

Penelitian Retrospektif: Dermatitis Atopik pada Anak

(Retrospective Study: Atopic Dermatitis in Childhood)

Kristina Sihaloho, Diah Mira Indramaya

Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Dermatitis atopik (DA) adalah penyakit peradangan kulit, bersifat kronis dan kambuh-kambuhan, terjadi pada individu dengan riwayat atopik pada dirinya sendiri ataupun keluarga. DA dijumpai pada segala usia, sekitar 15-30% pada anak-anak dan 1-2% pada dewasa. Keluhan gatal kronis, infeksi kulit, gangguan tidur, gangguan pertumbuhan dan perkembangan sering dijumpai pada anak dengan DA. Evaluasi terhadap profil dan penatalaksanaan diperlukan untuk peningkatan manajemen DA. **Tujuan:** Mengevaluasi profil kasus DA pada anak. **Metode:** Penelitian retrospektif kasus DA pada anak di Divisi Dermatologi Anak Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai Januari 2007-Desember 2011. **Hasil:** Jumlah pasien DA pada anak di URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya meningkat dari tahun 2007 hingga tahun 2011. Selain gatal, keluhan utama pasien DA berupa bercak merah (32,3%) dan kulit kering (9,1%). Riwayat atopik pasien dan atau keluarga didapatkan pada 842 pasien (74,3%). Terapi terbanyak yang diberikan adalah antihistamin pada 879 pasien (77,5%). **Simpulan:** Jumlah kasus DA pada anak cenderung meningkat setiap tahun. Mengetahui dan menghindari faktor pencetus kekambuhan merupakan edukasi untuk pasien DA dan keluarga sehingga dapat mencegah kekambuhan.

Kata kunci: dermatitis atopik, anak, penelitian retrospektif.

ABSTRACT

Background: Atopic dermatitis is a chronically and relapsing inflammatory skin disease affecting individuals with atopic history or their families. Atopic dermatitis affects all ages with percentage 15-30% in children and 1-2% in adults. Chronic pruritus, skin infection, sleep disorder, and growth disorder are signs and symptoms commonly found in childhood atopic dermatitis. Evaluation of the profile and management of DA were needed to improve the management of atopic dermatitis. **Purpose:** To evaluate the profile of childhood atopic dermatitis. **Methods:** A retrospective study of all new cases of childhood atopic dermatitis who visited the Pediatric Division, Dermatology and Venereology Outpatient Clinic, Dr. Soetomo General Hospital, Surabaya from January 2007 to Desember 2011. **Results:** Numbers of childhood atopic dermatitis increased from 2007 to 2011. Itchy was the main complaint of DA, but redness patches (32,3%) and xerosis cutis (9,1%) were also found. Atopic history in patients and or their families were found in 842 patients (74,3%). Treatment was antihistamin in 879 patients (77,5%). **Conclusions:** Childhood atopic dermatitis are still increasing by years. Determining and avoiding trigger factors are education for DA's patients and their families in preventing its recurrency.

Key words: atopic dermatitis, childhood, retrospective study.

Alamat korespondensi: Kristina Sihaloho, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 60131, Indonesia. Telepon: (031) 5501609, e-mail: th2_aloho@yahoo.com

PENDAHULUAN

Dermatitis atopik (DA) adalah penyakit peradangan kulit yang bersifat kronis dan kambuh-kambuhan, terjadi pada individu dengan riwayat atopik pada dirinya sendiri ataupun keluarga. Etiologi dan patogenesis DA belum diketahui dan bersifat multifaktorial. Beberapa faktor pencetus DA antara lain faktor intrinsik seperti genetik, karakteristik kulit pasien

atopik, kelainan imunologi, stres, dan faktor ekstrinsik seperti bahan yang bersifat iritan, alergen, makanan, mikroorganisme, dan cuaca. Diagnosis DA ditegakkan hanya berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis. Kriteria diagnostik yang paling sering digunakan yaitu kriteria mayor dan minor oleh Hanifin dan Radjka.^{1,2}

