

Case Report

Penatalaksanaan Holistik Dermatitis Atopik dan Asma Bronkial

Holistic Management of Atopic Dermatitis and Bronchial Asthma

Indah Dian Shafira*¹, Aila Karyus²

^{1 2} Universitas Lampung



Article Info	Abstract
Article History: Received 2022-07-20 Accepted 2022-10-10 Published 2022-12-01 Keywords: lansia; dermatitis atopik; manajemen holistik; elderly; atopic dermatitis; holistic management;	Pendahuluan: Dermatitis atopik merupakan peradangan kulit yang bersifat kronis berulang yang ditandai rasa gatal, timbul pada tempat predileksi tertentu dan berhubungan dengan penyakit atopik lainnya. Prevalensinya di Indonesia cenderung meningkat setiap tahunnya. Tujuan: Menerapkan pelayanan kedokteran keluarga berbasis <i>evidencebased medicine</i> pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien dengan pendekatan <i>patient-centered</i> dan <i>family-focused</i>. Metode: Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis, alloanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Penilaian diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil: Pasien wanita berusia 69 tahun dengan dermatitis atopik dan riwayat asma bronkial menganggap gatal pada kulitnya akan membaik jika digaruk dan diberikan obat salep. Ia memiliki kekhawatiran gatalnya semakin meluas dan mengganggu kualitas tidurnya, sehingga berharap keluhannya sembuh. Pasien dan keluarga memiliki faktor risiko berupa adanya riwayat atopik, usia lanjut, kurangnya pengetahuan mengenai penyakit yang diderita, serta adanya paparan alergen pencetus. Kesimpulan: Penegakan diagnosis holistik dan penatalaksanaan komprehensif pada pasien sudah sesuai dengan teori dan penelitian terkini. Pada evaluasi didapatkan perbaikan klinis pasien, peningkatan pengetahuan, serta perubahan perilaku pasien dan keluarga. Background: Atopic dermatitis is a chronic recurrent skin inflammation characterized by itching, appearing at specific predilection sites and associated with other atopic diseases. Its prevalence in Indonesia tends to increase every year. Objective: Implementing evidence-based family medicine services for patients by identifying risk factors and clinical problems and managing patients with a patient-centered and family-focused approach. Method: This case report obtained primary data through autoanamnesis, anamnesis, physical examination, and home visits. A holistic diagnostic assessment is carried out quantitatively and qualitatively. Result: The patient is a 69-year-old female with atopic dermatitis and asthma. She thought that her skin condition would improve by scratching and applying ointment. She was worried that the itching would get worse and disturb her sleep. She hopes her skin condition can improve. Patients and families had atopic history, advanced age, lack of knowledge about the disease, and exposure to allergens. Conclusion: This patient's holistic diagnostic and comprehensive management was based on the latest theory and research. During the evaluation, there was a clinical improvement in the patient, an increase in knowledge, and a change in the patient's and family's behavior.

Corresponding author
Email

: Indah Dian Shafira
: indahdianshafira25@gmail.com



This work is licensed under a Creative Commons Attribution
4.0 International License

Pendahuluan

Dermatitis atopik (DA) merupakan peradangan kulit yang bersifat kronis berulang, disertai rasa gatal, timbul pada tempat predileksi tertentu dan berhubungan dengan penyakit atopik lainnya, misalnya rhinitis alergi, konjungtivitis alergi dan asma bronkial (Paller & Mancini, 2020). Dermatitis atopik terjadi pada lebih dari 20% individu semasa hidupnya, namun prevalensinya beragam diseluruh dunia. Di negara berkembang, 10-20% anak menderita dermatitis atopik dan 60% di antaranya menetap sampai dewasa (Wilvestra dkk., 2018). Prevalensi dermatitis atopik di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya, yaitu sebanyak 23,7% pada tahun 2010 menjadi 36% pada tahun 2014. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, prevalensi dermatitis atopik di Bandar Lampung adalah 8.785 penderita baru dan 1.334 penderita lama dari 45.254 penderita penyakit kulit dan jaringan (Effendi dkk., 2020).

Sekitar 50% kasus dermatitis atopik akan muncul pada tahun pertama kehidupan dan sekitar 95% pada usia balita. Sekitar 75% kasus akan mengalami remisi spontan sebelum memasuki masa remaja, dan 25% lainnya akan tetap mengalami gejala atau mengalami kekambuhan setelah periode bebas gejala. Sekitar 50-75% dari anak-anak dengan dermatitis awitan dini memiliki lebih dari 1 alergen seperti makanan, tungau debu, atau hewan peliharaan. Sedangkan mereka dengan dermatitis awitan lambat cenderung kurang sensitif (Effendi et al., 2020). 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 *sphingolipid* pada stratum korneum sehingga terjadi *transepidermal water loss*. Hal ini memudahkan penetrasi iritan/alergen yang selanjutnya menyebabkan reaksi inflamasi (Moyle dkk., 2019).

Gejala klinis pada dermatitis atopik cenderung beragam, namun *xerosis* adalah yang paling umum. Pada usia balita, lesi yang muncul umumnya terlokalisir pada wajah, kulit kepala, dan daerah ekstensor. Pada anak-anak lokasi yang umum adalah daerah fleksor dan pergelangan tangan. Sedangkan pada usia remaja dan dewasa, lesi dapat muncul pada wajah, leher, dan tangan. Rasa gatal dapat sangat berat hingga mengganggu tidur, dengan riwayat perjalanan penyakit yang kronis berulang. Efloresensi lesi bergantung pada awitan dan beratnya penyakit. Kriteria yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dermatitis atopik yaitu kriteria William (untuk PPK 1 dan PPK 2) dan kriteria Hanifin-Rajka (untuk PPK 3) (Susanto, 2022). 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 fungsi sawar kulit, terapi antiinflamasi dan antihistamin. Maka penting untuk mengetahui tatalaksana dermatitis atopik secara holistik dan menyeluruh agar dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menerapkan pelayanan kedokteran keluarga berbasis *Evidence Based Medicine* pada pasien.

