

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Psoriasis merupakan salah satu penyakit kulit yang menjadi beban sebagian besar negara di dunia dikarenakan kurangnya perhatian dalam menangani kasus psoriasis yang memberikan penderitaan cukup panjang bagi penderitanya.¹ Psoriasis merupakan penyakit kulit kronis yang timbul secara berulang ditandai dengan adanya lesi yang khas berbentuk bercak-bercak eritema dengan batas tegas, ditutupi oleh skuama tebal berwarna putih mengkilat di daerah siku, lutut, punggung, kuku jari, dan kulit kepala.²

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam *Global Report on Psoriasis 2016* prevalensi kejadian psoriasis di negara-negara di dunia berkisar antara 0,09 – 11,43 %. Setidaknya sekitar 100.000.000 orang di dunia dilaporkan mengalami psoriasis. Data yang disajikan oleh WHO menjelaskan bahwa laporan mengenai kejadian psoriasis masih sangat sedikit. Hal ini disebabkan oleh perbedaan metodologi penelitian mengenai kejadian psoriasis yang dilakukan di berbagai negara. Data yang dapat dijadikan acuan hanya berasal dari penelitian mengenai kejadian psoriasis yang dilakukan di 20 negara yakni di Cina, Mesir, Jerman, Italia, Swedia, Australia, Brazil, Kroasia, Denmark, Prancis, Norwegia, *United Kingdom* (UK), *United State of America* (USA), Jepang, Sri Lanka, Spanyol, Portugal, Polandia, Tanzania dan Tunisia. Dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa terjadi peningkatan prevalensi kejadian psoriasis di beberapa negara. Prevalensi kejadian psoriasis pada tahun 1984 di Cina adalah sebesar 0,17 % dan dua puluh lima tahun kemudian meningkat menjadi 0,59 %. Prevalensi kejadian psoriasis pada tahun 1998 di Spanyol adalah sebesar 1,43 % dan lima belas tahun kemudian meningkat menjadi 2,31 %. Di negara USA prevalensi kejadian psoriasis meningkat dari 1,62 % menjadi 3,10 %. Di Norwegia prevalensi kejadian psoriasis meningkat dari 4,8 % menjadi 11,4 %. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa

pada sebagian besar negara, psoriasis lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding pada perempuan. Didapati juga bahwa psoriasis timbul pada usia yang berbeda-beda bahkan dapat dijumpai pada usia anak-anak.¹

Di Indonesia belum ada data pasti mengenai prevalensi kejadian psoriasis. Hanya ada beberapa data laporan oleh sepuluh rumah sakit pada tahun 1996, 1997, dan 1998 berturut-turut dengan prevalensi kejadian sebesar 0,62%, 0,59%, dan 0,92%. Namun didapati bahwa adanya peningkatan jumlah kunjungan ke layanan kesehatan di daerah Indonesia berkaitan dengan psoriasis.³ Sementara itu di Sumatera Utara telah dilakukan penelitian mengenai gambaran karakteristik penderita psoriasis di RSUD DR Pirngadi Medan periode Januari 2014 -Desember 2016 diperoleh angka kejadian sebanyak 85 orang, ditemukan bahwa umur 45-64 tahun merupakan kelompok umur yang terbanyak menderita psoriasis, dan jenis kelamin laki – laki yang lebih banyak daripada perempuan. Mayoritas pasien merupakan tamatan SMA dengan jenis psoriasis yang paling banyak ditemukan adalah psoriasis vulgaris dan penatalaksanaan yang paling banyak diberikan adalah antihistamin oral + kortikosteroid topikal.²¹

Berdasarkan data-data diatas diketahui bahwa prevalensi psoriasis di dunia mengalami peningkatan, akan tetapi informasi mengenai epidemiologi di Indonesia khususnya di kota Medan masih sangat sedikit. Untuk itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran karakteristik psoriasis di Murni Teguh Memorial Hospital Medan dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2018.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran karakteristik pasien psoriasis di Murni Teguh Memorial Hospital Medan pada tahun 2014 sampai dengan tahun 2018.

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien psoriasis di Murni Teguh Memorial Hospital Medan tahun 2014-2018.

2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien psoriasis ditinjau dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lokasi lesi, jenis penyakit psoriasis dan terapi pasien.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Peneliti

Untuk menambah pengetahuan bagi peneliti tentang gambaran karakteristik pasien psoriasis.

2. Instansi terkait

Memberikan masukan tentang gambaran karakteristik penderita psoriasis serta untuk diterapkan dalam kebijakan terkait dalam pelayanan medis di Murni Teguh Memorial Hospital.

3. Institusi

Menambah referensi tentang psoriasis di Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Histologi dan Fungsi Kulit

2.1.1. Histologi Kulit

Kulit adalah organ tunggal terbesar di tubuh, biasanya merupakan 15-20% dari besar tubuh total dan, pada orang dewasa, meliputi 1,5-2m² permukaan terhadap lingkungan luar. Juga dikenal sebagai *integumen* atau lapis kutaneus. Kulit terdiri dari atas dua lapis yaitu lapisan epidermis dan dermis. Epidermis sebuah lapisan epitelial yang asalnya ektodermal. Turunan epidermis termasuk termasuk rambut, kuku, dan kelenjar sebacea dan kelenjar keringat. Lapisan dermis yaitu sebuah lapisan jaringan ikat mesodermal. Dibawah dermis terdapat selapis jaringan ikat longgar, hipodermis, yang pada beberapa tempat , terutama terdiri atas jaringan lemak. Hipodermis pada gilirannya melekat secara longgar pada fasia dalam atau periosteum tulang di bawahnya. Pada bibir, hidung, kelopak mata, vulva, dan preputium, kulit ini berhubungan langsung pada batas mukokutan dengan membran mukosa.⁴

