BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Psoriasis merupakan penyakit infalamasi kulit yang dapat terjadi pada setiap usia, penyakit ini bersifat kronik yang ditandai dengan plak tebal eritomatosa dan papula – papula yang tertutup oleh sisik putih seperti perak. Umunya plak ini terdapat di daerah lutut, siku dan kulit kepala tetapi juga dapat menyerang ke bagian tubuh manapun kecuali selaput lendir.[1,2]

Penelitian tentang prevalensi psoriasis masih jarang dilakukan. Penelitian untuk mengetahui angka kejadian psoriasis umumnya terbatas pada negara atau wilayah tertentu. Data prevalensi psoriasis yang dilaporkan oleh WHO pada rentang waktu 1979- 1980 dan 2007 – 2008 menunjukkan peningkatan dari 4,8% menjadi 11,4%. Hal ini membuat psoriasis merupakan masalah global yang serius dengan setidaknya 100 juta orang terkena dampak di seluruh dunia. Di Eropa insiden tertinggi yang dilaporkan, yaitu Denmark (2,9%) dan Faroe Island (2,8%), dengan prevalensi rata-rata dari Eropa Utara sekitar 2%. Di Amerika Serikat prevalensinya berkisar dari 2,2% sampai 2,6% dengan hampir 150.000 kasus baru yang didiagnosis setiap tahunnya. Pada bangsa berkulit hitam misalnya di Afrika jarang dilaporkan demikian pula bangsa Indian di Amerika.Sementara insiden psoriasis di Asia hanya 0,4%. Di Indonesia sendiri prevalensi penderita psoriasis belum diketahui dengan pasti[3,4]Dengan semakin meningkatnya prevalensi psoriasis di dunia, tetapi sedikitnya informasi serta penelitian mengenai penyakit ini, serta minimnya informasi mengenai epidemiologi di Indonesia terkhusus di medan, penulis merasa tertarik untuk mengadakan penelitian tentang psoriasis di Poliklinik Kulit Kelamin RSUD Dr. PirngadiMedan periode Januari 2014 – Desember 2016.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran karakteristik penderita psoriasis di Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan periode Januari 2014 – Desember 2016.

1.3. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui gambaran karakteristik penderita psoriasis berupa Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Jenis lesi psoriasis dan penatalaksaanaan psoriasis di Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan periode Januari 2014 – Desember 2016.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada :

1. Peneliti

Untuk menambah wawasan peneliti mengenai gambaran karakteristik penderita psoriasis di rumah sakit Dr. Pirngadi Medan periode Januari 2014 – Desember 2016.

2. Instansi Terkait

Sebagai bahan masukan bagirumah sakit Dr. Pirngadi Medan mengenaigambaran karakteristikpasien psoriasis periode Januari 2014 – Desember 2016.

3. Institusi

Menambah referensi penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas HKBPNommensen Medan.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Histologi dan Fisiologi Kulit

2.1.1 Histologi Kulit

Kulit adalah organ tubuh yang terletak paling luar yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Kulit juga merupakan alat tubuh yang terberat dan terluas ukurannya, yaitu 15 persen dari berat tubuh dan luasnya 1,50 – 1, 75 m^2. Rata-rata tebal kulit 1 – 2 mm. paling tebal (6mm) terdapat di telapak tangan dan kaki, dan paling tipis (0,5) terdapat di penis.[1,6,7]

Kulit terdiri dari dua lapisan, yaitu epidermis dan dermis. Epidermis yang merupakan lapisan terluar dan aksesoris-aksesorisnya (rambut, kuku , kelenjar sebasea, dan kelenjar keringat) berasal dari lapisan ektoderm embrio. Dermis berasal dari mesoderm.[7]

Terdapat empat jenis sel di epidermis kulit dengan keratinosit sebagai sel dominan. Keratinosit membelah, bertumbuh, bergerak keatas, dan mengalami keratinisasi atau kornifikasi, dan membentuk lapisan epidermis protektif bagi kulit. Epidermis terdiri dari epitel berlapis gepeng dengan lapisan tanduk. Terdapat jenis sel lainnya yang lebih sedikit di epidermis. Sel-sel ini adalah melanosit, sel langerhans, sel markel, yang terselip diantara keratinosit di epidermis. Di kulit tebal atau epidermis, dapat dikenali adanya lima lapisan sel yaitu:[7,8,9]

a. Staratum basale

Terdiri atas selapis sel kuboid atau kolumnar basofilik yang terletak di atas membran basal pada perbatasan epidermis-dermis. Stratum basale ditandai dengan tingginya aktivitas mitosis dan bertanggung jawab bersama dengan bagian awal lapisan berikutnya atas produksi sel-sel epidermis secara berkesinambungan. Epidermis manusia diperbaharui

setiap 15 – 30 hari, bergantung pada usia, bagian tubuh, dan faktor lain. Semua keratinosit dalam statrum basale mangandung filamen keratin intermediet berdiameter 10nm yang terdiri atas keratin. Sewaktu sel berpindah keatas, jumlah dan tipe filamen keratin juga bertambah sehingga mencapai setengah jumlah protein total di lapisan terluar.[8,9]

b. Stratum spinosum

Lapisan ini terdiri dari empat sampai enam tumpukan sel. Pada sediaan histopatologik rutin, sel pertama lapisan ini menciut. Akibatnya, ruang intraselular memperlihatkan banyak tonjolan sitoplasma, atau spina (duri), yang keluar dari permukaannya. Duri-duri ini mencerminkan tempat desmosom melekat pada berkas filamen keratin berlanjut di lapisan ini yang kemudian tersusun memebentuk berkas tonofilamen. Tonofilamen mempertahankan kohesi diantara sel dan menghasilkan resistensi terhadap abrasi epidermis.[9]

