

Penatalaksanaan Holistik Dermatitis Atopik Pada An. N Usia 12 Tahun Di Puskesmas Kota Karang Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Kuntum Sureda¹, Refi Fandana¹, Sahab H. Sibuea²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Dermatitis atopik atau disebut juga eczema adalah bentuk paling umum dari dermatitis kronis. Penyakit ini umumnya identic dengan pruritus memiliki karakteristik klinis berupa kulit kering, lesi kronik, dan likenifikasi. Dermatitis atopik diyakini berhubungan dengan bentuk dari kelainan IgE lain seperti rinitis alergi, asma, dan intoleransi terhadap makanan. Penyakit ini menghasilkan tingkat morbiditas yang tinggi dan prevalensinya meningkat dalam beberapa dekade terakhir. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik, proses, dan akhir kunjungan secara kualitatif. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, pasien adalah anak perempuan usia 12 tahun dengan dermatitis atopik. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit sangat terbatas. Edukasi dan intervensi diberikan kepada pasien dan keluarga tentang dermatitis atopik dan faktor resiko yang dapat memicu terjadinya penyakit ini. Pada faktor internal pada kasus seperti faktor genetik, usia, dan ketidaktahuan mengenai faktor pencetus. Faktor eksternal kurangnya pengetahuan keluarga mengenai dermatitis atopik, komplikasinya dan lingkungan yang memiliki banyak alergen. Dilakukan intervensi farmakologis dan non farmakologis berupa edukasi dalam mencegah kambuhnya gejala dermatitis atopik pada pasien. Dalam evaluasi ditemukan peningkatan kepatuhan pasien untuk menghindari faktor risiko serta pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien. Pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga dalam terapi farmakologis maupun nonfarmakologis mampu menyelesaikan masalah kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci: Dermatitis atopik, kedokteran keluarga, penatalaksanaan holistik

Holistic Management of Atopic Dermatitis In a 12 Years Old Child at Kota Karang Public Health Center Using Family Medicine Approach

Abstract

Atopic dermatitis also known as eczema is the most common form of chronic dermatitis. This disease is generally synonymous with itching which is characterized by dry skin, chronic lesions, and lichenification. Atopic dermatitis is believed to be associated with other forms of IgE disorders such as allergic rhinitis, asthma, and food intolerance. This disease results in a high rate of morbidity and its prevalence has increased in recent decades. The study conducted is a case report. Data were obtained through history taking and physical examination by conducting home visits. The assessment is carried out based on a qualitative diagnosis, process, and visit. Based on the examination, the patient was a 12 year old girl with atopic dermatitis. Knowledge of patients and families about the disease is very limited. Education and intervention provided to patients and families about atopic dermatitis and risk factors that can trigger the occurrence of this disease. On internal factors in cases such as genetic factors, age factors, and ignorance of the originator. External factors are the lack of family knowledge about atopic dermatitis, its complications and the environment that has many allergens. Pharmacological and non-pharmacological interventions are carried out in the form of education in preventing the onset of atopic dermatitis symptoms in patients. In the evaluation of increasing patient compliance to avoid risk factors and family knowledge about patient care. Services with a family medicine approach in pharmacological and non-pharmacological therapy are able to solve health problems and improve the patient's quality of life.

Keywords: Atopic dermatitis, family medicine, holistic management

Korespondensi: Kuntum Sureda, alamat Jl. Dr. Soetomo No. 35, Penengahan, Kedaton, Bandar Lampung, HP 082176851211, e-mail kuntumsureda93@gmail.com

Pendahuluan

Dermatitis atopik, atau disebut juga sebagai eczema adalah kondisi peradangan kronis pada area kulit yang dapat menyebabkan infeksi rekuren dan penurunan kualitas hidup bila tidak ditangani dengan baik. Dermatitis atopik umumnya terjadi pada usia anak-anak, namun juga dapat muncul pada usia dewasa.¹

Dermatitis atopik terjadi pada lebih dari 20% individu semasa hidupnya, namun prevalensinya beragam diseluruh dunia. Pada negara-negara berkembang, prevalensinya meningkat drastis pada tahun 1950-2000 sehingga penyakit ini dinamakan juga "allergic epidemic". Namun data terbaru menunjukkan adanya pemerataan, bahkan penurunan prevalensi pada beberapa negara dengan riwayat prevalensi tinggi seperti Britania Raya dan Selandia Baru. Meskipun demikian, dermatitis atopik tetap menjadi masalah kesehatan yang besar.