Epidermis terutama terdiri dari epitel berlapis gepeng dengan lapis tanduk yang terdiri atas sel-sel yang disebut keratinosit. Terdapat juga tiga jenis sel epidermal yang tidak terlalu banyak yaitu melanosit penghasil pigmen, sel langerhans penyaji antigen, dan sel epitelial taktil disebut sel merkel. Dari arah dermis, epidermis terdiri atas lima lapisan keratinosit yaitu.^{4,5}

a. Stratum Basal (Germinativum)

Stratum basal adalah lapisan paling dalam atau dasar di epidermis. Lapisan ini terdiri dari satu lapisan sel kolumnar hingga kuboid yang terletak pada membrana basalis yang memisahkan dermis dari epidermis. Sel-sel melekat satu sama

lain melalui taut sel yang disebut desmosom, dan pada membrana basalis di bawahnya melalui hemidesmosom. Sel di stratum basal berfungsi sebagai sel induk bagi epidermis karena itu, di lapisan ini banyak ditemukan aktivitas mitosis. Sel membelah dan mengalami pematangan sewaktu bermigrasi ke atas menuju lapisan superfisial. Semua sel di stratum basal menghasilkan dan mengandung filamen keratin intermedial (*filamentum keratini*) yang meningkat jumlahnya sewaktu sel bergerak ke atas.⁵

b. Stratum Spinosum

Sewaktu keratinosit bergerak ke atas di epidermis, terbentuk lapisan sel kedua atau stratum spinosum. Biasanya lapis paling tebal, lapisan ini terdiri dari empat sampai enam tumpukan sel. Pada sediaan histologik rutin, sel di lapisan ini menciut. Akibatnya, ruang inter selular memperlihatkan banyak tonjolan sitoplasma, atau spina (duri), yang keluar dari permukannya. Duri-duri ini mencerminkan tempat desmosom melekat pada berkas filamen keratin intermedial, atau tonofilamen, dan sel sekitar. Pembentukan filamen keratin berlanjut di lapisan ini yang kemudian tersusun membentuk berkas tonofilamen. Tonofilamen mempertahankan kohesi di antara sel dan menghasilkan resistensi terhadap abrasi epidermis.^{4,5}

c. Stratum Granulosum

Sel-sel di atas stratum spinosum kemudian terisi oleh granula keratohialin basofilik dan membentuk lapisan ketiga, stratum granulosum. Lapisan ini dibentuk oleh tiga sampai lima lapisan sel-sel gepeng. Granula tidak dibungkus oleh membran dan berkaitan dengan berkas tonofilamen keratin. Kombinasi tonofilamen keratin dengan granula keratohialin di sel ini

menghasilkan keratin. Keratin yang dibentuk dengan cara ini adalah keratin lunak kulit. Selain itu, sitoplasma sel mengandung granula lamellosum terbungkus membran yang dibentuk oleh lapis ganda lemak. Granula lamellosum dikeluarkan ke dalam ruang interselular stratum granulosum sebagai lapisan lemak dan menutupi kulit. Proses ini menyebabkan kulit relatif impermeabel terhadap air.⁵

d. Stratum Lusidum

Stratum lusidum yang translusen dan kurang jelas hanya dapat ditemukan pada kulit tebal, terdiri atas lapis tembus cahaya tipis keratinosit gepeng yang eosinofilik dan dipersatukan oleh dermosom. Lapisan ini terletak tepat di atas stratum granulosum dan di bawah stratum korneum. Sel-selnya tersusun rapat dan tidak memiliki nukleus atau organel dan telah mati. Sel-sel gepeng ini mengandung filamen keratin yang padat.^{4,5}

e. Stratum Korneum

Stratum korneum terdiri dari 15-20 lapis sel berkeratin gepeng terisi keratin filamentosa *birefringen*. Filamen keratin mengandung sekurang-kurangnya enam polipeptida berbeda dengan massa molekuler antara 40-70 kDa, disintesis selama diferensiasi sel dalam lapis imatur. Selama pembentukannya, tonofibril keratin dikelompokkan dengan *filagrin* dan protein lain dalam granula keratohialin. Pada akhir keratinisasi, sel-sel hanya mengandung protein *fibrilar amorf* dengan membran plasma yang dikelilingi oleh lapisan kaya lipid. Sel-sel bertanduk lengkap ini disebut skuama, secara kontinu tergesek lepas dari permukaan epidermal dengan rusaknya desmosom dan selaput kaya lipid itu.⁴

2.1.2. Fungsi Kulit

Bagian tubuh manusia yang sangat mudah untuk dilihat dan disentuh yaitu kulit. Kulit juga yang menyokong penampilan fisik dan kepribadian seseorang. Jadi kulit sangat penting untuk manusia. Selain fungsi tersebut, kulit juga memiliki fungsi lainnya yaitu sebagai proteksi, absorpsi, ekskresi, persepsi, pengaturan suhu tubuh, (ter-moregulasi), pembentukan pigmen, pembentukan vitamin D, dan juga keratinisasi.⁶

