

(LAPORAN KASUS)

## ATOPIC DERMATITIS MANAGEMENT IN CHILDREN UNDER FIVE WITH FAMILY HISTORY OF ATOPY

Nurul Hidayah

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

### Abstract

*Atopic Dermatitis in Indonesia is ranked first of the top ten children's skin disease. Bandar Lampung showed that Atopic Dermatitis is the second Dermatitis most often affects Bandar Lampung's people. Atopic Dermatitis is chronic residif and multifactorial that can burden the family and community. Application of family medical care based on evidence in patient with identification of risk factors, clinical factors, patient management and family centered approach. A female children under five had Atopic Dermatitis lived with extended family in a permanent home at medium crowd residential and socio-economic situation was rather good. Identification of early holistic diagnosis was acquired fear pain did not improve, worsen disease, hoping to recover, the age of the children not yet cognitively competent, history of atopy in patients and families, lack of family knowledge about the disease and psychosocial problems in the family. Treatment provided to patients is hydrocortisone ointment 1 % twice a day and chlorpeniramine maleate 3x½ tablets per day. Treatment given to family is education to overcome the problem of knowledge and motivation to overcome psychosocial problems. The last holistic diagnosis showed the patient's complaint does not felt anymore and family knowledge has increased.*

**Keywords:** Atopic Dermatitis, atopy history, children under five, family medical care

## PENATALAKSANAAN DERMATITIS ATOPIK PADA BALITA DENGAN RIWAYAT ATOPI PADA KELUARGA

Nurul Hidayah

Facultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Dermatitis Atopik di Indonesia menempati peringkat pertama dari sepuluh besar penyakit kulit anak. Data di Kota Bandar Lampung menunjukkan bahwa Dermatitis Atopik adalah Dermatitis kedua terbanyak yang sering diderita masyarakat Bandar Lampung. Dermatitis Atopik bersifat kronik residif dan multifaktorial merupakan beban untuk keluarga maupun komunitas. Penerapan pelayanan kedokteran keluarga yang berbasis bukti pada pasien dengan mengidentifikasi faktor resiko dan klinis serta penatalaksanaan berdasarkan *patient centered* dan *family approach*. Seorang balita perempuan mengalami Dermatitis Atopik tinggal dalam keluarga ekstended di rumah permanen pada pemukiman cukup padat dengan keadaan sosial ekonomi cukup baik. Identifikasi diagnosis holistik awal didapatkan kekhawatiran sakit tidak membaik, sakit bertambah parah, harapan dapat sembuh, usia balita sehingga belum kompeten secara kognitif, riwayat atopi pada pasien dan keluarga, kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit serta masalah psikososial pada keluarga. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien adalah salep hidrokortison 1% 2x perhari dan *chlorpeniramine maleat* 3x½ tablet perhari. Penatalaksanaan yang diberikan pada keluarga adalah edukasi untuk mengatasi masalah pengetahuan serta motivasi untuk mengatasi masalah psikososial. Diagnostik holistik akhir menunjukkan keluhan pasien tidak dirasakan lagi dan pengetahuan keluarga sudah meningkat.

**Kata kunci:** balita, Dermatitis Atopik, pelayan kedokteran keluarga, riwayat atopi

Korespondensi : Nurul Hidayah | [nurulhchan@yahoo.com](mailto:nurulhchan@yahoo.com)

## Pendahuluan

Angka prevalensi Dermatitis Atopik (DA) di Indonesia sangat bervariasi. Berdasarkan rekapitulasi yang dilakukan oleh Kelompok Studi Dermatologi Anak (KSDAI) dari lima kota besar di Indonesia, DA masih menempati peringkat pertama (23,67%) dari 10 besar penyakit kulit anak. Dan dari sepuluh rumah sakit besar yang tersebar di Indonesia pada tahun 2005 kejadian DA mencapai 36% dari keseluruhan diagnosis Dermatitis. Data Rekam Medis RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo dan RS Pelamonia di Makassar menunjukkan peningkatan jumlah kasus DA anak, meningkat 47 anak di tahun 2004, 106 anak di tahun 2005, 108 anak di tahun 2006, dan 115 anak di tahun 2007. Prevalensi DA di negara berkembang dan peningkatan insidensi DA di negara industri merupakan refleksi pengaruh lingkungan sebagai faktor pencetus pada individu yang telah memiliki riwayat genetik.<sup>1</sup>

Prevalensi penyakit DA di Bandar Lampung pada tahun 2011 adalah 3252 penderita baru dan 557 penderita lama dari 16542 penderita penyakit kulit dan jaringan. Sedangkan prevalensi penyakit DA di Bandar Lampung pada tahun 2012 adalah 8785 penderita baru dan 1334 penderita lama dari 45254 penderita penyakit kulit dan jaringan. Dilihat dari data tersebut, DA adalah Dermatitis kedua terbanyak yang sering diderita masyarakat Bandar Lampung.<sup>2</sup>