Berdasarkan hasil penelitian The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), prevalensi dermatitis atopik bervariasi antara 0,3% hingga 20,5% di 56 negara.¹ Kasus dermatitis atopik pada anak di Indonesia ditemukan sebanyak 23,67% pada 611 kasus baru penyakit kulit. Pada umumnya 50% penderita mengalami dermatitis atopik pada tahun pertama kehidupan, yaitu usia 0 bulan sampai 12 bulan dan 30% pada usia 1-5 tahun.³ Namun terdapat juga penelitian yang mengatakan bahwa sekitar 45% kasus dermatitis atopik muncul pada 6 bulan pertama kehidupan, 60% muncul pada tahun pertama kehidupan, dan 85% kasus muncul sebelum usia 5 tahun.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, prevalensi nasional dermatitis atopik adalah 6,8%. Beberapa provinsi dengan tingkat prevalensi dermatitis atopik di atas tingkat prevalensi nasional adalah Jakarta, Jawa Barat, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Nusa Tenggara Timur, DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Aceh, dan Sumatera Barat.

Orang dengan dermatitis atopik memiliki fungsi barrier kulit yang rentan terhadap iritan, dan alergen yang selanjutnya menyebabkan

inflamasi, rasa gatal, dan gejala klinis lain. Defek pada barrier kulit ini dapat disebabkan oleh rendahnya tingkat spingholipid pada stratum korneum sehingga terjadi transepidermal water loss. Hal ini memudahkan penetrasi iritan/alergen yang selanjutnya menyebabkan reaksi inflamasi.⁴

Penatalaksanaan dermatitis atopik bertujuan untuk mengurangi/mencegah kekambuhan, dan mengurangi derajat keparahan gejala bila terjadi kekambuhan. Dalam hal ini terdapat 4 komponen utama utama, yaitu menghindari pencetus, perawatan kulit, terapi antiinflamasi⁴ dan modalitas terapi lain. Hal ini menunjukkan pentingnya tatalaksana dermatitis atopik secara holistik dan menyeluruh. Diperlukan ketepatan diagnosis, tatalaksana, dan edukasi kepada pasien dan keluarganya.

Kasus

An. N usia 12 tahun datang ke Puskesmas Kota Karang dengan keluhan muncul bintik merah gatal pada pergelangan tangan kanan dan kiri pasien. Keluhan ini dirasakan pasien selama 3 minggu sebelum datang ke puskesmas. Awalnya muncul bintik kemerahan yang gatal pada telapak tangan. Kemudian bintik kemerahan yang muncul bertambah banyak dan menyebar ke seluruh lengan. Gatal dirasakan terus menerus. Dalam 2 hari terakhir pasien terkadang menangis karena tidak kuat menahan rasa gatal yang dialaminya. Pasien mengatakan keluhan disertai dengan adanya benjolan-benjolan kecil dan beberapa terdapat benjolan yang disertai nanah kemudian digaruk dan timbul bekas garukan. Pasien belum pernah mengalami keluhan seperti ini sebelumnya. 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 mengaku sebelumnya memakan kerang hijau saat sebelum keluhan muncul. Pasien juga memiliki riwayat alergi terhadap cuaca dingin sejak SD. Pasien mengatakan jika pada cuaca dingin, pasien sering merasa pilek dan bersin –bersin. Di keluarga pasien, ayah pasien pernah

mengalami keluhan yang serupa saat masih muda setiap memakan seafood, namun saat ini sudah tidak pernah kambuh lagi. Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit ringan ; tekanan darah: 120/90mmHg; frekuensinadi: 86x/menit; frekuensi nafas: 18 x/menit; suhu: 36,4 °C; berat badan: 35 kg; tinggi badan: 147 cm; IMT: 16,19 kg/m² (status gizi normal).

Kepala, mata, telinga, hidung, leher, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Jantung, batas kanan jantung pada linea sternalis kanan, batas kiri jantung tepat pada linea midclavicula, ICS 5, kesan batas jantung normal. Abdomen datar, tidak didapatkan organomegali ataupun ascites, tidak terdapat nyeri tekan pada seluruh lapang abdomen, perkusi timpani pada seluruh lapang abdomen. Ekstremitas edema (-). Muskuloskeletal: kesan dalam batas normal.

