

Penelitian Retrospektif: Pengobatan Oral pada Pasien Dermatitis Atopik Anak

(Retrospective Study: Oral Therapy in Children with Atopic Dermatitis)

Asmahani Thohiroh, Iskandar Zulkarnain

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 peradangan kulit yang bersifat gatal, menahun, residif, dan dapat terjadi pada bayi, anak, serta dewasa. Pengobatan DA dibagi menjadi pengobatan sistemik dan topikal. Pengobatan sistemik meliputi antihistamin dan kortikosteroid. **Tujuan:** Mengevaluasi pola pengobatan oral pada pasien baru DA anak. **Metode:** Penelitian ini dilakukan secara retrospektif dengan mengevaluasi rekam medik pasien baru DA anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak Unit Rawat Jalan (URJ) Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012. Data yang dievaluasi meliputi jumlah pasien, umur, jenis kelamin, waktu kunjungan, keluhan utama, lama keluhan, riwayat atopi, pemeriksaan fisik, penatalaksanaan, dan *follow up*. **Hasil:** Jumlah pasien baru DA anak yang mendapat terapi oral sebesar 558 pasien (88,9%) dari 628 pasien baru DA anak. Terapi oral yang diberikan berupa antihistamin sebesar 518 pasien (92,8%), antibiotik oral sebesar 129 pasien (23,1%), dan kortikosteroid oral pada 40 pasien (7,2%). Pasien yang tidak kontrol kembali setelah kunjungan pertama sebesar 461 orang (82,6%). **Simpulan:** Didapatkan sebagian besar pasien DA anak mendapat pengobatan oral. Antihistamin merupakan pengobatan oral terbanyak yang diberikan.

Kata kunci: dermatitis atopik, anak, pengobatan oral, retrospektif.

ABSTRACT

Background: Atopic dermatitis (AD) is an inflammation skin characterized by itchy, chronic, residif; can occur in infant, child, and adult. The therapy for AD are divided into systemic and topical therapy. Systemic therapy includes antihistamine and corticosteroid. **Purpose:** To evaluate pattern of oral therapy in new child AD patient. **Methods:** Retrospective study method was performed by evaluating medical records of new child AD patient who received oral therapy in Pediatric Division, Departement of Dermato-venerology Dr. Soetomo General Hospital 2010 until 2012. The evaluated data include the patient's visitation, age, gender, time visit, patient's complain, periode of illness, history of atopy, physical examination, management, and follow up. **Results:** There were 558 patients (88.9%) of 628 new child AD patients who received oral therapy. Oral therapies were provided in form of antihistamine for 518 patients (92.8%), oral antibiotic for 129 patients (23.1%), and corticosteroid for 40 patients (7.2%). Patients who did not return to the hospital after first visitation were 461 patients (82.6%). **Conclusions:** Most of the child AD patient got an oral therapy. Most of the oral therapy was antihistamine.

Key words: atopic dermatitis, child, oral therapy, retrospective.

Alamat korespondensi: Asmahani Thohiroh, 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: +62315501609, e-mail: asmahani.thohiroh@gmail.com

PENDAHULUAN

Dermatitis atopik (DA) adalah peradangan kulit yang bersifat gatal, menahun, residif, dan dapat terjadi pada bayi, anak, serta dewasa.¹ Riwayat atopi sering didapatkan pada pasien atau pada keluarganya berupa dermatitis atopik, rhinitis alergika, dan asma bronkhial.^{1,2}

DA biasanya muncul pada tahun pertama kehidupan dan merupakan kondisi yang umum terjadi

pada satu diantara sepuluh anak-anak.¹ Prevalensi di Inggris didapatkan 15-20% anak-anak usia sekolah dan 2-10% orang dewasa akan terkena DA pada beberapa tingkatan.³ Tujuh puluh persen kasus DA terjadi pada anak di bawah usia 5 tahun, dengan prevalensi 10-20% di negara-negara industri. Prevalensi lebih rendah pada negara agraris dengan rasio wanita lebih tinggi daripada pria. Insidensi cenderung meningkat 2-3 kali dalam dekade terakhir.^{1,4} Berdasarkan data di Divisi Dermatologi Anak Unit Rawat Jalan (URJ) Ilmu

Tabel 1. Jumlah kunjungan pasien baru dermatitis atopik pada anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