DA terjadi pada segala usia, sekitar 15-30% pada anak-anak dan 1-2% pada dewasa.^{1,3} DA dimulai pada

bayi (45% kasus dimulai di usia 6 bulan) dan 70% kasus sebelum usia 5 tahun.⁴ Prevalensi kasus DA pada anak meningkat di berbagai negara terutama negara barat. Satu penelitian menyatakan prevalensi DA pada anak usia 6-7 tahun dalam waktu satu tahun di Iran dan Cina sekitar 2%, tetapi di Australia, Inggris, dan Skandinavia sekitar 20%.⁵

DA ditandai dengan kulit kering, gatal, dan kambuh-kambuhan. Siklus gatal dan menggaruk pada anak dapat mengganggu tidur di malam hari. Gatal kronis, infeksi kulit, gangguan tidur, serta gangguan pertumbuhan dapat menurunkan kualitas hidup pasien DA dan orangtua pasien. Kasus DA sedang dan berat memiliki dampak bagi orangtua, yaitu stres dalam pengobatan dan perawatannya yang menyita waktu serta biaya. DA pada anak membutuhkan penanganan secara holistik mulai dari pemberian terapi sampai edukasi yang tepat terhadap pasien maupun keluarganya.⁶

Penelitian retrospektif ini bertujuan mengevaluasi gambaran kasus DA yang bermanfaat untuk peningkatan penatalaksanaan kasus dan kualitas hidup pasien DA.

METODE

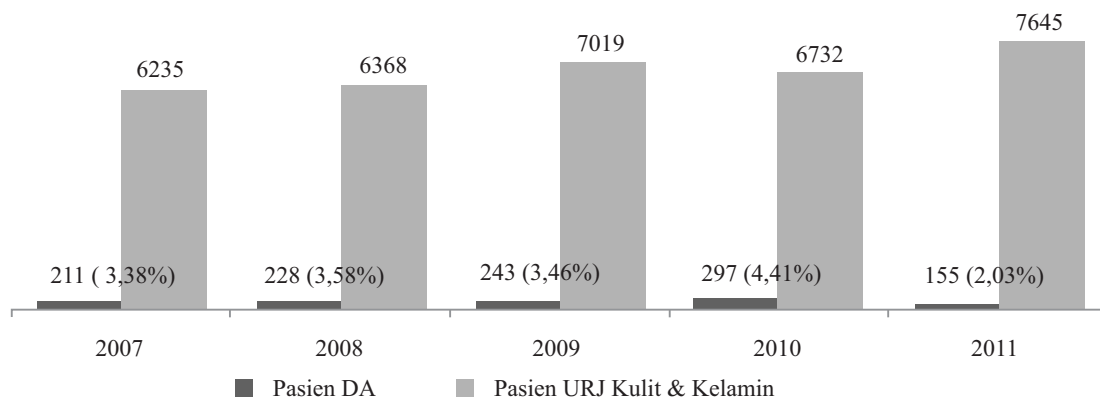
Penelitian dilakukan secara retrospektif dengan mengevaluasi rekam medis kasus DA pada anak di Divisi Dermatologi Anak Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode Januari 2007 hingga Desember 2011 (5 tahun) yang meliputi data dasar (usia, jenis kelamin), anamnesis (keluhan, onset keluhan, riwayat atopik), pemeriksaan fisik, dan penatalaksanaannya.

