

## Penatalaksanaan Psoriasis Terkini

M. Mimbar Topik

SMF Dermatology and Venereology Department, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Aceh

Nabila Tacha

Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Aceh

Korespondensi penulis : [nabilatacha4@gmail.com](mailto:nabilatacha4@gmail.com)

**ABSTRACT.** Psoriasis is a chronic skin inflammation with a strong genetic basis. In the skin of psoriasis patients, there are changes in the growth and differentiation of epidermal cells. The term psoriasis comes from the Greek 'psora' which means itching. Psoriasis is a chronic skin inflammation characterized by well-defined erythematous plaques, rough scales, layers and silvery white in color, especially on the elbows, knees, scalp, back, umbilicus and lumbar. Initially psoriasis was thought to be a disease of abnormal proliferation and differentiation of keratinocytes. Psoriasis precipitating factors can vary, including infection, topical irritant agents, and systemic steroids. Precipitating factors are usually involved in the initial manifestation of psoriasis or lead to an exacerbation of the disease. Psoriasis is currently known to have a close relationship with comorbidities such as psoriatic arthritis, obesity, cardiovascular disease, non-alcoholic liver disease, metabolic syndrome, and inflammatory bowel disease that can worsen quality of life and reduce patient life expectancy.

**Keywords :** Treatment, Psoriasis

**ABSTRAK.** Psoriasis merupakan peradangan kulit kronis dengan dasar genetik yang kuat. Pada kulit pasien psoriasis terjadi perubahan pertumbuhan dan diferensiasi sel epidermis. Istilah psoriasis berasal dari bahasa Yunani 'psora' yang berarti gatal. Psoriasis adalah peradangan kulit yang bersifat kronik dengan karakteristik berupa plak eritematosa berbatas tegas, skuama kasar, berlapis dan berwarna putih keperakan terutama pada siku, lutut, *scalp*, punggung, umbilikus dan lumbal. Awalnya psoriasis dianggap sebagai penyakit berupa proliferasi dan diferensiasi abnormal dari keratinosit. Faktor pencetus psoriasis dapat bermacam-macam meliputi infeksi, agen topikal iritan, dan steroid sistemik. Faktor pencetus biasanya terlibat dalam manifestasi awal psoriasis atau mengakibatkan eksaserbasi penyakit. Psoriasis saat ini diketahui memiliki kaitan erat dengan komorbiditas seperti psoriasis arthritis, obesitas, penyakit kardiovaskular, *non-alcoholic liver disease*, sindrom metabolik, dan *inflammatory bowel disease* yang dapat memperburuk kualitas hidup dan menurunkan angka harapan hidup pasien.

**Kata Kunci :** Penatalaksanaan, Psoriasis

### PENDAHULUAN

Psoriasis merupakan peradangan kulit kronis dengan dasar genetik yang kuat. Pada kulit pasien psoriasis terjadi perubahan pertumbuhan dan diferensiasi sel epidermis. Istilah psoriasis berasal dari bahasa Yunani 'psora' yang berarti gatal. Psoriasis adalah peradangan kulit yang bersifat kronik dengan karakteristik berupa plak eritematosa berbatas tegas, skuama kasar, berlapis dan berwarna putih keperakan terutama pada siku, lutut, *scalp*, punggung, umbilikus dan lumbal. Awalnya psoriasis dianggap sebagai penyakit berupa proliferasi dan diferensiasi abnormal dari keratinosit. (Aprilliana and Mutiara, 2017; Budianti *et al.*, 2019)

Pemahaman saat ini menunjukkan bahwa psoriasis adalah penyakit autoimun yang dimediasi oleh sel T yang melibatkan hiperkeratosis dan parakeratosis. Psoriasis merupakan penyakit sistemik berdasarkan patogenesis autoimunologik dan genetik yang bermanifestasi di kulit, sendi, serta terkait sindrom metabolik. Sekitar 1/3 penderita psoriasis melaporkan terdapatnya riwayat keluarga yang juga menderita psoriasis. Apabila orang tua tidak menderita psoriasis, maka risiko mendapat psoriasis sebesar 12%, sedangkan bila salah satu orang tua menderita psoriasis maka risikonya meningkat menjadi 34-39%.(Aprilliana and Mutiara, 2017; Budianti *et al.*, 2019)

Prevalensi psoriasis berkisar antara 0,1% sampai 11,8% dengan estimasi kejadian 60 kasus per 100,000 per tahun di seluruh dunia. Di Indonesia prevalensi penyakit ini belum terdata secara jelas, namun insidens di Asia saja cenderung rendah (0,4%). Psoriasis umumnya terjadi pada ras Kaukasia dan dilaporkan 7 juta orang di Amerika Serikat terkena penyakit psoriasis ini dan 1,5 juta setiap tahunnya berobat ke dokter dengan keluhan psoriasis. Kejadian psoriasis sama pada laki-laki dan perempuan namun beberapa studi menemukan prevalensi psoriasis sedikit lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan.(Waworuntu, Tanjung and Mahadi, 2017)

Faktor pencetus psoriasis dapat bermacam-macam meliputi infeksi, agen topikal iritan, dan steroid sistemik. Faktor pencetus biasanya terlibat dalam manifestasi awal psoriasis atau mengakibatkan eksaserbasi penyakit. Faktor pencetus diantaranya adalah infeksi *Streptococcus*, stress, merokok, dan obat-obatan tertentu seperti lithium dan beta bloker.(Damayanti, 2018) Psoriasis bermanifestasi di kulit sebagai bercak merah bersisik pada bagian tubuh terutama daerah ekstensor dan kulit kepala, yang dapat disertai rasa gatal. Berdasarkan tipenya, psoriasis dibagi menjadi psoriasis plak (psoriasis vulgaris), psoriasis gutata, psoriasis pustulosa generalisata/lokalisata, psoriasis inversa, dan eritroderma psoriatika. Psoriasis plak merupakan bentuk psoriasis terbanyak dengan lesi berupa plak eritematosa berbatas tegas dengan skuama keperakan berlapis. Daerah predileksi psoriasis plak adalah siku, lutut, kepala, celah intergluteal, palmar dan plantar.(Budianti *et al.*, 2019)

Psoriasis menimbulkan dampak psikososial yang besar dan mengurangi kualitas hidup penderitanya. Kulit dengan lesi psoriasis akan tampak kering dan mengelupas akibat percepatan proliferasi keratinosit, serta dapat meluas ke seluruh tubuh hingga membentuk eritroderma psoriatika. Psoriasis saat ini diketahui memiliki kaitan erat dengan komorbiditas seperti psoriasis arthritis, obesitas, penyakit kardiovaskular, *non-alcoholic liver disease*, sindrom metabolik, dan *inflammatory bowel disease* yang dapat memperburuk kualitas hidup dan menurunkan angka harapan hidup pasien.(Budianti *et al.*, 2019).