Pasien baru	Tahun			Jumlah (%)
	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	
DA yang mendapat pengobatan oral	258 (86,9)	143 (92,3)	157 (89,2)	558 (88,9)
Antihistamin	235(91,1)	133 (93,0)	150 (95,6)	518 (92,8)
Kortikosteroid oral	23 (8,9)	10 (7,0)	7 (4,4)	40 (7,2)
Antibiotika oral	80 (31,0)	28 (19,6)	21 (13,4)	129 (23,1)
DA yang tidak mendapat pengobatan oral	39 (13,1)	12 (7,7)	19 (10,8)	70 (11,1)
Jumlah	297 (100)	155 (100)	176 (100)	628 (100)

Keterangan: DA=dermatitis atopik

Tabel 2. Distribusi kelainan kulit lain pasien baru dermatitis atopik pada anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

Diagnosis	Tahun			Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	
DA + Infeksi	91 (35,2)	42 (29,4)	43 (27,4)	176 (31,5)
- DA + sekunder infeksi	81 (89,0)	36 (85,7)	30 (69,8)	147 (83,5)
- DA + Folikulitis++	3 (3,3)	2 (4,8)	1 (7,0)	6 (3,4)
- DA + Impetigo krustosa	3 (3,3)	1 (2,4)	1 (2,3)	5 (2,8)
- DA + Candidiasis	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)
- DA + K.intertriginosa	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	1 (0,6)
- DA + Tinea	0 (0)	1 (2,4)	1 (2,3)	3 (1,7)
- DA + Verruca vulgaris	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- DA + Scabies	3 (3,3)	1 (2,4)	10 (23,3)	14 (7,9)
- DA + Piodermi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
DA + kelainan kulit lain	3 (1,2)	10 (7,0)	5 (3,2)	18 (3,2)
- DA + Prurigo van hebra	2 (66,7)	8 (80,0)	3 (60,0)	13 (72,2)
- DA + Diaper dermatitis	0 (0)	0 (0)	1 (20,0)	1 (5,6)
- DA + Miliaria	0 (0)	1 (10,0)	1 (20,0)	2 (11,1)
- DA + Pityriasis alba	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	1 (5,6)
- DA + Phompholix	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	1 (5,6)
DA	164 (63,6)	91 (63,6)	109 (71,3)	364 (65,3)
Jumlah	258 (100)	143 (100)	157 (100)	558 (100)

Keterangan: DA=dermatitis atopik, K.intertriginosa=kandidiasis intertriginosa

Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo, prevalensi pasien baru DA anak meningkat selama kurun waktu 2007-2011 dan prevalensi tertinggi pada tahun 2010 meningkat sebanyak 9,05 % dari tahun 2009.

Pengobatan DA sampai sekarang masih belum memuaskan oleh karena kronisitas dan gangguan pada barrier kulit. Banyak penelitian mengenai pengobatan terbaru DA dengan meminimalkan efek samping terutama pada anak-anak. Pedoman Diagnosis Terapi RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyebutkan pengobatan DA dibagi menjadi pengobatan sistemik dan topikal. Pengobatan sistemik meliputi antihistamin dan kortikosteroid. Kortikosteroid diberikan hanya pada kasus yang akut dan berat, diberikan dalam jangka pendek dan dihentikan secara bertahap, sedangkan pengobatan topikal diberikan bergantung pada keadaan lesi.⁵

Tujuan penelitian ini untuk mengevaluasi pola pengobatan oral pada pasien DA anak serta

mengevaluasi jumlah pasien baru, penegakan diagnosis, jenis pengobatan oral, dan tindak lanjut pasien baru DA anak yang mendapat pengobatan oral.

METODE

Data penelitian berupa jumlah pasien, umur, jenis kelamin, waktu kunjungan, keluhan utama, lama keluhan, riwayat atopi, pemeriksaan fisik, penatalaksanaan, dan tindak lanjut yang didapatkan dari catatan medik pasien baru DA anak yang mendapat pengobatan sistemik oral di Divisi Dermatologi Anak Unit URJ Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo selama tahun 2010 sampai 2012.