Keratinosit, sel Langerhans, melanosit merupakan tiga jenis sel utama di lapisan epidermis. Pada sel basal sel-sel keratinosit akan memperbanyak diri, berdiferensiasi, dan akan terdorong menuju ke permukaan kulit dan sel-sel nya akan mati, pipih, dan kering di stratum korneum. Proses dari stratum germinativum menjadi sel tanduk dalam stratum korneum disebut keratinisasi yang waktunya 14-21 hari dan disebut juga *cell turn over time*.⁷

2.2 Psoriasis

2.2.1. Definisi Psoriasis

Psoriasis adalah penyakit peradangan kulit kronik dengan dasar genetik yang kuat dengan karakteristik perubahan pertumbuhan dan diferensiasi sel epidermis disertai manifestasi vaskuler. Psoriasis satu penyakit kulit termasuk di dalam kelompok dermatosis eritroskuamosa, dengan lesi berupa makula eritem berbatas tegas, ditutupi oleh skuama kasar berlapis, berwarna putih bening seperti mika, disertai fenomena tetesan lilin dan tanda *Auspitz*.^{3,8,9}

2.2.2. Etiopatogenesis Psoriasis

Etiologi psoriasis masih belum jelas meskipun ada bukti untuk kecenderungan genetik. Peran sistem kekebalan tubuh dalam penyebab psoriasis juga merupakan topik utama penelitian. Meskipun ada saran bahwa psoriasis bisa menjadi penyakit autoimun, belum ada autoantigen yang bisa bertanggung jawab.

Psoriasis juga dapat dipicu oleh pemicu eksternal dan internal, termasuk trauma ringan, terbakar sinar matahari, infeksi, obat sistemik dan stres. Psoriasis melibatkan kulit dan kuku, dan dikaitkan dengan sejumlah komorbiditas. Lesi kulit terlokalisir atau digeneralisasi, sebagian besar simetris, berbatas tegas, papula merah dan plak, dan biasanya ditutupi dengan sisik putih atau perak. Lesi menyebabkan gatal, menyengat, dan nyeri.¹

Perubahan morfologik dan kerusakan sel epidermis pada penderita psoriasis telah banyak diketahui. Gambaran histopatologi kulit yang terkena psoriasis sering kali menunjukkan akumulasi sel monosit dan limfosit di puncak papil dermis dan di dalam stratum basalis. Sel-sel radang ini tampak lebih banyak, apabila lesi bertambah hebat. Pembesaran dan pemanjangan papil dermis menyebabkan epidermodermal bertambah luas dan menyebabkan lipatan di lapisan bawah stratum spinosum tambah banyak. Proses ini juga menyebabkan masa pertumbuhan kulit menjadi lebih cepat dan masa pertukaran kulit menjadi lebih pendek dari normal, dari 28 hari menjadi 3-4 hari. Stratum granulosum tidak terbentuk dan di dalam stratum korneum terjadi parakeratosis. Dengan pemendekan interval proses keratinisasi sel epidermis dan stratum basalis menjadi stratum korneum, proses pematangan dan keratinisasi gagal mencapai proses yang sempurna.⁹

Sampai saat ini tidak ada pengertian yang kuat mengenai patogenesis psoriasis, tetapi peranan autoimunitas dan genetik dapat merupakan akar yang dipakai dalam prinsip terapi. Mekanisme peradangan kulit psoriasis cukup kompleks, yang melibatkan berbagai sitokin, kemokin maupun faktor pertumbuhan yang mengakibatkan gangguan regulasi keratinosit, sel-sel radang, dan pembuluh darah, sehingga lesi tampak menebal dan berskuama tebal berlapis. Aktivasi sel T dalam pembuluh limfe terjadi setelah sel makrofag penangkap antigen (*antigen presenting cell/ APC*) melalui *major histocompatibility complex* (MHC)

mempresentasikan antigen tersangka dan diikat oleh sel T naif. Pengikatan sel T terhadap antigen tersebut selain melalui reseptor sel T harus dilakukan pula oleh ligan dan reseptor tambahan yang dikenal dengan konstimulasi. Setelah sel T teraktivasi sel ini berproliferasi menjadi sel T efektor dan memori kemudian masuk dalam sirkulasi sistemik dan bermigrasi ke kulit. Dalam peristiwa interaksi imunologi tersebut rentetan mediator menentukan gambaran klinis antara lain: GMCSF (*granulocyte macrophagecolony stimulating factor*), EGF, IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, IL-23, dan TNF- α . Akibat peristiwa banjirnya efek mediator terjadi perubahan fisiologis kulit normal menjadi keratinosit akan berproliferasi lebih cepat, normal terjadi dalam 311 jam, menjadi 36 jam dan produksi harian keratinosit 28 kali lebih banyak dari pada epidermis normal. Pembuluh darah menjadi berdilatasi, berkelok-kelok, angiogenesis dan hipermeabilitas vaskular diperankan oleh *vascular endothelial growth factor* (VEGF) dan *vaskular permeability factor* (VPF) yang dikeluarkan oleh keratinosit.³

