

Penatalaksanaan Holistik Pasien Anak Usia 15 Tahun dengan Dermatitis Atopik melalui Pendekatan Dokter Keluarga di Wilayah Puskesmas Segala Mider

Mega Endiana Dewi¹, Siti Noor Fadilah Bulfiah², Aila Karyus³

^{1,2} Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³ Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Dermatitis atopik (DA) merupakan kelainan kulit yang sering terjadi pada bayi dan anak, ditandai oleh rasa gatal, penyakit sering kambuh, dan distribusi lesi yang khas. Lima pilar penatalaksanaan DA meliputi edukasi pasien, pencegahan dan modifikasi faktor pencetus, peningkatan fungsi sawar kulit yang optimal, penatalaksanaan kelainan kulit inflamasi, dan control siklus gatal garuk. Tujuan studi ini untuk menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga dan melakukan penatalaksanaan secara holistik berdasarkan kerangka penyelesaian masalah dengan pendekatan *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented* berbasis *Evidence Based Medicine*. Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Hasil studi kasus ini didapatkan faktor internal dan eksternal terjadinya DA pada pasien. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan keluhan pada pasien. Kemudian adanya peningkatan pengetahuan melalui *pretest* dan *posttest*. Setelah dilakukan tatalaksana holistik berdasarkan masalah yang diidentifikasi melalui pendekatan dokter keluarga, terdapat perbaikan keluhan pada pasien dan peningkatan pengetahuan pada pasien

Kata Kunci: Dermatitis Atopi, dokter keluarga, penatalaksanaan holistik

Holistic Management Of 15 Years Old Children with Atopic Dermatitis through Family Doctor Approach in Segala Mider Public Health Center

Abstract

Atopic dermatitis (AD) is a skin disorder that often occurs in infants and children, characterized by itching, frequent relapses, and a characteristic distribution of lesions. Management of DA contained in the 5 pillars which include patient education, prevention and modification of precipitating factors, improvement of optimal skin barrier function, management of inflammatory skin disorders, and control of the itch-scratch cycle. The aim of this study is to apply the principles of family medicine services to patients and carry out holistic management based on the patient problem found with patient-centered approach, family focused, and community oriented based on Evidence Based Medicine. This study is a case report with Primary data obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family, psychosocial and environmental data. Secondary data was obtained from the patient's medical record. The assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study. The result is there are internal and external factors happened to the patient. After the intervention, there was an improvement of symptom. Then there is an increase in knowledge through pretest and posttest. After holistic management was carried out based on the problems identified through family doctor approach, there was an increase in symptom as well knowledge about the disease.

Keywords: Atopic dermatitis, family doctor, holistic management

Pendahuluan

Dermatitis atopik (DA) merupakan kelainan kulit yang sering terjadi pada bayi dan anak, ditandai oleh rasa gatal, penyakit sering kambuh, dan distribusi lesi yang khas. Penyebab DA adalah multifaktorial, termasuk di antaranya faktor genetik, emosi, trauma, keringat, dan faktor imunologis. Pada umumnya DA mulai timbul sekitar usia 6 bulan, jarang sebelum usia 8 minggu. Umumnya DA sering mengalami kekambuhan, jarang sembuh 100%. Sebagian besar DA dapat sembuh dengan bertambahnya

umur tetapi dapat juga menetap sampai usia dewasa.^{1,2}

Prevalensi dermatitis di Asia Tenggara bervariasi antar negara dari 1,1% sampai 17,9%. Menurut Riset Kesehatan Dasar oleh Kementerian Kesehatan tahun 2018, prevalensi nasional dermatitis adalah 6,8%. 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

Ahmad Alkautsar, Reni Zuraida | Penatalaksanaan Holistik Pasien Anak Usia 5 Tahun dengan Tuberkulosis Paru melalui Pendekatan Dokter Keluarga di Wilayah Puskesmas Tanjung Sari Natar

di Bandar Lampung.^{3,4,5}

Berbagai faktor turut berperan pada pathogenesis DA, antara lain faktor genetik terkait dengan kelainan sawar kulit, kelainan imunologik, dan factor lingkungan. Orang dengan dermatitis atopik memiliki fungsi barrier kulit yang rentan terhadap iritan, dan alergen yang selanjutnya menyebabkan inflamasi, rasa gatal, dan gejala klinis lain. 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.^{6,7}