## **PEMBAHASAN**

### **Definisi**

Psoriasis adalah penyakit autoimun dan inflamasi yang sering muncul dan ditandai dengan plak kemerahan yang meradang dan muncul sebagai akibat dari peningkatan proliferasi dan diferensiasi yang buruk dari sel-sel epidermis penghasil keratin. Plak ini sering disertai dengan sisik keperakan.(Dewi, 2021) Sampai saat ini pengobatan hanya menghilangkan gejala sementara (remisi), sehingga psoriasis sering disebut sebagai penyakit seumur hidup. Penyakit ini tidak membahayakan jiwa walaupun dapat mempengaruhi atau mengganggu pekerjaan, kehidupan pribadi, dan kualitas hidup pasien. Bila tidak diobati dengan benar penyakit dapat mengalami komplikasi dan komorbiditas.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Epidemiologi**

Psoriasis dapat terjadi pada laki-laki dan perempuan dengan frekuensi yang sama. Psoriasis dapat terjadi pada semua usia, namun jarang pada anak-anak (0,71%) dan sebagian besar kasus terjadi sebelum usia 35 tahun. Awitan psoriasis menunjukkan dua puncak usia (bimodal). Distribusi bimodal pada awitan psoriasis menunjukkan dua bentuk tampilan klinis psoriasis, yaitu tipe 1 dan tipe 2. Tipe 1 terjadi pada pasien sebelum usia 40 tahun dan merupakan 75% seluruh kasus dan merupakan bentuk yang lebih berat, sedangkan tipe 2 terjadi pada pasien setelah usia 40 tahun.(Waworuntu, Tanjung and Mahadi, 2017).

Studi lainnya menunjukkan penurunan prevalensi psoriasis pada kelompok usia yang lebih lanjut, terutama pada usia di atas 70 tahun. Prevalensi psoriasis menurun sebesar 28% pada pasien usia 70 sampai 79 tahun, dan menurun 60% pada usia 80 sampai 89 tahun. Penemuan ini menunjukkan bahwa psoriasis dapat mengalami remisi pada pasien lanjut usia atau pasien tidak cukup peduli untuk mencari pengobatan medis. Studi di Spanyol juga menunjukkan penurunan prevalensi psoriasis pada usia lebih tua, khususnya di atas usia 70 tahun. (Waworuntu, Tanjung and Mahadi, 2017).

### **Etiologi**

#### **1. Faktor lingkungan**

Faktor yang dapat memicu eksaserbasi psoriasis seperti stres, dingin, trauma, infeksi (misalnya, streptokokus, stafilokokus, HIV), alkohol, dan obat-obatan (misalnya, iodida, penghentian steroid, aspirin, lithium, beta-blocker, antimalaria). Stres yang dirasakan dapat memperburuk psoriasis.(Habashy, 2021).

## 2. Faktor genetik

Pasien dengan psoriasis memiliki kecenderungan genetik untuk penyakit ini. Psoriasis dikaitkan dengan alel antigen leukosit manusia (HLA) tertentu, yang terkuat adalah antigen leukosit manusia Cw6 (HLA-Cw6). Dalam beberapa keluarga, psoriasis bersifat autosomal dominan. Antigen HLA tambahan yang telah menunjukkan hubungan dengan psoriasis dan sub tipe psoriasis termasuk HLA-B27, HLA-B13, HLA-B17, dan HLA-DR7. Obesitas adalah faktor lain yang terkait dengan psoriasis. Apakah itu terkait dengan berat badan saja, kecenderungan genetik untuk obesitas, atau kombinasi dari keduanya tidak pasti.(Habashy, 2021)

## 3. Faktor imunologis

Bukti menunjukkan bahwa psoriasis adalah penyakit autoimun. Studi menunjukkan kadar TNF- $\alpha$  dermal dan sirkulasi yang tinggi. Pengobatan dengan inhibitor TNF- $\alpha$  seringkali berhasil. Lesi psoriasis berhubungan dengan peningkatan aktivitas sel T yang berlebihan.

Sebesar 2,5% dari penderita HIV mengalami psoriasis yang lebih buruk dengan penurunan jumlah CD4. Psoriasis gutata sering muncul setelah kejadian imunologi tertentu, seperti faringitis streptokokus, penghentian terapi steroid, dan penggunaan obat antimalaria.(Habashy, 2021)

## Klasifikasi

### 1. Psoriasis tipe plak/psoriasis vulgaris

Bentuk psoriasis yang paling banyak (90% kasus). Plak eritematosa berbatas tegas dengan skuama berwarna keperakan adalah karakteristik tetapi tidak harus ada. Daerah yang terkena biasanya siku, lutut, kepala, celah intergluteal, palmar dan plantar, kadang-kadang genitalia juga terkena.(Yuliastuti, 2015; Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 1:** Psoriasis vulgaris dengan plak eritematosa(Rendon and Schäkel, 2019)

## 2. Psoriasis gutata/eruptif

Gutata berasal dari bahasa Latin “Gutta” yang berarti tetesan. Bentuk lesi berupa papul kecil (diameter 0,5-1,5 cm) yang terlihat seperti tetesan air, plak merah muda dengan skuama. Biasanya ditemukan pada badan dan ekstremitas. Onset mendadak dan biasanya terjadi setelah infeksi streptokokal pada saluran pernafasan atas.(Yuliasuti, 2015; Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 2:** psoriasis gutata pada punggung(Yuliasuti, 2015)

## 3. Psoriasis pustulosa

### a. Generalisata

Juga disebut psoriasis *von Zumbusch*. Secara khas ditandai oleh pustul steril yang mengenai sebagian besar area tubuh dan ekstremitas. Pada kasus yang berat pustul dapat bergabung dan membentuk kumpulan pus (*lake of pustules*). Fungsi perlindungan kulit hilang dan pasien rentan terhadap infeksi, hilangnya cairan dan nutrient. Sering disertai dengan gejala sistemik misalnya demam dan malaise. Dapat membahayakan kehidupan.(Widaty *et al.*, 2017)

### b. Lokalisata

Dapat terjadi di palmoplantar, akral dan kuku. Pustul dapat terletak di atas plak. Sangat mengganggu karena kesulitan menggunakan tangan atau kaki. Sering kali resisten terhadap pengobatan.(Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 3:** Psoriasis pustulosa generalisata (kiri) dan lokalisata (kanan)(Rendon and Schäkel, 2019)

#### 4. Psoriasis inversa

Lesi terdapat di daerah lipatan, glans penis, aksila. Lesi biasanya berbentuk eritema mengkilat berbatas tegas dengan sedikit skuama disertai gangguan perspirasi pada area yang terkena.(Yuliasuti, 2015; Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 4:** psoriasis inversa pada lipatan payudara dan aksila(Yuliasuti, 2015)

#### 5. Eritroderma psoriatika

Eritema yang luas dengan skuama yang dapat mengenai sampai 100% luas permukaan tubuh dengan eflouresensi utama eritema. Skuama tipis, superfisial, tidak tebal, serta melekat kuat pada permukaan kulit di bawahnya seperti psoriasis pada umumnya, dengan kulit yang hipohidrosis. Fungsi perlindungan kulit hilang dan pasien rentan terhadap infeksi, temperatur tubuh tak dapat terkontrol, terjadi hilangnya cairan dan nutrien. Risiko hipotermia sangat besar karena vasodilatasi luas pada kulit. Sering disertai dengan gejala sistemik yaitu demam dan malaise. Dapat membahayakan kehidupan.(Yuliasuti, 2015; Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 5:** psoriasis eritrodermik(Rendon and Schäkel, 2019)