Metode

Penelitian ini merupakan laporan kasus. Sampel penelitian yaitu pasien wanita 69 tahun dengan dermatitis atopik. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik yang dianalisis secara kualitatif dan kuantitatif.

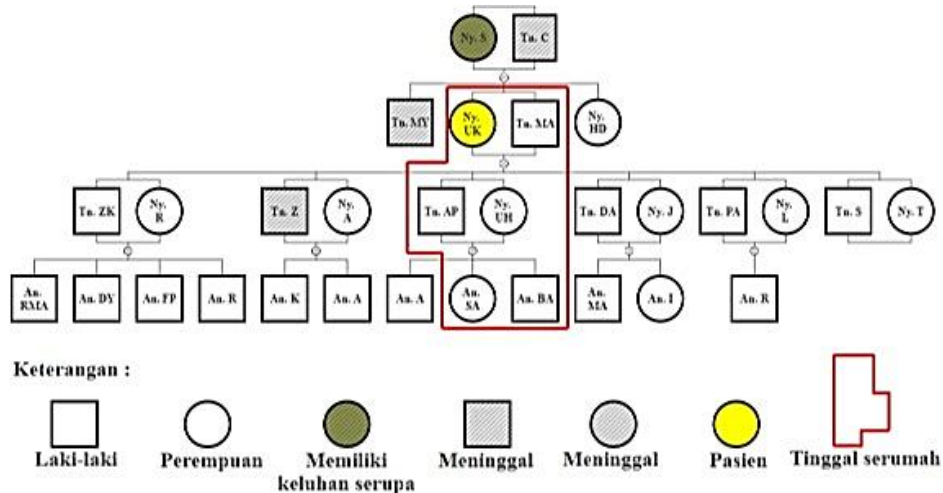
Hasil Penelitian

Pasien Ny. UK usia 69 tahun datang ke Puskesmas Hanura pada tanggal 6 November 2021 dengan keluhan muncul bintik-bintik kehitaman disertai rasa gatal di kedua lipit siku, kedua lengan atas dan leher sejak 1 minggu lalu. Gatal dirasakan terus-menerus, terutama memberat saat pasien beristirahat dan saat berkeringat. Pasien juga merasa kulitnya kering. Menurut pasien, keluhan gatal tersebut membuat tidur pasien tidak nyaman. Keluhan serupa pernah dirasakan beberapa kali di bagian tubuh yang sama sejak tahun 2010 dan pasien sering menggaruk bagian

tubuh yang gatal sehingga kulitnya terasa menebal dan bersisik. Pasien sudah pernah berobat ke Puskesmas dan diberikan salep serta obat minum dan keluhan dirasakan membaik.

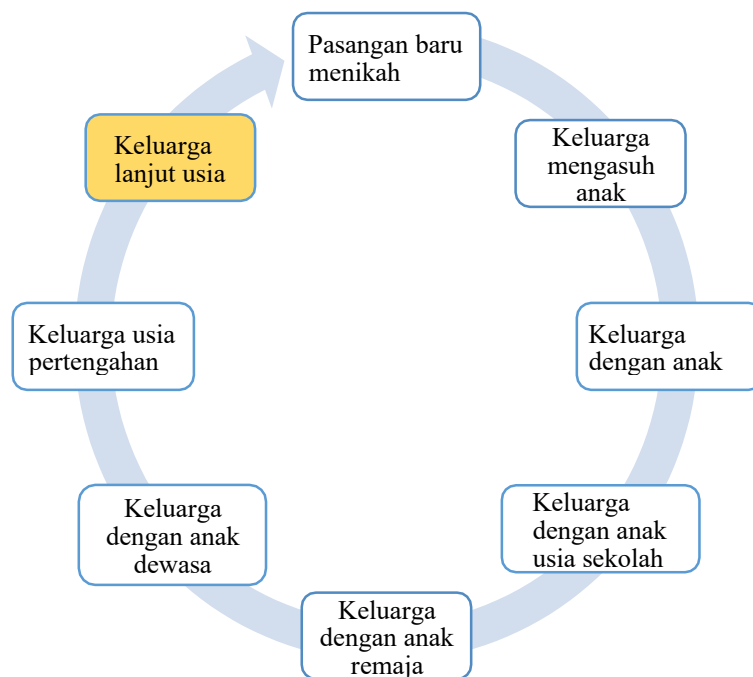
Pasien memiliki riwayat asma sejak usia 22 tahun dan rutin berobat ke dokter spesialis paru setiap bulan. Dalam 1 bulan terakhir, gejala asma muncul sebanyak 1 kali dan tidak ada keterbatasan aktivitas. Tidak ada keluhan terbangun di malam hari akibat sesak. Keluhan sesak muncul jika pasien melakukan aktivitas fisik yang berat atau ketika sedang merasakan tekanan emosional. Pasien juga sering bersin di pagi hari dan mata terasa gatal dan berair. Ibu pasien memiliki riwayat asma semasa hidupnya. Pasien tidak merokok, namun suami dan anak pasien sering merokok di dalam rumah. Keluarga pasien rutin membakar sampah di halaman rumah. Pasien tidak memiliki alergi obat maupun alergi makanan. Keluhan demam disangkal, riwayat kontak dengan bahan kimia ataupun bahan lain disangkal. Pasien sering bersin di pagi hari dan terkadang merasakan matanya gatal dan berair. Ibu pasien memiliki riwayat asma semasa hidupnya. Keluhan demam disangkal. Riwayat alergi obat, makanan, dan riwayat kontak dengan bahan kimia atau bahan lain disangkal. Pasien merupakan suku Palembang, pasien tinggal di rumah bersama suami, anak, menantu dan dua orang cucunya. Hubungan antar anggota keluarga pasien baik. Begitu pula hubungan dengan lingkungan tetangga yang baik. Pendapatan keluarga berasal dari anak pasien yang bekerja sebagai buruh lepas harian, menantu pasien yang bekerja sebagai penjahit dan anak-anak pasien yang lain rutin mengirimkan uang. Pasien memiliki kekhawatiran keluhan gatal yang dirasakan akan semakin meluas dan menyebabkan tidak nyaman serta mengganggu kualitas tidurnya. Pasien menganggap keluhanannya akan membaik bila digaruk dan diberikan obat salep. Pasien berharap keluhanannya dapat hilang sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari dan pasien dapat beristirahat dengan nyaman. Aktivitas sehari-hari yang rutin dikerjakan pasien adalah memberi makan ayam, mengurus tanaman dan membersihkan kamar. Kegiatan lain seperti mencuci baju, mencuci piring, menyapu dan membersihkan rumah dilakukan oleh menantunya.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: Compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif; tekanan darah 140/60 mmHg; nadi: 62x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,6 °C; berat badan: 60 kg; tinggi badan: 167 cm; IMT pasien: 21,51 kg/m² dengan status gizi kategori baik. Pada status generalisata didapatkan kepala tampak normocephali, rambut, mata, telinga, hidung dan mulut dalam batas normal. Faring dan tonsil dalam batas normal. Pemeriksaan leher dalam batas normal, pembesaran KGB (-). Pada pemeriksaan thorax tampak normochest, pergerakan dinding dada simetris, taktil fremitus simetris kanan dan kiri, perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi terdengar vesikuler (+/+) tanpa suara *wheezing* ataupun ronki. Pemeriksaan jantung, batas jantung tidak melebar, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen datar, bising usus 5x/menit, tidak ada nyeri tekan dan organomegali, perkusi timpani. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, tidak ada sianosis, CRT <2s kesan normal. Pada regio brachii bilateral, cubiti bilateral dan cervicalis anterior tampak papul hiperpigmentasi berbatas tegas, jumlah multipel berbentuk bulat, ukuran milier tersebar diskret, disertai skuama halus selapis berwarna putih kering dan likenifikasi. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit dan saling mendampingi saat pergi berobat. Perilaku berobat keluarga masih mengutamakan kuratif yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan apabila ada keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke puskesmas yaitu 500 meter.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. UK

