

## PREVELENSI DERMATITIS ATOPIK: LAPORAN KASUS PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS: A CASE REPORT

Wisnu Yusron Muhlasin<sup>1</sup>, Asrawati Sofyan<sup>2</sup>, Rahma<sup>3</sup>, Ajutor<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

<sup>2</sup>Departemen Infeksi Tropis dan Traumatologi, Fakultas Kedokteran, universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

<sup>3</sup>Departemen Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

<sup>4</sup>Departemen Anestesi, Fakultas Kedokteran, universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

\*Correspondent Author: [wisnuucon45@gmail.com](mailto:wisnuucon45@gmail.com)

### ABSTRACT

**Introduction:** The skin inflammation called atopic dermatitis (AD), also known as atopic eczema, is a persistent, itchy dermatitis that affects certain areas of the body, especially the face in infants and the flexural parts of the extremities in children. The prevalence of atopic dermatitis ranges between 0.3% and 20.5% in 56 countries. The prevalence of AD in adults ranges from 1 to 3 percent, with a male-to-female ratio of 1.3:1. In other industrialized countries, AD is 10-20% in children in the United States, Northern and Western Europe, Africa, Japan, and Australia. In children, the prevalence is 5-15%, and in adults 2%-10%. AD in American adults is 0.9%. Treatment of atopic dermatitis should include both prevention and treatment, as the condition is long-term and relapses frequently.

**Case Report:** This case report consists of 7 cases diagnosed with atopic dermatitis according to Hanifin-Rajika criteria by fulfilling mayor-minor criteria, the prevalence in these cases ranged from 3 months of age to 62 years of age. Each case has a different efflorescence, erythematous macular efflorescence can be found in infants and children, while adults have hyperpigmented macular efflorescence.

**Conclusion:** This journal shows 7 case reports of atopic dermatitis with prevalence ranging from infancy (3 months) to adulthood (62 years) and each case has a different predilection area.

**Keywords:** Atopic Dermatitis, Hyperpigmented Macula, Erythematous Macula.

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Peradangan kulit yang disebut dermatitis atopik (DA), juga dikenal sebagai eczema atopik, adalah dermatitis yang terus-menerus, disertai rasa gatal, yang mengenai beberapa area tubuh tertentu, terutama di wajah pada bayi dan bagian fleksural ekstremitas pada anak. prevalensi dermatitis atopik berkisar antara 0,3% dan 20,5% di 56 negara. Prevalensi DA pada orang dewasa berkisar antara 1 hingga 3 persen, dengan perbandingan antara laki-laki dan perempuan 1,3:1. Di negara-negara industry lainnya, DA sebesar 10-20% pada anak-anak di Amerika Serikat, Eropa Utara dan Barat, Afrika, Jepang, dan Australia. Pada anak-anak, prevalensinya 5-15%, dan pada orang dewasa 2-10 %. DA pada dewasa Amerika 0,9%. Terapi dermatitis atopik harus mencakup pencegahan dan pengobatan sekaligus, karena kondisi ini bersifat jangka panjang dan sering kambuh.

**Laporan Kasus:** laporan kasus ini terdiri dari 7 kasus yang terdiagnosis dermatitis atopik menurut kriteria Hanifin-Rajika dengan memenuhi kriteria mayor-minor, prevelensi pada kasus ini mulai dari usia 3 bulan sampai usia 62 tahun. Setiap kasus memiliki efloresensi yang berbeda, tampilan makula eritematous dapat ditemukan pada pada bayi dan anak, sedangkan pada usia dewasa memiliki efloresensi makula hiperpigmentasi

**Kesimpulan:** Jurnal ini menunjukkan 7 laporan kasus dermatitis atopik yang memiliki prevalensi mulai dari usia bayi (3 bulan) sampai dewasa (62 Tahun) dan setiap kasus memiliki area predileksi yang berbeda.

**Kata Kunci :** Dermatitis Atopik, Makula Hiperpigmentasi, Makula Eritematous.

## PENDAHULUAN

Dermatitis atopik (DA) adalah kondisi kulit yang mengalami peradangan yang berlangsung lama dan permanen, disertai dengan gatal yang biasanya terjadi pada bayi dan anak-anak. Keadaan ini sering dikaitkan dengan peningkatan IgE dalam serum dan riwayat atopi keluarga atau penderita sebelumnya, seperti dermatitis atopik, rhinitis alergi, atau asma bronchial.<sup>(1)</sup>