Penatalaksanaan dermatitis atopik bertujuan untuk mengurangi/mencegah kekambuhan, dan mengurangi derajat keparahan gejala bila terjadi kekambuhan. 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 control siklus gatal garuk. Hal ini menunjukkan pentingnya tatalaksana dermatitis atopik secara holistik dan menyeluruh. Diperlukan ketepatan diagnosis, tatalaksana, dan edukasi kepada pasien dan keluarganya.⁸

Kasus

Pasien An. A usia 15 tahun, datang ke poli umum puskesmas Segala Mider dengan keluhan gatal pada kaki kanan dan kiri pasien disertai dengan kulit menjadi kering dan berwarna kehitaman. Keluhan ini dirasakan pasien selama satu bulan sebelum datang ke puskesmas. Awalnya muncul bintik kemerahan seperti biang keringat yang gatal pada telapak tangan. Kemudian bintik kemerahan yang muncul bertambah banyak dan menyebar ke siku, perut dan kaki pasien. Gatal dirasakan terus menerus, sehingga pasien selalu menggaruk dan menimbulkan warna kemerahan sampai menjadi kehitaman. Saat ini keluhan bintik kehitaman pada tangan, siku dan perut pasien sudah berkurang. Keluhan gatal tersebut membuat tidur pasien tidak nyaman. Tidak ada faktor yang memperberat dan memperingan rasa gatalnya.

Keluhan serupa pernah dirasakan

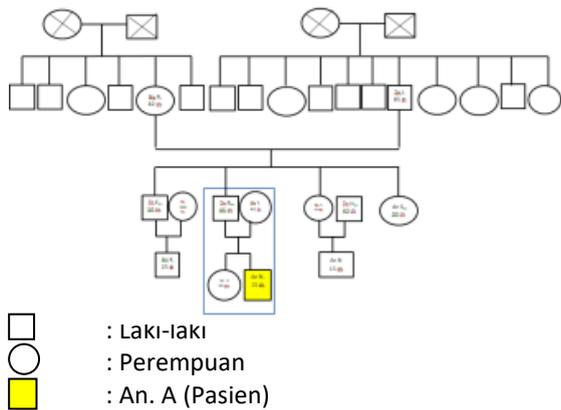
beberapa kali di bagian tubuh yang sama sejak kecil dan pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga kulitnya terasa menebal dan bersisik. Ibu pasien sudah mencoba memberi bedak gatal, namun keluhan pasien tidak membaik. Menurut ibu pasien tidak ada keluarga atau tetangga sekitar yang menderita keluhan yang sama.

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kulit lain. Pasien memiliki riwayat alergi terhadap cuaca dingin sejak SD. Pasien mengatakan jika pada cuaca dingin, pasien sering merasa pilek dan bersin –bersin. Di keluarga pasien, ibu pasien pernah mengalami keluhan yang serupa saat masih muda setiap memakan telur, namun saat ini sudah tidak pernah kambuh lagi. Aktivitas pasien sehari-hari hanya di rumah, di sekolah dan sesekali berkumpul dengan teman di lingkungan rumah. Pasien mengatakan tidak mengetahui secara pasti penyebab keluhannya, dan pasien tidak mengetahui cara untuk menghilangkan keluhannya ini.

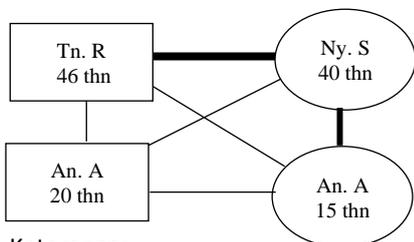
Pemeriksaan fisik pasien keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,4°C; frekuensi nadi: 86x/ menit; frek. nafas: 18x/menit; berat badan: 40 kg; tinggi badan: 150 cm. IMT 1,77 kg/m² (status gizi normal). Rambut, mata, telinga, hidung, paru, abdomen, muskuloskeletal dan status neurologis kesan dalam batas normal. Pada regio cruris dekstra et sinistra, terdapat kulit kering (xerosis), disertai krusta dan tampak bekas garukan (scratch mark), vesikel (-), pustul (-), skuama (-), central healing (-).disertai skuama halus selapis berwarna putih kering dan likenifikasi. Terdapat kesan hiperpigmentasi pasca inflamasi (HPI).