2.2.3. Epidemiologi Psoriasis

Beberapa penelitian telah dilakukan. Studi yang melaporkan kejadian psoriasis telah dilakukan di Amerika Serikat dan Eropa (Inggris, Italia, dan Belanda) dengan studi yang berlangsung di Amerika Latin dan Asia. Sebuah studi yang berbasis di Mayo Clinic, Rochester, Minnesota (*database Rochester Epidemiology Study*) melaporkan kejadian tersebut menjadi 59,9 per 100.000 orang per tahun. Dua studi berbasis perawatan primer dari Belanda dan Inggris melaporkan insiden 120-130 per 100.000 orang per tahun dan 140 per 100.000 orang per tahun, masing-masing. Studi ini melaporkan kejadian orang dari segala usia. Insiden psoriasis pada anak-anak di Amerika Serikat ditemukan 40,8 per 100.000 orang per tahun. Menariknya, anak perempuan memiliki insiden

yang lebih tinggi (43,9) daripada anak laki-laki (37,9). Peningkatan insidensi antara 1970 dan 2000 ditemukan dengan 29,6 kasus per 100.000 orang per tahun dilaporkan antara 1970 dan 1974 dan 62,7 kasus per 100.000 orang per tahun antara 1995 dan 1999. Insiden psoriasis pada orang dewasa saja telah dilaporkan dalam tiga studi. Sebuah penelitian di Italia menemukan tingkat kejadian 230 per 100.000 orang per tahun, sedangkan dua penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat memiliki tingkat kejadian yang serupa yaitu 78,9 dan 82 kasus per 100.000 per tahun. Insiden psoriasis ditemukan memiliki dua kali lipat pada orang dewasa dalam 30 tahun antara tahun 1970 dan 2000. Pria memiliki insiden psoriasis yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita (masing-masing 85,5 banding 73,2), yang berbeda dengan tingkat kejadian yang dilaporkan pada anak-anak. Perkiraan prevalensi (jumlah total kasus dalam populasi yang ditentukan) psoriasis bervariasi di seluruh dunia. Tinjauan sistematis epidemiologi psoriasis mengeksplorasi variasi dalam prevalensi dalam hal usia, jenis kelamin, metode definisi kasus, geografi, dan desain studi dalam 53 studi berbasis populasi. Populasi yang berada jauh dari garis khatulistiwa tampaknya memiliki tingkat prevalensi yang lebih tinggi. Psoriasis lebih umum pada orang dewasa daripada anak-anak dengan prevalensi mulai dari 0,91% (Amerika Serikat) hingga 8,5% (Norwegia) pada orang dewasa dan 0% (Taiwan) hingga 2,1% (Italia) pada anak-anak.¹⁰

Sementara itu menurut WHO sangat sedikit studi tentang kejadian psoriasis. Penelitian yang lebih berfokus kepada prevalensi psoriasis. Laporan yang ada bahwa ada 20 negara yang dilakukan penelitian mengenai tingkat prevalensi psoriasis. Data antar satu negara dengan negara lain sulit untuk dibandingkan dikarenakan metodologi penelitian dan keterbatasannya yang tidak sama, yaitu perbedaan definisi prevalensi (prevalensi titik, kumulatif, periode), populasi (anak-anak, semua kelompok usia,

dewasa), definisi kasus psoriasis (didiagnosis dokter dan selfreport). Perbedaan dari metodologi ini terlihat berdampak untuk tingkat prevalensinya. Di Republik Tanzania Serikat prevalensinya 0,09% dan Norwegia 11,4%. Populasi di Eropa Utara merupakan daerah yang paling sering terjadi psoriasis dan di Asia Timur untuk populasi yang paling sedikit mengalami psoriasis. Prevalensi orang dengan keturunan kaukasia 3,6%, hitam 1,9%, hispanik 1,6%, dan lainnya 1,4% menurut studi di Amerika Serikat dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2010. Pada jenis kelamin angka kejadiannya untuk laki-laki dan perempuan sama rata, tetapi dari hasil penelitian bahwa psoriasis lebih sering terjadi pada laki-laki. Pada usia berapapun psoriasis dapat terjadi namun untuk onset usia rata-rata psoriasis adalah 33 tahun ada juga data yang menyatakan onsetnya sebelum usia 46 tahun, sementara yang lain menyarankan dengan dua puncak psoriasis menjadi onset psoriasis bimodal yaitu usia 16 dan 22 untuk yang pertama dan yang kedua usia 57 dan 60 tahun. Sementara itu untuk anak- anak juga dapat terjadi psoriasis tetapi hanya sedikit data untuk kejadian psoriasis pada anak-anak. Data yang ada menyatakan bahwa di Taiwan dan China hampir tidak ada angka kejadian psoriasis, sementara di Jerman pada tahun 2007 data dari perusahaan asuransi menunjukkan prevalensi pada anak-anak dibawah 18 tahun adalah 0,40%. Sementara di mesir dilakukan penelitian pada 2194 anak di tahun 2008-2009, menyatakan prevalensi pada orang berusia 18 tahun kebawah sebesar 0,05%.¹

2.2.4. Gambaran Klinis Psoriasis

Penderita psoriasis umumnya tidak menunjukkan perubahan keadaan umum, kecuali bila stadium penyakitnya sudah sampai pada eritroderma. Ada penderita yang mengeluh rasa gatal, kaku, atau merasa sakit bila bergerak. Gambaran klasik berupa plak eritematosa diliputi skuama putih disertai titik-titik perdarahan bila

skuama dilepas, berukuran dari seujung jarum sampai dengan plakat menutupi sebagian besar area tubuh, umumnya simetris.^{3,9}

Gejala pertama psoriasis berupa makula dan papula eritem yang timbul tiba-tiba. Selanjutnya, papula membesar secara sentrifugal, sampai sebesar lentikuler dan numuler. Beberapa makula ini dapat bergabung membentuk lesi-lesi yang lebar hingga sebesar daun gyrata. Lesi ini menunjukkan gambaran beraneka ragam, dapat berupa arsiner, sirsiner, polisiklis, atau geografis.⁹