## 6. Psoriasis artritis

Merupakan bentuk klinis psoriasis ekstrakutan yang paling sering muncul, pada sekitar 40% pasien psoriasis. Terkait kuat dengan faktor genetik. Biasanya menyerang banyak sendi terutama di distal interfalang, proksimal falang, dan metacarpal.(Yuliasuti, 2015; Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 6:** psoriasis artritis(World Health Organization, 2016)

## 7. Psoriasis kuku

Gejala klinis psoriasis kuku dapat berupa:

- a. Matriks proksimal: *pitting*, *onychorrhexis*, *Beau lines*.
- b. Matriks intermediet: leukonikia.
- c. Matriks distal: onikolisis fokal, penipisan lempeng kuku, eritema lunula.
- d. Nail bed: tanda “*oil drop*” atau “*salmon patch*”, hiperkeratosis subungual, onikolisis, *splinter hemorrhages*.
- e. Hiponikum: hiperkeratosis subungual dan onikolisis.
- f. Lempeng kuku: pecah dan destruksi serta perubahan sekunder pada lokasi spesifik.
- g. Lipat kuku proksimal dan lateral: psoriasis kutan.(Widaty *et al.*, 2017)



**Gambar 7:** onikolisis dan oil drop pada psoriasis kuku(Rendon and Schäkel, 2019)

## Patogenesis

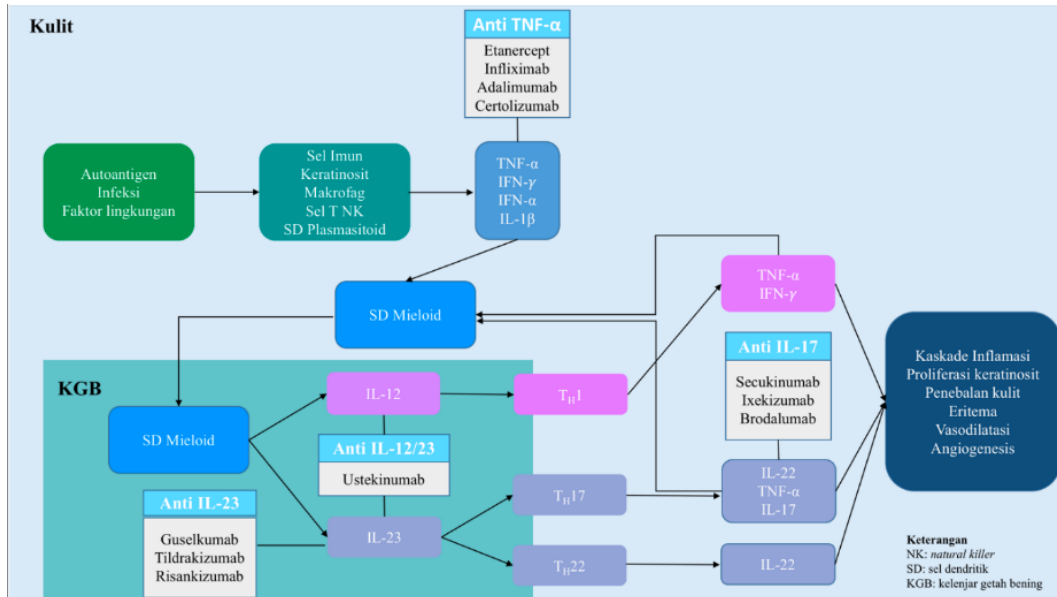
Terdapatnya aktivasi berlebihan terhadap sistem imun bawaan dan adaptif dianggap sebagai dasar patogenesis psoriasis. Jika terdapat kerusakan atau rangsangan pada kulit, keratinosit yang rusak akan melepaskan "sinyal bahaya" berupa asam nukleat, protein S100, katelisin,  $\beta$ -defensin, produk mikroba (lipopolisakarida bakteri), serta sitokin proinflamasi IL-1, IL-36, dan IL-8. Sel dendritik plasmatisoid, keratinosit, *natural killer T cells*, dan makrofag menyekresi sitokin yang akan mengaktifasi sel dendritik mieloid. Sel dendritik mieloid yang sudah teraktivasi akan menyekresi IL-12 dan IL-23, kemudian IL-12 akan menginduksi diferensiasi sel T menjadi sel Th1, sedangkan IL-23 berperan penting dalam proliferasi Th17 dan Th22. Sel Th1 kemudian akan menyekresi interferon gamma ( $\text{INF-}\gamma$ ) dan *tumor necrosis factor  $\alpha$*  (TNF- $\alpha$ ), Th22 akan menyekresi IL-22, sedangkan Th 17 akan menyekresi IL-17, IL-22, dan TNF- $\alpha$ .(Sutanto and Budianti, 2021).

Secara bersamaan keratinosit meningkatkan produksi mediator inflamasi (IL-1, IL-36), dan sejumlah besar kemokin, termasuk IL-8 (CXCL8), CXCL9, dan CXCL10. Keratinosit yang teraktivasi juga terus melepaskan "sinyal bahaya" yaitu protein S100, katelisin, dan  $\beta$ -defensin dalam jumlah banyak yang memiliki sifat antimikroba dan kemotaktik sehingga menyebabkan terjadi kemotaksis dan perekrutan sel inflamasi lainnya (makrofag, sel dendritik, neutrofil, dan subset sel T lainnya), yang bertindak secara sinergis untuk mempertahankan proses penyakit. Berdasarkan semua jalur tersebut, aktivasi Th17 yang dimediasi oleh IL-23 dianggap sebagai jalur yang paling dominan. Sinyal IL-23 dimediasi intraseluler melalui Tyk2-Jak2 dan STAT3 yang akan menyebabkan transkripsi mediator inflamasi. Sitokin tersebut akan berperan dalam proliferasi keratinosit, meningkatkan ekspresi mediator angiogenik dan molekul adhesi endotel, serta infiltrasi sel imun ke lesi kulit.(Sutanto and Budianti, 2021).