c. Staratum granulosum

Lapisan ini di bentuk oleh tiga sampai lima lapisan sel gepeng. Granula tidak dibungkus oleh membran dan berkaitan dengan berkas tonofilamen keratin. Kombinasi tonofilamen keratin dan 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 terbentuk oleh lapisan ganda lemak. Granula lamellosum dikeluarkan kedalam ruang intraselular stratum granulosum sebagai lapisan lemak dan menutupi kulit. Proses ini menyebabkan kulit relatif impermeabel terhadap air.[8,9]

d. Stratum lusidum

Stratum lusidum yang transulen dan kurang jelas hanya dapat ditemukan di kulit tebal, lapisan ini terletak tepat di atas stratum granulosum dan dibawah stratum korneum. Sel-selnya tersusun rapat dan

tidak memiliki nukleus. Sel-sel gepeng ini mengandung filamen keratin yang padat.[8]

e. Stratum korneum

Stratum korneum adalah lapisan kulit kelima dan paling luar. Semua nukleus dan organel telah lenyap dari sel. Stratum korneum terutama terdiri dari sel mati yang gepeng berisi filamen keratin lunak. Sel superfisial berkeratin di lapisan ini secara terus-menerus dilepaskan atau mengalami deskuamasi serta diganti oleh sel baru yang muncul dari stratum basal di sebelah dalam[8]

2.1.2 Fisiologi kulit

Kulit dapat dengan mudah dilihat dan diraba, dan menjamin kelangsungan hidup. Kulit pun menyokong penampilan dan kepribadian seseorang. Dengan demikian kulit pada manusia mempunyai peranan yang sangat penting, selain fungsi utama yang menjamin kelangsungan hidup juga mempunyai arti lain yaitu estetik, ras, indikator sistemik, dan sarana komunikasi non-verbal antara individu satu dengan yang lain. Fungsi utama kulit ialah proteksi, arbsobsi, ekskresi, persepsi, pengaturan suhu tubuh (ter-moregulasi), pembentukan pigmen, pembentukan vitamin D, dan keratinisasi.[1]

a. Fungsi proteksi.

kulit menjaga bagian dalam tubuh terhadap gangguan fisis atau mekanis, jaringan tanduk sel – sel misalnya tekanan, gesekan, tarikan, gangguan kimiawi, misalnya zat-zat kimia terutama yang bersifat iritan, contohnya lisol, karbol, ekskresi keringat dan sebum. Keasaman kulit menyebabkan PH kulit berkisar pada PH 5 - 6.5 sehingga merupakan perlindungan kimiawi terhadap infeksi bakteri maupun jamur. Proses

keratinisasi juga berperanan sebagai sawar (bamer) mekanis karena sel-sel mati melepas-kan diri secara teratur.[1,7]

b. Fungsi absorpsi

Kemampuan absorpsi kulit dipengaruhi oleh tebal tipisnya kulit, hidrasi, kelembaban metabolisme dan jenis vehikulum. Penyerapan dapat berlangsung melalui cela antara sel, menembus sel-sel epidermis atau melalui muara saluran kelenjar. Tetapi lebih banyak yang melalui sel-sel epidermis dari pada yang melalui muara kelenjar.[1]

c. Fungsi ekskresi

kelenjar-kelenjar kulit mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna lagi atau sisa metabolisme dalam tubuh berupa NaCl, urea, asam urat, dan amonia. Sebum yang diproduksi melindungi kulit karena lapisan sebum ini selain meminyaki kulit juga menahan evaporasi air yang berlebihan sehingga kulit tidak menjadi kering. Produk kelenjar lemak dan keringat di kulit menyebabkan keasaman kulit pada PH 5 - 6.5.[1]

d. Fungsi persepsi

Kulit mengandung ujung-ujung saraf sensorik di dermis dan subkutisterhadap rangsangan panas diperankan oleh badan-badan ruffini di dermis dan subkutis. Terhadap dingin diperankan oleh badan Krause yang terletak di dermis. Badan taktil Meissner terletak di papila dermis berperan terhadap rabaan demikian pula badan Merkel Ranvier yang tertetak di epidermis. Sedangkan terhadap tekanan diperankan oleh badan Paccini di epidermis. Saraf-saraf sensorik tersebut lebih banyak jumlahnya di daerah yang erotik.[1]

e. Fungsi pengaturan suhu tubuh (ter-moregulasi)

Di waktu suhu dingin, peredaran darah di kulit berkurang guna mempertahankan suhu badan. Pada waktu suhu panas, peredaran darah di

kulit meningkat dan terjadi penguapan keringat dari kelenjar keringat, sehingga suhu tubuh dapat dijaga tidak terlalu panas.[6]

f. Fungsi pembentukan pigmen

Sel pembentuk pigmen (melanosit), terletak di lapisan basal dan sel ini berasal dari rigi saraf. Perbandingan jumlah sel basal : melanosit adalah 10 : 1. Jumlah melanosit dan jumlah serta besarnya butiran pigmen (melanosomes) menentukan warna kulit ras maupun individu. Melanosom dibentuk oleh alat golgi dengan bantuan enzim tirosinase, ion Cu dan O2. Pajanan terhadap Sinar matahari mempengaruhi produksi melanosom. Pigmen disebar ke epidermis melalui tangan-tangan dendrit sedangkan ke lapisan kulit dibawahnya dibawa oleh sel melanofag (melanofor). Warna kulit tidak sepenuhnya dipengaruhi oteh pigmen kulit, melainkan juga oleh tebal tipisnya kulit, reduksi Hb, oksi Hb, dan karoten. [1,7]

g. Fungsi keratinisasi

Lapisan epidermis dewasa mempunyai 3 jenis sel utama yaitu keratinosit, sel Langerhans, melanosit. Sel-sel keratinosit pada sel basal akan memperbanyak diri, berdiferensiasi, terdesak menuju ke permukaan kulit sehingga akirnya menjadi sel - sel yang mati, kering, dan pipih pada stratum korneum. Proses pendewasaan dari stratum germinativum sampai menjadi sel tanduk dalam stratum korneum dinamakan keratinisasi yang lamanya 14-21 hari dan disebut juga *cell turn over time*.[10]

h. Fungsi pembentukan Vit D

Vitamin D (kolekalsiferol) dibentuk di kulit oleh aktivitas sinar UV pada dehidrokolesterol. Pada orang – orang yang menu makanannya kekurangan vitamin D, sumber vitamin ini menjadi penting.[7]

