In Indonesia. *Indonesian Journal of Rheumatology*.
- Ardiani, H., Lismayanti, L., & Rosnawaty, R. (2014). Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Lansia di Kellurahan Mugarsari Kecamatan Tamansari Kota. *Jurnal umtas*.
- Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Aulia. (2017). *LES (Lupus Eritematosus Sistemik)*. Diambil kembali dari
- Barnado, A., Wheless, L., Meyer, A., Gilkeson, G., & Kamen, D. (2011). Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) compared with related controls within a unique African American population. *Sagepub*.
- Billington D, d. (2010). The New Zealand World Health Organization Quality of Life (QoL). *Journal of the New Zealand Medical Association.*, Vol.123.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Buku Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan . edisi 8 buku 3*. Elsevier Inc.
- Brailovski, E., Vinet, E., Pineau, C. A., Lee, J., Lukusa, L., Kalache, F., et al. (2019). Marital status and age of systemic lupus erythematosus diagnosis: the potential for differences related to sex and gender. *NCBI*.
- Desmisagli, A. E. (2012). Dukungan Sosial Keluarga dan Spirit Menjadi Sehat Penderita Lupus Eritematosus Sistemik.
- Ditjen P2P. (2018). *Hari Lupus Sedunia 2018 Memahami Program Deteksi Dini Penyakit LES*. Dipetik Januari 02, 2020, dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P): <http://p2p.kemkes.go.id/hari-lupus-sedunia-2018-memahami-program-deteksi-dini-penyakit-lupus-eritematosus-sistemik-les>/Donsu, J. D. (2019). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Esfandiar, F., Rusmini, H., & Santoso, N. R. (2018). Hubungan Penerimaan diri dengan Kualitas Hidup pada Pasien LES di Komunitas Odapus Provinsi Lampung (KOL) tahun 2018. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*.
- Ferrans, C., Zerwic, J., Wilbur, J., & Larson, J. (2005). Conceptual Model of Health Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*.
- Friedman, M. (2013). *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori, praktik*. Jakarta: ECG.
- Gordon, C. e. (2013). The Substantial burden of systemic lupus erythematosus on the productivity and careers of patients: a European patient-driven online survey. *Rheumatology Oxford Journal*.
- Hamid, D. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan dan Sosial*. Bandung: Alfabeta.
- Hidayat, A. (2012). *Menghitung Besar Sampel Penelitian*. Dipetik Februari 29, 2020, dari Stastikian: <https://www.statistikian.com/2012/08/menghitung-besar-sampel-penelitian.html>
- Holloway, L., Humphrey , L., Pilling, C., Kitchen, H., Højbjørre , L., Strandberg, et al. (2014). Patient-reported outcome measures for systemic lupus erythematosus clinical trials: a review of content validity, face validity and psychometric performance. *Health and Qual Life*

- Outcomes.*
- Hosseini, N., Bonakdar, Z. S., Gholamrezaei, A., & Mirbagher, L. (2014). Linguistic Validation of the LupusQoL for the Assessment of Quality of Life in Iranian Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *International Journal of Rheumatology*.
- Indotang, F. E. (2015). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Mekanisme Koping Pasien Pada Pasien Ca Mammae . *Jurnal kesehatan*.
- IRA. (2011). *Diagnosis dan pengelolaan Lupus*. Jakarta: Perhimpunan Reumatologi Indonesia.
- Jannah, M. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Stres Penderita Systemic Lupus Erythematosus di Yayasan Kupu Parahita Indonesia yang Berobat di RSSA Malang. *Brawijaya Knowledge Garden (BKG)*
- Jolly, M., Pickard, A., & et.al. (2009). Lupus- specific health outcome measure for US. *Ann Rheum Dis*.
- Kemkes. (2018). *hari lupus sedunia*. Diambil kembali dari p2ptm kemkes: <http://p2p.kemkes.go.id/hari-lupus-sedunia-2018-memahami-program-deteksi-dini-penyakit-lupus-eritematosus-sistemik-les/>
- Kemkes RI. (2017). *Infodatin : Situasi Lupus di Indonesia*.
- Kemkes RI. (2018). *Faktor risiko Lupus Eritematosus Sistemik (LES) – Bagian 2*. Diambil kembali dari Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit: <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-gangguan-imunologi/page/2/faktor-risiko-lupus-eritematosus-sistemik-les-bagian-2>
- Kumalasari, I., & Andhyantoro, I. (2012). *Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lewis, S., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). *Medical-surgical nursing : assessment and management of clinical problems ninth edition*. Canada: Mosby Elsevier.
- Lisnevskaja, L., Murphy, G., & Isenberg, D. (2014). *Systemic Lupus Erythematosus*. The Lancet.
- Lupus Foundation of America. (2013, July 12). *Medications used to treat lupus*. Diambil kembali dari Lupus Foundation of America: <https://www.lupus.org/resources/medications-used-to-treat-lupus>
- Lupus Foundation of America. (2013). *Medications Used to Treat Lupus*. Dipetik Januari 1, 2020, dari Lupus Foundation of America: <https://www.lupus.org/resources/medications-used-to-treat-lupus>
- Lupus Foundation of America. (2016). *Understanding Lupus : What is lupus*. Dipetik Desember 10, 2019, dari Lupus Foundation of America: <https://www.lupus.org/resources/what-is-lupus>
- Marianti. (2017). *Lupus*. Dipetik Januari 20, 2020, dari Alodokter: <https://www.alodokter.com/lupus/>