Ada dua jenis DA, dengan bentuk alergik yang paling umum (antara 70% dan 80% pasien) disebabkan oleh sensitisasi terhadap alergen di sekitarnya bersama dengan peningkatan kadar IgE serum. Jenis lain, yang disebut intrinsik atau non alergik, ditemukan pada antara dua puluh hingga tiga puluh persen pasien. Mereka memiliki kadar IgE yang rendah dan tidak sensitif terhadap alergen lingkungan.<sup>(2)</sup>

Dermatitis atopik disebabkan oleh berbagai faktor multifaktorial, tetapi penyebabnya tidak diketahui. Faktor ekstrinsik termasuk alergen hirup, makanan, mikroorganisme, perubahan suhu, dan trauma. Predisposisi genetik, kelainan fisiologi dan biokimia kulit, disfungsi imunologis, interaksi psikosomatik, dan disregulasi atau ketidakseimbangan sistem saraf otonom adalah faktor intrinsik.<sup>(3)</sup>

Faktor-faktor genetik juga berkontribusi pada pathogenesis DA; ini termasuk peran kromosom 5q31-33, kromosom 3q21, dan kromosom 1q21 dan 17q25. Juga melibatkan gen yang tidak berhubungan dengan reaksi alergi. HLA-A3 dan HLA-A9 meningkat, yang berarti lebih dari seperempat anak dari seorang ibu yang menderita atopi keluarga

akan mengalami DA pada tiga bulan pertama kehidupan mereka. Jika salah satu orang tuanya menderita atopi, lebih dari separuh anak akan mengalami gejala alergi sampai usia dua tahun, dan jika kedua orangtua menderita atopi, angka ini meningkat sampai 79%. Risiko mewarisi DA lebih tinggi pada ibu daripada ayah.<sup>(5)</sup> Sebagian besar pathogenesis DA, termasuk kelainan intrinsik sawar kulit, disebabkan oleh hilangnya ceramide di kulit, yang merupakan molekul utama yang mengikat air di ruang ekstraseluler stratum korneum. Metabolisme lipid kulit dapat berubah karena variasi pH kulit. Kelainan dalam fungsi sawar menyebabkan kehilangan air transepidermal lebih banyak, kulit menjadi kering, dan alergen, iritan, bakteri, dan virus dapat masuk ke kulit. Bakteri pada pasien DA mensekresi ceramide, yang mengakibatkan kulit kering.<sup>(2)</sup> Histamine dianggap sebagai zat penting dalam kelainan sistem kekebalan yang menyebabkan reaksi dan pruritus. Histamin menekan kemotaksis dan menghambat produksi sel T. Lesi dermatitis atopik jangka panjang meningkatkan sel mast. Sel ini dapat melepaskan histamin. Lesi ekzematosa tidak dapat disebabkan oleh histamin sendiri. Zat tersebut dapat menyebabkan gatal dan eritema, mungkin karena garukan yang menyebabkan luka ekzematosa. Kapasitas untuk menghasilkan IgE yang berlebihan diturunkan secara genetik pada pasien dermatitis atopik. Sama seperti kekurangan sel T penekan. Produksi IgE yang berlebihan disebabkan oleh kekurangan sel ini.<sup>(7)</sup> Faktor lingkungan juga menjadi salah satu penyebab DA; eksaserbasi DA dapat disebabkan oleh

berbagai macam infeksi, seperti jamur, bakteri, dan virus, serta pajanan tungau debu di rumah dan binatang peliharaan.<sup>(4)</sup>

Manifestasi klinis DA berbeda di setiap fase perkembangan kehidupan, dari bayi hingga dewasa. Setiap anak memiliki tingkat keparahan lesi yang berbeda, tetapi secara umum mereka mengalami pola lesi yang sama. Kulit penderita DA biasanya kering, pucat, atau berwarna merah, dengan penurunan kadar lipid di epidermal dan peningkatan kehilangan air melalui epidermis.<sup>(9)</sup>

Penderita DA biasanya memiliki kulit kering, pucat atau berwarna merah, penurunan jumlah lipid di epidermis, dan peningkatan kehilangan air melalui epidermis. Penderita DA biasanya astenik, memiliki intelegensia yang lebih tinggi dari orang lain, sering merasa cemas, egois, frustrasi, agresif, atau tertekan.<sup>(10)</sup>

Pruritus, yang biasanya muncul pada pasien DA, terdiri dari tiga jenis, yaitu:

1. Bentuk bayi (usia 0-2 tahun), Lesi dermatitis atopik awal muncul pada bulan pertama kelahiran dan biasanya akut, sub akut, rekuren, dan simetris di kedua pipi. Sering disebut eksema susu karena terletak di daerah pipi yang berkontak dengan payudara. Eritem berbatas tegas dengan papul dan vesikel miliar yang erosif, eksudatif, dan berkrusta. Tempat predileksi adalah di pipi, ekstremitas bagian flektor, dan ekstensor.<sup>(7)</sup>
2. Bentuk Anak: Anak berusia 2-12 tahun Tidak ada lesi yang muncul sebelum lima tahun. Sebagian merupakan fase bayi yang sama. Lesi seperti likenifikasi, hiperkeratosis, dan hiperpigmentasi tampak pada kondisi kronis. Erosi, eksoriasi linear yang dikenal sebagai starch markings, akan muncul sebagai

akibat dari gatal dan garukan. tempat flektor popliteal, flektor kubital, dan predileksi tengkuk Ini sangat jarang terjadi di wajah. Anak-anak juga dapat mengalami cedera DA di paha dan bokong mereka.<sup>(9)</sup>

3. Jenis Dewasa (usia lebih dari 12 tahun), Orang dewasa sering mengeluh bahwa penyakit mereka kambuh saat mengalami stres, mungkin karena stres menurunkan ambang rangsang gatal. Remaja DA biasanya berlangsung lama kemudian menurun dan membaik (sembuh) setelah 30 tahun, jarang sampai pertengahan usia, dan hanya sebagian kecil yang bertahan sampai tua.<sup>(10)</sup>

Untuk menetapkan diagnostic DA, kriteria William dapat digunakan dalam kehidupan sehari-hari: Kulit gatal (atau tanda garukan pada anak kecil). Ada tiga atau lebih dari tanda-tanda berikut: 1. Menunjukkan perubahan kulit atau kering di fossa cubiti, fosa poplitea, bagian anterior dorsum pedis, atau di sekitar leher (termasuk kedua pipi pada anak di bawah usia 10 tahun). 2. Riwayat asma atau *hay fever* pada anak: atopi dalam keluarga pada anak yang belum berusia 4 tahun atau generasi pertama. 3. Menunjukkan bahwa kulit menjadi kering di akhir tahun. 4. Dermatitis fleksural (pada anak di bawah 4 tahun) yang meliputi pipi, dahi, dan paha bagian lateral. 5. Awitan di bawah usia dua tahun (tidak dinyatakan pada anak usia di bawah empat tahun).<sup>(14)</sup>

Kriteria diagnostik D.A. oleh Hanifin-Rajika sekurang-kurangnya harus memiliki 3 kriteria mayor dan 3 atau lebih kriteria minor. Kriteria mayor meliputi: (a)Pruritus, (b)Dermatitis di muka atau ekstensor pada bayi dan anak, (c)Dermatitis fleksura pada dewasa, (d)Dermatitis kronis atau residif (Menahun dan kambuhan), (e)Riwayat atopik

pada penderita atau keluarga. Sedangkan kriteria mayor meliputi: (a) Xerosis (kulit kering), (b) Infeksi kulit (*S. aureus* dan virus herpes simplek), (c) Dermatitis non sfesifik pada tangan dan kaki, (d) Iktiosis, (e) Ptiriasis alba, (f) Dermatitis di papilla mammae, (g) White dermografisme dan delayed blanch respon, (h) Cheilitis, (i) Lipatan infraorbital Tanda *Dennie-Morgan*, (j) Konjuntivitis berulang, (k) Keratokonus, (l) Katarak subkapsuler anterior, (m) Orbita menjadi gelap, (n) Alergi makanan, (o) Muka pucat atau eritem, (p) Gatal bila berkeringat, (q) Intoleran terhadap wol atau pelarut makanan, (r) Aksentuasi perifolikuler, (s) Hipersensitif terhadap makanan, (t) Perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan atau emosi. <sup>(14,15)</sup>

Dermatitis seboroik adalah diagnosis banding pada anak-anak, sedangkan neurodermatitis adalah diagnosis pada orang dewasa dan anak-anak. Alergi dermatitis kontak, dermatophytosis atau dermatophytids, sindrom defisiensi imun, sindrom Wiskott-Aldrich, sindrom hiper-IgE, dan penyakit neoplastik adalah diagnosis banding lainnya. <sup>(7)</sup>

Terapi DA pada bayi dan anak harus disesuaikan secara individual dan disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit. Pengobatan DA kronik tradisional termasuk menghindari bahan iritan, menghilangkan allergen yang telah terbukti, menghilangkan pengeringan kulit (dengan menghidrasi), menggunakan pelembab (dengan melembabkan), kortikosteroid topical, antibiotik, dan antihistamin, mengurangi stres, dan memberikan edukasi. Fokus penatalaksanaan harus pada kontrol jangka panjang, atau kontrol jangka panjang, bukan hanya untuk mengatasi kekambuhan. <sup>(12)</sup>