2.2 Psoriasis

2.2.1 Defenisi Psoriasis

Psoriasis ialah jenis penyakit kulit yang penderitanya mengalami proses pergantian kulit yang terlalu cepat. Psoriasis merupakan suatu penyakit yang termasuk dalam kelompok dermatosis eritroskuamosa, bersifat kronik residif dengan lesi berupa makula eritem berbatas tegas, ditutupi oleh skuama kasar berlapis, berwarna putih bening seperti mika, disertai fenomena tetesan lilin dan auspitz. Kemunculan penyakit ini terkadang untuk jangka waktu lama atau hilang – timbul.[11,16]

Berbeda dengan pergantian kulit pada manusia normal yang biasanya berlangsung selama tiga sampai empat minggu.Proses pergantian kulit pada penderita psoriasis berlangsung secara cepat yaitu sekitar dua sampai empat hari,pergantian sel kulit yang banyak dan menebal.[12]

2.2.2 Etiologi Psoriasis

Walaupun digambarkan sebagai penyakit proliferasi sel epitel jinak, pada kenyatannya psoriasis disebabkan oleh gangguan autoimun, psoriasis juga merupakan penyakit yang diturunkan, meskipun cara penurunan penyakit ini belum dimengerti sepenuhnya. Pada penderita psoriasis ditemukan sebanyak 66% memiliki riwayat keluarga yang menderita psoriasis. Limfosit T diaktifkan dalam berespons terhadap rangsangan yang tidak dikenalterkait dengan sel langerhans yang terpadat pada jaringan kulit, pengaktifan sel langerhans tersebut menyebabkan pembentukan sitokin pro-imflamatori yang diantaranya termasuk faktor nekrosis tumor alfa, dan faktor pertumbuhan yang merangsang proliferasi tumor abnormal dan pergantiannya. Waktu yang diperlukan untuk melakukan pertukaran sel epidermis secara normal adalah sekitar 20-30 hari, tetapi pada psoriasis epidermis di bagian yang terkena akan diganti 3-4 hari.Pemeriksaan histopatologi pada biopsi kulit pasien psoriasis menunjukkan adanya penebalan epidermis dan stratum korneum dan pelebaran pembuluh-pembuluh darah dermis bagian atas. Jumlah sel basal

yang bermitosis jelas meningkat. Sel-sel yang membelah dengan cepat itu bergerak dengan cepat kebagian permukaan epidermis yang menebal. Proliferasi dan mirgasi sel–sel epidermis yang cepat ini menyebabkan epidermis menjadi tebal dan diliputi keratin yang tebal (sisik yang berwarna seperti perak).[11,13]

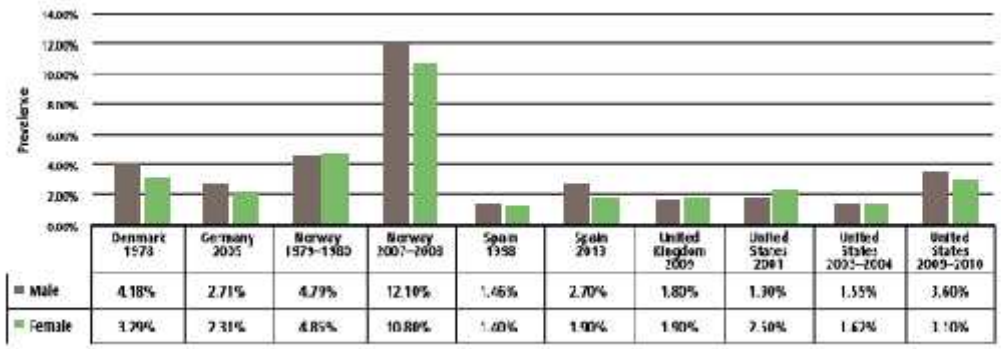
2.2.3 Epidemiologi Psoriasis

Hanya ada sedikit penelitian tentang kejadian psoriasis sampai saat ini. Pendaftaran kasus psoriasis tidak wajib, artinya data yang andal sulit ditemukan. Sebuah tinjauan literatur yang dipublikasikan hanya mengungkapkan beberapa penelitian yang dapat dipercaya tentang kejadian psoriasis. Satu studi menunjukkan bahwa tingkat kejadian psoriasis pada jenis kelamin dan usia yang telah disesuaikan secara keseluruhan di Minnesota di Amerika Serikat, antara tahun 1980 dan 1983, diperkirakan mencapai 0,60 per 1.000 orang-tahun. Sebuah studi terhadap 511 532 individu di Italia antara tahun 2001 dan 2005 melaporkan kejadian psoriasis (orang dewasa yang menerima diagnosis psoriasis yang pertama) dari 2,30-3,21 kasus per 1000 orang-tahun. Pada tahun 2012, sebuah penelitian skrining psoriasis 2 minggu melalui konsultasi medis dilakukan di tiga negara secara bersamaan - Aljazair, Tunisia dan Maroko, di mana kejadian psoriasis diperkirakan masing-masing pada 10,36, 13,26 dan 15,04 per 1000 orang.[13]