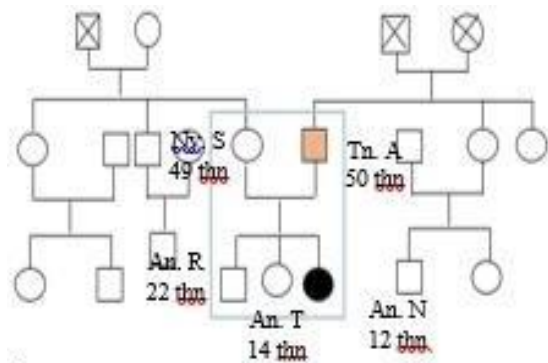
Status lokalis didapatkan pada regio manus dekstra et sinistra, regio antebrachii dekstra et sinistra, regio brachii dekstra et sinistra terdapat papul multiple eritematosa, ukuran milier hingga lentikular, kulit kering (xerosis) dan hiperlinier palmaris, sebagian tampak keluar cairan disertai krusta dan tampak bekas garukan (scratch mark), vesikel (-), pustul (-), skuama (-), central healing (-). Terdapat kesan hiperpigmentasi pasca inflamasi (HPI).

Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pasien tinggal bersama ayah (50 tahun), ibu (49 tahun), kakak pertama (22tahun) dan kakak kedua (14 tahun). Komunikasi dalam keluarga lebih sering dilakukan antara pasien, ibu dan kakak keduanya. Komunikasi antara pasien-ayah dan pasien-kakak pertama jarang dilakukan karena pekerjaan ayahnya dan kakak pertamanya.

Ayah pasien pergi bekerja saat pasien masih tidur dan pulang saat pasien telah tertidur kembali. Kakak pertamanya juga pergi bekerja dan pulang saat pasien sudah tidur. Keluarga pasien jarang berkumpul bersama membicarakan aktivitas yang dilakukan sehari-hari oleh masing-masing anggota keluarga.

Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi dengan ayah pasien. Keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien selaku kepala keluarga. Pendapatan keluarga pasien berasal dari ayah pasien sebagai karyawan swasta dengan penghasilan perbulan adalah ±4.000.000 yang digunakan untuk menghidupi 5 orang anggota keluarga.

Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan BPJS PBI. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya ke layanan kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Kota Karang yang berjarak ±3 km dari rumah pasien. Pasien jika sakit diantar oleh ibunya ke layanan kesehatan.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. N

Family Apgar Score digunakan untuk menilai fungsi keluarga

Berikut APGAR keluarga An. N

- Adaptation: 2
- Partnership: 1
- Growth: 1
- Affection: 1
- Resolve: 1

Total Family Apgar Score keluarga An. N adalah enam yang berarti fungsi keluarga pasien termasuk dalam jenis fungsi keluarga (nilai 4-6 terjadi disfungsi keluarga sedang).

Tabel 1. Family SCREEM keluarga An. N

SUMBER	PATOLOGI	KET
Social	Interaksi yang kurang baik antara ayah dengan An. N dan kakak pertama dengan An. N, partisipasi	-
	An. N dengan teman sekitar rumah cukup baik.	
Culture	Kepuasan atau kebanggaan terhadap budaya baik, hal ini dapat dilihat dari pergaulan sehari-hari baik dalam keluarga maupun di lingkungan, banyak tradisi budaya yang masih diikuti.	-
Religious	Penerapan ajaran juga cukup baik, hal ini dapat dilihat dari penderita dan keluarga yang rutin menjalankan sholat lima waktu.	
Economic	Keluarga ini tergolong kelas menengah, untuk kebutuhan primer sudah bisa terpenuhi, kebutuhan sekunder dan rencana ekonomi cukup memadai, diperlukan skala prioritas untuk pemenuhan kebutuhan hidup	-
Education	Pendidikan anggota keluarga menengah. Ayah, ibu dan kakak pertama merupakan lulusan SMA. Serta kakak kedua pasien masih menjalani pendidikan ditingkat SMP.	

