

Studi Retrospektif: Penatalaksanaan Dermatitis Atopik (*Retrospective Study: Management of Atopic Dermatitis*)

Nanny Herwanto, Marsudi Hutomo

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 kronis, ditandai rasa gatal ringan sampai berat, bersifat kumat-kumatan, sebagian besar muncul pada saat bayi dan anak. Meskipun saat ini didapatkan kemajuan dalam penatalaksanaan DA, namun belum didapatkan pengobatan yang memuaskan. **Tujuan:** Mengevaluasi penatalaksanaan pasien baru DA sehingga diharapkan dapat memberikan penatalaksanaan yang lebih baik. **Metode:** Penelitian retrospektif pasien baru DA di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 2012-2014. **Hasil:** Antihistamin merupakan jenis terapi yang paling banyak diberikan yaitu sebanyak 234 pasien (36,3%) dari seluruh kunjungan, dan antihistamin terbanyak yang diberikan adalah setirizin pada 142 pasien (58%). Penggunaan pelembab masih minimal, seperti krim urea 10% sebanyak 71 pasien (11%), krim ambifilik (biocream[®]) sebanyak 52 pasien (8,1%), dan vaselin album sebanyak 11 pasien (1,7%). **Simpulan:** Pelembab penting dalam penatalaksanaan DA sehingga penggunaannya perlu ditingkatkan lagi.

Kata kunci: dermatitis atopik, penatalaksanaan, retrospektif.

ABSTRACT

Background: Atopic dermatitis (AD) is a chronic skin inflammatory disease, characterized with mild to severe itching, relapses, and mostly appears in infants and children. Although there has been current advances in the management of AD but satisfactory treatment has not been obtained. **Purpose:** To evaluate the treatment of patients with AD, hence better management can be provided. **Methods:** Retrospective study of newly diagnosed AD patients in Allergy Immunology Division of Dermatology and Venereology Outpatient Clinic Dr. Soetomo General Hospital Surabaya during 2012-2014. **Result:** Antihistamine is the most widely prescribed medication, as many as 234 (36.3%) of all patients visits and cetirizine was the most given antihistamine in 142 (58%) of the patients. Emollients still used minimally, such as urea 10% cream in 71 (11%) patients, ambiphilic cream (biocream[®]) in 52 (8.1%) patients, and vaseline album in 11 (1.7%) patients. **Conclusion:** Emollients therapy is important in the management of AD and hence its usage should be adequate.

Key words: atopic dermatitis, management, retrospective.

Alamat korespondensi: Nanny Herwanto, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjend Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 60131, Indonesia. Telepon: +62315501609, email: nannyherwanto@gmail.com

PENDAHULUAN

Dermatitis Atopik (DA) adalah penyakit peradangan kulit yang kronis, ditandai rasa gatal ringan sampai berat, bersifat kumat-kumatan, sebagian besar muncul pada saat bayi dan anak.^{1,2} Prevalensi DA meningkat tiga kali lipat Sejak tahun 1960.¹ Peningkatan insidensi DA kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor misalnya urbanisasi, polusi, dan *hygiene hypothesis*.³ DA merupakan masalah kesehatan masyarakat dunia, dengan prevalensi pada anak sebesar 10-20% dan pada dewasa sekitar 1-3%.¹ Sebesar 50% kasus DA muncul pada tahun pertama kehidupan.² Prevalensi DA di Asia Tenggara bervariasi antar negara dari 1,1% pada usia 13-14 tahun di Indonesia sampai 17,9% pada usia 12 tahun di Singapura.⁴ Jumlah kunjungan pasien DA

pada tahun 2009-2011 di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebanyak 353 pasien.⁵

Berbagai faktor turut berperan pada patogenesis DA, antara lain faktor genetik terkait dengan kelainan sawar kulit, kelainan imunologik, dan faktor lingkungan.⁶ Terdapat peningkatan *transepidermal water loss* (TEWL), kulit kering, dan peningkatan kadar serum IgE pada pasien DA. Kulit kering memudahkan masuknya alergen, iritan, dan keadaan patologik kulit.³ Sitokin IL-2, IL-6, dan IL-8 berperan pada pruritus pasien DA.⁷ Berdasarkan gambaran klinis, DA dapat dibagi menjadi 3 bentuk yaitu DA pada bayi (2 bulan-2 tahun), anak (2-10 tahun), dan dewasa (lebih dari 10 tahun). Gejala utama DA berupa gatal didapatkan pada semua tingkatan DA.²

Diagnosis DA ditegakkan berdasarkan temuan klinis dan riwayat pasien. Beberapa kriteria diagnosis telah diajukan oleh banyak pakar dermatologi, namun yang sering digunakan di Indonesia adalah kriteria Hanifin Rajka yang meliputi kriteria mayor dan minor. Kriteria William merupakan kriteria diagnosis yang praktis, biasanya digunakan pada studi epidemiologis. Diagnosis DA sering dikaitkan dengan penentuan derajat keparahan DA karena hal ini akan berkaitan dengan pemberian terapi. Derajat keparahan DA menggunakan skala perhitungan yang diajukan oleh pakar dermatologi di Eropa yaitu indeks *Scoring for Atopic Dermatitis (SCORAD)*.³