Keluarga pasien merupakan bentuk *extended family*, yang terdiri dari kepala keluarga, istri, dan dua anak. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan, yaitu BPJS. Pasien merupakan anak dari orang tua yang bekerja sebagai karyawan swasta. Pendapatan perbulan keluarga adalah ±4.000.000. Penghasilan keduanya digunakan untuk menghidupi 4 anggota keluarga.

Genogram keluarga An. N dapat dilihat pada Gambar 1 sedangkan hubungan antar keluarga Tn. A dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 1. Genogram keluarga An. A



Keterangan:

— : Hubungan Erat

— : Hubungan sangat erat

Gambar 2. Hubungan Keluarga An. N

Untuk menilai fungsi keluarga dapat dilakukan dengan menghitung APGAR Score.

Tabel 1. Family APGAR Score

APGAR	Skor
Adaptation Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partners hip Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
Growth Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	1
Affection Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
Resolve Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	1
Total	8

Berdasarkan hasil skoring Total *Family APGAR Score*: 8 yang artinya fungsi keluarga baik atau tidak terdapat disfungsi keluarga.

Family SCREEM

Fungsi patologi keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM score*, dengan hasil penilaian pada keluarga Tn. A ialah sebagai berikut.

Tabel 2. Family SCREEM

Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS	Score
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	√				3
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√			2
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√			2
C2 Budaya menolong, peduli dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita	√				3
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		√			2
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		√			2
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√			2
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		√			2

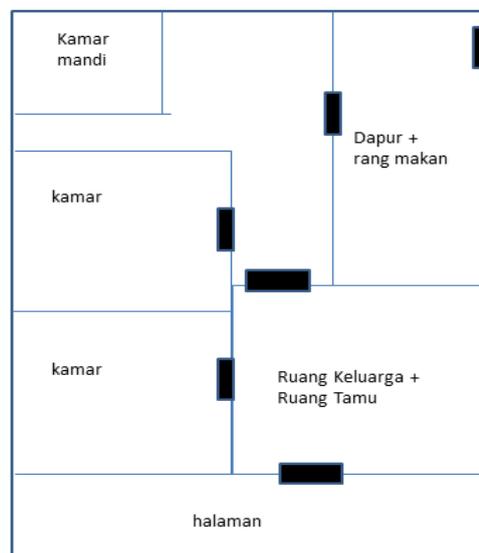
A1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi penyakit	√	1	
A2	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup untuk merawat penyakit anggota keluarga kami	√	1	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√	√	3
M2	Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami			3
Total				22

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil akhir skor total 22 dengan interpretasi fungsi keluarga adekuat. Berdasarkan *family life cycle* menurut Duvall tahun 1977, siklus keluarga Tn. A berada pada tahap keluarga dengan usia anak pra sekolah dan keluarga usia lanjut. Pasien tinggal di rumah permanen milik orangtuanya dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak empat orang terdiri dari pasien, ayah pasien, ibu pasien dan kakak pasien. Rumah berukuran 10 x 9 m², satu lantai, dengan dua kamar tidur dan 1 kamar mandi, terdapat satu dapur yang menyatu dengan ruang makan, satu ruang tamu yang menyatu dengan ruang keluarga, dan satu teras. Dinding terbuat dari tembok yang sudah di cat, atap rumah menggunakan plafon, lantai menggunakan keramik. Penerangan baik dengan jendela yang besar. Rumah sudah menggunakan listrik.

Rumah pasien berada di perumahan dengan lingkungan sekitar yang bersih. Sumber air berasal dari air sumur yang digunakan untuk mandi memasak dan mencuci pakaian. Pasien menggunakan air galon isi ulang untuk minum. Terdapat tempat sampah di depan rumah pasien yang setiap dua hari sekali diambil oleh petugas kebersihan.

Jamban terdapat di kamar mandi, dengan bentuk jamban jongkok. Jarak *septic tank* dengan sumur kurang lebih sepuluh meter. Keadaan rumah pasien cukup padat dengan banyaknya barang. Jalan menuju rumah pasien cukup sempit, muat untuk satu buah mobil.

Rumah pasien berjarak kurang lebih 2 kilometer dari puskesmas Segala Mider dan dapat diakses dengan motor atau mobil.