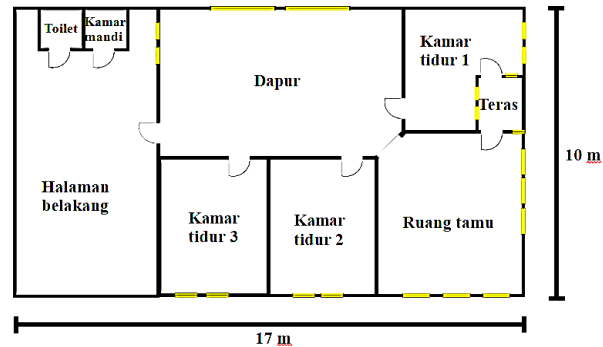
Siklus hidup keluarga Ny. UK berada pada tahap keluarga lanjut usia, sesuai dengan kategori WHO.



Gambar 2. Family Life Cycle Ny. UK

Pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri. Jarak antara rumah ke puskesmas sekitar 500 meter. Lingkungan tempat tinggal pasien dikelilingi perkebunan milik warga. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya cukup renggang. Rumah pasien berukuran sepuluh kali sepuluh meter, terdiri dari ruang tamu, dapur, ruang makan, tiga kamar tidur, toilet dan kamar mandi. Lantai rumah berupa semen, dinding bata, dengan atap genteng tanpa plafon. Ventilasi cukup baik karena terdapat beberapa jendela di setiap ruangan. Pertukaran udara dan pencahayaan di dalam rumah cukup baik. Keadaan rumah secara keseluruhan cukup terawat, namun cenderung berdebu karena tidak adanya plafon dan lantai yang terbuat dari semen. Perabotan rumah tangga cukup tertata, namun di halaman belakang terdapat beberapa perabotan yang ditumpuk. Kamar mandi dan toilet terpisah dan terletak di luar rumah. Rumah sudah menggunakan listrik. Sumber

air untuk mencuci dan memasak didapatkan dari air sumur bor. Jarak sumber air dengan septic tank adalah 10 meter. Tempat sampah berada di halaman depan rumah, dan dibakar setiap harinya. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup renggang.



Gambar 3. Denah Rumah Ny. UK

Diagnostik Holistik Awal pada pasien ini dinilai dari aspek personal, aspek klinis, aspek risiko internal, aspek risiko eksternal, serta derajat fungsional. Aspek personal yang terdapat pada pasien yaitu pasien datang karena muncul bintik-bintik kehitaman yang terasa gatal pada kedua lengan atas, kedua lipat siku dan leher sejak 1 minggu. Pasien khawatir keluhan akan semakin meluas dan mengganggu tidurnya. Pasien menganggap gatal akan membaik jika digaruk dan diberikan obat salep, dan pasien berharap agar keluhannya hilang sehingga tidak mengganggu aktivitas dan dapat kembali beristirahat dengan nyaman.

Aspek klinis pasien yaitu Dermatitis atopik (ICD-10 : L20.9) dan Asma bronkial intermiten ringan (ICD-10 : J45.20). Aspek risiko internal pada pasien yaitu adanya riwayat penyakit atopik berupa asma pada pasien dan ibunya, usia lanjut yang mengakibatkan kulit kering. Selain itu pasien sering memberi makan ayam dan mengurus tanaman tanpa menggunakan masker. Pasien juga memiliki pengetahuan yang kurang mengenai faktor pencetus dermatitis atopik, anjuran penggunaan sabun dengan pH rendah, penggunaan pelembab, factor pencetus asma, serta anjuran untuk tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal. Aspek risiko eksternal pada pasien yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor-faktor pencetus dermatitis atopik. Selain itu rumah dan barang-barang pasien seperti kipas angin yang cenderung berdebu, ditambah keluarga pasien sering merokok di dalam rumah dan membakar sampah di halaman depan. Secara keseluruhan, derajat fungsional pasien termasuk ke dalam derajat 1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit. Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah pemberian edukasi dan konseling kepada pasien dan anggota keluarga lainnya mengenai dermatitis atopik dan asma, mulai dari penyebab hingga terapi dan komplikasi yang dapat terjadi. Intervensi bertujuan untuk menghilangkan lesi, mengurangi/mencegah kekambuhan, dan mengurangi derajat keparahan gejala bila terjadi kekambuhan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient- centered* dan *family-focused*.

Terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan yaitu mengedukasi pasien untuk menghindari faktor pencetus dermatitis atopik yaitu bahan iritan maupun alergen, suhu ekstrim, makanan dan stress. Selain itu dengan memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit yang optimal dengan mandi dengan air hangat tidak lebih dari 10 menit menggunakan sabun pH rendah, hipoalergenik berpelembab, 3 menit setelah mandi oleskan pelembab yang mengandung humektan, emolien dan oklusif atau mengandung bahan fisiologis (lipid, seramid, *Natural Moisturizing Factor*). Pasien juga disarankan mengendalikan dan mengeliminasi siklus gatal-garuk. Edukasi pasien untuk menghindari pencetus asma, yaitu asap, bulu binatang, debu, bau-bauan yang menyengat, serbuk sari tanaman, perubahan cuaca, kelelahan, dan stress serta menghindari aktivitas yang berhubungan dengan binatang peliharaan atau tanaman yang dapat menjadi pencetus asma.

Terapi farmakologi yang diberikan pada pasien yaitu betamethasone valerate krim 0,1%, dioleskan 2 kali sehari pada lokasi gatal sampai lesi hilang atau 14 hari. Kemudian diberikan pula hydrocortisone krim 2,5% apabila lesi sudah terkontrol, dioleskan secara intermiten 2 kali dalam seminggu pada daerah yang sering timbul lesi (*hot spot*). Terapi sistemik berupa Chlorpheniramine maleate 4 mg 3 kali sehari bila gatal. Terapi asma yang diberikan yaitu salmeterol 50 mcg – fluticasone propionate 250 mcg powder inhaler 2 kali sehari, 1 hisapan dan fenoterol hydrobromide inhaler 100 mcg 2 hisapan bila sesak. Selain memberikan terapi kepada pasien, keluarga pasien juga diberikan edukasi mengenai penyebab dan faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopik, kemungkinan terjadinya dermatitis atopik dan asma pada anggota keluarga lain, rutin membersihkan rumah dari debu, tidak merokok di dalam rumah, memindahkan pembakaran sampah ke halaman belakang yang lebih luas sehingga lebih jauh dari rumah serta rutin membersihkan kipas angin yang berdebu menggunakan lap basah. Setelah dilakukan intervensi, dilakukan evaluasi kembali terhadap pasien dan keluarganya untuk menentukan diagnostik holistik akhir. Aspek personal pada pasien yaitu bintik-bintik kehitaman yang terasa gatal pada kedua lengan atas, kedua lipat siku dan leher sudah menghilang. Kekhawatiran pasien sudah berkurang karena keluhan gatal sudah menghilang. Pasien juga sudah mengetahui cara pengobatan dermatitis atopik yang benar.

Aspek klinis pasien yaitu Dermatitis atopik (ICD-10: L20.9) dan Asma bronkial intermiten ringan (ICD-10: J45.20). Aspek risiko internal pada pasien yaitu adanya riwayat penyakit atopik berupa asma pada pasien dan ibunya, usia lanjut yang mengakibatkan kulit kering. Lalu pasien sudah mengetahui faktor-faktor pencetus dermatitis atopik, anjuran mengenai mandi menggunakan sabun bayi dengan pH rendah dan tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal. Pasien juga sudah mengerti faktor-faktor pencetus asma dan menggunakan masker saat memberi makan ayam dan mengurus tanaman di rumah. Aspek risiko eksternal pada pasien yaitu keluarga pasien sudah mengetahui faktor-faktor pencetus dermatitis atopik, rumah dan kipas sudah dibersihkan dari debu, suami dan anak pasien tidak lagi merokok di dalam rumah, dan tidak lagi membakar sampah di halaman depan. Secara keseluruhan derajat fungsional pasien termasuk ke dalam derajat 1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Penegakkan diagnosis klinis dermatitis atopik pada Ny. UK berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang memenuhi 3 kriteria mayor dan 3 kriteria minor dermatitis atopik Hanifin-Rajka.

Tabel 1. Kriteria DA Hanifin-Rajka

Kriteria Mayor :

1. Pruritus (gatal)
 2. Morfologi sesuai umur dan distribusi lesi yang khas
 3. Bersifat kronik residif
 4. Ada riwayat atopi individu atau keluarga
-

Kriteria Minor :

1. Hiperpigmentasi daerah periorbita
2. Tanda *Dennie-Morgan*
3. Keratokonus
4. Konjungtivitis rekuren
5. Katarak subkapsuler anterior
6. *Cheilitis* pada bibir
7. *White dermatographisme*
8. *Pitiriasis Alba*
9. Fissura pre-aurikular
10. Dermatitis di lipatan leher anterior
11. *Facial pallor*
12. Hiperliniar palmaris
13. Keratosis palmaris
14. Papul perifolikular hyperkeratosis
15. Xerotik
16. Iktiosis pada kaki
17. *Eczema of the nipple*
18. Gatal bila berkeringat
19. Awitan dini
20. Peningkatan Ig-E serum
21. Reaktivitas kulit tipe cepat (tipe 2)
22. Kemudahan mendapat infeksi stafilokokus dan herpes simpleks
23. Intoleransi makanan
24. Intoleransi bulu binatang
25. Perjalanan penyakit dipengaruhi faktor lingkungan dan emosi
26. Tanda Hertoghe (kerontokan alis bagian lateral)

Pasien mengeluhkan muncul bintik-bintik kehitaman disertai rasa gatal di kedua lipatan siku, kedua lengan atas dan leher sejak 1 minggu lalu. Keluhan serupa pernah dirasakan berulang beberapa kali di bagian tubuh yang sama sejak tahun 2010 dan pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga kulitnya terasa menebal, kering dan bersisik. Gatal dirasakan memberat saat berkeringat. Pasien dan ibu pasien memiliki riwayat asma, selain itu pasien sering merasakan matanya gatal dan berair. Pada regio brachii bilateral, cubiti bilateral dan cervicalis anterior tampak papul hiperpigmentasi berbatas tegas, jumlah multipel berbentuk bulat, ukuran milier tersebar diskret, disertai skuama halus selapis berwarna putih kering dan likenifikasi. Gambaran dan lokasi lesi sesuai dengan karakteristik dermatitis atopik fase dewasa, yaitu bentuk lesi kronik, kering, papul/plak eritematosa, skuama dan likenifikasi pada lipatan fleksural, wajah, leher, lengan atas, punggung serta bagian dorsal tangan, kaki, jari tangan dan jari kaki (Feldman dkk., 2019).