HASIL

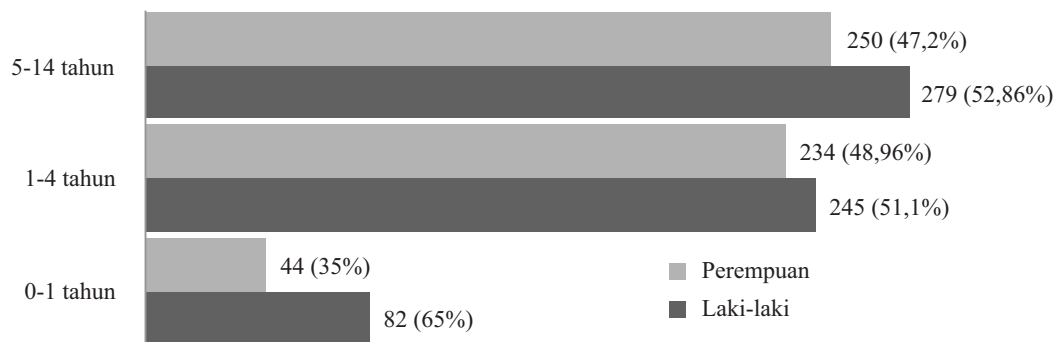
Jumlah pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak di URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo selama periode 2007-2011 sebanyak 1134 pasien (3,32% dari jumlah pasien baru URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo). Jumlah pasien baru DA pada anak cenderung mengalami peningkatan sejak tahun 2007-2011 (Gambar 1). Pasien laki-laki (53,4%) lebih banyak dibandingkan perempuan (46,6%) dengan usia terbanyak adalah 5-14 tahun (Gambar 2).

Seluruh pasien DA pada anak memiliki keluhan gatal, disertai bercak merah sebanyak 32,3%, dan kulit kering 9,1% (Tabel 1). Onset timbulnya keluhan terbanyak adalah dalam 1-12 bulan (36,5%) dan keluhan kumat-kumatan didapatkan pada 859 pasien (75,7%). Tabel 2 menggambarkan pasien DA pada anak yang disertai riwayat atopik sebanyak 473 pasien (41,7%). Riwayat atopik pada keluarga terbanyak didapatkan pada ibu berupa asma bronkial pada 165 pasien DA (33,6%). Distribusi lokasi lesi pada pasien DA terbanyak di wajah dan ekstremitas ekstensor pada kelompok usia 0-1 tahun dan 1-4 tahun, sedangkan pada kelompok usia 5-14 tahun terbanyak di ekstremitas fleksor. Tabel 3 menunjukkan stadium lesi terbanyak adalah stadium akut (59,3%).

Gambar 3 menunjukkan bahwa penatalaksanaan pasien baru DA pada anak terbanyak menggunakan antihistamin pada 879 pasien (77,5%), diikuti dengan pemberian steroid topikal pada 520 pasien (45,2%). Tiga ratus enam puluh empat pasien yang menggunakan pelembap, gliserin adalah yang terbanyak digunakan



Gambar 1. Distribusi pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007-2011.



Gambar 2. Distribusi usia dan jenis kelamin pasien di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007–2011.

Tabel 1. Distribusi keluhan utama dan mulai timbul keluhan pada pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007–2011

Keluhan utama	Tahun					Jumlah (%)
	2007	2008	2009	2010	2011	
Gatal	130	138	137	184	86	675 (59,5)
Gatal + bercak merah	63	77	93	79	44	356 (32,3)
Gatal + kulit kering	18	13	13	34	25	103 (9,1)
Jumlah	211	228	243	297	155	1134 (100)

Tabel 2. Distribusi riwayat atopik pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007-2011

Riwayat atopik	Tahun					Jumlah (%)
	2007	2008	2009	2010	2011	
DA	88	103	91	152	59	493 (43,5)
DA + Asma bronkial	41	42	59	44	30	216 (19,0)
DA + Asma bronkial + Rhinitis alergi	2	3	5	4	1	15 (1,5)
DA + Rinitis alergi	54	51	52	68	46	271 (23,9)
DA + Rinitis alergi + Urtikaria	0	1	1	2	0	4 (0,4)
DA + Urtikaria	26	28	35	27	19	135 (11,9)
Jumlah	211	228	243	297	155	1134 (100)