Gambar 3. Denah rumah keluarga AN. N

Diagnostik Holistik Awal terdiri dari atas aspek personal, klinik, resiko internal, resiko eksternal, derajat fungsional. Aspek Personal terdiri atas; Alasan kedatangan yaitu gatal pada kaki kanan dan kiri pasien disertai dengan kulit menjadi kering dan berwarna kehitaman. Kekhawatiran pasien yaitu gatal akan menetap dan menyebar ke seluruh tangan kanan dan kiri yang meninggalkan bekas dan mengganggu penampilan. Persepsi menurut orang tua pasien, pencetus penyakit ini muncul karena diperberat dengan suhu dingin. Harapan pasien yaitu keluhan gatal pada kaki kanan dan kiri pasien disertai dengan kulit menjadi kering dan berwarna kehitaman dapat segera sembuh dan tidak kambuh.

Aspek Klinik yaitu diagnosa pasien adalah dermatitis atopi (ICD X: L20.9). Aspek Resiko Internal meliputi faktor riwayat penyakit atopi dalam keluarga, yaitu ibu pasien, kebiasaan pasien bermain sehingga berkeringat, faktor usia pasien sehingga upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit serta pengetahuan yang kurang mengenai anjuran untuk tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal.

Aspek resiko eksternal meliputi kurangnya pengetahuan keluarga mengenai

faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi dan dampak akibat dermatitis atopi yang tidak terkontrol, kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit atopik yang bersifat genetik dan dapat diturunkan dan musim hujan yang terjadi menyebabkan cuaca menjadi lebih dingin. Derajat Fungsional pada pasien adalah derajat 1 yaitu mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini meliputi medikamentosa dan non-medikamentosa. Intervensi yang dilakukan terdiri atas patient centered, *family focused* dan *community oriented*. Tatalaksana *patient centered* medikamentosa yaitu memberikan krim *hydrocortisone* 1% dioleskan 3x1 pada kulit yang gatal dan anti histamin berupa CTM 4mg 3x1 bila muncul gatal. Sedangkan tatalaksana Non-Medikamentosa yaitu Edukasi kepada pasien untuk menghindari pencetus keluhan pasien dan juga meminimalisir kontak suhu dingin yang memperberat keluhan terhadap tubuh yang terkena paparan suhu dingin yaitu seperti menggunakan pakaian yang dapat melindungi kulit dari cuaca dingin, seperti jaket, baju lengan panjang, celana panjang, topi, sarung tangan, kaus kaki dan lain-lain. Selain itu diperlukan juga edukasi untuk tidak banyak bermain yang menimbulkan keringat berlebih agar mencegah kambuhnya penyakit. dan edukasi mengenai perawatan kulit yaitu dengan mandi dengan air hangat tidak lebih dari 10 menit menggunakan sabun pH rendah, hipoalergenik berpelembab, setelah mandi oleskan pelembab yang mengandung humektan, emolien dan oklusif atau mengandung bahan fisiologis (lipid, seramid, *natural moisturizing factor*).

Family focused yaitu konseling kepada keluarga pasien mengenai penyebab dan faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi dan juga untuk selalu mengingatkan dan mengawasi pasien terhadap faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit, yaitu suhu dingin serta hindari kulit menjadi kering.

Tatalaksana *community oriented* berupam memberikan konseling mengenai menjaga kondisi lingkungan sekitar agar tidak banyak debu yang mungkin dapat menjadi faktor pemicu alergi.

Pembahasan

Studi kasus pasien An. A 15 tahun datang ke puskesmas Segala Mider dengan keluhan rasa gatal di kedua kaki disertai kemerahan yang timbul sejak 1 bulan sebelum datang ke puskesmas dan memberat sejak 7 hari terakhir. Sejak keluhan muncul, ibu pasien mengoleskan bedak gatal namun keluhan tidak kunjung membaik, dan ini merupakan keluhan yang pertama kali dirasakan.

Pada kasus ini diagnosis dermatitis atopik ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan berdasarkan kriteria Hanifin dan Rajka. Dermatitis atopik pada kasus ini terjadi pada anak laki-laki berusia 15 tahun, menurut kepustakaan dermatitis atopik adalah penyakit eksimatososa pruritik kronik yang hampir selalu bermula di masa kanak-kanak dan mengikuti perjalanan sembuh atau kambuh yang berlanjut sepanjang hidup.⁹

Pada anamnesis didapat adanya keluhan gatal pada kedua siku tangan, lipat tangan, kedua lutut, lipat belakang kaki sejak ± 1 bulan yang lalu SMRS. Gatal yang dirasa disertai dengan kulit menjadi kering dan berwarna kehitaman, awalnya rasa gatal yang timbul dirasakan pada kedua siku tangan, semakin lama rasa gatal dirasakan pada area kedua lipat tangan, kedua lutut, lipat kaki belakang, sehingga pasien selalu menggaruk dan menimbulkan warna kemerahan sampai menjadi kehitaman.