DA merupakan penyakit peradangan kulit yang bersifat kronis dan residif, dengan onset puncak terjadi pada usia kurang dari 12 bulan dan sebagian besar kasus DA terjadi pada beberapa tahun pertama dalam kehidupan.<sup>3</sup> DA merupakan manifestasi paling dini dari penyakit alergi. Sebesar 50% penderita DA

akan menjadi Asma dan 75% menjadi Rinitis Alergika.<sup>4</sup>

DA umumnya berhubungan dengan faktor genetik atau herediter yang bermanifestasi akibat respon hipersensitivitas kulit terhadap paparan alergen lingkungan, alergen makanan, alergen hirup, bahan iritan, eksotoksin *streptococcus*, stresor fisik dan stresor psikologis. Salah satu penelitian menunjukkan bahwa individu yang mempunyai daya tahan terhadap stres yang baik cenderung dapat bertahan terhadap dampak stres emosional, sehingga lebih sedikit kemungkinannya mengalami kekambuhan DA.<sup>5</sup>

Penyakit DA dipengaruhi oleh faktor genetik (intrinsik) dan lingkungan (ekstrinsik) yang mampu mengatur ekspresi genetik pada tingkat tertentu. Adanya faktor genetik dapat diketahui dengan cara anamnesis yang baik, tetapi pada beberapa penelitian ternyata 15-30% kasus tidak memiliki riwayat genetik.<sup>6</sup>

DA merupakan beban untuk keluarga maupun komunitas. DA akan berdampak pada menurunnya kualitas tidur, waktu kerja yang hilang, biaya, dan waktu untuk berobat.<sup>7</sup> Manifestasi klinis DA ditandai dengan adanya inflamasi dan disertai rasa gatal yang hebat, dan distribusinya pada tempat-tempat tertentu dari tubuh berupa eritema dengan batas tidak tegas, disertai edema, vesikel, dan basah pada stadium akut, dan penebalan kulit (likenifikasi) pada stadium kronis.<sup>8</sup>

Jika seseorang sudah didiagnosis menderita DA, beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai tindakan pencegahan kekambuhan adalah dengan menghindari faktor-faktor pencetus dan menjaga kelembaban kulit.<sup>9</sup>

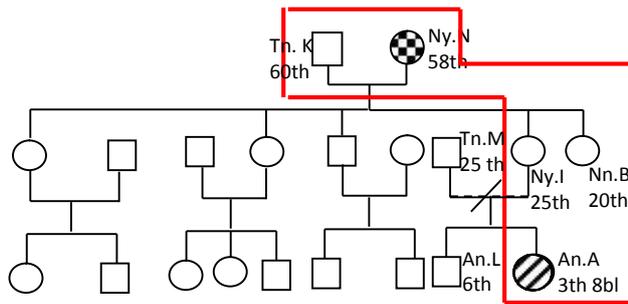
Untuk dapat menghindari terjadinya kekambuhan DA, maka pemahaman tentang penyakit dan cara mencegah kekambuhan DA menjadi dasar yang sangat penting. Oleh karena itu penting untuk memberikan edukasi pada pasien DA dan keluarga pasien agar mengetahui dan memahami hingga mengaplikasikan cara pencegahan kekambuhan Dermatitis untuk meningkatkan kualitas hidup.

### Kasus

Berdasarkan anamnesis, pasien seorang anak perempuan An.A yang berusia 3 tahun 8 bulan, datang ke Puskesmas KA karena timbul bintil-bintil merah pada ketiak kanan sejak 1 hari yang lalu. Keluhan tambahan berupa gatal pada ketiak, keluhan nyeri pada bintil (-), keluhan timbul bintil berisi air (-), keluhan timbul bintil berisi nanah (-). Tiga hari yang lalu pasien mengalami demam, batuk dan pilek, namun sekarang keluhan tersebut sudah membaik. Konsumsi obat-obatan tertentu sebelum timbul bintil-bintil merah (-). Menurut nenek pasien tidak ada keluarga atau tetangga sekitar yang menderita keluhan yang sama. Menurut neneknya, pasien memang sering kali timbul keluhan bintil-bintil merah pada kulit sejak masih bayi, terutama saat keringat berlebih. Riwayat batuk berdahak disertai sesak nafas dan mengik (-), riwayat sering bersin-bersin dipagi hari (-), riwayat kemerahan dan gatal pada mata disertai sering keluar air mata (-), riwayat timbul keluhan kulit setelah konsumsi makanan tertentu seperti telur atau ikan (+). Riwayat keluarga sering timbul bintil-bintil merah berulang pada kulit (+), riwayat keluarga batuk berdahak disertai sesak nafas dan mengik (-), riwayat keluarga sering bersin-bersin dipagi hari (-), riwayat keluarga sering kemerahan dan gatal pada mata