Saat ini aktivasi oleh sel *tissue resident memory T* (TRM) juga dianggap berkontribusi dalam patogenesis psoriasis. Sel TRM merupakan bagian dari sel T memori yang berada di jaringan, dapat bertahan dalam jangka waktu lama tanpa antigen, dan tidak bersirkulasi dalam darah. Sel TRM dapat bekerja sebagai pertahanan selular adaptif yang memberikan imunitas lokal secara cepat terhadap infeksi. Terdapat 20 juta sel TRM pada permukaan kulit, jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan sel T yang ada di sirkulasi. Sel TRM adalah sel CD8<sup>+</sup> yang mengekspresikan CD103 dan CD69. Sel CD103 berikatan dengan E-cadherin sehingga menyebabkan retensi sel pada jaringan epitel, sedangkan CD69 yang merupakan penanda aktivasi sel T berperan dalam menghambat sphingosine 1-phosphate receptor 1 (S1PR1) yang juga menghalangi keluarnya dari jaringan. Sel TRM, CD103, dan CD69 masih



dapat ditemukan pada lesi psoriasis yang sudah sembuh atau pada kulit non lesi/lesi naif. Sel TRM, CD103, dan CD69 akan memproduksi IL-17A dan IL-22, serta mengekspresikan reseptor IL-23 sehingga jika teraktivasi dapat menimbulkan lesi psoriasis (lesi rekuren) dan menjadi kronis.(Sutanto and Budianti, 2021)



**Gambar 8:** patogenesis psoriasis(Sutanto and Budianti, 2021)

### Gejala Klinis

Kulit penderita psoriasis awalnya tampak seperti bintik merah yang semakin melebar dan ditumbuhi sisik lebar putih berlapis-lapis. Lesi kulit yang pertama kali timbul biasanya pada tempat-tempat yang mudah terkena trauma seperti: siku, lutut, sakrum, skalp dan genitalia.(Dewi, 2021) Lesi primer pada pasien psoriasis dengan kulit yang cerah adalah merah, papul dan berkembang menjadi kemerahan, plak yang berbatas tegas dengan sisik putih perak. Pada pasien psoriasis dengan kulit gelap, distribusi hampir sama, namun papul dan plak berwarna keunguan dengan sisik abu-abu.(Aprilliana and Mutiara, 2017).

Psoriasis dapat menyebabkan rasa gatal yang sebagian besar bersifat ringan, namun bisa parah pada beberapa pasien yang akan menyebabkan ekskoriasi, krusta, dan likenifikasi yang menyebabkan kulit menjadi kasar dan menebal. Plak psoriatik yang sembuh akan mengalami hipopigmentasi atau hiperpigmentasi yang dapat memudar secara perlahan dalam beberapa bulan.(Oakley, 2017)



**Gambar 9:** gambaran lesi psoriasis pada kulit cerah (atas) dan kulit gelap (bawah)(Aprilliana and Mutiara, 2017)

Pengobatan menyembuhkan sementara kemudian dapat muncul kembali. Dapat pula dijumpai keluhan berupa nyeri sendi, bercak merah disertai dengan nanah, dan bercak merah bersisik seluruh tubuh. Infeksi, obat-obatan, stres, dan merokok dapat mencetuskan kekambuhan atau memperburuk penyakit. Sering disertai sindrom metabolik. Bisa ditemukan riwayat fenomena Koebner.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Diagnosis**

Diagnosis psoriasis dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang khas. Bila terdapat keraguan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang biopsi kulit atau kuku.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Pemeriksaan fisik**

#### **1. Dermatologis**

Bercak eritema yang meninggi (plak) dengan skuama di atasnya. Eritema sirkumskrip dan merata, tetapi pada stadium penyembuhan sering eritema yang di tengah menghilang dan hanya terdapat di pinggir. Skuama berlapis-lapis, kasar dan berwarna putih. Besarnya bervariasi: lenticular, nummular, plak, dan dapat berkonfluensi. Terdapat fenomena tetesan lilin, Auspitz dan Kobner (isomorfik). Fenomena tetesan lilin dan Auspitz dianggap khas dan

Kobner tidak khas (hanya kira-kira 47% yang positif dan didapatkan pada penyakit lain seperti liken planus dan veruka plana juvenil).(Djuanda, Hamzah and Aisah, 2010)

Fenomena Auspitz ditandai dengan bintik-bintik perdarahan yang tampak dari permukaan eritema yang terjadi setelah skuama hiperkeratotik diangkat secara mekanik dari plak psoriatik. Fenomena tetesan lilin merupakan skuama yang berubah warna menjadi putih pada goresan, seperti lilin yang digores.(Rahayu, 2020) Trauma pada kulit penderita psoriasis misalnya garukan dapat menyebabkan kelainan yang sama dengan kelainan psoriasis dan disebut fenomena Kobner yang timbul setelah 3 minggu.(Djuanda, Hamzah and Aisah, 2010)

Psoriasis juga dapat menyebabkan kelainan pada kuku yakni sebanyak kira-kira 50%. Khasnya adalah *pitting nail* atau *nail pit* berupa lekukan-lekukan miliar. Kelainan yang tak khas ialah kuku keruh, tebal, bagian distalnya terangkat karena terdapat lapisan tanduk di bawahnya (hiperkeratosis subungual), dan onikolisis.(Djuanda, Hamzah and Aisah, 2010)

2. Muskuloskeletal: kekakuan, berdenyut, bengkak, atau nyeri sendi; sendi distal yang paling sering terkena (misalnya, jari tangan, jari kaki, pergelangan tangan, lutut, pergelangan kaki); dapat berkembang menjadi radang sendi tangan yang parah terutama jika pengobatannya kurang optimal.(Habashy, 2021)

### **Pemeriksaan penunjang**

1. Laboratorium:

- a. *Rheumatoid factor*: negatif
- b. LED: biasanya normal, kecuali pada psoriasis pustular dan eritrodermik, di mana dapat meningkat seiring dengan jumlah leukosit.
- c. Tingkat asam urat: dapat meningkat pada psoriasis (terutama pada psoriasis pustular).
- d. Pemeriksaan cairan dari pustula: kultur bakteri steril dengan infiltrat neutrofilik.
- e. Studi jamur: terutama penting dalam kasus psoriasis tangan dan kaki yang tampaknya memburuk dengan penggunaan steroid topikal atau untuk menentukan apakah psoriasis kuku juga terinfeksi jamur.
- f. Sitologi kesan konjungtiva: Peningkatan insiden metaplasia skuamosa, pengumpulan neutrofil, dan kromatin seperti ular.(Habashy, 2021)

2. Pemeriksaan lainnya:

- a. Radiografi sendi: membantu dalam membedakan jenis radang sendi dan membantu diagnosis arthritis psoriatik.

- b. Biopsi dermatologis: digunakan untuk membuat diagnosis ketika beberapa kasus psoriasis sulit dikenali (misalnya, bentuk pustular).(Habashy, 2021) Histopatologi psoriasis memberikan gambaran yang khas yaitu parakeratosis dan akantosis. Pada stratum spinosum terdapat kelompok leukosit yang disebut abses Munro. Selain itu terdapat pula papilomatosis dan vasodilatasi di subepidermis.(Djuanda, Hamzah and Aisah, 2010)

### Diagnosis banding

1. Dermatofitosis: pada stadium penyembuhan psoriasis, eritema dapat terjadi di pinggir sehingga menyerupai lesi *central healing* pada dermatofitosis.
2. Sifilis stadium II dapat menyerupai psoriasis dan disebut sifilis psoriasiformis. Penyakit tersebut sekarang jarang ditemukan, perbedaannya pada sifilis terdapat pada riwayat seksual pasien, pembesaran kelenjar getah bening menyeluruh, dan tes serologik untuk sifilis positif.
3. Dermatitis seboroik: berbeda dengan psoriasis karena skuamanya berminyak dan kekuningan serta predileksinya pada tempat yang seboroik.(Djuanda, Hamzah and Aisah, 2010)