Pedoman Asia Pasifik membuat penatalaksanaan yang holistik pada DA yang tertuang dalam 5 pilar penatalaksanaan DA meliputi edukasi pasien, pencegahan dan modifikasi faktor pencetus, peningkatan fungsi sawar kulit yang optimal, penatalaksanaan kelainan kulit inflamasi, dan kontrol siklus gatal garuk.⁴ Saat ini telah didapatkan kemajuan dalam penatalaksanaan DA, namun oleh karena sifat penyakit yang kronis dan residif, secara umum belum didapatkan pengobatan DA yang memuaskan. Kepatuhan terhadap terapi biasanya rendah disebabkan lamanya kebutuhan penggunaan obat, baik pada periode kambuh maupun periode pemeliharaan. Kegagalan terapi atau terapi yang tidak adekuat, dapat menyebabkan lesi radang yang rekuren, mengganggu kualitas hidup pasien dan keluarganya, serta menyebabkan gangguan tidur yang persisten.

METODE

Penelitian ini dilakukan secara retrospektif dengan melihat data rekam medik pasien baru DA di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan (URJ) Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 2012-2014. Catatan medik meliputi data dasar (jumlah pasien, distribusi umur, jenis kelamin), anamnesis (keluhan, lama sakit, riwayat atopi, faktor yang berpengaruh), gejala klinis (lokasi dan morfologi lesi, kelainan kulit lain), pemeriksaan laboratorium, penatalaksanaan, dan *follow up*.

HASIL

Jumlah kunjungan pasien DA di Divisi Alergi Imunologi dan URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebanyak 253 pasien. Kunjungan terbanyak pada tahun 2014 yaitu sebanyak 95 pasien, pada tahun 2012 jumlah kunjungan

sebanyak 66 pasien dengan kunjungan terbanyak pada bulan Juni sebanyak 9 pasien (3,6%), pada tahun 2013 sebanyak 92 pasien dengan kunjungan terbanyak pada bulan Desember sebanyak 16 pasien (6,3%), sedangkan tahun 2014 kunjungan terbanyak bulan Februari yaitu 15 pasien (5,9%). Jenis kelamin terbanyak yang datang berobat adalah perempuan, total pasien perempuan adalah 178 pasien (70,4%) dan laki-laki 75 pasien (29,6%). Kelompok umur terbanyak yaitu 15-24 sebanyak 80 pasien (31,6%) (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014

Pasien baru	Tahun			Jumlah
	2012	2013	2014	
DA	66	92	95	253
Divisi Alergi Imunologi	1088	1625	1440	4153
URJ Kulit & Kelamin	23179	22984	18894	65057

Pasien yang datang dengan keluhan utama gatal sebanyak 180 pasien (71,1%), gatal dan bercak merah sebanyak 66 pasien (26,1%), serta gatal dan kulit kering sebanyak 7 pasien (2,8%). Keluhan utama mulai timbul paling banyak sejak kurang dari 1 bulan yaitu 113 pasien (46,7%). Didapatkan 133 pasien (38,8%) mengeluh gatal waktu berkeringat dan 210 pasien (61,2%) keluhan utama gatal bersifat kumat-kumatan (Tabel 2).

Pasien yang mempunyai riwayat atopi sebanyak 86 pasien (34%) dan 81 pasien (32%) tanpa riwayat atopi. Jenis atopi pasien terbanyak adalah rinitis alergi pada 67 pasien (58,3%), sedangkan jenis atopi keluarga terbanyak adalah asma bronkial pada 35 pasien (41,2%). Keluarga pasien yang memiliki riwayat atopi terbanyak adalah ibu, pada 35 kasus (40,7%). Berdasarkan anamnesis mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya DA, terbanyak karena makanan/minuman yaitu 133 pasien (42,1%) dan musim seperti udara yang terlalu dingin atau panas sebanyak 83 pasien (26,3%).

Tabel 2. Distribusi keluhan utama, mulai timbul keluhan, dan sifat gatal pada pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014

Anamnesis	Tahun			Jumlah (%) (n=253)
	2012 (%) (n=66)	2013 (%) (n=92)	2014 (%) (n=95)	
Keluhan utama :				
Gatal	54 (81,8)	70 (76,1)	56 (58,9)	180 (71,1)
Gatal + bercak merah	8 (12,1)	21 (22,8)	37 (38,9)	66 (26,1)
Gatal + kulit kering	4 (6,1)	1 (11,1)	2 (2,1)	7 (2,8)
Mulai :				
< 1 bulan	32 (51,6)	44 (49,4)	37 (40,7)	113 (46,7)
1 – 12 bulan	16 (25,8)	30 (33,7)	42 (46,2)	88 (36,4)
> 12 bulan	14 (22,6)	15 (16,9)	12 (13,2)	41 (16,9)
Gatal :				
- Waktu berkeriangat	31 (36,5)	56 (43,8)	46 (35,4)	133 (38,8)
- Kumat-kumatan	54 (63,5)	72 (56,3)	84 (64,6)	210 (61,2)