Sesuai kepustakaan dermatitis atopi lebih sering terjadi saat masa kanak-kanak. Penampilan dermatitis atopik yang paling umum dan khas adalah inflamasi di daerah fleksural, lokasi predileksi, yaitu fossa antekubiti dan poplitea, leher, fleksural pergelangan tangan, dan pergelangan kaki serta bokong dan lipatan paha, ini merupakan daerah-daerah yang terutama mudah berkeriat.^{10,11}

Berdasarkan anamnesis didapatkan riwayat keluarga pada ibu pasien pernah menderita keluhan yang sama saat masih muda yang timbul saat memakan telur. 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 DA¹²

Pemeriksaan fisik didapatkan pada pada regio cruris dekstra et sinistra, terdapat kulit kering (xerosis), disertai krusta dan tampak bekas garukan (scratch mark), vesikel (-), pustul (-), skuama (-), central healing (-).disertai skuama halus selapis berwarna putih kering dan likenifikasi. Terdapat kesan hiperpigmentasi pasca inflamasi (HPI).

Pada pasien ini dilakukan penilaian berdasarkan kriteria Hannifin dan Rajka, dan didapat pada pasien tiga kriteria mayor berupa pruritus, morfologi dan distribusi khas (keterlibatan fasial dan ekstensor pada bayi dan anak-anak), kecenderungan terhadap dermatitis kronis atau kronis kambuhan, dan riwayat atopik pada diri sendiri atau keluarga (asma, rinitis alergi, dermatitis atopik), kriteria minor berupa xerosis, gatal saat berkeringat, dan intoleransi makanan.^{13,14}

Penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah penerapan pelayanan dokter keluarga yang berbasis bukti, *patient centered family focused*, dan *community oriented*. Penatalaksanaan terdiri dari medikamentosa serta komunikasi dan edukasi. Penatalaksanaan dermatitis atopi bersifat multifaktorial. *International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II/ICCAD II*, menyepakati pedoman terapi dermatitis atopi meliputi: edukasi dan konseling, terapi topical berupa kortikosteroid, pelembap, dan inhibitor kalsineurin, serta terapi sistemik berupa antihistamin dan kortikosteroid sistemik pada kasus berat.^{15,16}

Tatalaksana medikamentosa adalah dengan CTM tiga kali satu tablet perhari bila gatal 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.¹⁴

Tatalaksanaan non medikamentosa berupa komunikasi serta edukasi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah. 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. 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 suhu dingin yang dapat mencetuskan bintik-bintik dan gatal. Pengawasan berkala perlu dilakukan untuk menilai kemajuan terapi yang diberikan baik terapi oral maupun terapi topikal.^{17,18}

Untuk aspek psikososial keluarga, perlu dilakukan pengawasan pada pasien untuk perawatan kulit, menghindari bahan iritan, dan menghindari faktor pencetus. 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.¹⁹

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. Dijelaskan pula bahwa penyakit tersebut tidak menular, namun bersifat genetik sehingga dapat diturunkan ke anak maupun cucu pasien. 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 faktor-faktor yang kemungkinan menimbulkan kekambuhan pada penyakit.²⁰

Untuk mencegah hal tersebut maka seluruh keluarga sebisa mungkin dapat menghindari factor pencetusnya, misalnya dengan membersihkan rumah dan benda-benda di rumah termasuk di antaranya kipas angin dari debu dengan menggunakan lap basah.

Kemudian dilakukan evaluasi pada kunjungan ketiga, didapatkan hasil berupa

keluhan gatal pada kaki kanan dan kiri pasien sudah berkurang. Sebelumnya, saat hendak tidur pasien menggaruk-garuk kakinya yang gatal. Saat ini pasien dapat tidur dengan nyenyak pada malam maupun siang hari. Pasien juga sudah mengganti sabun yang digunakan menjadi sabun bayi, namun belum memakai pelembab setelah mandi. Pasien sudah tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal. Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit kepada pasien dilakukan dengan menggunakan *posttest* dan didapatkan hasil yang memuaskan. Pengetahuan pasien yang pada awalnya masih tergolong rendah sudah mengalami peningkatan, dimana tercantum pada tabel berikut.