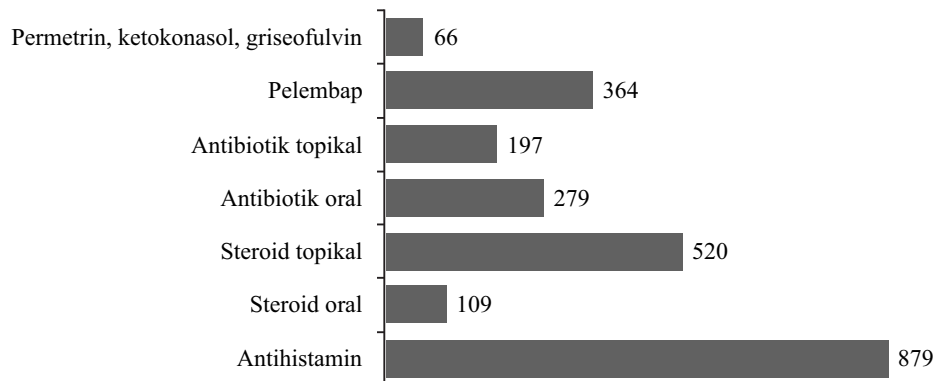
Tabel 3. Stadium lesi pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007-2011

Morfologi lesi	Tahun					Jumlah (%)
	2007	2008	2009	2010	2011	
Akut	135	132	141	188	77	673 (59,3)
Subakut	44	63	54	63	51	275 (24,3)
Kronis	32	33	48	46	27	186 (16,4)
Jumlah	211	228	243	297	155	1134 (100)

Tabel 4. Distribusi kelainan kulit lain pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007–2011

Diagnosis	Tahun					Jumlah (%)
	2007	2008	2009	2010	2011	
DA + Infeksi	55	70	82	104	43	354 (31,2)
DA + Infeksi sekunder	44	61	72	90	33	300 (84,7)
DA + Kandidiasis kutis	0	0	1	2	0	3 (0,8)
DA + K.intertriginosa	2	2	0	0	1	5 (1,4)
DA + Dermatofitosis	2	1	1	0	1	5 (1,4)
DA + Veruka vulgaris	0	0	1	0	0	1 (0,3)
DA + Skabies	3	2	3	4	3	15 (1,3)
DA + Piodermi	4	4	3	8	5	24(6,7)
DA + Kelainan kulit lain	6	4	5	3	12	30(2,6)
DA + <i>Prurigo von hebra</i>	3	2	2	2	8	17 (56,7)
DA + Dermatitis diaper	1	1	0	0	0	2 (6,7)
DA + Miliaria	1	0	0	0	1	2 (6,7)
DA + Pitiriasis alba	1	0	0	0	3	4(13,3)
DA + Pompoliks	0	1	3	1	0	5(16,7)
DA tanpa kelainan kulit	150	154	156	190	100	750 (66,1)
Jumlah	211	228	243	297	155	134 (100)

keterangan: DA=dermatitis atopik



Gambar 3. Distribusi penatalaksanaan pasien baru DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya kurun waktu 2007–2011.

pada 181 pasien (49,7%). Steroid topikal yang paling banyak diberikan pada pasien baru DA pada anak adalah hidrokortison globenikol 2% sebanyak 249 pasien (47,9%) dan antibiotik oral yang paling banyak diberikan pada pasien baru DA pada anak adalah eritromisin yaitu 176 pasien (62%).

PEMBAHASAN

Jumlah kasus baru DA di Divisi Dermatologi Anak di URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo selama periode 2007-2011 secara umum mengalami peningkatan walaupun terjadi penurunan pada tahun 2011. Jumlah kasus baru DA pada tahun 2007 sebanyak 211 pasien (16,77%) dan pada tahun 2010 menjadi 297 pasien (27,88%). Berbagai penelitian mengenai DA menyatakan prevalensi DA semakin meningkat selama beberapa tahun terakhir. Salah satu penelitian menunjukkan insidensi DA meningkat 2-3% dan studi

terbaru menunjukkan peningkatan mencapai 9-12% pada anak.⁷ Kasus DA baru pada Divisi Dermatologi Anak di URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo selama periode 2007-2011 terbanyak pada kelompok usia 5-14 tahun yaitu 529 pasien (46,6%). Penelitian oleh Boediardja SA menyatakan bahwa prevalensi DA terbanyak pada 10 rumah sakit terbesar di Indonesia selama 1 tahun ditemukan pada kelompok usia 5-14 tahun.⁸ Diagnosis DA pada anak lebih sering didiagnosis karena DA pada infantil kadang sulit dibedakan dengan dermatitis seboroik.⁷ Umumnya, DA yang terjadi pada usia 6-12 minggu sering disalahartikan dengan dermatitis seboroik karena adanya anggapan bahwa dermatitis yang timbul sebelum usia 3 bulan adalah seboroik, dan usia lebih dari 3 bulan adalah DA.^{5,7,9,10} Pasien DA baru pada anak juga dapat diterapi di URJ Pediatri RSUD Dr. Soetomo sehingga kasus DA baru pada anak berusia < 5 tahun

pada URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo hanya sedikit yang ditemukan.