HASIL

Jumlah kunjungan pasien yang mendapat pengobatan oral yaitu sebanyak 558 pasien (88,9%) dari seluruh pasien DA anak. Pengobatan oral terbanyak yang diberikan pada pasien baru DA anak berupa antihistamin sebesar 518 pasien (92,8%), sedangkan

Tabel 3. Pengobatan antihistamin pada pasien baru dermatitis atopik pada anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

Antihistamin	Tahun			Jumlah (%) n=518
	2010 (%) n=235	2011 (%) n=133	2012 (%) n=150	
Cetirizine	11 (4,7)	5 (3,8)	37 (24,7)	53 (10,2)
Mebhidrolin napadisilat	155 (65,9)	67 (50,4)	44 (29,3)	266 (51,4)
Dimetinden maleat	26 (11,1)	28 (21,1)	30 (20,0)	84 (16,2)
Loratadin	5 (2,1)	6 (4,5)	4 (2,7)	15 (2,9)
CTM	38 (16,2)	27 (20,3)	35 (23,3)	100 (19,3)

Keterangan: CTM=*chlortrimeton*

Tabel 4. Pengobatan kortikosteroid oral pada pasien baru dermatitis atopik pada anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

Kortikosteroid	Tahun			Jumlah (%) n=40
	2010 (%) n=23	2011 (%) n=10	2012 (%) n=7	
Dexametason	12 (52,2)	3 (30,0)	6 (85,7)	21 (52,5)
Prednison	11 (47,8)	7 (70,0)	1 (14,3)	19 (47,5)

Tabel 5. Penggunaan antibiotik pasien baru dermatitis atopik pada anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

Antibiotik	Tahun			Jumlah (%) n=129
	2010 (%) n=80	2011 (%) n=28	2012 (%) n=21	
Eritromisin	2 (2,5)	4 (14,3)	4 (19,0)	10 (7,8)
Amoksisilin	36 (45,0)	18 (64,3)	1 (4,8)	55 (42,6)
Kloksasilin	42 (52,5)	6 (21,4)	16 (76,2)	64 (49,6)

Tabel 6. Distribusi frekuensi kontrol pasien baru dermatitis atopik pada anak yang mendapat pengobatan oral di Divisi Dermatologi Anak URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

Frekuensi kontrol (Follow up)	Tahun			Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	
1 kali :	20 (7,8)	21 (14,7)	19 (12,1)	60 (10,8)
- membaik	17 (85,0)	19 (90,5)	18 (94,7)	54 (90,0)
- tetap	3 (15,0)	2 (9,5)	1 (5,3)	6 (10,0)
2 kali :	5 (1,9)	7 (4,9)	6 (3,8)	18 (3,2)
- membaik	4 (80,0)	6 (85,7)	6 (100)	16 (88,9)
- tetap	1 (20,0)	1 (14,3)	0	2 (33,3)
≥ 3 kali :	7 (2,7)	6 (4,2)	6 (3,8)	19 (3,4)
- membaik	7 (100)	6 (100)	6 (100)	19 (100)
- tetap	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tidak kontrol	226 (87,6)	109 (76,2)	126 (80,3)	461 (82,6)
Jumlah	258 (100)	143 (100)	157 (100)	558 (100)

terapi antibiotik oral diberikan pada 129 pasien (23,1%), dan 40 pasien (7,2%) mendapat terapi kortikosteroid oral (Tabel 1). Morfologi pasien baru DA anak yang mendapat pengobatan oral dapat dilihat pada Tabel 2. Kelainan DA saja sebanyak 364 pasien (65,3%), dan pasien DA yang disertai infeksi sebesar 176 pasien (31,5%). Kelainan kulit lain yang terbanyak menyertai DA adalah *prurigo von hebra* sebanyak 13 pasien (72,2 %). Tabel 3 menunjukkan bahwa jenis antihistamin yang didapat pada pasien baru DA anak yang mendapat pengobatan oral terbanyak adalah mebhidrolin napadisilat sebanyak 266 pasien (51,4%)

Kortikosteroid yang terbanyak diberikan adalah deksametason yaitu pada 21 pasien (52,5%) seperti tampak pada Tabel 4. Penggunaan antibiotik yang sering diberikan adalah kloksasilin sebesar 64 pasien (49,6%) dan amoksisilin sebesar 55 pasien (42,6%) seperti tampak pada Tabel 5. Berdasarkan data pasien kontrol, didapatkan 60 pasien (10,8%) kontrol sebanyak 1 kali, 18 pasien (3,2%) kontrol sebanyak 2 kali, dan 19 pasien (3,4%) kontrol sebanyak 3 kali atau lebih. Jumlah pasien yang tidak kontrol sebanyak 461 pasien (82,6%) (Tabel 6).