Studi yang relatif lebih banyak berfokus pada prevalensi psoriasis. Tinjauan terhadap literatur yang dipublikasikan menemukan 68 artikel dan laporan lengkap yang memperkirakan tingkat prevalensi untuk 20 negara. Perlu dicatat, bagaimanapun, bahwa data yang dikandungnya sangat sulit untuk dibandingkan satu sama lain, karena metodologi penelitian dan keterbatasannya berbeda. Masalah utama adalah perbedaan definisi prevalensi (prevalensi titik, prevalensi kumulatif, prevalensi periode), definisi kasus psoriasis (selfreport, didiagnosis dokter), populasi usia yang diteliti (anak-anak saja, orang dewasa saja, semua kelompok usia) dan

sampel Teknik (kuesioner, pemeriksaan klinis, kombinasi pemeriksaan klinis dan kuesioner, data registrasi). Perbedaan metodologi ini jelas berdampak pada tingkat prevalensi. Bergantung pada daerah, studi prevalensi bervariasi dari 0,09% di Republik Tanzania Serikat sampai 11,4% di Norwegia. Korelasi yang sangat lemah antara lintang geografis dan prevalensi psoriasis ditemukan. Psoriasis tampaknya paling sering terjadi pada populasi di Eropa utara (3,36) dan paling sedikit di populasi Asia Timur (37-45) Beberapa penelitian menyelidiki perbedaan etnis dalam prevalensi psoriasis. Menurut sebuah penelitian di Amerika Serikat tahun 2001, orang dengan keturunan Kaukasia atau Hitam dan yang lainnya memiliki prevalensi masing-masing 2,5%, 1,3% dan 1,0% (14). Dalam studi lain di Amerika Serikat dari 2009-2010, perbedaan ini lebih tinggi, dengan prevalensi untuk orang Kaukasia, Hitam, Hispanik dan lainnya masing-masing 3,6%, 1,9%, 1,6% dan 1,4%.[3]

Psoriasis dianggap sama rata pada kedua jenis kelamin. Namun, dari semua penelitian yang melaporkan prevalensi berdasarkan jenis kelamin, beberapa penelitian menunjukkan bahwa psoriasis lebih sering terjadi pada pria. Nilai kuotasi tidak signifikan secara statistik. Masalah ini membutuhkan penyelidikan lebih lanjut, khususnya, diferensiasi faktor genetik dan perilaku.[3]



Gambar 2.1 Prevalensi Psoriasis di negara maju.[3]

Psoriasis dapat terjadi pada usia berapapun. Sementara beberapa penelitian menunjukkan bahwa usia rata-rata onset untuk psoriasis adalah 33 tahun, dan 75% kasus terjadi sebelum usia 46 tahun, yang lain menyarankan agar onset psoriasis bimodal dengan dua puncak penyakit - yang pertama Antara 16 dan 22 dan yang kedua antara usia 57 dan 60 tahun. Psoriasis juga terjadi pada anak-anak. Namun, ada sedikit penelitian tentang kejadian atau prevalensi psoriasis pada anak-anak, dan yang ada mengungkapkan variasi antara hampir tidak adanya psoriasis remaja di Taiwan, China (38,39) dan prevalensi seumur hidup 1,37% pada usia 0-17 tahun. Anak-anak di Jerman. Studi terbesar tentang prevalensi di antara anak-anak dilakukan di Jerman pada tahun 2007. Data yang dikumpulkan dari database perusahaan asuransi kesehatan sekitar 1,3 juta orang menunjukkan prevalensi psoriasis pada anak-anak di bawah 18 tahun adalah 0,40%, dan meningkat secara kasar secara linear sepanjang masa kehidupan. Pada 2008-2009, sebuah penelitian terhadap 2194 anak di Mesir menemukan bahwa prevalensi psoriasis pada orang berusia 18 tahun dan lebih muda adalah 0,05% .[3]

2.2.4 Patogenesis Psoriasis

Penyakit ini tampak sebagai plak tebal eritromatosa dan papula-papula yang tertutup oleh sisik putih seperti perak. Plak ini biasanya terdapat di daerah lutut, siku dan kulit kepala. Kuku sering tampak tebal dan kekuning-kuningan, timbul lekukan multipel dan terpisah dari jaringan dasar kuku. Psoriasis memiliki penyebab yang multifaktorial, antara lain:adanya faktorgenetik, faktor lingkungan dangangguan sistem imun. Beberapa penelitian menemukan adanya peran genetik seperti lokuspsoriasis susceptibility 1(PSORS1)pada kromosom 6p21, lokusPSORS 2PSORS 2terdapat gen ZNF750 berfungsi dalam proses diferensiasi keratinosit.Lokus lain yang dinyatakan juga terlibat adalah PSORS4 (1q21.3), PSORS5 (3q21), PSORS8 (16q12-q13), dan PSORS9 (4q28-q31).[13,24]

Pada psoriasis terjadi hiperproliferasi dan diferensiasi abnormal keratinosit epidermis, inflamasi, perubahan vaskuler yang diperantaraioleh sistem imun.Mekanisme sistem imun pada psoriasis melibatkan interaksi yang kompleks antar sel imun dan sitokin-sitokin proinflamasi. Sel limfosit T merupakan sel utama yang berperan dalam patogenesis psoriasis. Sel imun lain yang juga berperan dalam patogenesis psoriasis adalah sel dendritik, sel natural killer(NK), sel mast, neutrophil, makrofag dan sel keratinosit.Sel dendritik yang matur akan menghasilkan berbagai macam sitokin yang memicu diferensiasi dan ekspansisel Th1 (IL2), Th17 (IL-6, TGF-β1 dan IL23) dan Th22 (TNF-α dan IL-6). Sel-selimun berkomunikasi melalui sitokin-sitokin yang dihasilkan akibat stimulasi dari bakteri, bahan kimia, sinar ultraviolet dan faktor iritatif yang lain.Psoriasis mengekspresikan berbagai macam sitokin proinflamasi seperti interleukin (IL), tumor necrosis factor (TNF), dan interferon-γ (IFN-γ).[24,]