disertai sering keluar air mata (-), riwayat keluarga sering timbul keluhan kulit setelah konsumsi makanan tertentu seperti telur atau ikan (+). Pasien dilahirkan dengan bantuan bidan setempat dengan kelahiran normal. Riwayat pemberian ASI (+) selama 6 bulan, selanjutnya menggunakan susu formula hingga sekarang. Tidak ada keluhan terhadap tumbuh kembang pasien dan sehari-hari pasien berinteraksi baik dengan keluarga serta tetangga-tetangganya, pasien makan teratur tiga kali sehari dengan komposisi nasi, sayur dan lauk pauk. Menurut neneknya riwayat imunisasi (+) lengkap. Pada riwayat pengobatan pasien biasanya hanya diberikan madu oleh orang tuanya, atau ke dokter untuk keluhan bintil-bintil merah pada kulit serta batuk pilek yang berulang.

Dari data keluarga pada pasien ini termasuk dalam jenis keluarga extended, dimana dalam satu rumah terdiri dari kakek, nenek, ibu dan bibi, serta pasien sendiri. Genogram keluarga pasien dapat dilihat pada gambar 1. Mereka berhubungan dengan baik satu sama lain. Hubungan antar keluarga pasien dapat dilihat pada gambar 2. Pasien tidak tinggal bersama ayahnya dikarenakan ayahnya telah bercerai dengan ibunya sejak ia bayi. Paman-paman dan bibi-bibi serta sepupu-sepupu pasien tinggal di tempat yang terpisah namun saling bertetangga, sehingga setiap hari mereka dapat berinteraksi.

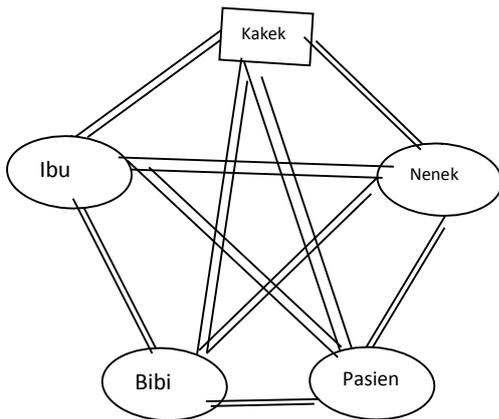


Keterangan :

- Laki-laki
- Perempuan
- 🏠 Tinggal dalam satu rumah
- /— Bercerai
- 🌀 Pasien, Dermatitis Atopik
- 🍀 Riwayat Atopi

Dibuat tanggal 28 April 2014  
Oleh : Nurul Hidayah, S.Ked

Gambar 1. Genogram Keluarga An. A



Keterangan :

- Laki-laki
- Perempuan
- == Dekat dan berhubungan baik

Dibuat tanggal 28 April 2014  
Oleh : Nurul Hidayah, S.Ked

Gambar 2. Hubungan antar keluarga An.A

Pada data lingkungan rumah pasien diperoleh data pemukiman cukup padat, rumah permanen dengan luas rumah 6mx12m dengan 1 lantai. Tinggal bersama kakek 60 tahun, nenek 58 tahun, ibu 25 tahun, bibi 20 tahun dan pasien sendiri.

Jarak dari puskesmas ± 250 m. Dinding tembok bata merah, berlantaikan semen halus, memiliki 4 jendela di ruang tamu, memiliki 3 kamar. Memiliki 1 kamar mandi yang menyatu dengan dapur dan sumur. Pencahayaan pada rumah cukup karena setiap kamar terdapat jendela. Kondisi rumah pasien bersih dan peletakan barang beraturan. Penerangan menggunakan lampu listrik, Sumber air berasal dari sumur yang berjarak ± 10 m dari *septic tank*.

Lokasi rumah pasien berdekatan dengan kerabat-kerabatnya. Pasien belum sekolah, kesehariannya bermain bersama teman-teman sebayanya. Pagi hari pukul 07.00 pasien sudah bangun dan sarapan, kemudian siang hari pukul 12.00 pasien makan siang dan tidur siang, sore pukul 15.00 pasien mandi sore kemudian habis maghrib pasien makan malam dan segera tidur. Pasien berinteraksi sosial seperti anak-anak seusianya, dan rutinitas dilakukan setiap hari.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan penampilan pasien secara umum bersih, keadaan umum pasien tampak sakit ringan, suhu 37,0 °C, frekuensi nadi 114x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit, berat badan 13 kg, tinggi badan 95 cm, status gizi cukup menurut kurva CDC.