Kunjungan pasien baru DA selama periode 2007-2011 lebih banyak laki-laki. Satu penelitian menyatakan DA lebih banyak pada perempuan, dengan perbandingan perempuan dan laki-laki sebesar 1,3:1¹, namun penelitian lain menyatakan pasien DA pada bayi dan anak lebih sering pada laki-laki, dengan perbandingan laki-laki dan perempuan 2,3:1.¹⁰ Perbandingan insidensi jenis kelamin bervariasi pada setiap negara. Seluruh pasien DA pada anak memiliki keluhan gatal, disertai bercak merah pada 356 pasien (32,3%) dan kulit kering pada 103 pasien (9,1%). Penelitian DA pada anak di India Utara didapatkan keluhan gatal pada seluruh pasien DA.¹⁰ Gatal merupakan keluhan umum yang didapatkan pada pasien DA, meskipun gatal saja tidak bisa membedakan DA dari dermatitis lainnya. Keluhan gatal yang berat dapat mengganggu tidur dan menimbulkan stres pada pasien serta anggota keluarga yang lain. Gatal yang disertai bercak merah mengakibatkan garukan yang menimbulkan erosi dan ekskoriasi serta akhirnya likenifikasi.¹¹ Kulit kering juga merupakan kelainan kulit lain yang bisa didapatkan pada pasien DA.^{2,5} Maibach dan kawan-kawan menyatakan bahwa penurunan konsentrasi *ceramide* pada pasien DA mengakibatkan *trans epidermal water loss* (TEWL) akan meningkat dan kapasitas tahanan air di stratum korneum menurun, sehingga kulit menjadi kering dan fungsi pertahanan kulit menurun.⁵ Keluhan kulit kering yang hanya 9,1% kemungkinan disebabkan oleh karena anggapan jika kulit kering bukan merupakan suatu keluhan bagi anak maupun orang tua.

Onset munculnya DA terbanyak dalam waktu 1-12 bulan didapatkan pada 414 pasien (36,5%). Hal itu mirip dengan satu penelitian pasien DA anak di India Utara, didapatkan 85,4% pasien mengalami DA selama 1 tahun dengan onset munculnya DA pada usia 3 bulan sebanyak 4,12%, dan hanya 2,68% yang mengalami DA setelah usia 6 tahun.¹⁰ Pasien DA anak pada penelitian ini mengalami gejala kumat-kumatan sebanyak 859 pasien (75,7%). Hal itu sesuai dengan kriteria mayor menurut Hanifin dan Rajka, DA merupakan penyakit kronis dan kambuh-kambuhan.^{1,2} Satu penelitian menunjukkan bahwa kekambuhan dicetuskan oleh beberapa faktor seperti kulit kering (89,9%), keringat (87,6%), aktivitas fisik (65%), makanan (57,3%), dan mandi air panas (55,1%).¹² Faktor pencetus kekambuhan pasien DA harus dicari untuk mencegah

kekambuhan yang tinggi.