Tumor necrosis factor-αberfungsi untuk meningkatkan pelepasan sitokin oleh limfosit oleh sel makrofag, meningkatkan ekspresi molekul adesi yang menarik sel neutrophil dan makrofag ke lesi melalui aktivasi endotel vascular, menginduksi proliferasi sel keratinosit dan neovaskularisasi sel endotel yang menstimulasi proses inflamasi. Interferon-γ dihasilkan oleh sel Th1, meningkatkan migrasi sel radang dan meregulasi berbagai macam sitokin proinflmasi lain seperti IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, IL-15, TNF, interferon-inducible protein-10dan iNOS. Interferon-γ sangat penting terutama pada fase awal psoriasis dan memiliki fungsi menghambat apoptosis sehingga dapat meningkatkan proliferasi keratinosit. Sel Th17 berdiferensiasi dari sel T CD4+ akibat stimulasi dari IL-1, IL-6 dan transforming growth factor –β(TGF-β) dan proliferasinya diatur oleh IL-23 yang dihasilkan oleh sel keratinosit, makrofag dan sel dendritik yang teraktivasi Sel Th 17 memproduksi IL-17 dan IL-22 yang merupakan sitokin proinflamasi poten untuk mempertahankan proses

inflamasi. Interleukin-17 akan mengaktivasi sel keratinosit untuk menghasilkan IL-8 sebagai kemoatraktan dari sel neutrophil. Sel keratinosit menghasilkan sitokin inflamasi seperti IL-1β, IL-6 dan TNF-α yang akan meningkatkan aktivitas sel dendritik dan memperluas inflamasi lokal.[2,4,24]

2.2.5 Gambaran Klinis Psoriasis

Gambar 2.2 Lesi Klasik Psoriasis[15]

Penderita Psoriasis pada umumnya tidak menunjukan perubahan keadaaan umum, kecuali bila stadium penyakitnya sudah sampai eritrodermia. Keluhan utama pasien psoriasis adalah lesi yang terlihat, rendahnya kepercayaan diri, gatal dan nyeri terutama jika mengenai telapak tangan, telapak kaki dan daerah intertriginosa. Terdapat sejumlah pola klinis yang berbeda-beda pasa psoriasis, beberapa pola sudah umum didapatkan, sementara yang lainnya jarang, dan beberapa ditemukan bersama-sama atau saling tumpah tindih.[6,5]

Gejala pertama psoriasis berupa makula dan papula eritem yang timul tiba – tiba. Selanjutnya, papula akan membesar secara sentrifungal, sampai sebesar lentikular dan numuler. Beberapa makula ini dapat bergabung membentuk lesi – lesi yang besar hingga selebar daun gyrata. Lesi ini menunjukan gambaran beraneka ragam, dapat berupa arsiner, sirsiner, polisiklik, atau geografis. Makula eritem ini berbatas tegas dan diatasnya didapati skuama yang mempunyai sifat-sifat khas. Warnanya

putih seperti perak atau mika, transparan, kering, kasar, dan berlapis – lapis. Apabila skuama ini digores dengan benda tajam, akan tampak sebuah garis putih kabur dan skuama pecah – pecah mirip gambaran setetes lilin yang digores dengan benda tajam. Fenomena ini disebut fenomena tetesan lilin. Apabila skuama dikupas lapis demi lapis, pada lapisan terbawah tampak kulit berwarna merah dan terlihat bintik – bintik darah. Tanda seperti ini disebut tanda Auspitz.[6]

Gambar 2.3 Predileksi Lesi Psoriasis[16]

Predileksipsoriasis adalah 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 rambut. Pada kulit kepala tanda eritem tidak jelas tapi skuamanya cukup tebal, sehingga sering dikelirukan dengan dermatitis seboroika.[5,6]

Psoriasis yang menyerang kuku jari tangan dan kaki memberi gambaran berupa lubang kecil pada kuku yang disebut pits. Warna kuku menjadi kabur dan bagian kuku bebas agak terpisah dari dasarnya oleh karenaterbentuk zat tanduksubungual. Umumnya kelainan kuku dimulai dari bagian distal dan menyebar ke bagian proksimal, dan terjadi onikolisis. Mukosa hampir tidak pernah terkena penyakit ini, kemungkinan karna epitel mukosa hampir mirip dengan pertumbuhan kulit yang terkena psoriasis.[6] Selain dari presentasi klasik yang sudah disebutkan sebelumya, terdapat beberapa tipe klinis psoriasis :

1. Psoriasis Vulgaris

Gambar 2.4 Psoriasis Vulgaris[17]

Psoriasis Vulgaris atau psoriasis yang bentuk plak merupakan tipe psoriasis yang paling sering terjadi, kira-kira 90% dari semua pasien psoriasis. Tipe ini sering dikenal dengan nama “psoriasis” saja ataupun psoriasis vulgaris. Lesi psoriasis vulgaris ditandai dengan plak eritema yang berbatas tegas dan kasar, plak eritematosa tersebut dapat bervariasi warnanya mulai dari merah mudah sampai merah intens.[18,19]

2. Psoriasis Gutata

Gambar 2.5 Psoriasis Gutata

Psoriasis Gutata sering timbul mendadak dan dapat menyertai suatu infeksi, terutama infeksi streptokokus pada tenggorokan. Hal tersebut merupakan cara umum timbulnya psoriasis terutama pada usia dewasa muda.[7]

Gutata (gutatte) dalam bahasa latin berarti ‘tetesan’. Kebanyakan lesi berukuran lentikuler, dan biasanya berwarna lebih pucat bila dibandingkan dengan psoriasis yang telah mantap, setidaknya pada fase awal. Pada psoriasis gutata dapat timbul rasa gatal. Lesi-lesi pada psoriasis gutata sering cepat hilang, tetapi ada beberapa pasien bisa membesar dan menjadi plak yang menetap.[7,6]

3. Psoriasis Pustulosa

Gambar 2.6 Psoriasis Pustulosa [20]