### Penatalaksanaan

Tujuan terapi psoriasis adalah tidak ada lesi, sehingga pemberian terapi dapat dimodifikasi secara perorangan. Selain identifikasi tipe, derajat keparahan psoriasis perlu ditentukan guna memilih tata laksana yang sesuai. Derajat keparahan psoriasis ditentukan dengan skor *body surface area* (BSA) atau *psoriasis area and severity index* (PASI). Berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK) RSCM dan Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI), klasifikasi psoriasis berdasarkan skor BSA/PASI adalah sebagai berikut; < 3% psoriasis ringan, 3-10% psoriasis sedang, >10% psoriasis berat.(Budianti *et al.*, 2019)

### Non medikamentosa

1. Pasien datang, tentukan tipe, luas area yang terkena, dan atau PASI (*Psoriasis Area Severity Index*).
2. Pengukuran QOL (*Quality of Life*) pasien psoriasis: menggunakan instrumen *Dermatology Life Quality Index*.
3. Pemilihan pengobatan
  - 1) Pilihan terapi sangat individual

- 2) Sebagian besar pasien akan mendapatkan terapi multipel simultan
4. Identifikasi dan penghindaran faktor pencetus
5. Identifikasi penyakit penyerta
6. Konsultasi:
  - 1) Poliklinik psikiatri untuk pasien emosional labil
  - 2) Poliklinik reumatologi untuk psoriasis artritis
  - 3) Poliklinik gigi mulut, THT, dan radiologi untuk mencari fokal infeksi.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Medikamentosa**

Prinsip penatalaksanaan psoriasis adalah pasien tidak perlu dirawat kecuali untuk psoriasis pustulosa atau eritroderma sebaiknya dirawat untuk mendapatkan suplementasi cairan/elektrolit dan pengawasan pengobatan sistemik. Berikut langkah pengobatan psoriasis:

- a. Langkah 1: pengobatan topikal untuk psoriasis ringan, luas kelainan kulit kurang dari 3%.
- b. Langkah 2: fototerapi/fotokemoterapi untuk mengobati psoriasis sedang sampai berat, selain itu juga dipakai untuk mengobati psoriasis yang tidak berhasil dengan pengobatan topikal.
- c. Langkah 3: pengobatan sistemik khusus untuk psoriasis sedang sampai berat (lebih dari 10% permukaan tubuh) atau psoriasis artritis berat (disertai dengan cacat tubuh). Juga dipakai untuk psoriasis eritroderma atau psoriasis pustulosa.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Terapi topikal**

1. Emolien: misalnya urea, sebaiknya digunakan untuk mencegah kekeringan pada kulit, mengurangi ketebalan skuama, mengurangi nyeri akibat fisura, dan mengurangi rasa gatal pada lesi tahap awal.
2. Kortikosteroid: Glukokortikoid dapat menstabilkan dan menyebabkan translokasi reseptor glukokortikoid. Sediaan topikalnya dipergunakan sebagai lini pertama pengobatan psoriasis ringan hingga sedang di area fleksural dan genitalia, karena obat topikal lain dapat mencetus iritasi.  
kortikosteroid dapat dikombinasi dengan obat topikal lain, fototerapi, obat sistemik.  
Skalp: lotion, spray, solusio dan gel. Wajah: potensi rendah, hindari poten-superpoten.  
Lipatan tubuh: potensi rendah bentuk krim atau gel. Palmar dan plantar: steroid potensi sangat poten, hanya sedikit efektif.

3. Keratolitik: asam salisilat adalah keratolitik yang paling sering digunakan. Jangan digunakan pada saat terapi sinar karena asam salisilat dapat mengurangi efikasi UVB.
4. Tazarotene: merupakan generasi ketiga retinoid yang dapat digunakan secara topical untuk mereduksi skuama dan plak, walaupun efektivitasnya terhadap eritema sangat minim. Dapat dikombinasikan dengan glukokortikoid potensi tinggi atau *phototherapy*.
5. Analog Vitamin D3: Setelah berikatan dengan reseptor vitamin D, vitamin D3 akan meregulasi sel, mempengaruhi fungsi imun, menghambat proliferasi keratinosit, memodulasi diferensiasi epidermis, serta menghambat produksi beberapa sitokin pro-inflamasi seperti interleukin 2 dan interferon gamma. Preparat yang tersedia adalah kalsipotriol, dapat digunakan sebagai terapi rumatan.
6. Kombinasi kortikosteroid dan analog vitamin D: preparat tunggal yang tersedia adalah sediaan kombinasi kalsipotriol dan betamethasone dipropionat. Tidak dapat diracik sendiri karena berbeda pH.
7. Anthralin (*Dithranol*): dithranol dapat digunakan untuk terapi psoriasis plak kronis, dengan efek anti-proliferasi terhadap keratinosit dan anti-inflamasi yang paten terutama yang resisten terhadap terapi lain. Dapat dikombinasikan dengan *phototherapy* UVB dengan hasil memuaskan (regimen ingram)
8. Tar Batubara: B(Widaty *et al.*, 2017)

### **Fototerapi/ Fotokemoterapi**

1. Ultraviolet B (UVB) *broadband* (BB)
  - a. Efek: penyembuhan awal terlihat setelah 4 minggu terapi, kulit bersih (*clearance*) dapat tercapai setelah 20-30 terapi, terapi pemeliharaan (*maintenance*) dapat memperpanjang masa remisi.
  - b. Dosis awal: menurut tipe kulit 20-60 mJ/cm<sup>2</sup> atau 50% *minimal erythematol dose* (MED), dosis dinaikan 5-30 mJ/cm<sup>2</sup> atau ≤25% MED awal, penyinaran 3-5 kali/minggu.(Widaty *et al.*, 2017)
2. Ultraviolet B (UVB) *narrowband* (NB)
  - a. Efek: penyembuhan awal terlihat setelah 8-10 terapi, kulit bersih dapat tercapai setelah 15-20 terapi, terapi pemeliharaan dapat memperpanjang masa remisi. Laju remisi 38% setahun.