Tabel 3. Nilai score pretest dan posttest

Pretest	Posttest
37	87

Simpulan

Diagnosis dermatitis atopik dan dapat ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Didapatkan faktor internal pasien yaitu Faktor riwayat penyakit atopi dalam keluarga, yaitu ibu pasien. Kebiasaan pasien bermain sehingga berkeringat. Faktor usia pasien sehingga upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit. Pengetahuan yang kurang mengenai anjuran untuk tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal. Faktor eksternal yang diketahui yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi dan dampak akibat dermatitis atopi yang tidak terkontrol. Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit atopik yang bersifat genetik dan dapat diturunkan. Musim hujan yang terjadi menyebabkan cuaca menjadi lebih dingin.

Telah dilakukan farmakologi dan nonfarmakologi secara komprehensif terhadap pasien. Pada evaluasi didapatkan perbaikan klinis pasien, peningkatan pengetahuan, serta perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk menghindari

faktor risiko dermatitis atopik dan asma yang diderita pasien.

Daftar Pustaka

1. Kolb L, Ferrer-Bruker SJ. Atopic Dermatitis. [Updated 2022 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/>
2. Thomsen SF. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. *ISRN Allergy*. 2014 Apr 2;2014:354250. doi: 10.1155/2014/354250. PMID: 25006501; PMCID: PMC4004110.
3. Herwanto N, Hutomo M. Studi retrospektif: penatalaksanaan dermatitis atopik (retrospective study: management of atopic dermatitis). *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2016;28(1):49-58.
4. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2019.
5. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *The Lancet*. 2006;368(9537):733-743
6. 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;3(2):1-6.
7. Sugito TL, Boediardja SA, Wisesa TW, Prihianti S, Agustin T. Buku panduan dermatitis atopik. Edisi. 2011;1:1-2.
8. Pohan SS. Dermatitis atopik: masalah dan penatalaksanaan. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin* 2006;18(8):165-71.
9. Otten EJ. *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*: By TP Habif. St. Louis, Mosby, Inc., 2004, 1004 pages, \$149. *Journal of Emergency Medicine*. 2004 May 1;26(4):487.
10. Krafchik, B. R., *Dermatitis Atopik*, in *Pediatrics Dermatology*, B. R. Krafchik, et al., Editors. 2010, MosbyElsevier:USA. p. 851-878.

11. 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.
12. Trace Element Levels in Children with Atopic Dermatitis. *J Investig Allergol clin Immunol*, 2012. 22(5): p. 341-344.
13. Rubel D, Thirumoorthy T, Soebaryo RW, Weng SCK, Gabriel TM, Villafuerte LL, et al. Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis : An asiaPacific Perspective. *Journal of Dermatology*. 2013. 40 : 160-171.
14. Boediardja SA. Dermatitis atopik. In: Menaldi SLSW, Bramono K, Indriatmi W. *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2015. p. 167-83
15. Lebwohl MG, Del Rosso JQ, Abramovits W, Berman B, Cohen DE, Guttman-Yassky E, et al. Pathways to managing atopi dermatitis: Consensus from the experts. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013;6:2-1
16. Eichenfield LF, Kusari A, Han AM, Barbarot S, Deleuran M, Lio P, Marcoux D, Nosbaum A, Stalder JF. Therapeutic education in atopic dermatitis: A position paper from the International Eczema Council. *JAAD Int*. 2021 Mar 5;3:8-13. doi: 10.1016/j.jdin.2021.01.001. PMID: 34409365; PMCID: PMC8361897.
17. Muzzolon M, Imoto RR, Canato M, Abagge KT, de Carvalho VO. Educational intervention and atopic dermatitis: impact on quality of life and treatment. *Asia Pac Allergy*. 2021 Apr 26;11(2):e21. doi: 10.5415/apallergy.2021.11.e21. PMID: 34007831; PMCID: PMC8103006.
18. Pustišek N, Vurnek Živković M, Šitum M. Quality of life in families with children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2016;33:28–32. [PubMed] [Google Scholar]
19. Jang HJ, Hwang S, Ahn Y, Lim DH, Sohn M, Kim JH. Family quality of life among families of children with atopic dermatitis. *Asia Pac Allergy*. 2016;6:213.
20. Heratizadeh A., Werfel T., Wollenberg A. Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: multicenter randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(3):845–853.