PEMBAHASAN

Jumlah pasien baru DA anak yang mendapat pengobatan oral sebesar 558 pasien (88,9%) dari 628 pasien DA anak baru. DA mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap morbiditas, kualitas hidup pasien, dan gangguan tidur, terutama pada anak-anak sehingga dapat menyebabkan *irritable*, kelelahan saat siang hari, ketakutan, dan perubahan *mood*.⁶ Manajemen terapi DA meliputi beberapa faktor dan bergantung pada derajat keparahan tiap pasien. Terapi tersebut meliputi hidrasi kulit dan penggunaan steroid topikal. Identifikasi faktor penyebab eksaserbasi yaitu alergen, iritan, stresor emosional, dan agen infeksius. Terapi sistemik seperti antihistamin sebagai antipruritus dapat digunakan pada DA. Imunosupresan diberikan pada DA derajat berat yang tidak berespons terhadap terapi topikal.^{7,8} Terapi yang diberikan tidak hanya berupa terapi obat-obatan, sebaiknya meliputi lima pilar manajemen DA yaitu edukasi terhadap orang tua atau pengasuh pasien, menghindari faktor-faktor lingkungan pencetus DA berupa perubahan gaya hidup dan menghindari luka pada kulit, menggunakan pelembab yang optimal, mengobati inflamasi kulit, mengontrol dan mengeliminasi siklus gatal-garuk.⁹

Terapi oral yang diberikan pada sebagian besar pasien berupa antihistamin yaitu sebesar 518 pasien (75,4%), sedangkan 129 pasien (23,1%) mendapat terapi antibiotik oral, dan 40 pasien (7,2%) mendapat terapi kortikosteroid oral. Terapi DA bergantung pada derajat keparahan yang dibagi menjadi derajat ringan, sedang, maupun berat. Penilaian derajat keparahan DA bisa menggunakan beberapa metode, yang sering digunakan yaitu sistem *scoring atopic dermatitis* (SCORAD). SCORAD menilai indeks kombinasi antara kriteria subjektif dan objektif. Validitas, reliabilitas, sensitivitas, dan aseptabilitas kriteria SCORAD telah dipublikasikan secara luas.² Rekomendasi terapi berdasarkan derajat keparahan kriteria SCORAD dibagi menjadi 4 yaitu terapi dasar berupa edukasi, penggunaan emolien dan sabun, menghindari makanan yang menyebabkan kekambuhan, menghindari bahan-bahan yang menyebabkan alergi (berdasarkan tes alergi); derajat rendah ditandai dengan SCORAD kurang dari 15 dan dermatitis sementara, pengobatannya berupa kortikosteroid topikal, kalsineurin inhibitor topikal, antiseptik, dan antihistamin nonsepatif; derajat ketiga dengan skor SCORAD 15-40 dan dermatitis yang berulang, terapinya meliputi antihistamin sedatif, terapi

sina UV (UVB 311 nm, UVA 1), konseling psikosomatik, dan terapi sesuai iklim; derajat berat ditandai dengan skor SCORAD lebih dari 40 dan dermatitis persisten, terapinya meliputi rawat inap, penggunaan imunosupresi sistemik, kortikosteroid oral, siklosporin A, PUVA, azatriopin, takrolimus oral, dan mikofenolat mofetil.¹⁰ Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam menilai hubungan antara terapi dan derajat keparahan pasien, karena tidak didapatkan data mengenai derajat keparahan DA pada status pasien. Terapi yang diberikan selain terapi untuk dermatitis atopik adalah antibiotik oral untuk mengatasi infeksi sekunder.

Imunosupresan sistemik digunakan pada individu yang tidak berespons terhadap terapi topikal, pada DA yang berat, dan sukar sembuh. Bila terjadi kerusakan pada kulit, maka distribusi terapi topikal tidak merata sehingga penggunaan terapi sistemik lebih aman dan lebih mudah dikontrol.¹¹ Identifikasi faktor-faktor pencetus DA seperti bahan iritan dan faktor-faktor eksaserbasi yang diketahui melalui tes alergi, harus dilakukan sebelum pemberian imunosupresan sistemik.¹² Pemberian kortikosteroid sistemik tidak direkomendasikan untuk penggunaan jangka panjang atau sebagai terapi *maintenance* oleh karena efek sampingnya terutama pada anak-anak yaitu osteoporosis, katarak, supresi pertumbuhan, dan hambatan pada penyembuhan luka. Pemberian kortikosteroid sistemik jangka pendek digunakan untuk mengatasi eksaserbasi akut dan diberikan secara *tapering off*. Penggunaan jangka pendek adalah pemakaian kurang dari 3 minggu. Pemberian kortikosteroid melebihi waktu 4 minggu dianggap sebagai pengobatan jangka panjang. Prednison dan metilprednisolon merupakan obat pilihan untuk terapi jangka panjang, sedangkan deksametason dapat diberikan untuk pengobatan jangka pendek.^{5,8}