- b. Dosis awal: menurut tipe kulit 130-400 mJ/cm<sup>2</sup> atau 50% *minimal erythematol dose* (MED), dosis dinaikan 15-65 mJ/cm<sup>2</sup> atau ≤10% MED awal, penyinaran 3-5 kali/minggu.(Widaty *et al.*, 2017)
3. PUVA
    - a. Efek: penyembuhan awal terlihat dalam satu bulan terapi, 89% pasien mendapatkan perbaikan plak dalam 20-25 kali terapi selama 5,3-11,6 minggu. Terapi pemeliharaan tidak ditetapkan, masa remisi 3-12 bulan.
    - b. Dosis: 8-metoksi psoralen, 0,4-0,6 mg/kgBB diminum peroral 60-120 menit sebelum disinari UVA. Kaca mata bertabir ultraviolet diperlukan untuk perlindungan di luar rumah 12 jam setelah minum psoralen. Dosis UVA menurut tipe kulit 0,5-3,0 J/cm<sup>2</sup>, dosis dinaikan 0,5-1,5 J/cm<sup>2</sup> penyinaran 2-3 kali/minggu.(Widaty *et al.*, 2017)
  4. Excimer Laser : diindikasikan untuk tatalaksana pasien psoriasis dengan plak rekalsitran, terutama bahu dan lutut.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Terapi Sistemik: Konvensional**

1. Metotreksat
  - a. Dosis: diberikan sebagai dosis oral 2,5-5 mg selang 12 jam. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap sampai menghasilkan repons pengobatan yang optimal (dosis maksimal 25 mg/minggu). Dianjurkan untuk melakukan dosis uji 0,5-5 mg/minggu. Pemberian asam folat 1 mg perhari atau 5 mg per minggu secara oral, pada waktu selain hari pemberian metotreksat, akan mengurangi efek samping.
  - b. Toksisitas: peningkatan nilai fungsi hati (bila 2 kali lipat pantau lebih sering; 3 kali lipat turunkan dosis dan bila >5 kali lipat hentikan pemberian). Anemia aplastik, leukopenia, trombositopenia, stomatitis ulserativa, mual/muntah, diare, demam, pusing, infeksi, ulserasi dan perdarahan lambung, fotosensitif dan alopesia.
  - c. Biopsi hati dilakukan setelah pemberian metotreksat 3,5-4 g diikuti setiap 1,5 g. Pasien dengan risiko kerusakan hati, biopsi hati dipertimbangkan setelah pemberian metotreksat 1-1,5 gram.
  - d. Kontraindikasi absolut: hamil, menyusui, alkoholisme, penyakit hati kronis, sindrom imunodefisiensi, hipoplasia sumsum tulang belakang, leukopenia, trombositopenia, anemia yang bermakna, hipersensitivitas terhadap metotreksat.



- e. Kontraindikasi relatif: abnormalitas fungsi renal, hepar, infeksi aktif, obesitas, diabetes melitus.(Widaty *et al.*, 2017)

## 2. Siklosporin

- a. Dosis: 2,5-4 mg/kgBB/hari dosis terbagi. Dosis dikurangi 0,5-1,0 mg/kgBB/hari bila sudah berhasil, atau mengalami efek samping. Pengobatan dapat diulang setelah masa istirahat tertentu, dan dapat berjalan maksimal selama 1 tahun, selama tidak ada efek samping.
- b. Kontraindikasi: bersamaan dengan pemberian immunosupresan lain (metotreksat, PUVA, UVB, tar batubara, radioterapi), fungsi renal terganggu, keganasan, hipersensitif terhadap siklosporin, hindari vaksin, perhatian seksama bila diberikan pada pasien dengan infeksi berat juga diabetes melitus tidak terkontrol.
- c. Toksisitas: gangguan fungsi ginjal, hipertensi, keganasan, nyeri kepala, hiperplasia gingiva, akne memburuk, mual, muntah, diare, mialgia, *flu like syndrome*, letargi, hipertrigliserida, hipomagnesium, hiperkalemia, hiperbilirubinemia, meningkatnya risiko infeksi dan keganasan.
- d. Kehamilan kategori C, menyusui: kontraindikasi, anak-anak hanya bila psoriasis berat.(Widaty *et al.*, 2017)

## 3. Retinoid

- a. Asitretin oral pilihan pada psoriasis dapat digunakan sebagai monoterapi untuk psoriasis pustular dan psoriasis eritroderma. Efek menguntungkan terjadi jauh lebih lambat jika digunakan untuk psoriasis tipe plak dan guttata tetapi sangat baik jika dikombinasikan dengan PUVA dan UVB (diperlukan dalam dosis rendah).
- b. Dosis: 10-50 mg/hari, untuk mengurangi efek samping lebih baik digunakan dalam dosis rendah dengan kombinasi misalnya UV dengan radiasi rendah.
- c. Kontraindikasi: perempuan reproduksi, gangguan fungsi hati dan ginjal.
- d. Toksisitas; keilitis, alopesia, *xerotic*, pruritus, mulut kering, paronikia, parestesia, sakit kepala, pseudomotor serebri, nausea, nyeri perut, nyeri sendi, mialgia, hipertrigliserida, fungsi hati abnormal.
- e. Retinoid sangat teratogenik dan cenderung untuk menetap pada jaringan tubuh.(Widaty *et al.*, 2017)

4. Mofetil mikofenolat atau turunannya
  - a. Mekanisme kerja sebagai inhibitor non-kompetitif inosin monofosfat dehidrogenase, mencegah biosintesis purin *de novo*. Secara selektif bersifat sitotoksik terhadap sel-sel yang bergantung pada sintesis purin *de novo* (limfosit).
  - b. Dosis: inisial 500-750 mg, dua kali/hari dan dapat naik dosis hingga 1,0-1,5 g 2 kali/hari.
  - c. Toksisitas: saluran pencernaan, konstipasi, diare, mual dan muntah, pendarahan, *myelosuppression*, leukopenia. Sakit kepala, hipertensi, edema perifer, penyakit infeksi, dan limfoma.
  - d. Kontraindikasi: pasien dengan infeksi berat dan keganasan.
  - e. Pada ibu hamil termasuk obat kategori C.(Widaty *et al.*, 2017)
  
5. Sulfasalazin
  - a. Mekanisme kerja sebagai agen anti-inflamasi, menghambat 5- lipoksigenase, mekanisme secara molekular belum ditemukan.
  - b. Dosis: dosis awal 500 mg tiga kali/hari, dapat naik dosis sampai 1 g 3 kali/hari. Jika dapat ditoleransi dosis dapat dinaikan menjadi 1 g 4 kali/hari.
  - c. Toksisitas: sakit kepala, mual dan muntah namun hanya pada satu sampai tiga pasien, ruam, pruritus, dan anemia hemolitik (berhubungan dengan defisiensi enzim G6PD).
  - d. Kontraindikasi: hipersensitif terhadap sulfasalazin, obat-obatan golongan sulfa, salisilat, obstruksi saluran cerna dan saluran urin, porphyria. Perhatian khusus pada pasien dengan defisiensi enzim G6PD.
  - e. Pada ibu hamil termasuk kategori B.(Widaty *et al.*, 2017)

### **Terapi Sistemik: Agen Biologik**

Terdapat 4 kelas obat biologic yang digunakan untuk terapi psoriasis, yaitu inhibitor TNF- $\alpha$  (etanercept, adalimumab, infliximab), inhibitor IL-12/23 (ustekinumab), inhibitor IL-17 (secukinumab, ixekizumab, brodalumab), dan inhibitor IL-23 (guselkumab, tildrakizumab, risankizumab). Namun yang akan dibahas hanyalah obat biologik yang baru ada dalam 5 tahun terakhir, yaitu inhibitor IL-17 dan IL-23.<sup>15</sup>

#### **1. Secukinumab**

Secukinumab merupakan antibodi monoklonal manusia yang secara spesifik menghambat IL-17A untuk tata laksana psoriasis tipe plak derajat sedang-berat,

psoriasis arthritis, dan ankylosing spondylitis. Secukinumab mempunyai *level of evidence* I-II dengan rekomendasi A dan kategori kehamilan B.