Psoriasis pustular adalah bentuk psoriasis langka yang biasanya menyerang orang dewasa, pucat putih steril di daerah eritema dan skala mengkarakterisasi bentuk psoriasis ini. Ada beberapa subtipe psoriasis pustular termasuk psoriasis pustular von zumbusch, psoriasis pustular palmoplantar, dan acropustulosis (acrodermatitis continua hallopeau). Von zumbush psoriasis pustular ditandai dengan gelombang mendadak dari bercak kulit eritematosa yang meluas, yang membuatnya menjadi terasa sakit. Biasanya dalam beberapa jam pustula muncul yang kemudian terkelupas setelah 1-2 hari, gelombang pustula ini mungkin berlangsung dalam beberapa hari bahkan minggu. Pasien mungkin juga melaporkan demam, menggigil, kelenturan otot, dan penurunan berat badan.[21]

Bentuk Zumbusch timbul tiba-tiba dan biasanya berjalan akut. Lesi yang timbul sering disertai gejala-gejala subjektif berupa perasaan panas dan terbakar. Ruam yang timbul berupa pustul-pustul kecil di atas lesi psoriasis, yang disusul di tempat-tempat yang sehat. Lesi-lesi seperti ini terutama timbul pada daerah-daerah bagian fleksor dan genitalia. Type Zumbusch ini dapat juga berbentuk lesi-lesi melingkar atau berupa daerah eritem yang luasnya sebesar plakat dan diatasnya timbul pustula-pustula, bahkan dapat timbul eritem yang generalisata. Kuku akan menebal dan

pecah-pecah karena timbul nanah di bawah kuku. Bila pustula tersebut mengering akan meninggalkan krusta yang bila melepas akan meninggalkan daerah yang eritem. Mukosa mulut dan lidah dapat terkena dengan menimbulkan pustula-pustula kecil di atas mukosa, sehingga menyerupai stomatitis.[21]

Toksis dan infeksi sering menyebab kan prognosis tipe Zumbusch ini menjadi buruk dan dapat menyebabkan kematian. Bila keadaan dapat diatasi, tipe Zumdalam busch ini dapat sembuh sempurna dalam beberapa minggu atau berkembang menjadi eritrodermia.[6]

4. Psoriasis Eritroderma

Gambar 2.7 Psoriasis Eritroderma[22]

Apabila plak-plak psoriasis menyatu dan mengenai sebagian besar atau seluruh kulit, maka akan timbul eritroderma atau dermatitis eksfoliatif. Semua permukaan tubuh menjadi merah dengan ditutupi skuama putih halus. Umumnya bentuk ini dapat timbul akibat pemakaian obat-obat topikal atau akibat penyinaran yang terlampau banyak. Penderita psoriasis eritroderma biasanya susah diobati dan bila pengobatan berhasil, lesi eritrodermi biasanya menghilang namun psoriasisnya akan timbul kembali. Apabila penyakit primer psoriasisnya timbul kembali, pengobatan ditujukan kembali pada psoriasisnya.[6,2]

2.2.6 Diagnosis Psoriasis

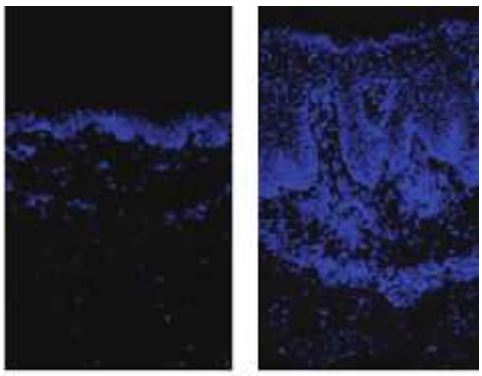
Diagnosis psoriasis biasanya dilakukan berdasarkan klinis dengan kombinasi plak eritematosa, situs predilaksi yang terkena dampak, perubahan kuku, dan riwayat familiar yang positif.[22]

Disamping pemeriksaan kulit, pemeriksaan laboratorium lain perlu dilaksanakan untuk mencari faktor – faktor penyebab atau pencetus penyakit ini.

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat memebantu menyokong diagnosis psoriasis tidak banyak. Pemriksaan bertujuan mencari penyakit yang menyertai psoriasis perlu dilaksanakan, seperti pemeriksaan darah rutin, mencari penyakit infeksi, pemeriksaan gula darah, kolesterol untuk penyakit diabetes militus.[6]

b. Pemeriksaan Histopatologi



Gambar 2.8 Histopatologi Psoriasis.[23]

Kelainan histopatologi dapat dijumpai pada lesi psoriasis adalah hiperkeratinosis, parakeratinosis, akantosis, dan hilangnya stratum granulosum.Papilomatosis ini dapat memberi beberapa variasi bentuk seperti gambaran pemukul kasti (base ball bat) atau pemukul bola golf (golf stick).[6,4]

Aktivitas mitosis sel epidermis tampak begitu tinggi, sehingga pematangan keratinisasi sel – sel epidermis terlalu cepat dan stratum

korneum tampak menebal. Di dalam sel –sel tanduk ini masih dapat ditemukan inti – inti sel yang disebut parakeratosis. Didalam staratum korneum dapat ditemukan kantong – kantong kecil yang berisikan sel polimorfonuklear yang dikenal sebagai *mikro abses munro*. Pada puncak papil dermis didapati pelebaran pembuluh darah kecil yang disertai oleh sebukan sel – sel radang limfosit dan monosit.[6,4]

2.2.7 Penatalaksanaan

Pepatah lama mengatakan bahwa ada banyak cara untuk mengobati suatu penyakit, tetapi tidak satupun yang bekerja sempurna. Hal ini memang benar – benar terjadi pada psoriasis. Walaupun masing – masing cara pengobatan bisa bermanfaat pada beberapa pasien, tetapi semuanya disertai kompromi terhadap keamanan, efektivitas, atau kenyamanan. Banyak pasien memerlukan obat – obatan yang berbeda untuk tempat – tempat yang berbeda dan pada saat – saat yang berbeda. Obat – obat yang banyak digunakan untuk mengobati lesi kulit pada psoriasis adalah :[7,4]