Medical

Dalam pelayanan kesehatan, keluarga menggunakan pelayanan puskesmas dan menggunakan kartu Jamkesmas (BPJS) untuk berobat. Penderita mengaku apabila sakit langsung ke Puskesmas atau ke pelayanan kesehatan terdekat seperti ke praktik dokter maupun klinik

Dari hasil analisis SCREEM yang didapatkan, dapat disimpulkan bahwa dalam keluarga An. N fungsi keluarga baik. Pasien tinggal bersama dengan ayah, ibu, dan kedua kakaknya di dalam sebuah rumah kontrakan yang berada di lingkungan kota pinggiran yang tidak teralu padat penduduk. Rumah berukuran 6m x 12m terdiri 1 ruang tamu dan ruang keluarga sekaligus tempat tidur bersama, 1 tempat untuk warung, 1 dapur, 1 ruang mencuci pakaian, piring dan 1 kamar mandi diluar rumah. Lantai pada seluruh ruangan di dalam rumah adaah keramik, tampak sedikit kotor dan kurang bersih saat ditapaki, tembok berupa batu bata sebagian tidak disemen dan sebagian lagi di cat berwarna kuning, terdapat dibeberapa sudut rumah tampak adanya sarang laba-laba. Atap rumah terbuat dari genteng, penerangan kurang. Ventilasi di rumah kurang baik, karena jendela hanya terdapat di bagian ruang tamu dan ruang keluarga. Tidak terdapat kamar tidur untuk masing-masing anggota keluarga, semua anggota keluarga tidur bersama di ruang keluarga dan ruang tamu. Alas tidur juga berupa kasur lantai 3 buah yang digelar sepanjang ruang tamu dan ruang keluarga tersebut. Kamar mandi berada di luar rumah dekat empang yang berada disamping rumah. Jarak kamar mandi ke rumah pasien kira- kira 10 meter.

Secara keseluruhan rumah kurang tertata rapi, sirkulasi udara dan cahaya kurang baik. Rumah sudah dialirkan listrik dengan dibayar kontrak per tahun. Kondisi rumah pasien bersih namun kurang rapih. Sumber air berasal dari PAM dan limbah langsung dialirkan ke septic tank milik pribadi. Limbah

dan sampah dibuang di halaman depan rumah pasien.

Di depan rumah pasien terdapat tempat pemancingan (empang) dan lapangan berpasir yang cukup luas disamping empang tersebut sehingga membuat lingkungan sekitar menjadi lumayan berdebu. Kegiatan pasien pada pagi hari yaitu sekolah secara daring. Kemudian dari siang sampai sore pasien bermain bersama kakak kedua dan teman-teman sebayanya di lapangan depan rumah pasien. Pasien sering bermain hingga mengeluarkan keringat berlebih. Kemudian saat pukul 17.00 pasien mandi sore dan saat malam tiba dilanjutkan dengan makan malam dan segera tidur. Pasien berinteraksi sosial seperti anak-anak seusianya, dan rutinitas dilakukan setiap hari.

Intervensi yang dilakukan pada pasien ini berupa meliputi medikamentosa dan non-medikamentosa. Intervensi yang dilakukan terdiri atas *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

Dalam segi *patient centered*, intervensi non farmakologi dilakukan dalam memberi edukasi kepada pasien untuk menghindari pencetus keluhan pasien yaitu kerang hijau 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, edukasi kepada pasien untuk tidak banyak bermain yang menimbulkan keringat berlebih agar mencegah kambuhnya penyakit, edukasi kepada pasien mengenai perawatan kulit yaitu dengan mengecek suhu air yang akan digunakan untuk mandi, akan lebih baik jika mandi di air dengan suhu yang lebih hangat, tidak lebih dari 10 menit, menggunakan sabun pH netral, hipoalergik, dan menggunakan pelembab yang dioleskan segera setelah mandi. Pada intervensi farmakologi mengobati penyakit dengan memberikan krim hydrocortisone 2,5% dioleskan 3x1 pada bintik-bintik kulit, anti histamin berupa CTM 4mg 3x1 bila muncul gatal, antibiotik salep kulit berupa gentamycin sulfate 0,1% 3x1 pada bintik-bintik yang sudah timbul nanah dan

antibiotik sistemik berupa Cefadroxil 500 mg 2x1 selama 10 hari. Dalam segi *family focused*, memerlukan konseling kepada keluarga pasien mengenai penyebab dan faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi dan konseling kepada keluarga pasien untuk selalu mengingatkan dan mengawasi pasien terhadap faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit, yaitu kerang hijau dan suhu dingin serta hindari kulit menjadi kering. Dalam segi *community oriented*, memberikan konseling mengenai menjaga kondisi lingkungan sekitar agar tidak banyak debu yang mungkin dapat menjadi faktor pemicu alergi. yang dioleskan segera setelah mandi.