Pada pemeriksaan kepala, mata, hidung, dan mulut dalam batas normal. Regio coli dalam batas normal. Perbesaran KGB (-). Pada regio aksila dekstra ditemukan adanya papul multipel di atas kulit yang eritem dengan batas tidak tegas, vesikel (-), pustul (-), skuama (-), *central healing* (-). Pada regio toraks (jantung dan paru) tidak ditemukan kelainan. Regio abdomen tidak ditemukan adanya kelainan. Ekstremitas superior tidak ditemukan kelainan, skar BCG (+). Pada *ekstremitas inferior dekstra et sinistra* ditemukan makula hiperpigmentasi multipel ukuran milier sampai numular,

skuama (-), *central healing* (-). Kesan hiperpigmentasi paska inflamasi (HPI).

Pada pemeriksaan status neurologis didapatkan reflek fisiologis normal, reflek patologis (-). Keadaan motorik dan sensorik pasien dalam batas normal.

Diagnosis awal pada pasien dibuat secara holistik mulai dari aspek personal, aspek klinik, aspek risiko internal, aspek psikososial keluarga, dan derajat fungsional. Aspek personal berupa kekhawatiran sakit tidak membaik dan bertambah parah dan harapan dapat sembuh dari penyakit sehingga tidak mengganggu tumbuh kembang dan aktivitas sehari-hari. Diagnosis berdasarkan aspek klinis adalah DA (ICD-X L20.8). Pasien usia balita belum mengerti mengenai faktor pencetus kekambuhan penyakit, pasien memiliki riwayat atopi (ICD-X Z88.9), riwayat sakit kulit (ICD-X Z87.2), riwayat atopi pada keluarga, riwayat keluarga sakit kulit (ICD-X Z84.0) dan pengetahuan keluarga mengenai faktor-faktor yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit masih kurang (ICD-X Z55.9) merupakan aspek risiko internal. Aspek psikososial keluarga terdiri dari Pengawasan pada pasien untuk menghindari faktor yang mencetuskan kekambuhan penyakit kurang (ICD-X Z62.0) karena ibu, kakek dan bibi bekerja di pasar, sedangkan neneknya mengurus rumah serta masalah psikologis bagi pasien dan keluarga pasien karena Ayah kandung pasien telah bercerai dengan ibunya (ICD-X Z61.0) sehingga ayah pasien tidak pernah menemui pasien. Kemampuan pasien melakukan aktivitas tidak mengalami kesulitan termasuk dalam derajat fungsional 1.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien berupa medikamentosa serta komunikasi dan edukasi. pemberian medikamentosa yaitu hidrokortison topikal 1% berupa salep yang dioleskan 2

kali sehari, *Chlorpeniramine Maleat* (CTM) tablet 3x1/3 tablet sehari. Komunikasi dan edukasi terhadap keluarga pasien mengenai penyakit DA, melaksanakan pengobatan yang maksimal, efek samping dari pengobatan, manfaat tiap-tiap pengobatan, melakukan pencegahan perburukan penyakit, pencegahan kekambuhan penyakit, memotivasi keluarga agar memantau serta mengajari pasien perilaku hidup bersih dan sehat.

Diagnostik akhir diperoleh setelah penulis melakukan tatalaksana terhadap pasien. Diagnosis akhir pada pasien dibuat secara holistik mulai dari aspek personal, aspek klinik, aspek risiko internal, aspek psikososial keluarga, dan derajat fungsional. Aspek personal berupa harapan yang tidak tercapai karena penyakit atopik tidak dapat sembuh, namun dapat dicegah kekambuhannya. Diagnosis berdasarkan aspek klinis adalah DA (ICD-X L20.8). Usia balita belum mengerti mengenai faktor pencetus kekambuhan penyakit, pasien memiliki riwayat atopi (ICD-X Z88.9), riwayat sakit kulit (ICD-X Z87.2), riwayat atopi pada keluarga, riwayat keluarga sakit kulit (ICD-X Z84.0) merupakan aspek risiko internal. Aspek psikososial keluarga terdiri dari Pengawasan pada pasien untuk menghindari faktor yang mencetuskan kekambuhan penyakit kurang (ICD-X Z62.0) karena ibu, kakek dan bibi bekerja di pasar, sedangkan neneknya mengurus rumah serta masalah psikologis bagi pasien dan keluarga pasien karena Ayah kandung pasien telah bercerai dengan ibunya (ICD-X Z61.0) sehingga ayah pasien tidak pernah menemui pasien. Kemampuan pasien melakukan aktivitas tidak mengalami kesulitan termasuk dalam derajat fungsional 1.