Tabel 3. Faktor yang berpengaruh pada timbulnya dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014

Faktor-faktor yang berpengaruh	Tahun			Jumlah (%) (n=253)
	2012	2013	2014	
Wool	2	1	3	6 (1,9)
Musim	27	24	32	83 (26,3)
Obat	1	1	2	4 (1,3)
Emosi	13	10	9	32 (10,1)
Makanan/minuman	40	44	49	133 (42,1)
Hirupan	20	15	12	47 (14,9)
Keadaan lain	6	3	2	11 (3,5)

*satu pasien dapat memiliki lebih dari satu faktor yang berpengaruh

Lesi paling banyak didapatkan di bagian fleksor yaitu pada 201 pasien (51,1%). Jenis lesi terbanyak adalah eritema yang didapatkan pada 179 pasien (24,2%). Kelainan kulit yang lain paling banyak berupa dermatitis tangan sebesar 70 pasien (42,9%) (Tabel 4). Pemeriksaan laboratorium yang paling banyak dilakukan adalah uji tusuk kulit pada 13 pasien (86,7%). Hasil pemeriksaan kadar imunoglobulin E yang positif terdapat pada 1 pasien (7,7%) dan pemeriksaan uji tusuk kulit didapatkan hasil positif pada 12 pasien (92,3%). Pasien DA dapat memperoleh lebih dari satu jenis terapi. Pengobatan yang terbanyak diberikan adalah antihistamin pada 234 pasien (36,3%) yaitu berupa setirizin pada 142 pasien (58%).

Steroid oral yang paling banyak diberikan adalah deksametason pada 59 pasien (86,8%). Pengobatan antibiotik oral yang paling banyak diberikan adalah eritromisin dan kloksasilin pada 4 pasien (40%). Steroid topikal yang paling banyak diberikan adalah desoksimesetason pada 75 pasien (44,1%) (Tabel 7).

Setelah kunjungan awal, 72 pasien (28,5%) kontrol 1 kali dan 66 pasien membaik (91,7%); 34 pasien (13,4%) kontrol 2 kali dan 31 pasien membaik (91,2%); serta 14 pasien (5,5%) kontrol lebih dari 3 kali dan semuanya membaik (100%). Jumlah pasien yang tidak kontrol 133 pasien (52,6%). Setelah kunjungan awal, 32 pasien (82,1%) kambuh 1 kali, 2 pasien (5,1%) kambuh 2 kali, 1 pasien (2,6%) kambuh 3 kali, dan 4 pasien (10,3%) kambuh 4 kali (Tabel 8).

Tabel 4. Distribusi lokasi, morfologi lesi, dan kelainan kulit lain pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014

Lokasi lesi	Tahun			Jumlah (%) (n=253)
	2012	2013	2014	
Wajah	9	9	20	38 (9,7)
Flektor	46	96	59	201 (51,1)
Ekstensor	31	84	39	154 (39,2)
Morfologi lesi				
Eritema	43	68	68	179 (24,2)
Vesikel	4	2	4	10 (1,4)
Erosi	17	34	38	89 (12)
Likenifikasi	29	38	23	90 (12,2)
Xerosis	36	27	48	111 (15)
Papula	38	43	52	133 (18)
Pustula	2	8	2	12 (1,6)
Ekskoreasi	20	19	12	51 (6,9)
Ikhtiosis	11	24	9	44 (6)
Lain-lain :				
- Skuama	1	3	2	6 (0,8)
-Hiperpigmentasi	4	5	5	14 (1,9)
- Hipopigmentasi	0	0	0	0 (0)
Kelainan kulit lain				
Infeksi sekunder	9	5	7	21 (12,9)
Dermatitis puting susu	1	3	4	8 (4,9)
Muka pucat/merah bersama	2	6	4	12 (7,4)
Dermatitis tangan	12	32	26	70 (42,9)
Pitiriasis alba	9	7	5	21 (12,9)
Lipatan di leher depan	12	9	10	31 (19)

*satu pasien dapat memiliki lebih dari satu kelainan

Tabel 5. Distribusi penatalaksanaan pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014

Jenis terapi	Tahun			Jumlah (%) (n=253)
	2012	2013	2014	
Antihistamin	55	92	87	234 (36,3)
Steroid oral	12	32	24	68 (10,5)
Antibiotika oral	2	3	7	12 (1,9)
Steroid topikal	40	54	60	154 (23,9)
Kompres PZ	1	1	4	6 (0,9)
Bedak salisil	0	0	4	4 (0,6)
Urea	24	32	15	71 (11)
Biocream®	9	18	25	52 (8,1)
Vaselin	4	4	3	11 (1,7)
Natrium fusidat	6	8	19	33 (5,1)