Keluhan dermatitis atopik ini berhubungan dengan asma yang diderita pasien dan penyakit atopik lain seperti rhinitis alergi. Istilah “atopik” pertama kali diperkenalkan oleh Coca dan Cooke pada tahun 1923, yang berarti sekumpulan penyakit pada individu yang mempunyai riwayat alergi dan hipersensitivitas. Alergi adalah reaksi hipersensitivitas yang diinisiasi oleh mekanisme imunologis spesifik yang diperantarai IgE. Alergen yang dapat mencetuskan dermatitis atopik dan asma antara lain makanan, tungau, jamur dan serbuk sari tanaman, dan alergen inhalan (Munthaha dkk., 2021); (Ayuningati dkk., 2018). Pasien memiliki riwayat asma dan rutin kontrol ke dokter spesialis paru setiap bulan. Gejala asma muncul 1 kali dalam sebulan terakhir dan tidak ada keterbatasan aktivitas. Tidak ada keluhan terbangun di malam hari akibat sesak. Keluhan sesak muncul jika pasien melakukan aktivitas fisik yang berat atau ketika ada tekanan emosional. Suami dan anak pasien merupakan perokok aktif, dan keluarga pasien rutin

membakar sampah di halaman depan rumah setiap hari. Berdasarkan klasifikasi derajat asma menurut GINA (2020) asma yang diderita pasien termasuk asma intermiten. Dalam keadaan stabil tanpa gejala, pemeriksaan fisik pasien biasanya tidak ditemukan kelainan. Saat sedang bergejala batuk atau sesak, dapat terdengar *wheezing*, baik yang terdengar langsung maupun dengan stetoskop (Perdani, 2019).

Tabel 2. Klasifikasi Asma

	Gejala	Gejala Malam	Faal Paru
Intermiten	Bulanan		APE $\geq$ 80%
	Gejala <1x/minggu	<2x /bulan	VEP1 $\geq$ 80% pred
	Tanpa gejala diluar serangan		APE $\geq$ 80% terbaik
	Serangan singkat		Variability APE<20%
Persisten Ringan	Mingguan		APE>80%
	Gejala >1x/minggu tetapi <1x/hari	>2x/ bulan	VEP1 $\geq$ 80% pred APE $\geq$ terbaik Variabiliti APE 20-30%
	Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur		
Persisten Sedang	Harian		APE 60-80%
	Gejala setiap hari	>1x/ minggu	VEP160-80% pred APE 60-80% terbaik
	Serangan mengganggu aktivitas dan tidur		
	Membutuhkan bronkodilator setiap hari		Variability APE >30%
Persisten Berat	Kontinyu		APE $\leq$ 60%
	Gejala terus menerus	Sering	VEP1 $\leq$ 60% pred
	Sering kambuh		APE $\leq$ 60% terbaik Variability APE>30%
	Aktivitas fisik terbatas		

Tatalaksana farmakologi dermatitis atopik yang diberikan kepada pasien adalah betamethasone valerate krim 0,1% yang dioleskan 2 kali sehari pada bagian tubuh yang gatal sampai lesi hilang atau 14 hari. Terapi kortikosteroid topikal untuk dermatitis atopik bersifat efektif, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan, dan harganya terjangkau. Pemilihan kortikosteroid topikal potensi sedang menyesuaikan lokasi lesi yang terletak pada fleksura yang dengan struktur kulit yang lebih tipis. Setelah lesi hilang dapat diberikan kortikosteroid potensi rendah berupa hydrocortisone krim 2,5% 2 kali dalam seminggu pada daerah yang sering timbul lesi sebagai terapi pemeliharaan (Wasitaatmadja & Norawati, 2018). Kejadian dermatitis seboroik berhubungan dengan beberapa faktor risiko, salah satunya adalah jenis kelamin. Pria memiliki insiden dua kali lebih besar daripada wanita, terkait dengan stimulasi hormon androgen, menghasilkan aktivitas sebaceous untuk menghasilkan lebih banyak sebum.

Peningkatan sebum dapat menginduksi proliferasi *Malassezia* dan memicu dermatitis seboroik (Silvia dkk., 2020).