## Pembahasan

Diagnosa penyakit pada pasien ini adalah DA. Ini berdasarkan pada anamnesis didapatkan informasi bawa pasien menderita bintil bintil pada kulit ketiak kanan disertai kemerahan pada kulit dan gatal sejak 1 hari yang lalu. Tiga hari sebelum keluhan kulit timbul pasien mengalami demam, batuk dan pilek. Menurut neneknya, pasien memang sering kali timbul keluhan bintil-bintil merah pada kulit sejak masih bayi, terutama saat keringat berlebih karena merupakan suatu faktor pencetus penyebab keringnya kulit.<sup>8</sup> Usia pasien adalah 3 tahun 8 bulan, berdasarkan teori DA lebih sering terjadi saat masa kanak-kanak.<sup>10</sup> DA biasa mulai sebelum usia dua tahun dan merupakan simptom atopik pertama yang menunjukkan tanda klinis.<sup>11</sup>

Berdasarkan anamnesis didapatkan riwayat keluarga sering timbul bintil-bintil merah berulang pada kulit terutama saat keringat berlebih (+), riwayat keluarga sering timbul keluhan kulit setelah konsumsi makanan tertentu seperti telur atau ikan (+). Pada 60% orang tua dengan DA memiliki anak yang menderita DA. Prevalensi DA anak sebesar 81% apabila kedua orang tuanya menderita DA, dan menjadi 59% bila hanya salah satu dari orang tuanya menderita DA dan pasangannya menderita alergi saluran napas. Prevalensi menjadi 56% bila salah satu orangtuanya menderita DA sedangkan pasangannya tidak menderita alergi saluran napas ataupun DA.<sup>9</sup>

Pemeriksaan fisik didapatkan adanya papul multipel di atas kulit yang eritem dengan batas tidak tegas pada regio aksila dekstra. Pada ekstremitas inferior dekstra et sinistra ditemukan makula hiperpigmentasi multipel ukuran milier sampai nummular. Kesan hiperpigmentasi pasca inflamasi (HPI). DA

merupakan suatu penyakit kulit kronis, berulang, ditandai dengan adanya inflamasi dan disertai rasa gatal yang hebat, dan pada anak lesinya kering batas tidak tegas, dapat disertai ekskoriasi karena garukan. Distribusinya pada tempat-tempat tertentu dari tubuh seperti pada daerah lipatan ditandai dengan eritema dengan batas tidak tegas, disertai edema, vesikel, dan basah pada stadium akut, dan penebalan kulit pada stadium kronis.<sup>12</sup>

Penegakkan diagnosa pada pasien ini menggunakan kriteria Hanifin Rajka yang terdiri dari kriteria mayor dan kriteria minor. Kriteria Mayor (harus terdapat 3) yaitu : gatal, penampakan dan distribusi lesi yang tipikal yaitu pada bayi dan anak-anak, lokasinya di wajah dan bagian ekstensor tubuh, sedangkan pada dewasa lokasinya di bagian fleksor tubuh dan terdapat likenifikasi, terdapat periode relaps yang sering dan kronis, terdapat riwayat atopi sebelumnya dan riwayat atopi pada keluarga. Sedangkan kriteria minor meskipun kurang spesifik bisa terdapat 3 atau lebih yaitu : *Xerosis* atau kulit kering, IgE yang reaktif, *Ichtyosis*, *keratosis pilaris*, *hiperlinearity* pada telapak tangan, dermatitis pada tangan atau kaki, fisura periaurikuler, *cheilitis*, gatal bila berkeringat, aksentuasi pada perifolikuler, eksema pada puting susu, *Pityriasis alba*, meningkatnya tendensi mengalami infeksi kulit (*Staphylococcus aureus*, virus dan jamur), reaktifitas tes kulit tipe 1 (*immediate type*), wajah pucat/ *eritema fasialis*, onset usia awal, dermatitis di lipatan leher anterior, konjungtivitis berulang, katarak subkapsular anterior, keratokonus, perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan emosional, intoleransi makanan, Intoleransi terhadap wol, hiperpigmentasi daerah orbita,

lipatan infraorbital Dennie-Morgan, dan *white dermographism*.<sup>13</sup>

Penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah penerapan pelayanan dokter keluarga yang berbasis bukti, *patient centered* dan *family approach*. Penatalaksanaan terdiri dari medikamentosa serta komunikasi dan edukasi.

Tatalaksana medikamentosa adalah dengan CTM 3 x 1/3 tablet perhari dan salep hidrokortison 1% 2x perhari dioleskan tipis pada lesi setelah mandi. Pemberian antihistamin bertujuan untuk mengatasi rasa gatal sehingga mencegah terjadinya garukan yang dapat memperparah kondisi lesi.<sup>14</sup> CTM merupakan antihistamin bersifat sedative ringan, baik digunakan untuk anak-anak karena rasa kantuk membuat anak-anak mudah tidur sehingga dapat istirahat lebih banyak untuk memperbaiki daya tahan tubuh. Sediaan CTM tablet adalah 4 mg, dengan dosis untuk anak usia 2-5 tahun adalah 1 mg setiap 4-6 jam, dengan dosis maksimal 6 mg/hari.<sup>15</sup>