*satu pasien dapat diberikan lebih dari satu jenis terapi

Tabel 6. Distribusi terapi sistemik pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014

Jenis antihistamin oral	Tahun			Jumlah (%) (n=234)
	2012	2013	2014	
Klorfeniramin maleat	4	4	6	14 (5,7)
Mebhidrolin napadisilat	8	12	1	21 (8,6)
Setirizin	18	72	52	142 (58)
Loratadin	26	15	27	68 (27,8)
Jenis steroid oral				
Deksametason	10	29	20	59 (86,8)
Prednison	0	0	1	1 (1,5)
Metilprednisolon	2	3	3	8 (11,8)
Jenis antibiotika oral				
Eritromisin	0	1	3	4 (40)
Amoksilin	0	1	1	2 (20)
Kloksasilin	2	0	2	4 (40)

Tabel 7. Distribusi terapi steroid topikal pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014

Jenis steroid topikal	Tahun			Jumlah (%) (n= 154)
	2012	2013	2014	
Hidrokortison 1%	4	6	1	11 (6,5)
Hidrokortison 2,5%	10	4	10	24 (14,1)
Desoksimetason	12	27	36	75 (44,1)
Hidrokortison globenikol	12	18	8	38 (22,4)
Desonide	0	0	3	3 (1,8)
Mometason	6	3	10	19 (11,2)
Betametason	0	0	0	0 (0)

*satu pasien dapat diberikan lebih dari satu jenis steroid topikal

Tabel 8. Distribusi *follow up* pasien baru dermatitis atopik di Divisi Alergi Imunologi Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014

Frekuensi kontrol	Tahun			Jumlah (%) (n=253)
	2012	2013	2014	
1 kali :	21	28	23	72 (28,5)
- membaik	17	26	23	66 (91,7)
- tetap	4	2	0	6 (8,3)
2 kali :	12	10	12	34 (13,4)
- membaik	11	9	11	31 (91,2)
- tetap	1	1	1	3 (8,8)

Frekuensi kambuh	Tahun			Jumlah (%) (n=253)
	2012	2013	2014	
> 3 kali :	5	3	6	14 (5,5)
- membaik	5	3	6	14 (100)
- tetap	0	0	0	0 (0)
Tidak kontrol	28	51	54	133 (52,6)
Jumlah	66	92	95	253 (100)
1 kali	8	11	13	32 (82,1)
2 kali	0	1	1	2 (5,1)
3 kali	1	0	0	1 (2,6)
4 kali	1	1	2	4 (10,3)
Jumlah	10	13	16	39 (100)

PEMBAHASAN

Jumlah kunjungan pasien DA di Divisi Alergi Imunologi dan URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama 2012-2014 sebanyak 253 pasien. Terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien DA pada tahun 2014. Hal itu ditunjang oleh suatu penelitian di Osaka bahwa prevalensi DA meningkat pada 3 dekade terakhir, bahkan peningkatan ini bisa mencapai 2-3 kali.¹ Jenis kelamin terbanyak yang datang berobat adalah perempuan dibandingkan laki-laki dengan perbandingan 2,3:1, total pasien perempuan adalah 178 pasien (70,4%) dan laki-laki 75 pasien (29,6%). Hal itu sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pasien DA lebih banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan laki-laki dengan perbandingan 1,3:1.¹ Kelompok umur terbanyak pasien DA adalah 15-24 tahun yaitu 80 pasien (31,6%). Prevalensi DA di Asia Tenggara bervariasi, seperti di Indonesia adalah sekitar 1,1% pada usia 13-14 tahun.⁴ Penelitian oleh Boediardja dan kawan-kawan disebutkan bahwa dalam kurun waktu 1 tahun dari 10 rumah sakit terbesar di Indonesia didapatkan prevalensi DA terbanyak pada kelompok umur 5-14 tahun.⁶

Berdasarkan jumlah kunjungan, pada tahun 2012 kunjungan terbanyak pada bulan Juni sebanyak 9 pasien (3,6%), tahun 2013 kunjungan terbanyak bulan Desember sebanyak 16 pasien (6,3%), dan tahun 2014 kunjungan terbanyak bulan Februari yaitu 15 pasien (5,9%). DA dapat dipengaruhi oleh pergantian musim.^{1,8} Diduga terjadi kelainan intrinsik sistem parasimpatik pada pasien DA sehingga mengganggu fungsi *thermo-regulator* yang mempengaruhi eksaserbasi penyakit, yang biasanya membaik pada musim panas dan memburuk pada musim dingin dan kering. Paparan sinar matahari dapat menyebabkan pasien merasa kepanasan sehingga terjadi evaporasi kulit dan perpirasi berlebihan, yang juga dapat menyebabkan iritasi kulit.⁸ Evaluasi tentang faktor tersebut sulit dilakukan

karena selain cuaca dan musim, terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi hilangnya air melalui kulit seperti aktivitas fisik, suhu, kelembaban, dan tekstur bahan pakaian.