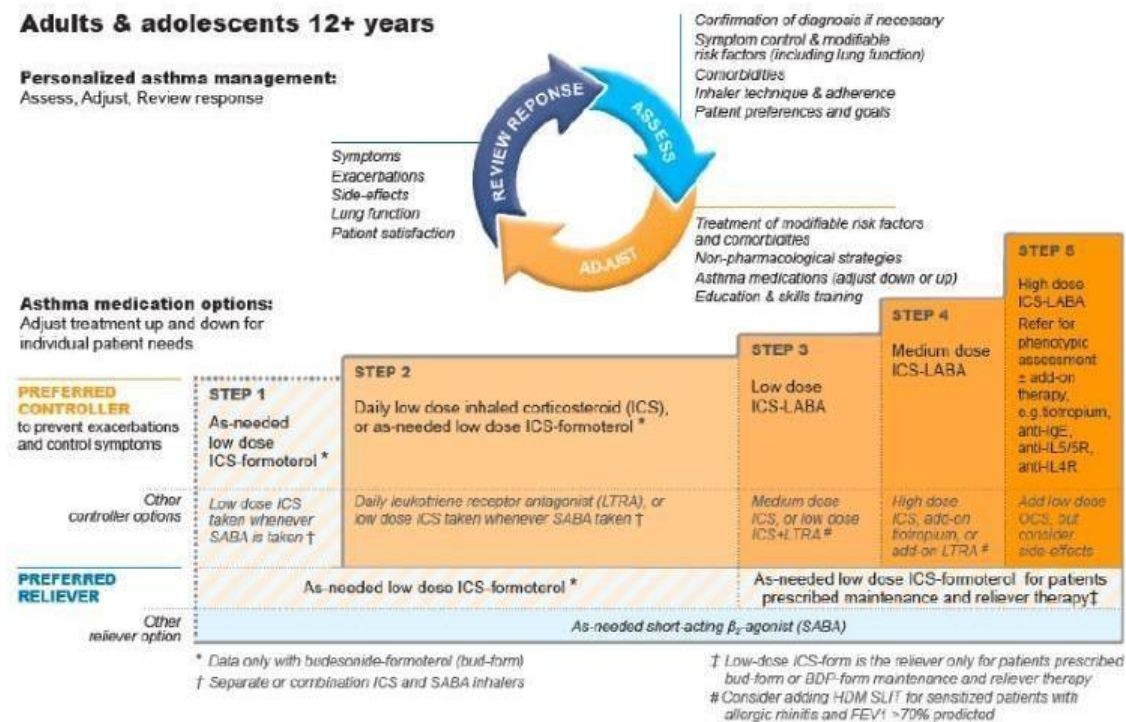
Terapi antihistamin oral berupa chlorpheniramine maleate 4 mg diberikan untuk mengurangi keluhan gatal. Dengan demikian dapat mencegah garukan yang memperburuk kondisi lesi. Pasien mengeluhkan tidak bisa tidur di malam hari akibat gatal yang mengganggu, sehingga dipilihkan antihistamin golongan pertama yang memiliki efek sedatif (Wasitaatmadja & Norawati, 2018). Kortikosteroid sistemik tidak diberikan pada pasien karena lesinya tidak luas. Kortikosteroid sistemik seperti prednison, metilprednisolon, dan triam sinolon bisa diberikan dalam waktu singkat (sampai dengan 1 minggu) untuk dermatitis atopik eksaserbasi akut/kronik/berat/ luas. Penggunaan kortikosteroid jangka waktu lama tidak dianjurkan (Wollenberg dkk., 2018). Gejala klinis pasien tidak menunjukkan adanya infeksi sekunder bakteri, sehingga tidak diberikan terapi antibiotik. Antibiotik sistemik dapat diberikan jika ada infeksi sekunder yang luas atau tidak berespons dengan antibiotik topikal. Pilihan antibiotik lini pertama yaitu amoksisilin-klavulanat, sefalekssin. Bila alergi penisilin dapat diberikan eritromisin. Lini kedua yaitu eritromisin, sefalosporin generasi 2, *methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) (Chan et al., 2021). Tatalaksana asma pada pasien ini yaitu Salmeterol 50 mcg – Fluticasone propionate 250 mcg powder inhaler 2 kali sehari sebagai *controller* dan Fenoterol hydrobromide inhaler 100 mcg sebagai *reliever*. Global Initiative for Asthma (GINA) merekomendasikan pengobatan asma pada orang dewasa dan remaja diberikan *controller* yang mengandung kortikosteroid inhalasi untuk mengurangi risiko eksaserbasi dan untuk mengendalikan gejala. Pemberian *reliever* berupa kortikosteroid inhalasi – formoterol (Sánchez et al., 2021).

Tatalaksanana non farmakologi berupa edukasi dan melakukan kunjungan rumah. Kunjungan pertama dilakukan pada 14 November 2021. Pada kunjungan pertama dilakukan pengenalan dengan pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, anamnesis keluarga, riwayat penyakit yang diderita, pendataan keadaan rumah, serta kemungkinan faktor risiko diikuti dengan anamnesis holistik yang mencakup aspek biologi, psikososial, sosial, ekonomi dan perilaku pasien beserta keluarganya. Dari hasil anamnesis didapatkan faktor risiko internal berupa adanya riwayat atopik pada pasien dan ibu pasien dan faktor usia lanjut yang menyebabkan kulit menjadi kering. Selain itu pasien belum mengetahui penggunaan sabun pH rendah serta penggunaan pelembab untuk memperbaiki fungsi sawar kulit. Pasien juga belum mengetahui bahwa menggaruk bagian yang gatal dapat memperburuk kondisi kulitnya dan belum mengetahui secara pasti apa yang menjadi pencetus asma yang diderita dan masih rutin memberi makan ayam dan mengurus tanaman tanpa menggunakan masker. Faktor risiko eksternal yang didapatkan yaitu Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit atopik yang bersifat genetic dan apa saja pencetus dermatitis atopik. Keadaan rumah pasien juga tergolong berdebu akibat tidak adanya plafon, dan kipas di kamar pasien juga berdebu karena jarang dibersihkan. Suami dan anak pasien sering merokok di dalam rumah, dan keluarga pasien setiap hari membakar sampah di halaman depan rumah. Di akhir kunjungan pasien diberikan 10 pertanyaan *pre- test* mengenai dermatitis atopik dan asma untuk mengevaluasi pengetahuan pasien secara umum.

Kunjungan kedua dilakukan pada 21 November 2021 untuk melakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal. Pasien dan anggota keluarganya dijelaskan mengenai penyakit pasien berupa dermatitis atopik dan asma, serta apa saja pencetusnya. Dijelaskan pula bahwa penyakit tersebut tidak menular, namun bersifat genetik sehingga dapat diturunkan ke anak maupun cucu pasien. 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, menghindari merokok atau jika tetap ingin merokok sebaiknya tidak di dalam rumah, serta memindahkan tempat pembakaran sampah yang tadinya dilakukan di halaman depan menjadi di halaman belakang yang lebih luas sehingga asapnya tidak masuk ke dalam rumah. Pasien

disarankan untuk tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal karena dapat memperburuk keadaan kulitnya. Pasien juga disarankan untuk mengganti pemakaian sabun menjadi sabun bayi yang memiliki pH rendah dan menggunakan pelembab setelah mandi untuk memperbaiki keadaan kulit yang kering. Aktivitas memberi makan ayam dan mengurus tanaman bisa dialihkan kepada anak atau menantu pasien, untuk mencegah terkena paparan bulu maupun debu serta serbuk sari, atau bisa tetap dilakukan dengan menggunakan masker.