Pruritus merupakan gejala umum pada DA yang sulit untuk ditoleransi dan sering terjadi pada malam hari sehingga mengganggu kontinuitas, dan kualitas tidur, serta mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pasien DA anak yang mengalami gangguan tidur sebesar 60% dan 83% mengalami gangguan tidur saat terjadi eksaserbasi.^{13,14} Antihistamin dapat digunakan untuk mengatasi pruritus, walaupun pada penelitian oleh Klein dan Clark tidak terdapat bukti hilangnya pruritus dengan pemberian antihistamin sedatif maupun nonsepatif.⁷ Penelitian *randomized controlled trial* terhadap antihistamin sedatif dan nonsepatif juga

menyebutkan keterbatasan peran antihistamin pada terapi DA, namun antihistamin akan sangat berguna pada pasien dengan pruritus yang memburuk saat malam hari.⁹ Antihistamin sedatif oral berguna saat tidur oleh karena efek sedatifnya dan dapat digunakan untuk pengobatan tambahan jangka pendek bersama dengan terapi topikal.^{8,9} Antihistamin sedatif juga bermanfaat pada anak-anak usia kurang dari 2 tahun dengan gangguan tidur sebagai masalah utama.⁹ Antihistamin generasi pertama lebih efektif daripada antihistamin generasi kedua karena efek sedasi yang dimilikinya, sedangkan antihistamin generasi kedua tidak mempunyai efek sedasi walaupun dapat digunakan pada pasien DA yang juga menderita urtikaria.^{8,15}

Antihistamin sistemik bekerja secara primer dengan menghambat reseptor H1 pada dermis. Antihistamin memperbaiki gejala pruritus karena histamin adalah satu-satunya mediator yang menginduksi pruritus pada kulit, walaupun pada beberapa pasien hanya memperoleh keuntungan minimal dari terapi antihistamin. Beberapa penelitian terhadap antihistamin cetirizine menyebutkan bahwa pemberian cetirizine dapat menurunkan durasi penggunaan kortikosteroid topikal.^{8,9} Antihistamin aman digunakan dalam jangka waktu lama, selain itu antihistamin juga dapat digunakan sebagai terapi pada gejala-gejala lain yang mengiringi DA seperti asma bronkhial, rhino-konjungtivitis, dan urtikaria.¹⁵ Jenis antihistamin terbanyak yang diberikan adalah mebhidrolin napadisilat, yaitu pada 266 pasien (51,4%). Mebhidrolin napadisilat merupakan antihistamin generasi pertama yang mempunyai efek sedasi. Sebagian besar pasien diberikan antihistamin sedatif yaitu mebhidrolin napadisilat, CTM, dan dimetinden maleat.

Kerusakan barrier kulit dan peningkatan *transepidermal water loss* (TEWL) didapatkan pada pasien DA. Peningkatan TEWL ini menyebabkan kulit menjadi kering dan atrofi kelenjar keringat sehingga produksinya berkurang. Permukaan yang kering dan kasar tersebut menyebabkan kolonisasi bakteri. Kolonisasi spesies *Staphylococcus* pada pasien DA 10-100 kali lebih banyak dibandingkan orang normal. Antibiotik dapat diberikan jika terdapat infeksi sekunder. Gejala klinis dari infeksi sekunder yaitu lesi yang nyeri, basah, dan berkrusta; distribusi asimetris; dan lesi luas.¹⁵ Sefalosporin generasi satu dan generasi dua, atau golongan penisilin dapat diberikan selama 7-10 hari. Dikloksasilin dan kloksasilin merupakan terapi

lini pertama pada pengobatan infeksi sekunder pada DA karena dapat berperan aktif terhadap *Staphylococcus aureus* maupun *Streptococcus aureus*.^{2,9} Penggunaan antibiotik yang sering diberikan adalah kloksasilin sebesar 64 pasien (49,6%) dan amoksisilin sebesar 55 pasien (42,6%).