Kortikosteroid topikal sering digunakan pada DA di Amerika Serikat untuk DA fase akut. Terapi kortikosteroid untuk DA bersifat efektif, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan, dan harganya tidak semahal terapi alternatif lainnya. Kortikosteroid dengan potensi rendah cukup bagi anak pada semua lokasi tubuhnya. Untuk pasien ini diberikan kortikosteroid topikal potensi lemah dengan persentasi 1% dengan pertimbangan kulit anak-anak yang masih tipis.<sup>16</sup> Kortikosteroid dengan potensi rendah cukup bagi anak pada semua lokasi tubuhnya. Hanya sedikit perbedaan hasil terapi pada penggunaan preparat potensi lemah jangka pendek dan panjang pada anak dengan derajat penyakit ringan sedang.<sup>17,18</sup> Efek samping yang dapat terjadi walaupun jarang

adalah terhambatnya pertumbuhan oleh supresi adrenal karena absorpsi sistemik, namun belum ada bukti yang menyatakan bahwa penggunaan kortikosteroid pada anak mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan.<sup>17</sup> Dibutuhkan penelitian lebih lanjut apakah penggunaan steroid dua kali sehari lebih efektif dibandingkan sekali sehari.<sup>18</sup>

Pada pasien ini tidak diberikan kortikosteroid sistemik karena pertimbangan luas lesinya. Kortikosteroid sistemik seperti prednison jarang digunakan sebagai terapi primer pada DA, namun terkadang dapat digunakan pada masa akut sementara transisi ke agen lain.<sup>19,20</sup> Prednisolon 1 mg/kg berat badan dapat digunakan pada anak, namun sebaiknya tidak lebih dari 1 atau 2 minggu. Penggunaan jangka waktu lama tidak dianjurkan pada anak.<sup>19</sup>

Gejala klinis pasien tidak menunjukkan adanya infeksi sekunder, sehingga pada pasien tidak diberikan terapi antibiotik. Bila terdapat tanda infeksi sekunder oleh kolonisasi *Staphylococcus aureus* (madidans, krusta, pustul, pus) yang luas dapat diberikan antibiotik sistemik misalnya sefalosporin atau penisilin yang resisten terhadap penisilinase (dikloksasilin, kloksasilin, flukloksasilin).<sup>17,21</sup> Bila lesinya tidak luas dapat dipakai antibiotik topikal, misalnya asam fusidat atau mupirosin. Eritromisin atau makrolid lainnya dapat diberikan pada pasien yang alergi terhadap penisilin. Antijamur topical atau sistemik dapat diberikan bila ada komplikasi infeksi jamur.<sup>21,22</sup>

Tatalaksanaan non medikamentosa berupa komunikasi serta edukasi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah. Pada kunjungan rumah pertama juga dicari faktor – faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien berupa DA. Diantaranya,

mengidentifikasi penyebab yang memungkinkan terjadinya kekambuhan DA. Dilakukan identifikasi kemungkinan adanya pencetus yang mendasari terjadinya kekambuhan, seperti keringat berlebih yang dapat mencetuskan gatal.<sup>13</sup>

Kemudian dilakukan wawancara dan pemeriksaan terhadap aspek-aspek yang lain. Hasilnya didapatkan bahwa untuk usia anak 3 tahun 8 bulan, personal sosial anak tidak mengalami gangguan. Begitu pula dengan aspek motorik halus, motorik kasar dan bahasa, didapatkan hasil yang normal.

Untuk aspek psikososial keluarga, pengawasan pada pasien untuk menghindari faktor yang mencetuskan kekambuhan penyakit kurang karena ibu, kakek dan bibi bekerja di pasar, sedangkan neneknya mengurus rumah. Sedangkan pasien sebagai anggota keluarga dengan usia paling muda, belum mengerti mengenai faktor pencetus kekambuhan penyakit. Ayah kandung pasien telah bercerai dengan ibunya dan meninggalkan rumah, menimbulkan masalah psikologis bagi pasien dan keluarga pasien.

Penulis melakukan perencanaan intervensi edukasi pada ibu dan keluarga pasien tentang penyakit DA, memberikan dukungan pada keluarga untuk menghindarkan pasien dari kekambuhan DA. Dengan melakukan edukasi DA pada keluarga dapat menurunkan morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup pasien.<sup>23</sup> Kemudian pada kunjungan kedua dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal.

Pada kunjungan kedua penulis menjelaskan kepada ibu dan anggota keluarga pasien yang tinggal 1 rumah mengenai penyakit pasien berupa DA. Intervensi dilakukan dengan metode diskusi bersama anggota keluarga pasien menggunakan media gambar terkait

penyakit pasien. Mengedukasi ibu tentang hal-hal yang dapat mencetuskan kambuhnya DA, hal ini bertujuan agar penyakit pasien dapat dikontrol sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan. Memotivasi keluarga untuk bersama-sama memantau dan mengajari pasien perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah kekambuhan penyakit.