Penyakit ini dapat menyerang kulit, kuku, mukosa, dan sendi tetapi tidak mengganggu rambut. Penampilan berupa infiltrat eritematosa, eritema yang muncul bervariasi dari yang sangat cerah ("*hot*" psoriasis) biasanya diiukti gatal sampai merah pucat ("*cold*" psoriasis). Fenomena koebner adalah peristiwa munculnya lesi psoriasis setelah terjadi trauma maupun mikrotrauma pada kulit pasien psoriasis. Bagian tubuh yang sering terkena gesekan atau tekanan, seperti siku, lutut, dan punggung. Pada bagian tersebut dapat timbul reaksi isomorfik. Bagian tubuh lain adalah daerah yang berambut. Pada kulit kepala tanda eritema tidak jelas tetapi skuamanya cukup tebal, sehingga sering dikelirukan dengan dermatitis seboroik. Pada kuku jari tangan dan kaki berupa lubang kecil disebut juga pits.^{3,9}

Fenotipe psoriasis dapat berubah-ubah, spektrum penyakit pada pasien yang sama dapat menetap atau berubah dari asimtomatik sampai dengan generalisata (eritroderma). Stadium akut sering dijumpai pada orang muda, tetapi dalam waktu tidak terlalu lama dapat berjalan kronik residif. Keparahan memiliki gambaran klinik dan proses evolusi yang beragam, sehingga tidak ada kesesuaian klasifikasi variasi klinis.³ Berdasarkan ukuran dan morfologi lesi, psoriasis dapat menunjukkan berbagai variasi :

1. Psoriasis Plakat

Psoriasis tipe plak, juga dikenal sebagai psoriasis vulgaris, mewakili varian psoriasis yang paling umum dan terdiri lebih dari 90% kasus. Lesi primer adalah plak eritematosa dengan ketebalan bervariasi berukuran kurang dari 1cm atau papul yang melebar ke arah pinggir dan bergabung beberapa lesi menjadi satu, berdiameter 1 sampai beberapa sentimeter, yang ditutupi dengan sisik putih keperakan yang melekat yang dikenal dengan *Woronoff's ring*. Psoriasis tipe plak juga merupakan bentuk psoriasis yang paling umum pada masa kanak-kanak dan remaja. Presentasi klinis dapat sangat bervariasi dari pasien ke pasien.^{3,10,11}



Gambar 2.1 Psoriasis Plakat dikutip¹²

Dikutip sesuai aslinya dari kepustakaan 12

2. Psoriasis Gutata

Psoriasis gutata biasanya muncul tiba-tiba setelah faringitis streptokokus. Hal ini diketahui memiliki prognosis yang lebih baik daripada jenis psoriasis lain karena psoriasis

membaik secara spontan setelah 3-4 bulan, tetapi kebanyakan pasien mengalami kekambuhan dengan infeksi streptokokus berikutnya. Tipe ini ditandai dengan lesi kecil yang tersebar, sobek-sobek, berbatas tegas, merah, dan bersisik. Beberapa kasus dapat berkembang menjadi psoriasis plak. Varian ini terjadi pada kurang dari 2% pasien yang berusia kurang dari 30 tahun.^{13,14}

Bentuk spesifik yang dijumpai adalah lesi papul eruptif berukuran 1-10 mm berwarna merah salmon, menyebar diskret secara sentripetal terutama di badan, dapat mengenai ekstremitas dan kepala. Streptokokus beta hemolitikus dalam bentuk faringitis, laringitis, atau tonsilitis sering mengawali munculnya psoriasis gutata pada pasien dengan predisposisi genetik.³ Etiopatogenesis penyakit ini sebagian besar masih belum diketahui tetapi penelitian menunjukkan bahwa itu disebabkan oleh interaksi beberapa komponen genetik dan faktor lingkungan termasuk streptokokus -hemolitik.¹⁰



Gambar 2.2 Psoriasis Gutata akut¹⁵

Dikutip sesuai aslinya dari kepustakaan 15

3. Psoriasis Pustulosa

Psoriasis pustulosa adalah bentuk psoriasis yang tidak biasa yang ditandai dengan sekumpulan besar neutrofil di stratum korneum, yang secara klinis muncul sebagai pustula steril. Pustula dapat terlokalisasi di dalam atau di tepi plak

yang ada atau dapat menyeluruh (jenis von Zumbusch). Ini dianggap sebagai bentuk penyakit yang sulit diobati karena proses inflamasinya yang kuat, dan terapi konvensional biasanya gagal. Kasus psoriasis pustular yang parah mungkin sama seriusnya dengan psoriasis eritroderma, di mana pasien rentan terhadap dehidrasi dan infeksi. Beberapa bentuk terlokalisasi melibatkan telapak tangan dan telapak kaki dan bisa sangat melemahkan karena kesulitan berjalan.¹³



Gambar 2.3 Psoriasis Pustulosa¹²

Dikutip sesuai aslinya dari kepustakaan 12

4. Psoriasis Eritroderma

Psoriasis eritroderma merupakan salah satu varian psoriasis yang paling parah dan mengancam jiwa. Bentuk ini mempengaruhi lebih dari 90% area permukaan tubuh dan memperlihatkan lapisan stratum korneum yang besar dan koheren atau sisik-sisik halus di atas warna merah kehitaman yang dominan yang mencerminkan tingkat besar peradangan kulit. Ini juga merupakan salah satu bentuk psoriasis paling langka, dengan perkiraan prevalensi 1% - 2,25% pasien dengan psoriasis.