Edukasi pasien merupakan manajemen yang efektif dalam penanganan DA. Pasien atau keluarga pasien harus diedukasi mengenai timbulnya DA meliputi patogenesis, faktor-faktor yang memengaruhi eksaserbasi DA, terapi jangka panjang dan jangka pendek DA, serta cara mengelola DA. Jika perlu dapat diberikan instruksi tertulis tentang penggunaan obat topikal maupun sistemik. Pengawasan berkala perlu dilakukan untuk menilai kemajuan terapi yang diberikan baik terapi oral maupun terapi topikal.^{9,16} Sebagian besar pasien yaitu 461 pasien (82,6%) tidak kontrol kembali setelah kunjungan pertama. Hal itu mungkin disebabkan karena pasien merasa sudah sembuh dengan terapi yang diberikan, pasien pindah berobat ke tempat lain, atau meneruskan terapi sendiri karena kurangnya edukasi terhadap pasien.

DA merupakan penyakit kronis dan residif, diperlukan anamnesis dan pemeriksaan klinis secara lengkap dan tepat untuk mendiagnosis dan menilai derajat keparahan DA sehingga dapat diberikan terapi yang tepat. Pengobatan oral yang sering diberikan pada DA anak adalah antihistamin yang berguna untuk mengontrol pruritus sehingga diharapkan memutus siklus gatal-garuk. Pemberian kortikosteroid sistemik pada anak-anak memerlukan perhatian khusus karena efek sampingnya. Pemberian kortikosteroid sistemik hanya dilakukan dalam waktu singkat dan diperlukan kontrol secara teratur untuk memonitor efek samping. Terapi DA pada anak-anak tidak hanya berupa terapi obat-obatan, namun edukasi sangat penting untuk orangtua dan pengasuh mengenai perawatan kulit, menghindari bahan iritan, dan menghindari faktor pencetus.

KEPUSTAKAAN

1. Akhavan A, Rudikoff D. Atopic dermatitis: systemic immunosuppressive therapy. *Semin Cutan Med Surg* 2008; 27:151-5.
2. Gordillo JE, Dekio I. Atopic dermatitis disease etiology and clinical management. Rijeka: Intech; 2012.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of atopic dermatitis in primary care.

- Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011.
4. Thomas J. Understanding atopic dermatitis and its management in children. *INSTEAD*. 2007; 1(1):3-11.
 5. Hutomo M, Pohan SS, Agusni I. Dermatitis Atopik. Dalam: Pedomannya diagnosis dan terapi Bag/SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin 2005. Surabaya: Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Sutomo; 2005.
 6. Rullo VEV, Segato A, Kirsh A, Sole D. Severity scoring of atopic dermatitis: a comparison of two scoring systems. *Allergol et Immunopathol* 2008; 36(4):2005-11.
 7. Buys LM, Pharm MD. Treatment of atopic dermatitis. *Am Fam Physician* 2007; 75:523-8.
 8. Lebhwohl MG, Del Rosso JQ, Abramovits W, Berman B, Cohen DE, Guttman-Yassky E, et al. Pathways to managing atopic dermatitis: consensus from the expert. *J Clin Aesthet Dermatol* 2013; 7 Suppl 1:3-18.
 9. Rubel D, Thirumoorthy T, Soebaryo RW, Weng SCK, Gabriel TM, Villafuerta LL, et al. Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: an Asia-Pacific perspective. *J of Dermatol* 2013; 40:160-71.
 10. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taïeb A, Werfel T, Oranje A. Difficult to control atopic dermatitis. *W Aller Org Jour* 2013; 6:1-6.
 11. Saucedo GG, Vallejo RS, Gimenez MJC. Atopic Dermatitis: Update and proposed management algorithm. *Actas Dermosifogr*. 2013; 104(1):4-16.
 12. Flohr C, Irvine AD. Systemic therapies for severe atopic dermatitis in children and adults. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 132: 774e1-5.
 13. Fishbein AB, Vitaterna O, Haugh IM, Bavishi AA, Zee PC, Turek FW, et al. Nocturnal eczema: review of sleep and circadian rhythms in children with atopic dermatitis and future research directions. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 136:1170-7.
 14. European Dermatology Forum. Guideline on the Treatment of Atopic Eczema (Atopic Dermatitis). Berlin: European Dermatology Forum; 2014.
 15. Arkwright PA, Motala C, Subramanian H, Spengel J, Schneider LC, Wollenberg A. Management of difficult-to-treat atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol in Pract* 2013; 1:142-51.
 16. Leung TNH, Chow Cm, Chow MPY, Luk DCK, Ho KM, Hon KL, et al. Clinical guidelines on management of atopic dermatitis in children. *HK J Paediatr* 2013; 18:96-104.