Box 7A. The GINA asthma treatment strategy – adults and adolescents



Gambar 4. Terapi asma dewasa dan remaja

Penderita dermatitis atopik 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) yang menyebabkan kerusakan sawar kulit. Dengan demikian penetrasi alergen, iritasi, dan infeksi menjadi lebih mudah (Putri et al., 2019). Dermatitis atopik adalah penyakit alergi yang sering diyakini bersifat genetik atau turun temurun dan sering terjadi pada keluarga yang anggotanya juga memiliki gangguan asma (Alini, 2018). Salah satu masalah yang sering terjadi pada keluarga dengan tahap perkembangan lansia adalah penyakit degeneratif seperti hipertensi (Murwani et al., 2022). Dermatitis kontak protein adalah reaksi hipersensitivitas kulit setelah paparan kronis, berulang atau iritasi kronis terhadap protein hewani atau nabati (Ashbaugh et al., 2021). Obat sistemik terapeutik hampir tidak pernah menyebabkan reaktivasi tes patch yang sebelumnya positif dan jarang dermatitis kontak alergi sebelumnya (Groot, 2022). Meskipun jumlah pasien terbatas, hasil kami memberikan wawasan berharga tentang perilaku dermatitis kontak pada pasien dengan dermatitis atopik dan dengan psoriasis (García-Souto et al., 2020).

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 dermatitis atopik. 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 (Chairunnisa et al., 2020). Kriteria terbanyak yang dimiliki oleh penderita adalah kriteria dengan kelompok dewasa dan jenis kelamin perempuan (Gunawan, 2022). Dilaporkan satu kasus dermatitis atopik, yang memberikan respon baik terhadap pengobatan dengan kortikosteroid topikal dan antihistamin (Waspodo, 2019). Dermatitis atopik atau eksim atopik adalah penyakit inflamasi kulit dengan insiden yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Dermatitis atopik sangat mengganggu kualitas hidup penderita. Terapi yang diberikan bertujuan untuk mengurangi dan mengontrol gejala. Pengobatan lini pertama dermatitis atopik adalah emolien dan obat topikal seperti kortikosteroid topikal (Intan, 2021). Probiotik terutama strain bakteri campuran, sangat bermanfaat sebagai pengobatan dan pencegahan DA (Sie Shun Ling et al., 2021).

Kunjungan ketiga dilakukan pada 28 November untuk melakukan evaluasi dari intervensi yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan dengan melihat kondisi klinis pasien, kondisi rumah, perubahan pengetahuan yang dinilai dari *post-test*, serta perubahan perilaku pasien dan keluarga. Didapatkan hasil berupa bercak gatal pada kulit yang sudah hilang. Keadaan rumah serta barang-barang di dalamnya seperti kipas angin yang sudah lebih bersih dan tidak berdebu. Pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit dermatitis atopik dan asma serta apa saja yang menjadi pencetusnya sudah lebih baik dari sebelumnya, dilihat dari peningkatan nilai posttest sebesar 40 poin. Pasien juga sudah mengganti sabun yang digunakan menjadi sabun bayi, namun belum memakai pelembab setelah mandi. Pasien sudah tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal. Aktivitas memberi makan ayam dan mengurus tanaman masih dilakukan sendiri oleh pasien dengan menggunakan masker. Suami dan anak pasien masih merokok, namun tidak lagi di dalam rumah. Pembakaran sampah yang sebelumnya dilakukan di halaman depan sudah dipindahkan ke halaman belakang sehingga lebih jauh dari rumah.

Simpulan dan Saran

Diagnosis dermatitis atopik dan asma bronkial dapat ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Didapatkan faktor internal pasien yaitu adanya riwayat asma pada pasien dan ibunya, usia lanjut, aktivitas sehari-hari yang kontak dengan ayam dan tanaman, serta kurangnya pengetahuan mengenai pencetus dermatitis atopik dan asma, penggunaan sabun bayi dan pelembab untuk memperbaiki fungsi sawar kulit, dan anjuran untuk tidak menggaruk bagian tubuh yang gatal. Faktor eksternal yang diketahui yaitu keadaan rumah dan barang-barang yang berdebu akibat tidak adanya plafon, suami dan anak yang sering merokok di dalam rumah, kebiasaan membakar sampah di halaman depan, serta kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor-faktor pencetus asma dan dermatitis atopik yang bersifat genetik. Telah dilakukan farmakologi dan non-farmakologi 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 Rujukan

- Alini, A. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Atopik Di Puskesmas Bangkinang Kota. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(2 SE-Articles), 33–42. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v2i2.78>
- Ashbaugh, A. G., Abel, M. K., & Murase, J. E. (2021). Protein Causes of Urticaria and Dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 41(3), 481–491. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2021.04.008>
- Ayuningati, L. K., Murtiastutik, D., & Hoetomo, M. (2018). Perbedaan kadar malondialdehid (MDA) pada pasien dermatitis atopik dan nondermatitis atopik. *Berkala Ilmu Kesehatan*