Psoriasis eritroderma dapat bermanifestasi dengan tanda-tanda kulit berupa eritema cerah, edema, deskuamasi superfisial, kerontokan rambut, atau distrofi kuku, dan dengan

manifestasi sistemik seperti demam, kedinginan, keletihan, malaise, atau gagal jantung. Keadaan ini dapat dicetuskan antara lain oleh infeksi, tar, obat atau putus obat kortikosteroid sistemik.^{3,10,13}



Gambar 2.4 Psoriasis Eritroderma¹⁰

Dikutip sesuai aslinya dari kepustakaan 10

5. Psoriasis Kuku

Keterlibatan kuku hampir dijumpai pada semua jenis psoriasis meliputi 40-50% kasus, keterlibatan kuku meningkat seiring durasi dan ekstensi penyakit. Kuku jari tangan berpeluang lebih sering terkena dibandingkan dengan jari kaki. Lesi beragam, terbanyak yaitu 65% kasus merupakan sumur-sumur dangkal (*pits*). Bentuk lainnya adalah kuku berwarna kekuning-kuningan sering disebut *yellowish dis-coloration* atau *oil spots*, kuku yang terlepas dari dasarnya (*onikolisis*), hiperkeratosis subungual merupakan penebalan kuku berupa sumur-sumur kuku yang dalam dapat membentuk jembatan-jembatan mengakibatkan kuku hancur (*crumbling*) dan *splinter* *haemorrhage*.³



Gambar 2.5 Onikolosis psoriasis kuku¹⁶

Dikutip sesuai aslinya dari kepustakaan 16

6. Psoriasis Inversa

Psoriasis inversa ditandai dengan tiba-tiba muncul plak eritematosa yang melibatkan lipatan kulit, termasuk daerah *aksila*, genital, perianal, intergluteal, dan inframammary. Gambaran klinis utamanya adalah plak merah muda sampai merah dengan skala minimum, dan lebih sering terjadi pada anak-anak.¹³



Gambar 2.6 Psoriasis Inversa¹⁷

Dikutip sesuai aslinya dari kepustakaan 17

2.2.5. Diagnosis Psoriasis

Diagnosis dibuat atas dasar klinis, tidak dapat ditegakkan hanya pada gambaran histopatologi saja. Penyakit ini berlangsung secara kronis dan dengan lesi makula eritematus simetris, ditutupi oleh skuama kasar berlapis-lapis, transparan, dan berwarna seperti mika atau perak. Predileksi lesi terutama pada yang sering mengalami gesekan dan tekanan, seperti kedua siku, lutut, dan daerah punggung. Di samping pemeriksaan kulit, pemeriksaan laboratorium lain perlu dilaksanakan untuk mencari faktor penyebab atau pencetus penyakit ini.^{9,18}

a. Laboratorium

Pemeriksaan yang mempunyai tujuan untuk mencari penyakit yang menyertai psoriasis bisa dilakukan, seperti pemeriksaan KOH, darah rutin, penyakit yang disebabkan infeksi harus dicari, pemeriksaan KGD, kolesterol.^{9,18}

b. Pemeriksaan Histopatologis

Pada pemeriksaan histopatologis psoriasis plak yang matur dijumpai tanda spesifik berupa, penebalan (akantosis) dengan elongasi seragam dan penipisan epidermis di atas papila dermis. Masa sel epidermis meningkat 3-5 kali dan masih banyak dijumpai mitosis di atas lapisan basal. Ujung *rete ridge* berbentuk gada yang sering bertaut dengan *rete ridge* sekitarnya. Tampak hiperkeratosis dan parakeratosis dengan penipisan atau menghilangnya stratum granulosum. Pembuluh darah di papila dermis yang membengkok tampak memanjang, melebar dan berkelok-kelok. Pada lesi awal di dermis bagian atas tepat di bawah epidermis tampak pembuluh darah dermis yang jumlahnya lebih banyak dari pada kulit normal. Infiltrat sel radang limfosit, makrofag, sel dendrit, dan sel mast terdapat disekitar pembuluh darah. Pada psoriasis

yang matang dijumpai limfosit tidak saja pada dermis tetapi juga pada epidermis. Gambaran spesifik psoriasis adalah bermigrasinya sel radang granulosit-neutrofilik berasal dari ujung subset kapiler dermal mencapai bagian atas epidermis yaitu lapisan parakeratosis stratum korneum yang disebut mikroabses munro atau pada lapisan spinosum yang disebut *spongioform pustules of Kogoj*.³

2.2.6. Farmakoterapi

Pengobatan sempurna yang dapat memberi kepuasan kepada penderita maupun dokter belum ada, karena penyebab pasti penyakit ini belum diketahui dengan jelas. Pada umumnya pengobatan yang dapat diberikan adalah obat-obat topikal yang dapat menahan atau memperlambat proses mitosis sel epidermis. Pengobatan topikal merupakan yang utama, jika pengobatan topikal gagal maka dipertimbangkan pengobatan sistemik.⁹