A. Terapi topikal

Banyak obat – obatan bisa digunakan cara topikal untuk menimbulkan n remisi atau perbaikan. Sebagaian besar aman, tetapi membuat pasien menjadi bosan untuk menggunakannya, karena obat – obatan ini harus terus dipakai berbulan – bulan, bahkan tidak dapat ditentukan sampai kapan.[7,4]

a. Emolion

Beberapa pasien sudah siap untuk mentolerir keberadaan plak – plak (terutama pada tempat – tempat yang tertutup), bila pembentukan skuama dapat dikendalikan. Emolien yang berupa parafin baik putih maupun kuning atau lanolin dapat dipakai untuk mengendalikan pembentukan skuama.[4]

b. Asam salisilat

Asam salisilat merupakan bahan ‘keratolitik’ dan bisa mengurangi pembentukan skuama. Bahan ini dapatdigunakan dalam bentuk campuran dengan ter, dan juga dalam kombinasi streoid topikal yang tersedia dalam bentuk preparat – preparat komersial.[7]

c. Ter

Ter sudah dipergunakan selama bertahun – tahun, terutama dalam kombinasi dengan radiasi UV. Bentuk preparat yang paling efektif adalah ektrak dari ter batubara kasar. Walaupun banyak usaha sudah dilakukan untuk memurnikan ter agar dapat lebih diterima secara kosmetis, tetapi bentuk yang paling efekif masih tetap yang berwarna hitam, paling berbau menyengat, dan tampak paling kotor. Oleh karena itu, tidak banyak pasien yang memakai ter untuk pemakaian rutin yang luas. Akan tetapi, ter yang dicampurkan dengan minyak untuk mandi atau dalam campuran salep dapat bermanfaat untuk kelianan dalam kulit kepala.[7]

d. Steroid topikal

Streoid topikal tidak dapat penyembuhkan psoriasis secara tuntas, tetapi dpat meredahkannya. Beberapa dermatolog mengatakan bahwa mereka tidak pernah menggunakan steroid topikaluntuk psoriasis, karena adanya resiko yang mungkin terjadi (dapat menyebabkan timbulnya ‘brittle’ psoriasis). Akan tetapi, apabila digunakan untuk penyakit yang dalam keadaan stabil, dan pada kulit kepala daerah fleksor, obat – obatan ini dapat bermanfaat.[7,4]

e. Ditranol (antralin)

Ditranol dapat menubah plak-plak psoriasis menjadi tampak seperti kulit normal. Cara kerjanya belum diketahui. ‘Regimen Ingram-satu kombinasi dari ditranol, ter, dan radiasi UV-telah digunakan selama bertahun – tahun : sebagian besar pasien dapat menjadi bersih dari plak

psoriasis dalam waktu sekitar 3 minggu dengan penobatan setiap hari. Seharusnya, ditranol dibiarkan berada dikulit selama 24 jam, tetapi pengobatan dengan ‘kontak singkat’ sudah cukup untuk memberikan hasil yang sama.[7,4]

Ditranol tampaknya bekerja paling baik dalam bentuk pasta lassar (tepung, zink, oksida, dan asam salisilat dalam parafin lunak putih), tetapi juga tersedia dalam bentuk krim ataupun salep. Mulailah dengan konsntrasi yang rendah (0,1%) dan naikkan bila perlu.[4]

Komplikasi yang utama adalah terjadinya perubahan warna kulit (akibat oksidasi dari cat) dan kulit menajdi terbakar. Perubahan warna kulit biasanya bersifat sementara, tetapi mungkin tertinggal bekas – bekas permanen pada tempat mandi, tempat tidur, dan pakaian. Rasa seperti terbakar akibat ditranol bisa menjadi sangat tidak menyenangkan, terutama bila terdapat di sekitar mata, pasien harus diajari untuk memkai ditranol dengan hati – hati.[7,4]

f. Analog – analog Vitamin D dan Vitamin A

Kalsipotriol dan takalsitol yang merupakan analog vitamin D dapat bekerja dengan baik, dengan cepat memperoleh posisi sebagai bagian dari penggunaan rutin. Analog vitamin A lebih disenangi oleh sebagian ahli, akan tetapi umumnya kurang efektif. Terdapat sejumlah kecil efek samping lokal akibat kedua kelompok analog (walaupun analog vitamin D bisa membakar wajah dan daerah fleksor), tetapi kadar kalsium dapat terganggu bila analog vitamin D dipakai dalam jumlah yang besar, sedangkan kepda pasien yang memakai analog vitamin A hendaknya dianjurkan untuk tidak hamil, karna adanya efek teratogenik.[7,4]

B. Radiasi Ultraviolet

Penggunaan terapi dengan sinar UV telah dikenal baik, sedangkan panjang gelombang yang paling efektif adalah dalam kisaran medium (UVB). UVB harus digunakan dengan hati – hati karena juga bisa

membuat kulit menjadi terbakar. Dosis yang diperlukan pasien adalah yang hanya menimbulkan eritema pada pasien tanpa menjadi terbakar. Secara bertahap dosis kemudian dinaikkan. Penyinaran biasanya dilakukan dua kali seminggu, sampai kulit menjadi bersih. Penambahan ter biasanya membuat UVB lebih efektif.[7,4]

UVB secara teoritis bersifat karsinogenik (sebagaimana juga ter), dan yang mengejutkan adalah bahwa pada beberapa penderita psoriasis berkembang kanker kulit.[7,4]

C. Terapi sistemik

a. Psoralen+ ultraviolet A (PUVA)