Pembahasan

Studi kasus pasien An. N 12 tahun datang ke Puskesmas Kota Karang pada tanggal 11 Januari 2022 dengan keluhan rasa gatal di kedua pergelangan tangan yang menyebar ke seluruh tangan disertai kemerahan yang timbul sejak 3 minggu sebelum datang ke puskesmas dan memberat sejak 2 hari terakhir. Sejak keluhan muncul, ibu pasien mengoleskan bedak gatal namun keluhan tidak kunjung membaik, dan ini keluhan yang pertama kali dirasakan.

Diagnosa penyakit pada pasien ini adalah dermatitis atopik. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan pada anamnesis didapatkan informasi bawa pasien menderita bintik-bintik pada kulit pergelangan tangan kanan dan kiri pasien yang menyebar ke seluruh tangan pasien disertai kemerahan pada kulit dan gatal. Usia pasien adalah 12 tahun, berdasakan teori DA lebih sering terjadi saat masa kanak-kanak.¹⁰ DA biasa mulai sebelum usia dua tahun dan merupakan simptom atopik pertama yang menunjukkan tanda klinis.¹¹

Berdasarkan anamnesis didapatkan riwayat keluarga pada ayah pasien pernah menderita keluhan yang sama saat masih muda yang timbul saat memakan seafood. Pada 60% orang tua dengan DA memiliki anak yang menderita DA. Prevalensi DA anak sebesar 81% apabila kedua orang tuanya menderita DA, dan menjadi 59% bila hanya salah satu dari orang tuanya menderita DA dan

pasangannya menderita alergi saluran napas. Prevalensi menjadi 56% bila salah satu orangtuanya menderita DA sedangkan pasangannya tidak menderita alergi saluran napas ataupun DA.⁹

Pemeriksaan fisik didapatkan pada regio manus dextra et sinistra, regio antebrachii dextra et sinistra, regio brachii dextra et sinistra adanya papul, eritematosa, ukuran milier hingga lenticular, kulit kering (xerosis) dan hiperlinier palmaris, sebagian tampak keluar cairan disertai krusta dan tampak bekas garukan (scratch mark), vesikel (-), pustul (-), skuama (-), central healing (-). Terdapat kesan hiperpigmentasi pasca inflamasi (HPI). DA merupakan suatu penyakit kulit kronis, berulang, ditandai dengan adanya inflamasi dan disertai rasa gatal yang hebat, dan pada anak lesinya kering batas tidak tegas, dapat disertai ekskoriasi karena garukan. Distribusinya pada tempat-tempat tertentu dari tubuh seperti pada daerah lipatan ditandai dengan eritema dengan batas tidak tegas, disertai edema, vesikel, dan basah pada stadium akut, dan penebalan kulit pada stadium kronis.¹²

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

subkapsular anterior, keratokonus, perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan emosional, intoleransi makanan, Intoleransi terhadap wol, hiperpigmentasi daerah orbita, lipatan infraorbital Dennie-Morgan, dan white dermographism.¹³

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. Tatalaksana medikamentosa adalah dengan CTM 3 x 1 tablet perhari bila gatal, salep hidrokortison 2,5% 2x perhari dioleskan tipis pada lesi setelah mandi, salep Antibiotik gentamycin sulfate 0,1% 3x1 dan Antibiotik sistemik yaitu Cefadroxil tablet 500 mg 2x1 untuk infeksi yang telah timbul akibat garukan. Pemberian antihistamin bertujuan untuk mengatasi rasa gatal sehingga mencegah terjadinya garukan yang dapat memperparah kondisi lesi.¹² CTM merupakan antihistamin bersifat sedative ringan, baik digunakan untuk anak-anak karena rasa kantuk membuat anak-anak mudah tidur sehingga dapat istirahat lebih banyak untuk memperbaiki daya tahan tubuh. Sediaan CTM tablet adalah 4 mg, dengan dosis untuk anak usia 2-5 tahun adalah 1 mg setiap 4-6 jam, dengan dosis maksimal 6 mg/hari.¹²