Riwayat atopik pasien baru DA anak pada penelitian ini yaitu 41,7% DA saja dan 58,3% DA disertai dengan asma, rhinitis alergi, dan urtikaria. Hal itu sesuai dengan penelitian di Singapura yang menyatakan 30% pasien DA anak hanya menderita DA saja dan 69% pasien DA anak menderita DA disertai atopik lainnya.⁹ Menurut kriteria mayor Hanifin dan Rajka, riwayat atopik didapatkan pada pasien dan atau keluarga.⁴ Dermatitis atopik, asma bronkial, dan rhinitis merupakan penyakit alergi yang sering timbul bersamaan pada anak. Riwayat atopik pada keluarga pasien DA anak di penelitian ini berupa asma bronkial yaitu 165 pasien (33,6%) pada ibu dan 124 pasien (25,2%) pada ayah. Hal itu tidak jauh berbeda dengan penelitian Larsen yang menyatakan sebanyak 59% pasien DA memiliki riwayat atopik pada keluarga.¹³ Penelitian lain menyatakan bahwa riwayat atopik pada ibu memiliki risiko tinggi terhadap perkembangan DA pada anak. Penelitian DA pada anak di Norwegia menyatakan risiko DA 57% jika DA ditemukan pada ibu dan 46% jika DA ditemukan pada ayah. Penelitian ini menunjukkan jika riwayat atopik pada ibu lebih banyak daripada anggota keluarga lain. Hal itu kemungkinan disebabkan garis keturunan ibu lebih kuat¹⁴, serta diduga terdapat hubungan antara DA dengan respons imun intrauterin dan saat menyusui.² Hubungan yang dekat antara ibu dan anak dimulai sejak dalam rahim menjelaskan atopik pada ibu lebih sering memengaruhi DA pada anak.¹⁵

Penelitian ini mengklasifikasi stadium DA menjadi akut, subakut, dan kronik berdasarkan morfologi lesi. DA akut berupa lesi papul, vesikel, maupun krusta dengan dan tanpa lesi eritematosa. DA subakut berupa bercak disertai skuama dan krusta minimal. DA kronis berupa lesi hiperpigmentasi, likenifikasi dengan dan tanpa skuama dan krusta.¹¹ Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien DA pada anak yang terbanyak datang adalah stadium akut sebanyak 673 pasien (59,3%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian DA anak di India Utara yaitu DA akut 52,7% dan DA kronis 47,3%.¹⁰

Kriteria minor menurut Hanifin dan Rajka juga didapatkan pada pasien DA anak dalam penelitian ini berupa DA dengan infeksi pada 354 pasien (31,2%) dan DA dengan kelainan kulit lain pada 30 pasien (2,6%). DA dengan infeksi terbanyak adalah infeksi sekunder pada 300 pasien (84,7%). Peningkatan kepekaan terhadap infeksi bakteri, jamur, virus maupun parasit

didapatkan pada pasien DA. Penelitian oleh Ricci tahun 2003 pada 81 pasien DA anak didapatkan 52 pasien (64,2%) terinfeksi *Staphylococcus aureus*.¹⁶ Infeksi *Staphylococcus* dan *Streptococcus* sering terjadi pada pasien atopik dan paling sering disebabkan *S. aureus* (95%).^{1,4,5} Hal itu diakibatkan karena lesi kulit DA merupakan lingkungan yang sangat baik untuk kolonisasi dan proliferasi *S. aureus*. Infeksi jamur yang didapatkan berupa dermatofitosis pada 5 pasien (0,44%), kandidiasis kutis pada 3 pasien (0,33%), dan kandidiasis intertriginosa pada 5 pasien (0,44%). Hanya sedikit penelitian mengenai kolonisasi kandida di kulit pasien DA, namun literatur mengatakan hasil kultur dari kulit normal maupun lesi DA ditemukan *Candida sp* khususnya *Candida albican* lebih banyak daripada kontrol (nonatopik). Antibodi IgE yang spesifik terhadap ekstrak *C. albican* didapatkan antara 25-88% pasien DA.¹⁷ Infeksi jamur superfisial lebih sering terjadi pada pasien DA. Pasien DA mengalami peningkatan prevalensi infeksi *T. rubrum* dibandingkan kontrol. Peranan *Malazessia furfur* mulai diteliti, dan menunjukkan bahwa antibodi Ig E terhadap *M. furfur* dapat ditemukan pada pasien DA.¹ Infeksi virus yang ditemukan pada penelitian ini berupa veruka vulgaris (0,3%).¹⁸ Infeksi skabies didapatkan pada 15 pasien DA (1,5%). DA sering disalahdiagnosis dengan skabies karena adanya gatal dan riwayat gatal pada keluarga. Kriteria minor DA lainnya seperti keratosis pilaris dan iktiosis vulgaris tidak ditemukan pada penelitian ini. Kelainan kulit lain yang ditemukan berupa *prurigo von hebra* pada 17 pasien (1,5%), dermatitis diaper pada 2 pasien (0,17%), pompoliks pada 5 pasien (0,44%), dan pitiriasis alba pada 4 pasien (0,35%). Penelitian DA anak sekolah di Singapura mendapatkan pitiriasis alba sebanyak 25%.¹⁹