Kemudian dilakukan evaluasi pada kunjungan ketiga, didapatkan hasil berupa keluhan bintil-bintil kemerahan dan gatal di ketiak pasien sudah tidak ada. Sebelumnya, saat hendak tidur anak sering rewel dengan menggaruk – garuk ketiaknya yang gatal. Saat ini anak dapat tidur dengan nyenyak pada malam maupun siang hari.

Pengetahuan ibu dan keluarga pasien sudah meningkat saat dilakukan evaluasi mengenai penyakit DA, cara mencegah perburukan penyakitnya dan cara mencegah kekambuhan penyakit DA. Sebelumnya ibu dan keluarga pasien tidak tahu bahwa penyakit DA merupakan penyakit eksim yang dipengaruhi faktor keturunan dan dipicu oleh faktor internal dan eksternal.

Pengawasan ibu dan keluarga terhadap pasien sudah mengalami peningkatan. Ibu pasien sudah tidak lagi memandikan anak dengan air hangat, memandikan anak sudah menggunakan sabun bayi. Pakaian anak yang tidak menyerap keringat sudah tidak dipakai lagi. Hal ini sesuai teori bahwa beberapa stimulus dikatakan sebagai perangsang timbulnya gatal adalah udara panas dan keringat (96%), wool (91%), tekanan emosional (81%), makanan yang memicu vasodilatasi (49%), alkohol (44%), infeksi saluran napas bagian atas (36%) dan tungau debu rumah (35%).<sup>24</sup>

Penderita DA pada umumnya memiliki kulit yang relatif kering baik di daerah lesi maupun non lesi karena

peningkatan kehilangan air transepidermal, dengan mekanisme yang kompleks dan terkait erat dengan kerusakan sawar kulit. Hal ini merupakan *port d'entry* untuk terjadinya penetrasi alergen, iritasi, bakteri dan virus. Selain itu, faktor luar (eksogen) yang dapat memperberat keringnya kulit adalah suhu panas, kelembaban yang tinggi, serta keringat berlebih. Demikian pula penggunaan sabun yang bersifat lebih alkalis dapat mengakibatkan gangguan sawar kulit. Gangguan sawar kulit tersebut meningkatkan rasa gatal, terjadilah garukan berulang (siklus gatal-garuk-gatal) yang menyebabkan kerusakan sawar kulit. Dengan demikian penetrasi alergen, iritasi, dan infeksi menjadi lebih mudah.<sup>9</sup>

Penderita atopik memiliki respons terhadap iritan kulit lebih besar dibandingkan dengan individu non atopik. Bahan iritan tersebut antara lain sabun, deterjen, kontak dengan jus buah, sayuran, daging, bahan kimia dan asap. Sebagai pemicu gatal, bahan iritan mampu mencetuskan DA.<sup>25</sup> Sabun yang bersifat iritan adalah sabun dengan sifat alkalis, untuk itu pada pasien ini dianjurkan menggunakan sabun bayi karena memiliki Ph netral sehingga tidak iritatif.

Prognosis ditegakkan berdasarkan dari peran multifaktorial. Faktor yang berhubungan dengan prognosis kurang baik, yaitu berdasarkan luas DA pada anak, ada atau tidaknya Rinitis Alergi dan Asma Bronkial pada anak, riwayat DA pada orang tua atau saudaranya, onset DA pada usia muda, anak tunggal, kadar IgE serum sangat tinggi. Diperkirakan 30 – 35% penderita DA infantil akan berkembang menjadi Asma Bronkial atau *hay fever*. Penderita DA mempunyai resiko tinggi untuk mendapat Dermatitis Kontak Iritan akibat kerja di tangan.<sup>26</sup>

## Simpulan

DA yang dialami pada pasien ini disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya faktor yang telah diidentifikasi yaitu faktor genetik dan factor pencetus berupa keringat berlebih. sehingga pasien perlu menjalani penatalaksanaan yang telah ditentukan oleh dokter berupa medikamentosa serta komunikasi dan edukasi. Peran keluarga sangat diperlukan untuk membantu pasien untuk menghindari faktor pencetus penyebab kekambuhan. Pelayanan medis tidak hanya terfokus pada pasien sebagai orang yang menderita sakit, namun juga dilihat dari aspek keluarga yang terlibat, dan lingkungan. Penatalaksanaan tersebut bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup dan mencegah komplikasi yang lebih lanjut.