Keluhan terbanyak adalah gatal yang didapatkan pada 180 pasien (71,1%). Gatal merupakan masalah paling sering dikeluhkan oleh pasien DA. Garukan dapat mengakibatkan likenifikasi, ekskoriiasi, dan merusak pertahanan kulit. Lama keluhan yang terbanyak adalah kurang dari 1 bulan yaitu 113 pasien (46,7%). Keluhan yang berat dapat mengganggu tidur dan menimbulkan stres pada pasien serta anggota keluarga yang lain. Salah satu penyebab rasa gatal adalah adanya peningkatan TEWL dan penurunan kadar air pada stratum korneum.^{3,9}

Sifat gatal saat berkeringat didapatkan pada 133 pasien (38,8%). Gatal pada DA biasanya terjadi pada kondisi berkeringat dan temperatur yang tinggi, serta bersifat hilang timbul dan kronik. Beberapa penelitian menyebutkan adanya hubungan antara gatal dan keringat pada pasien DA yaitu peningkatan produksi keringat akan berpengaruh terhadap terjadinya pruritus pada pasien DA.^{1,10} Hal itu berkaitan dengan adanya peran asetilkolin dalam mekanisme gatal yang diinduksi keringat.¹¹

Terdapat 86 pasien (34%) dengan riwayat atopi dan 81 pasien (32%) tanpa riwayat atopi. Keluarga pasien yang memiliki riwayat atopi terbanyak adalah ibu, pada 35 kasus (40,7%). Sebesar 70% kasus DA terdapat faktor herediter, dengan pengaruh garis keturunan ibu yang lebih kuat. Beberapa penelitian menyatakan bahwa terkadang DA tidak disertai penyakit atopi lainnya.^{11,12}

Faktor terbanyak sebagai pencetus DA adalah makanan/minuman, terdapat pada 133 pasien (42,1%). Faktor pencetus DA antara lain bahan iritan, alergen hirup, makanan, mikroorganisme, stres, suhu, dan kelembaban udara. Alergi makanan memiliki peran pada DA. Alergen makanan telah dibuktikan dapat menimbulkan radang yang diperantarai IgE dan

meningkatkan histamin pada plasma.¹² Hal itu sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa makanan merupakan faktor terbanyak sebagai pencetus DA. Suatu studi *double-blind placebo controlled food challenges* terhadap susu, telur, kacang, kedelai, tepung, dan ikan, menunjukkan bahwa 90% makanan-makanan ini dapat memicu kambuhnya DA. Diet atau pembatasan makanan yang telah terbukti menimbulkan alergi, mengarah pada perbaikan klinis DA.⁸ Faktor lain yang berpengaruh terhadap timbulnya DA yaitu musim seperti udara yang terlalu dingin atau panas sebanyak 83 pasien (26,3%) dan wool sebanyak 6 pasien (1,9%). Faktor lingkungan juga dapat memodulasi efek dari bahan iritan, termasuk suhu, kelembaban, dan tekstur bahan pakaian. Suhu di rumah maupun tempat bekerja sebaiknya diatur pada kelembaban sedang untuk meminimalisasi berkeringat. Bahan baju yang digunakan sebaiknya tidak yang kasar dan tidak terlalu tebal.⁸

Berdasarkan lokasi dan morfologi lesi, umumnya lesi terdapat pada lebih dari satu lokasi dan lebih dari satu jenis lesi pada satu pasien. Lesi pada area fleksor adalah yang terbanyak, yaitu pada 201 pasien (51,1%), sedangkan morfologi lesi terbanyak adalah eritema yaitu sebanyak 179 pasien (24,2%). Lokasi dan morfologi lesi pada DA berhubungan dengan umur atau fase penyakit dan stadium perkembangan penyakit. Kelainan DA pada bayi biasanya berupa eritema, erosi, dan krusta sehingga tampak basah, terutama pada kulit kepala, wajah, serta bagian ekstensor ekstremitas. Lesi DA pada anak umumnya lesi tampak lebih kering karena mengalami bentuk kronik dengan likenifikasi, terutama di lipatan siku dan lipatan lutut. Lesi DA pada dewasa biasanya kering dan terjadi likenifikasi, terutama pada daerah fleksural.^{1,10}

Dermatitis tangan didapatkan pada 70 pasien (42,9%). Kelainan kulit pada tangan terutama dermatitis kontak iritan didapatkan pada 45% orang dewasa dengan riwayat DA sebelumnya.^{8,13} Dermatitis tangan dapat dicetuskan oleh kondisi basah yang berulang, misalnya mencuci dengan sabun, deterjen, atau desinfektan. Keadaan ini dapat juga terjadi pada pasien yang bekerja pada keadaan yang basah sehingga pasien dermatitis tangan sukar disembuhkan dan menyebabkan gangguan pada pekerjaannya. Pasien DA memiliki ambang batas yang lebih rendah terhadap bahan iritan seperti sabun, deterjen, asam, alkali, debu, dan bahan air sehingga bahan-bahan ini harus dihindari.^{1,8,13}