- Kulit Dan Kelamin*, 30(1), 58–65. <http://repository.unair.ac.id/id/eprint/95894>
- Chairunnisa, I., Wijayadi, L. J., & Dewi Nataprawira, S. M. (2020). Gambaran Kadar Hidrasi Kulit Dan Kejadian Dermatitis Kontak Iritan Pada Petugas Kebersihan Di Universitas Tarumanagara. *Jurnal Bakti Masyarakat Indonesia*, 3(1).
<https://doi.org/10.24912/jbmi.v3i1.8036>
- Chan, T. C., Wu, N.-L., Wong, L.-S., Cho, Y.-T., Yang, C.-Y., Yu, Y., Lai, P.-J., Chang, Y.-T., Shih, I.-H., Lee, C.-H., & Chu, C.-Y. (2021). Taiwanese Dermatological Association consensus for managing atopic dermatitis: A 2020 update. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(1), 429–442. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.06.008>
- Effendi, A., Silvia, E., Nurmalasari, Y., & Lawren, J. (2020). Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Angka Kejadian Dermatitis Atopik Di Poliklinik Kulit Dan Kelamin Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019. *Jurnal Medika Malahayati*, 4(2), 104–111. <https://doi.org/10.33024/jmm.v4i2.2497>
- Feldman, S. R., Cox, L. S., Strowd, L. C., Gerber, R. A., Faulkner, S., Sierka, D., Smith, T. W., Cappelleri, J. C., & Levenberg, M. E. (2019). The challenge of managing atopic dermatitis in the United States. *American Health & Drug Benefits*, 12(2), 83.
<https://www.mendeley.com/catalogue/78a9e590-182d-36d8-95c0-694992528888>
- García-Souto, F., Lorente-Lavirgen, A. I., Bernabéu-Wittel, J., Rojas, C., & Lorente, R. (2020). Long-lasting contact dermatitis in patients with atopic dermatitis or psoriasis. *Australasian Journal of Dermatology*, 61(4), 342–345. <https://doi.org/10.1111/ajd.13367>
- Goujon, C., Nicolas, J. F., & Nosbaum, A. (2019). Methotrexate in atopic eczema. Comments to: Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part <scp>II</scp>. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(4), 657–682. <https://doi.org/10.1111/jdv.15386>
- Groot, A. C. (2022). Systemic allergic dermatitis (systemic contact dermatitis) from pharmaceutical drugs: A review. *Contact Dermatitis*, 86(3), 145–164.
<https://doi.org/10.1111/cod.14016>
- Gunawan, S. M. (2022). *Profil Kriteria Minor Hanifin Rajka (Hiperpigmentasi Orbital, Hertoghe, dan Dennie-Morgan) Pada Penderita Dermatitis Atopik di RS Sentra Medika Cislak Depok Jawa Barat*. Universitas Kristen Indonesia. <http://repository.uki.ac.id/id/eprint/7631>
- Intan, R. A. (2021). *Efektivitas Fototerapi Narrowband Uvb Pada Dermatitis Atopik Dewasa: Sebuah Tinjauan Naratif*. Universitas Andalas. <http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/96520>
- Moyle, M., Cevikbas, F., Harden, J. L., & Guttman-Yassky, E. (2019). Understanding the immune landscape in atopic dermatitis: The era of biologics and emerging therapeutic approaches. *Experimental Dermatology*, 28(7), 756–768. <https://doi.org/10.1111/exd.13911>
- Munthaha, M. I. A., Widayati, R. I., Afriliana, L., & Candra, A. (2021). Characteristics Of Atopic Dermatitis In Puskesmas (Public Health Center) Masaran 1 Sragen Regency. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 10(1), 27–34.
<https://doi.org/10.14710/dmj.v10i1.29557>
- Murwani, A., Hidayah, S. N., Kusumasari, V., & Hikmawati, A. N. (2022). Analisis Terapi Bekam Sebagai Intervensi Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Keluarga Dengan Tahap Perkembangan Lansia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 147–152.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.721>
- Paller, A. S., & Mancini, A. J. (2020). *Paller and Mancini-Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology E-Book: A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence*. Elsevier Health Sciences.
<https://books.google.co.id/books?id=H3UrEAAQBAJ&lpg=PP1&ots=qZKb1lGs4dq>
- Perdani, R. R. W. (2019). Asma Bronkial pada Anak. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 3(1), 154–159. <https://doi.org/https://doi.org/10.23960/jkunila31154-159>

- Putri, W. E., Faizin, M. F., Khamidah, K., & Ainiyah, N. (2019). Profil Kelainan Kulit Pada Pasien Dermatitis Atopik Anak Dan Dewasa. *Journal of Health Sciences*, 12(1), 102–109. <https://doi.org/10.33086/jhs.v12i1.871>
- Sánchez, J., Morales, E., Santamaria, L.-C., Acevedo, A.-M., Calle, A., Olivares, M., Gomez, C., Amaya, D., & Cardona, R. (2021). IgE, blood eosinophils, and FeNO are not enough for choosing a monoclonal therapy among the approved options in patients with type 2 severe asthma. *World Allergy Organization Journal*, 14(3), 100520. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100520>
- Sie Shun Ling, M., Kurniawan, M., & -, B. (2021). Peran Probiotik sebagai Pencegahan Dermatitis Atopi. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(1), 44. <https://doi.org/10.55175/cdk.v48i1.1267>
- Silvia, E., Anggunan, A., Effendi, A., & Nurfaridza, I. (2020). Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Angka Kejadian Dermatitis Seboroik. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 9(1 SE-Articles). <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.216>
- Susanto, P. M. (2022). Tatalaksana Dermatitis Atopik Pada Anak. *Jurnal Medika Utama*, 3(02 Januari), 2248–2260. <http://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/444>
- Wasitaatmadja, S. M., & Norawati, L. (2018). *Pedoman Diagnosis dan Tatalaksana Melasma di Indonesia*. Universitas Indonesia Publishing. <https://www.mendeley.com/catalogue/e7b77ab5-3156-3d95-91f5-a546e8ed77c9/>
- Waspodo, N. N. (2019). Dermatitis Atopik pada Anak. *UMI Medical Journal*, 3(1), 59–67. <https://doi.org/10.33096/umj.v3i1.35>
- Wilvestra, S., Lestari, S., & Asri, E. (2018). Studi Retrospektif Kanker Kulit di Poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RS Dr. M. Djamil Padang Periode Tahun 2015-2017. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7, 47. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.873>