- a. Dosis: diawali dengan dosis 150 atau 300 mg secara subkutan pada minggu ke 0, 1, 2, 3, dan 4. Kemudian dilanjutkan dengan dosis rumatan 300 mg setiap 4 minggu.
- b. Efek Samping: infeksi (terutama nasofaringitis), mucocutaneous candidiasis, eksaserbasi inflammatory bowel disease (IBD), dan reaksi hipersensitivitas.
- c. Kontraindikasi: hipersensitivitas terhadap bahan obat, penyakit IBD, dan infeksi aktif.

## 2. Ixekizumab

Ixekizumab merupakan antibodi monoklonal IgG4 humanized yang secara spesifik menghambat IL-17A. Ixekizumab untuk terapi psoriasis derajat sedang-berat dan psoriasis arthritis. Ixekizumab mempunyai *level of evidence* I-II dengan rekomendasi A dan kategori kehamilan B.

- a. Dosis: diawali dengan dosis inisial 160 mg secara subkutan pada minggu ke 0, kemudian dilanjutkan dengan dosis rumatan 80 mg pada minggu ke 2, 4, 6, 8, 10 dan 12. Setelah minggu ke 12 dosis yang diberikan adalah 80 mg setiap 4 minggu.
- b. Efek samping: infeksi, mucocutaneous candidiasis, kekambuhan IBD, dan reaksi hipersensitivitas.
- c. Kontraindikasi: penggunaan ixekizumab berupa hipersensitivitas terhadap bahan obat, dan infeksi aktif.

## 3. Brodalumab

Brodalumab adalah antibodi monoklonal anti-IL-17RA humanized yang menargetkan rantai A reseptor IL-17. Brodalumab disetujui oleh FDA untuk psoriasis plak sedang hingga berat pada pasien dewasa yang merupakan kandidat untuk terapi sistemik atau fototerapi, dan gagal berespons atau kehilangan respons terhadap terapi sistemik lainnya. Mempunyai *level of evidence* I-II dengan rekomendasi A dan kategori kehamilan B.

- a. Dosis: diawali dengan dosis 210 mg secara subkutan pada minggu ke-0, 1, dan 2, kemudian dilanjutkan dengan dosis 210 mg setiap 2 minggu.
- b. Efek samping: infeksi saluran nafas atas, nasofaringitis, diare dan folikulitis.
- c. Kontraindikasi: hipersensitivitas terhadap bahan obat, pasien dengan IBD, dan infeksi aktif.

#### 4. Guselkumab

Guselkumab merupakan antibodi monoklonal IgG1 $\lambda$  humanized yang menghambat IL-23p19. FDA telah menyetujui guselkumab untuk pengobatan psoriasis plak sedang hingga berat. Guselkumab mempunyai level of evidence I dengan rekomendasi A dan kategori kehamilan masih belum ada sampai saat ini.

- a. Dosis: diawali dengan dosis 100 mg secara subkutan pada minggu ke-0 dan 4, kemudian dilanjutkan dengan dosis 100 mg setiap 8 minggu.
- b. Efek samping: infeksi saluran napas atas, nasofaringitis, folikulitis, gangguan muskuloskeletal, pruritus, eritema, dan reaksi injeksi.
- c. Kontraindikasi: hipersensitivitas terhadap bahan obat dan infeksi aktif.

#### 5. Tildrakizumab

Tildrakizumab adalah antibodi monoklonal IgG1k humanized yang menghambat IL-23p19. tildrakizumab sebagai terapi psoriasis derajat sedang-berat. Tildrakizumab mempunyai level of evidence I dengan rekomendasi A dan kategori kehamilan masih belum ada sampai saat ini.

- a. Dosis: dosis yang direkomendasikan 100mg secara subkutan pada minggu ke 0, 4, dan kemudian diulang setiap 12 minggu.
- b. Efek samping: infeksi saluran nafas atas, nasofaringitis, eritema dan reaksi injeksi.
- c. Kontraindikasi: hipersensitivitas terhadap bahan obat dan infeksi aktif.

#### 6. Rizankizumab

Risankizumab adalah antibodi monoklonal IgG1 humanized yang menghambat IL-23p19. Risankizumab telah disetujui oleh FDA sebagai terapi untuk psoriasis derajat sedang-berat pada tahun 2019. Rizankizumab mempunyai level of evidence I dengan rekomendasi B dan kategori kehamilan masih belum ada sampai saat ini.

- a. Dosis: Dosis yang direkomendasikan adalah 150 mg secara subkutan pada minggu ke-0 dan 4, dan kemudian diulang setiap 12 minggu.
- b. Efek samping: infeksi saluran nafas atas, artralgi, dan nyeri kepala.
- c. Kontraindikasi: hipersensitivitas terhadap bahan obat dan infeksi aktif.
  - Indikasi terapi sistemik:

- a. Psoriasis derajat parah dan keadaan khusus, yaitu pasien dengan psoriasis dengan keterlibatan area permukaan tubuh (*Body Surface Area/BSA*)  $\geq 10\%$  dan/atau nilai indeks kualitas hidup dermatologi (*Dermatology Life Quality Index/DLQI*)  $> 10$ , dengan nilai indeks keparahan area psoriasis (*Psoriasis Area Severity Index/PASI*)  $> 10$ , disertai dengan salah satu dari 4 kriteria berikut:
  - 1) Pasien yang tidak memberikan respon baik dengan minimal 2 terapi sistemik standar seperti: CsA, etretinat/asitresin, MTX, termasuk fototerapi (PUVA, UVB).
  - 2) Riwayat efek samping/hipersensitivitas pengobatan sistemik.
  - 3) Kontraindikasi terhadap terapi sistemik konvensional.
  - 4) Pada pasien psoriasis artritis karena potensi terjadinya kerusakan sendi. (Widaty *et al.*, 2017)
  
- b. Keadaan khusus: pada konferensi mengenai Konsensus Internasional diketahui adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi dan mengajukan proposal mengenai pasien psoriasis dengan derajat keparahan ringan (ditentukan dengan *physician global assessment/PGA*) yang juga dapat menjadi kandidat dari pengobatan sistemik dalam keadaan khusus, diantaranya:
  - 1) Keterlibatan area luas pada kulit kepala yang tidak respon dengan obat topikal.
  - 2) Keterlibatan daerah yang tampak, seperti tangan (palmo plantar) dan wajah.
  - 3) Keterlibatan area yang resisten terhadap pengobatan topikal. (Widaty *et al.*, 2017)

Kontraindikasi umum penggunaan agen biologik:

- 1) Kehamilan
- 2) Laktasi
- 3) Usia  $< 18$  tahun, kecuali ada pertimbangan khusus
- 4) Infeksi sistemik, terutama TB, hepatitis, HIV
- 5) Penyakit jantung (gagal jantung NYHA III/IV)
- 6) Keganasan
- 7) Kelainan neurologis. (Widaty *et al.*, 2017)