Pemeriksaan laboratorium yang paling banyak dilakukan adalah uji tusuk kulit, yaitu pada 13 pasien (86,7%) dan pemeriksaan uji tusuk menunjukkan hasil

positif pada 12 pasien (92,3%). Pemeriksaan laboratorium tidak diperlukan sebagai pemeriksaan rutin pada DA tanpa komplikasi. Pemeriksaan uji tusuk dapat dilakukan pada pasien DA karena dugaan bahwa makanan, bahan kimia, dan alergen hirup berperan penting pada patogenesis dan kekambuhan DA.^{6,9}

Penatalaksanaan berupa kompres dengan kasa yang dibasahi oleh normal salin didapatkan pada 6 pasien (0,9%). Kompres dapat meningkatkan absorpsi obat serta dengan menutupi lesi akan mengurangi frekuensi garukan. Kompres juga memberikan efek hidrasi dan menyejukkan kulit. Penggunaan kompres dapat mengurangi eksudasi dan menunjukkan hasil yang efektif seperti penggunaan salep pada pasien DA sedang-berat usia 4-27 bulan.⁴

Penggunaan pelembab masih sangat minimal. Penggunaan krim urea 10% didapatkan pada 71 pasien (11%), krim ambifilik (biocream®) 52 pasien (8,1%), dan vaselin album hanya 11 pasien (1,7%). Xerosis merupakan salah satu tanda kardinal DA dan merupakan akibat dari perubahan gen *fillagrin* yang bertanggung jawab pada integritas fungsi sawar kulit.¹⁴ Pelembab atau emolien penting dalam penatalaksanaan DA karena fungsi sawar kulit pada DA yang terganggu.⁴ Penggunaan pelembab bertujuan untuk mengobati xerosis dan peningkatan TEWL.⁸ Emolien (*glycol dan glyceril stearate, soy sterols*) melubrikasi dan menghaluskan kulit, agen oklusif (petrolatum, dimetikon, minyak mineral), membentuk suatu lapisan yang dapat menahan evaporasi air, sedangkan humektan (*glycerol, asam laktat, urea*) berfungsi menarik dan menahan air di dalam kulit.⁴ Tiga *randomized controlled trial* (RCT) menunjukkan bahwa pemberian emolien bila digunakan bersamaan dengan perawatan aktif seperti krim kortikosteroid topikal dapat mengurangi konsumsi krim kortikosteroid tanpa memperparah penyakit.⁴ Penggunaan emolien sebagai tambahan terapi kortikosteroid topikal memberikan alternatif steroid-*sparing* dan meminimalisir kekambuhan.¹⁵ Pelembab dapat digunakan sebagai terapi utama pada DA derajat ringan dan sebaiknya selalu dalam bagian terapi untuk DA derajat sedang maupun berat.⁴ Pelembab sebaiknya diaplikasikan 2-3 kali sehari atau ketika kulit mulai kering. Jumlah pelembab yang adekuat adalah 100-200 g/minggu pada anak, dan 200-300 g/minggu pada dewasa. Aplikasi pelembab dilakukan pada seluruh tubuh, dalam 5 menit setelah mandi atau setelah berendam ketika kulit masih lembab.^{4,14} Terapi emolien juga termasuk menghindari pembersih yang bersifat iritan dan menggunakan pengganti sabun yang tepat dan/atau aditif emolien saat mandi.⁴

Penggunaan kortikosteroid topikal didapatkan pada 154 pasien (23,9%). Kortikosteroid topikal memiliki sifat anti radang, immunosupresif, vasokonstriktif, dan menghambat aktivitas fibroblas.¹⁵ Kortikosteroid topikal yang paling banyak diberikan adalah desoksimeson pada 75 pasien (44,1%), hidrokortison globenikol pada 38 pasien (22,4%), hidrokortison 2,5% pada 24 pasien (14,1%), dan mometason furoat pada 19 pasien (11,2%). Potensi kortikosteroid topikal harus disesuaikan dengan derajat keparahan dan lokasi lesi DA. Kortikosteroid topikal potensi ringan sebaiknya digunakan untuk DA ringan, area wajah, dan leher; potensi sedang untuk DA sedang; potensi kuat untuk DA yang parah atau kekambuhan yang parah.^{15,16} Kortikosteroid topikal dapat diaplikasikan sehari sekali atau dua kali, dengan durasi 7-14 hari untuk kontrol kekambuhan akut.¹⁵ Pengukuran *finger tip unit* (FTU) mudah dimengerti baik oleh klinisi maupun pasien, digunakan untuk menentukan jumlah kortikosteroid topikal yang harus diaplikasikan. FTU merupakan jumlah salep yang dikeluarkan dari *tube* dengan lubang berdiameter 5 mm, dikeluarkan mulai dari lipatan paling distal sampai ruas pertama jari. FTU kurang lebih sama dengan 0,5 gram, biasanya dapat menutupi keseluruhan permukaan 2 telapak tangan dewasa.¹⁶