Penatalaksanaan DA memerlukan pendekatan sistematis karena faktor pencetus DA bersifat kompleks. Penatalaksanaan DA pada dasarnya terdiri dari terapi nonmedikamentosa dan medikamentosa. Terapi nonmedikamentosa berupa hidrasi kulit, identifikasi, dan menghindari faktor pencetus. Terapi medikamentosa berfungsi untuk mengatasi inflamasi kulit, infeksi pada kulit, dan rasa gatal. Hidrasi kulit pada DA dilakukan dengan pemberian pelembap secara teratur. Jenis pelembap dapat berupa *moisturizer* dan humektan.^{1,20} Kulit kering biasanya disertai dengan rasa gatal, kemudian garukan akan menyebabkan infeksi sekunder. Selain itu perlu dilakukan identifikasi dan edukasi untuk menghindari faktor pencetus.

Pemberian kortikosteroid baik sistemik maupun topikal perlu diperhatikan efek sampingnya. Kortikosteroid sistemik sebaiknya digunakan pada eksaserbasi akut, DA yang berat, dan tidak membaik dengan terapi lain. Pemberian steroid sistemik sebaiknya secara *tapering off* sambil meningkatkan potensi steroid topikal dan meningkatkan hidrasi kulit. Hal tersebut dilakukan untuk menghindari efek *rebound*. Prinsip umum penggunaan steroid topikal pada DA adalah dimulai dengan steroid yang potensinya paling rendah dan membatasi frekuensi penggunaannya. Untuk pengobatan jangka pendek (kurang dari 3 minggu) dapat digunakan berbagai jenis kortikosteroid sistemik seperti prednison, deksametason, betametason, triamsinolon, atau metilprednisolon. Deksametason dan betametason baik untuk pengobatan radang akut yang perlu antiradang yang kuat dalam jangka waktu pendek.²¹ Penggunaan steroid sistemik pada penelitian ini yang terbanyak adalah prednison pada 61 pasien (56%) dilanjutkan dengan deksametason pada 41 pasien (37,6%). Steroid sistemik diberikan pada pasien DA anak dengan kondisi DA akut dan subakut.

Infeksi sekunder yang disebabkan oleh *S. aureus* diberikan antibiotik oral, antibiotik topikal, serta kombinasi steroid dan antibiotik topikal.^{1,6,9} Infeksi jamur maupun parasit diberikan antijamur atau antiparasit sebagai terapi tambahan. Terapi tambahan yang diberikan pada penelitian ini untuk kasus DA dengan dermatofitosis dan kandidiasis yaitu griseofulvin pada 5 pasien (0,44%) serta ketokonazol pada 8 pasien (0,7%). Pasien dengan infeksi skabies (1,3%) diberikan krim permetrin 5%. Kompres NaCl diaplikasikan pada 32 pasien (2,8%) bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka erosi.¹

Penelitian ini menunjukkan bahwa selama kurun waktu 5 tahun sejak Januari 2007 hingga Desember 2011, jumlah kasus DA di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo semakin meningkat dan didominasi oleh anak laki-laki. Kelompok usia terbanyak adalah 5-14 tahun. Keluhan utama pada pasien terbanyak adalah gatal. Onset munculnya keluhan rata-rata dalam 1-12 bulan. Riwayat atopik terbanyak pada pasien adalah DA, sedangkan riwayat atopik pada keluarga terbanyak berupa asma bronkial pada ibu. Kondisi lesi sebagian besar adalah kondisi akut. Kelainan kulit yang sering menyertai DA adalah infeksi bakteri, jamur, dan virus. Terapi pasien DA terbanyak menggunakan anti-

histamin. Terapi lain yang harus tetap diberikan adalah pelembap untuk menghidrasi kulit. Pasien DA dan keluarga perlu mengetahui dan menghindari faktor pencetus munculnya DA sehingga dapat mencegah kekambuhan.