A. Terapi Topikal

Sebagian besar pasien psoriasis mengalami kelainan kulit yang terbatas, misalnya di siku dan lutut. Untuk keadaan ini maka pengobatan topikal menjadi pilihan. Pengobatan topikal juga dapat ditambah dengan fototerapi atau sistemik pada pasien. Selain untuk kelainan yang minimal pengobatan ini juga dipakai untuk mengontrol psoriasis yang kambuh.³

a. Topikal Kortikosteroid

Topikal kortikosteroid (Ks. Topikal) bekerja sebagai antiinflamasi, antiproliferasi dan vasokonstriktor masih tetap banyak dipakai dalam pengobatan psoriasis secara tunggal atau kombinasi. Terapi jenis ini masih diminati oleh banyak dokter maupun pasien karena efektif, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan

dan tidak terlalu mahal dibandingkan terapi alternatif lainnya. Berdasarkan keparahan dan letak lesi, dapat digunakan berbagai kekuatan Ks. topikal (menurut Stoughton-Cornell) yang merespons mekanisme vasokonstriktor pembuluh darah kulit. Obat tersedia dalam veikulum beragam, misalnya krim, salap, solusio, bahkan bedak, gel, *spray* dan *foam*.³

b. Vitamin D analog

Peran vitamin D analog sintetik dalam mengobati psoriasis pada awalnya didasarkan pada pengamatan bahwa merawat pasien dengan vitamin D oral secara signifikan menekan lesi-lesi. Sejak itu, gagasan untuk menggunakan vitamin D topikal (1, 25 dihydroxyvitamin D₃) diperkenalkan, dan kemudian agen ini telah digunakan sebagai terapi topikal standar untuk psoriasis. Mekanisme kerja obat belum jelas diketahui tetapi diduga terkait dengan efek di hiporoliferasi di keratinosit. Kelas vitamin D analog topikal termasuk kalsipotrien (kalsipotriol), kalsitriol, dan tacalcitol.^{13,19}

c. Antralin (Ditranol)

Ditranol adalah terapi turunan herbal yang diekstrak dari Andira Araroba dan dikenal sebagai Cignolin di Jerman dan Anthralin di AS. Penggunaannya telah menurun selama beberapa tahun terakhir karena efek pewarnaannya, membuat pemanfaatannya sulit dalam pengaturan rawat jalan, terutama dengan ketersediaan alternatif yang lebih dapat diterima secara kosmetik. Mekanisme pastinya belum sepenuhnya dipahami, tetapi penelitian terbaru menunjukkan kemampuannya untuk mencegah aktivasi T limfosit, menginduksi apoptosis

keratinosit dan meningkatkan diferensiasi melalui efek langsung pada mitokondria.^{13,20}

d. Agen keratolitik

Asam salisilat dianggap bekerja melalui dua mekanisme yang keduanya mengarah pada deskuamasi corneocytes. Mekanisme pertama adalah dengan mengurangi kekompakan antar sel dari korneosit dan yang kedua adalah dengan mengurangi pH dan dengan demikian meningkatkan hidrasi dan pelunakan plak. Dua efek ini menyebabkan berkurangnya sisik dan pelunakan plak psoriatik dengan demikian asam salisilat merupakan perawatan murni simtomatik.¹³

e. Emolien

Penggunaan pelembab non-obat seperti gel lidah buaya adalah pendekatan tambahan standar untuk mengelola psoriasis ringan hingga sedang. Emolien semacam itu memiliki keuntungan menjadi pilihan teraman selama kehamilan dan menyusui serta untuk anak-anak, namun kemanjuran dan bahan aktifnya tidak diketahui. Agen-agen ini membantu mempertahankan kelembaban di stratum korneum untuk menyebabkan pelunakan plak psoriatik. Penggunaan emolien dianggap sebagai pendekatan simptomatis daripada pendekatan terapeutik. Namun ada laporan yang saling bertentangan mengenai kemanjuran lidah buaya itu sendiri dalam pengobatan psoriasis, dan topik ini masih dalam penyelidikan oleh banyak kelompok. Emolien yang berupa parafin baik putih maupun kuning atau lanolin dapat dipakai untuk mengendalikan pembentukan skuama.^{13,20}

f. Topikal Retinoid

Retinoid topikal telah digunakan untuk mengobati kondisi kulit kronis termasuk psoriasis selama hampir 3 dekade. Retinoid topikal pertama yang disetujui oleh US *Food and Drug Administration* (FDA) pada tahun 1971 adalah Tretinoin. Tazarotene adalah retinoid topikal yang umum diresepkan yang disetujui pada tahun 1997.¹³

B. Fototerapi

Gagasan untuk menggunakan sinar ultraviolet (UV) untuk pengobatan psoriasis muncul pada zaman kuno ketika pasien dan dokter mengamati lesi membaik setelah paparan sinar matahari. Secara historis, fototerapi adalah garis pertama untuk mengobati psoriasis, namun terapi jangka panjang dibatasi oleh toksisitas yang tergantung pada dosis. Modifikasi sekarang ada, termasuk *Psoralen plus UVA* (PUVA), *broadbandUVB* (BB-UVB), dan *narrowband UVB* (NB-UVB).¹³

C. Radiasi Ultraviolet B

Broad-band UVB (BB-UVB) dianggap sebagai lini pengobatan pertama dan teraman untuk wanita hamil yang menderita psoriasis plak atau gutata yang membutuhkan intervensi sistemik. Ini dianggap sebagai keuntungan dari UVB dibandingkan pengobatan PUVA, yang dikontraindikasikan selama kehamilan dan menyusui. Baik BB-UVB maupun UVB pita sempit (NB-UVB) diketahui memiliki efek teratogenik. Efek samping akut dari UVB dan PUVA sangat mirip dan termasuk eritema, gatal, terbakar, dan kulit kering. Penggunaan kaca pelindung diperlukan untuk mengurangi risiko katarak terkait UVB. Efek samping jangka panjang termasuk penuaan dan karsinogenesis. Pasien yang diobati dengan