'psoralen' memebentuk ikatan kimia dengan DNA jika ada radiasi UV. Yang paling bayak digunakan adalah 8-metoksipso-ralen, yang biasanya diminum 2 jam sebelum dilakukan dengan sinar UV gelombang panjang (UVA), yang pada awalnya dilakukan 2 kali seminggu. Kacamata pelindung dipakai untuk mencegah terjadinya kerusakan pada mata. Untuk mengurangi resiko ini, sekaralng beberapa klinik merendam kulit pasien kedalam larutan psoralen. Terdapat resiko jangka panjang yang signifikan berupa terjadinya keratosis dan kanker epitel akibat kedua bentuk tindakan tersebut.[7]

b. Obat – obatan sisitokoksik

Sisitokoksik yang paling efektif dan digunakan secara luas adalah metotreksat, yang merupakan antagonis dari asam folat. Sebagian besar psoriasis berhasil diobati dengan dosis 7,5-20 mg sekali seminggu. Obat – obat yang lain mencangkup azatioprin dan hidroksikarbamid atau hidroksiurea. Semua obat – obat sitotoksik mempunyai efek samping yang tidak diharapkan, terutama supresi pada sumsum tulang. Hal ini jarang terjadi pada penggunaan metotreksat, tetapi mungkin timbul dalam reaksi idiosinkrasi yang tidak ada hubungannya dengan besarnya dosis. Masalah utama pada penggunaan metotreksat adalah adanya efek hepatotoksisk,

terutama terjadinya fibrosis pada penggunaan yang lama. Alkohol tampaknya dapat mengeksaserbasi terjadinya kecenderungan tersebut. Pada pasien – pasien muda perlu dilakukan tindakan biopsi hati secara reguler. Metotreksat juga menghambat spermatogenesis dan bersifat teratogenik. Karenanya, obat ini hanya diguanakan pada pasien kelainan yang berat.[7,4]

c. Retinoid

Derivat – derivad vitamin A dapat dipakai pada pasien psoriasis yang paling sering dugunakan adalah asitretin. Retinoid menyebabkan terjadinya berbagai efek samping sperti bibir kering, perdarahan hidung, rambut rontok, hiperlipidemia, abnormalitas tes fungsi hati, dan efek teratogenik.[7,4]

d. Steroid Sistemik

Pada psoriasis yang sangat berat, steroid kandang – kadang perlu diberikan, terapi jangan digunakan sendiri.[4]

e. Siklosporin

Obat imunosupresif ini bekerja dengan sangat baik, bahkan pada psoriasis yang sangat berat. Obat ini bersifat nefrotoksik dan harganya mahal.[7,]

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode cross-sectional.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Medan dengan pertimbangan tersedianya data rekam medik penderita Psoriasis periode 01 januari 2014 – 31 Desember 2016.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November – Desember 2017

3.3 Populasi

3.3.1 Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh pasien penderita Psoriasis yang tercatat dalam rekam medik Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh pasien penderita Psoriasis yang tercatat dalam rekam medik Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan mulai tanggal 01 Januari 2014 – dengan 31 Desember 2016.

3.4 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh data rekam medik pasien penderita Psoriasis di Rumah Sakit Umum Dr. Piringadi Medan mulai 01 Januari 2014 – 31 Desember 2016 yang memiliki data rekam medik lengkap sesuai dengan kriteria.

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 peneliti kepada Bidang Penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit Umum Dr Pirngadi Kota Medan.
c. Setelah mendapatkan izin penelitian sesuai dengan prosedur Rumah Sakit Umum Daerah Dr Pirngadi Kota Medan, peneliti melakukan pemilihan sampel ke Bagian Rekam Medik Rumah Sakit Umum Dr Pirngadi Kota Medan.
d. Mencatat identitas sampel.
e. Menganalisa data.

3.6 Definisi Operasional

	Defenisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia	Usia adalah lamanya waktu dari pasien dilahirkan sampai terdiagnosa Psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. 0-12 2. 13-24 3. 25-44 4. 45-64 5. >65	Nominal
Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang terakhir kali dijalani penderita Psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. D3 5. S-1	Nominal
Jenis Kelamin	Jenis kelamin adalah jenis kelamin penderita psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. Laki- laki 2. Perempuan	Nominal
Jenis Penyakit Psoriasis	Jenis Penyakit Psoriasis adalah Jenis dari psoriasis yang di derita pasien sesuai dengan	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. Psoriasis vulgaris 2. Psoriasis Scalp 3. Psoriasis Pustulosa	Nominal

	bentuk lesinya.			4. Eritroderma Psoriasis	
Pekerjaan	Pekerjaan adalahkegiatan yangharus dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya setiap hari.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. Pelajar/Mahasiswa 2. PNS 3. Pegawai Swasta 4. Wiraswasta 5. Lainnya....	Nominal
Terapi Pasien	Terapi pasien adalah pengobatan yang telah diterima pasien dari pasien didiagnosa psoriasis.	Rekam medik	Melihat data rekam medik	1. Antihistamin oral + Emolien 2. Antihistamin oral+ kortikosteroid topikal 3. Antihistamin oral+ Emolien + Kortikosteroid topikal 4. Antihistamin oral + Antibiotik topikal 5. Antihistamin oral + antimikotik topikal	Nominal

3.7 Pengelolahan dan Analisa Data

3.7.1 Pengelolahan Data

Setelah data dikumpulkan maka dilakukan pengecekan terhadap data yang didapat dari rekam medik. Kemudian melakukan pengelompokan data sesuai dengan variabel yang akan diteliti.

3.7.2 Analisa Data

Dalam penelitian ini data dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif yang disajikan dalam bentuk narasi, tabel, distribusi frekuensi, persentase. Diolah menggunakan perangkat lunak komputer yaitu Statistic Package for Social Science sehingga diperoleh tujuan penelitian untuk mengetahui Profil paseien penderita psoriasis di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Medan bulan 01 Januari 2014 – 31 Desember 2016.