Terapi intermiten, terapi akhir minggu, dan terapi *hotspot* intermiten (aplikasi intermiten pada daerah yang sering kambuh) merupakan beberapa strategi pemeliharaan sehubungan dengan efek samping penggunaan kortikosteroid topikal.¹⁴ Beberapa studi juga mengevaluasi penggunaan kortikosteroid topikal dengan cara yang biasanya digunakan oleh pasien, contohnya, penatalaksanaan pada saat eksaserbasi dengan kombinasi terapi lainnya seperti emolien, kompres basah, dan antibiotik. Penggunaan bersamaan *occlusive dressing*, kompres basah, dan emolien dapat meningkatkan absorpsi percutaneous kortikosteroid topikal. Bahan dasar krim sebaiknya digunakan pada lesi DA yang basah dan inflamasi, sedangkan salep minyak untuk lesi yang kering dan likenifikasi, dan bahan dasar losio direkomendasikan untuk area berambut.⁴

Penggunaan antibiotik topikal pada penelitian ini cukup jarang yaitu sebanyak 33 pasien (5,1%). Infeksi *Staphylococcus aureus* merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien DA. Diperkirakan terdapat *S. aureus* 90% pada area yang berlesi, dan 75% pada area yang tidak terdapat lesi DA. Kepadatan *staphylococcus* pada DA berhubungan dengan adanya inflamasi pada kulit dan keparahan penyakit. DA dengan infeksi terlokalisir dan lesi yang basah memerlukan terapi antimikroba. Pengobatan dengan *antistaphylococcus* merupakan bagian dari kesuksesan

penatalaksanaan DA. Antibiotik dapat diberikan baik sistemik ataupun topikal sebagai monoterapi maupun kombinasi dengan kortikosteroid. Antibiotik tidak hanya dapat mengurangi kolonisasi tetapi pada banyak kasus disebutkan dapat memperbaiki DA.^{4,16}

Terapi sistemik biasanya diberikan pada pasien DA yang persisten, lesi luas, dan tidak responsif dengan terapi lainnya.^{4,17} Penelitian ini menunjukkan antihistamin masih merupakan jenis terapi yang paling banyak diberikan yaitu sebanyak 234 pasien (36,3%) dari seluruh kunjungan pasien DA. Hal itu dimungkinkan karena pasien DA sering didapatkan keluhan pruritus yaitu 180 pasien (71,1%) sehingga untuk mengatasi rasa gatal yang tidak dapat diterapi dengan pelembab dan terapi konservatif lain, maka diberikan antihistamin baik sedatif maupun non-sedatif tergantung kondisi pasien.

Antihistamin yang sedatif maupun non-sedatif menunjukkan hasil yang terbatas pada terapi DA. Antihistamin dapat diberikan untuk mengurangi gejala pruritus pada DA, jika gejala klinis urtikaria maupun rinitis tampak menonjol. Antihistamin sedatif juga dapat diberikan pada pasien dengan gangguan tidur yang merupakan masalah utama namun tetap tidak menggantikan penggunaan terapi topikal.¹⁷

Pengobatan antihistamin yang terbanyak adalah setirizin yaitu pada 142 pasien (58%). Setirizin merupakan antihistamin yang sering digunakan untuk DA. Suatu studi preliminari menunjukkan efek menguntungkan setirizin pada hilangnya tanda dan gejala DA pada anak usia 6-12 tahun.^{4,18} Setirizin juga menunjukkan efek *steroid-sparing* dengan pengurangan durasi penggunaan kortikosteroid topikal moderat atau poten dari 25,2 menjadi 18,8 hari.¹²

Kortikosteroid sistemik digunakan pada 68 pasien (10,5%), yang paling banyak adalah deksametason pada 59 pasien (86,8%). Beberapa klinisi menunjukkan manfaat pemberian kortikosteroid sistemik jangka pendek sampai dengan 6 minggu dengan kombinasi modalitas lain seperti kortikosteroid topikal maupun kalsineurin inhibitor (contoh: pada eksaserbasi akut). Kortikosteroid sistemik jangka panjang harus dihindari pada penatalaksanaan DA karena efek samping dan efek *rebound* yang tinggi. Kortikosteroid sistemik dapat dipertimbangkan untuk penggunaan jangka pendek pada kasus-kasus tertentu misalnya pada saat regimen sistemik lain dan fototerapi sedang diberikan secara optimal.¹⁷