Kortikosteroid topikal sering digunakan pada DA di Amerika Serikat untuk DA fase akut. Terapi kortikosteroid untuk DA bersifat efektif, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan, dan harganya tidak semahal terapi alternatif lainnya. Kortikosteroid dengan potensi rendah cukup bagi anak pada semua lokasi tubuhnya. Untuk pasien ini diberikan kortikosteroid topikal potensi lemah dengan persentasi 1% dengan pertimbangan kulit anak-anak yang masih tipis.¹¹ Kortikosteroid dengan potensi rendah cukup bagi anak pada semua lokasi tubuhnya. Hanya sedikit perbedaan hasil terapi pada penggunaan preparat potensi lemah jangka pendek dan panjang pada anak dengan derajat penyakit ringan sedang.^{12,13} Efek samping yang dapat terjadi walaupun jarang adalah terhambatnya pertumbuhan oleh supresi adrenal karena absorpsi sistemik, namun belum ada bukti yang menyatakan bahwa penggunaan

kortikosteroid pada anak mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan.¹³ Dibutuhkan penelitian lebih lanjut apakah penggunaan steroid dua kali sehari lebih efektif dibandingkan sekali sehari.¹²

Pada pasien ini tidak diberikan kortikosteroid sistemik karena pertimbangan luas lesinya. Kortikosteroid sistemik seperti prednison jarang digunakan sebagai terapi primer pada DA, namun terkadang dapat digunakan pada masa akut sementara transisi ke agen lain.^{19,20} Prednisolon 1 mg/kg berat badan dapat digunakan pada anak, namun sebaiknya tidak lebih dari 1 atau 2 minggu. Penggunaan jangka waktu lama tidak dianjurkan pada anak.⁹

Gejala klinis pasien menunjukkan adanya infeksi sekunder. Bila terdapat tanda infeksi sekunder oleh kolonisasi *Staphylococcus aureus* (madidans, krusta, pustul, pus) yang luas dapat diberikan antibiotik sistemik misalnya sefalosporin atau penisilin yang resisten terhadap penisilinae (dikloksasilin, kloksasilin, flukloksasilin).^{17,21} Sehingga pada pasien diberikan Cefadroxil tablet 500 mg 2x1 selama 10 hari. Antibiotik ini juga bisa dikombinasikan dengan antibiotik topikal sehingga pada pasien diberikan terapi antibiotik yaitu Gentamycin Sulfate 0,1% yang merupakan antibiotik golongan aminoglikosida yang efektif menghambat pertumbuhan kuman-kuman penyebab infeksi kulit baik primer maupun sekunder. Mekanisme kerja sebagai bakterisidal dengan cara menghambat sintesis protein pada bakteri yang rentan. Tatalaksana non medikamentosa berupa komunikasi serta edukasi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah. Pada kunjungan rumah pertama juga dicari faktor – faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien berupa DA. Diantaranya, mengidentifikasi penyebab yang memungkinkan terjadinya kekambuhan DA. Dilakukan identifikasi kemungkinan adanya pencetus yang mendasari terjadinya kekambuhan, seperti kerang hijau dan suhu dingin yang dapat mencetuskan bintik-bintik dan gatal.¹³

Untuk aspek psikososial keluarga, pengawasan pada pasien untuk menghindari faktor yang mencetuskan kekambuhan penyakit kurang karena ibu berkerja di

warung, ayah dan kakak pertama pasien bekerja di luar rumah. Sedangkan pasien sebagai anggota keluarga dengan usia paling muda, belum mengerti mengenai faktor pencetus kekambuhan penyakit. 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.¹³

Kemudian pada kunjungan kedua dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal. Pada kunjungan kedua penulis menjelaskan kepada ibu dan anggota keluarga pasien yang tinggal 1 rumah mengenai penyakit pasien berupa DA. Intervensi dilakukan dengan metode diskusi bersama anggota keluarga pasien menggunakan media gambar terkait penyakit pasien. Mengedukasi ibu tentang hal-hal yang dapat mencetuskan kambuhnya DA, hal ini bertujuan agar penyakit pasien dapat dikontrol sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan. Memotivasi keluarga untuk bersama-sama memantau dan mengajari pasien perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah faktor-faktor yang kemungkinan menimbulkan kekambuhan pada penyakit.