## Daftar Pustaka

1. Tabri F. Aspek Imunogenetik DA pada Anak. Makassar : Jurnal Universitas Hasanuddin. 2004; vol.2:85-110.
2. Archietobias MA, Hendra TS, Novita C. Hubungan antara Derajat Keparahan DA dengan Kualitas Hidup Pasien di RSUD Abdul Moeloek Lampung. Bandar Lampung : Jurnal Majority Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. 2014; vol.3:no.2.
3. Moore MM, Rifas SL, Rich JW, Kleinman KP, Camargo CA. Perinatal Predictors of Atopic Dermatitis Occurring in The First Six Months of Life. Medical Journal : ncbi. 2004; vol.113:no.3. p. 468–474.
4. Won J. Atopic Dermatitis (AD) is Marked by Elevated Levels of Immunoglobulin; 2007 [diakses tanggal 28 April 2014]. didapat dari : <http://onlinelibrary.wiley.com>
5. Indrawanto IS. Hubungan antara Beratnya Manifestasi DA dengan Tingginya Skala Kepribadian Cemas pada Tes MMPI di RSUD Dr.Soetomo. Surabaya : RS Dr.Soetomo. 2012; vol.6:no.12.
6. Soebaryo RW. Etiologi dan Patogenesis DA. Dalam: Boediardja SA, Sugito TL, Rihatmadja R, editor. Dermatitis pada bayi dan anak. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2004. p. 1-8.

7. Natalia, Sri LM, Triana A. Perkembangan Terkini pada Terapi DA. Jakarta : Jurnal Medis Indonesia Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2011; vol. 61:no.7.
8. Flohr C, Pascue D, Williams HC. Atopic Dermatitis and The 'Hygiene Hypothesis': Too Clean to be True?. *Journal Medicine : NEJM*. 2005; 352(22):2314-34.
9. Boediardja SA. Etiopatogenesis Beberapa Dermatitis pada Bayi dan Anak. Dalam: Djajakusumah TS, ed. *Antiinflamasi Topikal pada Pengobatan Dermatitis Bayi dan Anak*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2006. p. 11-28.
10. Abramovits W, Berman B, Cohen DE, Guttman SE, Lebwohl MG, Mancini AJ, Rosso, JQD, Schachner LA. Pathways to Managing Atopic Dermatitis. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*. 2013; vol.6:no.7.
11. Patrick F. *Dermatology in General Medicine 7th Edition Volume one*. United States : The McGraw-Hill Companies; 2008. p. 146-158.
12. Bieber T. Mechanisms of Disease Atopic Dermatitis. *Journal Medicine : NEJM*. 2008; 358:1483-1494.
13. Zulkarnain I. Manifestasi Klinis dan Diagnosis DA. Dalam: Boediardja SA, ed. DA. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2009. p. 21-38.
14. Djuanda S dan Sularsito SA. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 5th ed. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2009. p. 129-53.
15. MIMS Dermatology Guide Philippines. Atopic Dermatitis; 2004. p. A11-A20.
16. Spergel JM. Immunology and treatment of atopic dermatitis. *Journal Medicine : Am Acad Dermatology*. 2008; 9(4):233-44.
17. Williams HC. Atopic dermatitis. *N Engl J Med*. 2005; 352(22):2314-34.
18. Papp KA, Werfel T, Folster-Holst R, Ortonne JP, Potter PC, Prost Y, et al. Long-term Control of Atopic Dermatitis with Pimecrolimus Cream 1% in Infants and Young Children: A twoyear study. *Am Acad Dermatology*. 2005; 52:240-6.
19. Gottlieb AB, Brunswick N. Therapeutic Options in The Treatment of Psoriasis and Atopic Dermatitis. *Am Acad Dermatology*. 2005; 53:S3-16.
20. Akhavan A, Rudikoff D. The Treatment of Atopic Dermatitis with Systemic Immunosuppressive Agents. *Clin Dermatology*. 2003; 21:225-40.
21. Sugito TL. Penatalaksanaan terbaru DA. Dalam : Boediardja SA, Sugito TL, Indriatmi W, Devita M, Prihianti S, editor. DA. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2009. p. 39-55.
22. Sugito TL. Penatalaksanaan terbaru DA. Dalam: Boediardja SA, Sugito TL, Rihatmadja R, editor. *Dermatitis pada bayi dan anak*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004. p. 79-95.
23. Dohil MA, Eichenfield LF, Krokowski AC. Management of Atopic Dermatitis in the Pediatric Population. *Review Article : Official journal of the American academy of pediatrics*. 2008 Oct; vol.122:no.4. p. 812-824.
24. Leung DYM, Mark B, Michael DH, Ichiro N, Qutayba AH. New Insights into Atopic Dermatitis. *Journal Medicine USA : Division of Pediatric Allergy Immunology, National Jewish Medical and Research Center, Department of Pediatrics, University of Colorado*. 2004; 361:151-160.
25. Jacob TNA. Manifestasi Klinis DA pada Bayi dan Anak. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004. p. 58-78.
26. Tanjung C. DA. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2008.