PUVA memiliki peningkatan risiko kanker kulit dan memerlukan pemantauan seumur hidup.¹³

D. Terapi Sistemik

a. Metotreksat

Metotreksat dianggap sebagai dasar dalam pengobatan rheumatoid arthritis serta penyakit rematik lainnya, namun itu juga telah dianggap sebagai agen utama untuk perawatan sistemik dari psoriasis sedang hingga parah selama beberapa dekade. Obat ini menghambat mitosis sel epidermis tanpa mengganggu fungsi sel.^{9,13}

b. Retinoid

Derivat etretinat sudah banyak dipakai untuk mengobati psoriasis dan penyakit kulit dengan gangguan keratinisasi. Obat ini dapat menyembuhkan psoriasis, terutama psoriasis pustulosa dan psoriasis gutata.⁹

c. Siklosporin

Siklosporin adalah obat penekan kekebalan yang awalnya digunakan untuk menghindari penolakan setelah transplantasi organ. Efektivitasnya dalam pengelolaan psoriasis telah mendapat perhatian sejak 1979. Ini telah disetujui oleh FDA sebagai obat anti psoriatik sejak 1997, dan juga digunakan *off-label* untuk penyakit kulit inflamasi lainnya termasuk tetapi tidak terbatas pada dermatitis atopik. Siklosporin direkomendasikan karena kemanjurannya yang tinggi dan onset yang cepat membuatnya cocok untuk pengobatan jangka pendek penyakit kulit inflamasi terutama psoriasis. Obat ini dapat menghambat aktivasi dan proliferasi sel T.^{9,13}

d. Asitretin

Asitretin adalah turunan vitamin A oral yang digunakan untuk mengobati psoriasis sejak 1980.

Mekanisme aksinya yang tepat belum dipahami dengan baik; Namun, penelitian terbaru menunjukkan pengaruh pada *sel T-helper* (Th17 dan Th2).¹³

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini memakai penelitian deskriptif dengan menggunakan metode *cross sectional*.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Murni Teguh Memorial Hospital Medan dengan mempertimbangkan adanya data rekam medik penderita Psoriasis dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2018.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari 2020.

3.3 Populasi

3.1.1 Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini yaitu semua pasien yang menderita psoriasis.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini yaitu semua pasien psoriasis yang berada di Murni Teguh Memorial Hospital Medan dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2018.

3.4 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah semua pasien psoriasis yang terdapat pada data rekam medik Murni Teguh Memorial Hospital Medan mulai tahun 2014 – tahun 2018.

3.4.2 Cara Pemilihan Sampel

Cara pemilihan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode total sampling.

3.5 Cara Kerja

- a. Permohonan izin pelaksanaan penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen Medan.
- b. Membawa surat permohonan izin dari kampus yang meneliti ke Bidang Penelitian dan Pengembangan Murni Teguh Memorial Hospital Medan.
- c. Setelah mendapatkan izin penelitian dari pihak Murni Teguh Memorial Hospital Medan, peneliti menindak lanjutinya dengan memilih sampel kepada bagian Rekam Medik Murni Teguh Memorial Hospital Medan.
- d. Memeriksa kelengkapan data sampel.
- e. Melakukan analisis data rekam medik.

3.6 Definisi Operasional

	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia	Usia adalah lamanya waktu proses dari pasien dilahirkan hingga terdiagnosa penyakit Psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. 0-12 2. 13-24 3. 25-44 4. 45-64 5. > 65	Nominal
Jenis Kelamin	Jenis kelamin adalah jenis gender pada pasien psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan formal yang terakhir kali dijalani pasien psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. D-3 5. S-1 6. S-2 7. S-3 	Nominal
Pekerjaan	Pekerjaan adalah aktivitas yang harus dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya setiap hari.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelajar/mahasiswa 2. Pegawai swasta 3. PNS 4. Wiraswasta 5. Ibu rumah tangga 6. dll..... 	Nominal
Lokasi lesi	Lokasi adalah letak dimana terdapatnya lesi psoriasis dibagian tubuh.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siku 2. Lutut 3. Kulit Kepala 4. Kuku 5. Lainnya 	Nominal
Jenis Penyakit Psoriasis	Jenis penyakit psoriasis adalah bentuk Psoriasis yang dialami	Rekam medik	melihat data rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psoriasis plak 2. Psoriasis gutata 	Nominal

	pasien penderita sesuai dengan bentuk lesinya.			<ol style="list-style-type: none"> 3. Psoriasis pustulosa 4. Psoriasis eritroderma 5. Psoriasis kuku 6. Psoriasis inversa 7. dll..... 	
Terapi pasien	Terapi pasien adalah penatalaksanaan yang telah di terima pasien dengan diagnosa psoriasis dari tenaga kesehatan.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Steroid topikal 2. Asam salisilat 3. Metotreksat 4. Siklosporin 5. dll..... 	Nominal

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Setelah semua data dikumpulkan selanjutnya dilakukan pemeriksaan data yang telah didapatkan dari data rekam medik. Kemudian melakukan pengelompokan data yang sesuai dengan variabel yang akan diteliti.

3.7.2 Analisis Data

Pada penelitian ini data dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif yang ditampilkan dalam bentuk narasi, tabel, distribusi frekuensi dan persentase.