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

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

Penderita DA pada umumnya memiliki kulit yang relatif kering baik di daerah lesi maupun non lesi karena peningkatan kehilangan air transepidermal, dengan

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

Penderita atopik memiliki respons terhadap iritan kulit lebih besar dibandingkan dengan individu non atopik. Bahan iritan tersebut antara lain sabun, deterjen, kontak dengan jus buah, sayuran, daging, bahan kimia dan asap. Sebagai pemicu gatal, bahan iritan mampu mencetuskan DA.¹⁰ Sabun yang bersifat iritan adalah sabun dengan sifat alkalis, untuk itu pada pasien ini dianjurkan menggunakan sabun bayi karena memiliki Ph netral sehingga tidak iritatif.

Prognosis ditegakkan berdasarkan dari peran multifaktorial. Faktor yang berhubungan dengan prognosis kurang baik, yaitu berdasarkan luas DA pada anak, ada atau tidaknya Rinitis Alergi dan Asma Bronkial pada anak, riwayat DA pada orang tua atau saudaranya, onset DA pada usia muda, anak tunggal, kadar IgE serum sangat tinggi. Diperkirakan 30 – 35% penderita DA infantil akan berkembang menjadi Asma Bronkial atau hay fever. Penderita DA mempunyai resiko tinggi untuk mendapat dermatitis kontak iritan akibat kerja di tangan.¹⁰

Simpulan

Penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga berbasis evidence based medicine dilakukan secara komprehensif, yang tidak hanya fokus kepada pasien namun juga kepada keluarganya, dan menghasilkan peningkatan kognitif dan kualitas hidup pada pasien dengan dermatitis atopik.

Daftar Pustaka

1. Tabri F. Aspek Immunogenetik DA pada Anak. Makassar : Jurnal Universitas Hasanuddin. 2004; vol.2:85-110.
2. Archietobias MA, Hendra TS, Novita C. Hubungan antara Derajat Keparahan DA dengan Kualitas Hidup Pasien di RSUD Abdul Moeloek Lampung. Bandar Lampung : Jurnal Majority Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. 2014; vol.3:no.2.
3. Moore MM, Rifas SL, Rich JW, Kleinman KP, Camargo CA. Perinatal Predictors of Atopic Dermatitis Occurring in The First Six Months of Life. Medical Journal : ncbi. 2004; vol.113:no.3. p. 468–474.
4. Won J. Atopic Dermatitis (AD) is Marked by Elevated Levels of Immunoglobulin; 2007 [diakses tanggal 28 April 2014]. didapat dari : <http://onlinelibrary.wiley.com>
5. Indrawanto IS. Hubungan antara Beratnya Manifestasi DA dengan Tingginya Skala Kepribadian Cemas pada Tes MMPI di RSUD Dr.Soetomo. Surabaya : RS Dr.Soetomo. 2012; vol.6:no.12.
6. Soebaryo RW. Etiologi dan Patogenesis DA. Dalam: Boediardja SA, Sugito TL, Rihatmadja R, editor. Dermatitis pada bayi dan anak. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2004. p. 1-8.
7. Natalia, Sri LM, Triana A. Perkembangan Terkini pada Terapi DA. Jakarta : Jurnal Medis Indonesia Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
8. 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.
9. Abramovits W, Berman B, Cohen DE, Guttman SE, Lebwohl MG, Mancini AJ, Rosso, JQD, Schachner LA. Pathways to Managing Atopic Dermatitis. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2013; vol.6:no.7.
10. Patrick F. Dermatology in General Medicine 7th Edition Volume one. United States : The McGraw-Hill Companies;

2008. p. 146-158.
11. Bieber T. Mechanisms of Disease Atopic Dermatitis. *Journal Medicine : NEJM*. 2008; 358:1483-1494.
 12. Zulkarnain I. Manifestasi Klinis dan Diagnosis DA. Dalam: Boediardja SA, ed. DA. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2009. p. 21-3.