Kriteria penyembuhan:

Pengobatan dikatakan berhasil jika tercapai PASI 75 (berkurang sebanyak 75% dari PASI awal) dan dikatakan gagal jika tidak mencapai PASI 50. PASI antara 50 dan 75 dengan DLQI  $< 5$  dianggap berhasil, DLQI  $> 5$  dikatakan gagal. (Widaty *et al.*, 2017)

## **Edukasi**

1. Penjelasan bahwa psoriasis adalah penyakit kronik residif dan pengobatan yang diberikan hanya bersifat menekan keluhan kulit bukan menyembuhkan.
2. Menghindari faktor pencetus (Infeksi, obat-obatan, stres, dan merokok).
3. Kontrol secara teratur dan patuh terhadap pengobatan.(Widaty *et al.*, 2017)

## **Komplikasi**

Komplikasi psoriasis dapat berupa terjadinya infeksi sekunder, peningkatan risiko penyakit kardiovaskular dan iskemik, dll. Diskromia dapat terjadi bahkan setelah plak telah dibersihkan. Arthritis psoriatik jika tidak dikontrol dapat terjadi mutilasi dan lumpuh. Pasien psoriatik memiliki insiden kanker yang lebih tinggi, terutama limfoma. Pasien psoriatik memiliki insiden depresi dan kecemasan yang lebih tinggi. Banyak komplikasi potensial lainnya berhubungan langsung dengan pengobatan, seperti insiden kanker kulit yang lebih tinggi pada pasien yang diobati dengan fototerapi dan insidensi infeksi yang lebih tinggi pada pasien dengan obat-obatan imunosupresan.(Habashy, 2021)

## **Prognosis**

Meskipun psoriasis biasanya tidak mematikan, namun penyakit ini adalah penyakit seumur hidup dengan remisi, eksaserbasi dan kadang-kadang refrakter terhadap pengobatan. Psoriasis ringan tidak meningkatkan risiko kematian. Namun, pada laki-laki dengan psoriasis berat dapat meninggal 3,5 tahun lebih awal dibandingkan dengan laki-laki tanpa penyakit. Perempuan dengan psoriasis berat meninggal 4,4 tahun lebih awal dibandingkan dengan perempuan tanpa penyakit tersebut.(Habashy, 2021)

Psoriasis secara signifikan dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Kecacatan fisik dan mental yang dialami akibat penyakit ini dapat dibandingkan atau melebihi pasien dengan penyakit kronis lainnya seperti kanker, radang sendi, hipertensi, penyakit jantung, diabetes, dan depresi. Presentasi klinis psoriasis dan perbaikan yang terjadi selama terapi dapat diukur dengan menggunakan skor PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), pengukuran efeknya terhadap kualitas hidup pasien psoriasis mungkin lebih baik dinilai dengan DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) atau CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*). Studi menunjukkan bahwa psoriasis pada telapak tangan dan telapak kaki cenderung memiliki dampak yang lebih besar pada kualitas hidup pasien dibandingkan dengan psoriasis dengan keterlibatan lebih luas yang tidak melibatkan telapak tangan dan telapak kaki.(Habashy, 2021)

## KESIMPULAN

Psoriasis adalah penyakit autoimun dan inflamasi yang ditandai dengan plak kemerahan yang meradang disertai sisik dan muncul sebagai akibat dari peningkatan proliferasi dan diferensiasi yang buruk dari sel-sel epidermis penghasil keratin. Psoriasis disebabkan oleh 3 faktor yaitu lingkungan, imunologis, dan genetik. Psoriasis dapat diklasifikasikan menjadi psoriasis vulgaris/plak (paling sering), psoriasis gutata, psoriasis inverse, psoriasis pustulosa lokalisata dan generalisata, eritroderma psoriatika, psoriasis arthritis, dan psoriasis kuku. Diagnosis psoriasis dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang khas. Bila terdapat keraguan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang biopsi kulit atau kuku. Tata laksana psoriasis terdiri dari non-medikamentosa, dan medikamentosa.

Tata laksana non-medikamentosa terdiri dari identifikasi dan penghindaran faktor pencetus, identifikasi penyakit penyerta, dan melakukan konsultasi multidisiplin (psikiatri untuk pasien emosional labil, reumatologi untuk psoriasis arthritis, dll). Tata laksana medikamentosa berupa pemberian terapi topikal, fototerapi, terapi sistemik dengan agen konvensional atau agen biologik. Psoriasis merupakan penyakit seumur hidup dengan remisi, eksaserbasi dan kadang-kadang refrakter terhadap pengobatan. Penyakit ini juga secara signifikan dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang, menyebabkan Kecacatan fisik dan mental.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aprilliana, K. F. and Mutiara, H. (2017) *Psoriasis Vulgaris pada Laki-laki 46 Tahun*.
- Budianti, W. K. *et al.* (2019) 'Kesesuaian Tata Laksana Psoriasis dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo', *Media Dermato Venereologica Indonesiana*, 46(4), pp. 172–177. doi: 10.33820/mdvi.v46i4.77.
- Damayanti, K. D. P. (2018) 'Profil Psoriasis Vulgaris di RSUD Dr . Soetomo Surabaya: Studi Retropektif', *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin – Periodical of Dermatology and Venereology*, 30(3), pp. 248–254.
- Dewi, F. D. K. (2021) 'Terapi pada Psoriasis', *Jurnal Medika Hutama*, 02(02), pp. 631–641.
- Djuanda, A., Hamzah, M. and Aisah, S. (2010) *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 6th edn. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Habashy, J. (2021) *Psoriasis: Practice Essentials, Background, Pathophysiology, Medscape*.
- Oakley, A. (2017) *Dermatology Made Easy*. DermNet New Zealand.
- Rahayu, F. M. (2020) 'Psoriasis Inversa: Laporan Kasus', pp. 93–98.
- Rendon, A. and Schäkel, K. (2019) 'Psoriasis Pathogenesis and Treatment', *International Journal of Molecular Sciences*, 20(6), pp. 1–28. doi: 10.3390/ijms20061475.



- Sutanto, N. R. and Budianti, W. K. (2021) 'Perkembangan Terkini Terapi Sistemik Psoriasis Current Systemic Therapy for Psoriasis', *J Kdokter Meditek*, 27(2), pp. 136–146.
- Waworuntu, G., Tanjung, C. and Mahadi, I. D. R. (2017) 'Profil Kadar Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) Serum Berdasarkan Karakteristik Pasien Psoriasis Vulgaris Levels of Serum Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) Based on the Characteristics of Psoriasis Vulgaris Patients Profile', *Media Dermato-Venerologic Indonesiana*, 44(14), pp. 8–14.
- Widaty, S. *et al.* (2017) *Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia, Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI)*. Jakarta. doi: 10.1021/jo900140t.
- World Health Organization (2016) *Global Report on Psoriasis*.
- Yuliasuti, D. (2015) 'Tinjauan Pustaka Psoriasis', *Cdk-235*, 42(12), pp. 901–906.