KEPUSTAKAAN

1. Leung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7thed. New York: Mc Graw Hill; 2008. p.146-57.
2. Gimenez JCM. Atopic dermatitis. *Allergol Immunol Clin* 2000; 15: 279-95.
3. Baron SE, Cohen N, Archer BC. Guidance on the diagnosis and clinical management of atopic eczema. *Clin dermatol* 2012; Sup 1:7-12.
4. Pedersen KT. Clinical aspects of atopic dermatitis. *Clin and Exp Dermatol* 2000; 25: 535-43.
5. Williams HC. Atopic dermatitis. *NEJM* 2005; 352: 2314-24.
6. Staab D, Kaufmann R, Brautigam M, Wahn U. Treatment of infants with atopic eczema with pimecrolimus cream 1% improves parents' quality life: A multicenter, randomized trial. *Ped Aller Immunol* 2005;16:527-33.
7. Eigmann PA. Clinical feature and diagnostic criteria of atopic dermatitis in relation to age. *Ped Aller and Immunol* 2001; 12(Suppl. 14): 69-74.
8. Boediardja SA. Dermatitis atopik pada anak. Dalam: Makalah lengkap temu ilmiah manifestasi atopik pada kulit. Bandung: SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RS Dr. Hasan Sadikin; 1996; 65-86.
9. Odom RB, James WD, Berger TG. Atopic dermatitis, eczema, and noninfectious immunodeficiency disorders. In: Andrew's disease of the skin. 9thed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.p. 69-94.
10. Dhar S, Kanwar JA. Epidemiology and clinical pattern of atopic dermatitis in a North Indian pediatric population. *Ped Dermatol* 1998; 15(5):347-51.
11. Archer BC. The pathophysiology and clinical features of atopic dermatitis. In: William CH, editor. Atopic dermatitis: The epidemiology, causes and prevention of atopic eczema. United Kingdom: Cambridge University Press; 2004. p.25-40.
12. Williams HC. Epidemiology of atopic dermatitis. *Clin and Exp Dermatol* 2000; 25: 522-9.
13. Larsen FS, Diepgen T, Svensson A. The occurrence of atopic dermatitis in North Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:760-4.
14. Uchara M, Sugiura H, Omoto M. Paternal and maternal atopic dermatitis have influence on the development of the disease in children. *Acta Derm Venereol* 1999; 79:235.
15. Lee YL, Li CW, Sung FC. Environmental factors, parental atopy and atopic eczema in primary-school children: A cross-sectional study in Taiwan. *Br J Dermatol* 2007;157: 1217-24.
16. Ricci G, Patrizi A, Neri I, Bendandi B, Masi M. Frequency and clinical role of *Staphylococcus aureus* overinfection in atopic dermatitis in children. *Ped Dermatol* 2003;20(5):389-92.
17. Brehler RBS, Mertens M, Luger TA. Atopic dermatitis: the role of fungi. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M, editors. Textbook of atopic dermatitis. London: Informa UK Ltd; 2008.p. 1-12.
18. Wollenberg A, Kamann S. Role of virus. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M, editors. Textbook of atopic dermatitis. London: Informa UK Ltd; 2008. p. 1-12.
19. Tay YK, Kong KH. The prevalence and descriptive epidemiology on atopic dermatitis in Singapore school children. *Br J Dermatol* 2002; 146: 101-6.
20. Simpson EL, Berry TM, Brown PA, Hanifin JM. A pilot study of emollient therapy for primary prevention of atopic dermatitis. *J Am Acad* 2010;63(4): 587-93.
21. Thomas KS, Armstrong S, Avery A, Po ALW, O'Neill C, Young S, et al. Randomised controlled trial of short bursts of a potent corticosteroid versus prolonged use of a mild preparation for children with mild or moderate atopic eczema. *Br Med J* 2002;324(7340):768.