Jumlah pasien dengan lesi pustula sebanyak 12 pasien (1,6%). Pengobatan dengan antibiotik yang terbanyak digunakan adalah eritromisin dan kloksasilin masing-masing pada 4 pasien (40%). Pemberian antibiotik sistemik dalam jangka waktu

yang pendek dapat diberikan pada DA yang luas/derajat berat atau didapatkan tanda infeksi sekunder (krusta atau pustula).¹⁸ Pemberian antibiotik sistemik tidak diberikan secara rutin pada pasien DA. Antibiotik sistemik golongan sefalosporin atau penisilin yang resisten terhadap penisilinase (dikloksasilin, kloksasilin, flukoksasilin) aktif melawan *staphylococcus* dan *streptococcus* dan dipertimbangkan sebagai terapi lini pertama sesuai dengan pedoman *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) tahun 2007 untuk penatalaksanaan infeksi sistemik DA pada anak.¹⁵ Eritromisin atau golongan makrolid lainnya dapat diberikan pada pasien yang alergi terhadap penisilin.³ Pemberian eritromisin dan kloksasilin oral pada anak India dengan DA juga menunjukkan penurunan jumlah koloni pada kulit eksim maupun nares anterior.¹⁵

Setelah kunjungan awal, 72 pasien (28,5%) kontrol 1 kali, 66 pasien membaik (91,7%); 34 pasien (13,4%) kontrol 2 kali, 31 pasien membaik (91,2%); serta 14 pasien (5,5%) kontrol >3 kali dan semuanya membaik (100%). Jumlah pasien yang tidak kontrol sebanyak 133 pasien (52,6%). Pasien yang kontrol sebanyak 220 pasien (47,4%) pasien setelah kunjungan awal, 32 pasien (82,1%) kambuh 1 kali, 2 pasien (5,1%) kambuh 2 kali, 1 pasien (2,6%) kambuh 3 kali dan 4 pasien (10,3%) kambuh 4 kali. Edukasi pasien sangat diperlukan pada penatalaksanaan DA, meliputi penjelasan yang lengkap mengenai perjalanan DA (patogenesis penyakit dalam bahasa awam yang mudah dimengerti), faktor yang dapat mencetuskan atau memperparah, maupun faktor yang dapat mengurangi gejala, dan terapi jangka pendek maupun panjang dapat memodifikasi dan mengontrol penyakit.⁴ Manfaat edukasi dapat tercermin dari jumlah pasien kontrol maupun kekambuhan pasien. Jumlah pasien kontrol yang rendah dan kekambuhan yang tinggi mungkin menunjukkan edukasi yang belum maksimal. Sebaiknya keluarga maupun yang merawat pasien DA dijelaskan bahwa beberapa kombinasi modalitas terapi dapat membantu mencapai tujuan dari terapi. Kepatuhan adalah kunci kesuksesan terapi DA.⁴

KEPUSTAKAAN

1. Yeung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolf K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8thed. New York: Mc Graw Hill; 2012.p.165-82.
2. James WD, Berger TG, Elston DM. Atopic dermatitis, eczema, and non infectious immunodeficiencies disorder. In: Gabbedy R, Pinczewski S, editors. Andrews' disease of the skin. 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011.p.62-70.
3. Pohan SS. Dermatitis atopik: masalah dan penatalaksanaan. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin 2006;18(8):165-71.
4. Rubel D, Thirumooty T, Soebaryo RW, Weng SC, Gabriel TM, Villafuerte LL, et al. Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: an asia-pacific perspective. J of Dermatol 2013; 40:160-71.
5. Widia Y. Studi retrospektif: Pengobatan oral pada dermatitis atopik. BIKKK 2015; 27(2):130-6.
6. Sugito TL, Boediardja SA, Wisesa TW, Prihanti S, Agustin T. Buku panduan dermatitis atopik. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2011.
7. Budianti WK., Widaty S., Poesponegoro EH., Wiryadi BE. Patogenesis pruritus pada dermatitis atopik. MDVI 2010; 37(10):190-7.
8. Remitz A, Reitamo S. The clinical manifestations of atopic dermatitis. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M, editors. Textbook of atopic dermatitis. London: Informa UK Ltd; 2008. p.1-12.
9. Spergel JM. Immunology and treatment of atopic dermatitis. Am J Clin Dermatol 2008; 9:233-44.
10. Eichenfield LF, Hanifin JM, Lueger YA. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2003; 49:1088-95.
11. Pedersen KT. Clinical aspects of atopic dermatitis. Clinical and experimental dermatology 2000; 25: 535-43.
12. Eczema of Atopic Dermatitis. In: Bever H. Diseases in children allergic the science, the superstition and the stories. New Jersey: World Scientific; 2009; 110-39.
13. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 4th Edition. Edinburgh: Elsevier; 2011.p.37-52.
14. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2014; 70(2):338-51.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. NICE Clinical Guideline 2007; p.1-39.
16. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic

- dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71(1):116-32.
17. Davis DM, Cohen DE, Cordo KM, Berger TG, Bergman JN, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71(2):327-49.
18. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taleb A, Werfel T, Oranje A, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24(3):317-28.