Terapi sistemik dengan kortikosteroid

dapat diberikan kepada pasien DA; namun, perlu diperhatikan dosis dan penggunaan jangka panjang, karena penggunaan kortikosteroid memerlukan penurunan perlahan dosis obat, yang dikenal sebagai tapering. Selain itu, untuk membantu mengurangi rasa gatal yang parah, terutama pada malam hari, dapat digunakan antihistamin karena efek sedatif misalnya hidrokisisin atau difenhidramin yang digunakan. Dalam pengobatan DA, anti infeksi dapat digunakan. Koloni *S. aureus* yang belum resisten dapat diobati with eritromisin, asitromisin, atau klaritromisin; koloni yang sudah resisten dapat diobati dengan dikloksasilin atau generasi pertama sefalosporin. <sup>(10)</sup>

Edukasi yang dapat diberikan meliputi fakta bahwa dermatitis atopik (DA) adalah penyakit yang memiliki banyak penyebab dan bahwa perawatan kulit yang tepat penting untuk mencegah kerusakan sawar kulit yang lebih parah dan memperbaiki sawar kulit. Selain itu, penting juga untuk menemukan faktor penyebab penyakit dan menghindari atau menghilangkan faktor penyebab tersebut. <sup>(6)</sup> 75% anak penderita DA akan mengembangkan alergi tambahan di kemudian hari. Infeksi virus dan bakteri lebih mudah menular pada penderita DA. Ini termasuk impetigo, folikulitis, abses, vaksinasi molluscum contagiosum, dan herpes. <sup>(10)</sup>

Sangat sulit untuk meramalkan prognosis DA pada individu. Dalam kasus di mana kedua orangtua mengalami DA, prognosis lebih buruk. Perbaikan spontan terjadi saat anak-anak, tetapi kadang-kadang kembali ketika remaja, dan beberapa kasus tetap ada setelah usia 30 tahun. <sup>(13)</sup>

## LAPORAN KASUS 1

Pasien bayi laki-laki usia 3 bulan datang ke poliklinik Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Undata diantar oleh ibunya dengan keluhan bercak kemerahan (+) pada pipi kiri dan kanan sejak 1 bulan SMRS. Kemudian menyebar ke lengan dan kaki. Sejak keluhan muncul pasien menjadi rewel (+) susah tidur (+) terutama ketika berada diruangan yang panas. Riwayat menggosokkan minyak telon pada tubuh pasien. Riwayat diberikan salep sagenta namun tidak ada perubahan.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan tampak kulit yang mengalami macula eritematous dengan bentuk tidak teratur dan difus, papul, vesikel, skuama psoriasiformis, krusta serta erosi pada wajah, tangan dan kaki.



(a)

(b)



(c)

**Gambar 1.** (a, b, c) terdapat macula eritematous dengan bentuk tidak teratur dan difus, papul, vesikel, skuama psoriasiformis, krusta serta erosi

pada wajah, tangan dan kaki.

## LAPORAN KASUS 2

Pasien anak perempuan umur 11 tahun datang ke Poli RSUD Undata dengan keluhan gatal pada seluruh tubuh. Keluhan dirasakan sejak  $\pm 2$  bulan sebelum masuk RS. Keluhan disertai dengan adanya bercak bercak berwarna hitam diseluruh tubuh. Pasien mengatakan awalnya muncul bintul-bintul pada area dada kemudian menyebar ke area lengan, perut, paha, kaki, serta bokong pasien, setelah itu pasien selalu menggaruknya. Keluhan makin berat saat pasien banyak melakukan aktivitas dan saat berkeringat. Pasien pernah mengeluhkan keluhan yang sama yang sama sebelumnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan Umum Sakit Sedang, Kesadaran Composmentis, pemeriksaan dermatologis :



**Gambar 2.** Regio thorax Tampak beberapa makula hiperpigmentasi dengan ukuran bervariasi dari miliar hingga numular bentuk tidak teratur



**Gambar 3.** Tampak beberapa makula hiperpigmentasi dengan ukuran bervariasi dari

miliar hingga lentikular bentuk tidak teratur, tampak ekskoriiasi pada fossa cubiti bilateral

### LAPORAN KASUS 3

Pasien perempuan berumur 27 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Undata dengan keluhan rasa gatal pada tangan kanannya sejak 7 hari yang lalu. Pasien mengeluh awalnya muncul gatal dan bintik-bintik merah pada siku tangan kanan bagian dalam kemudian menyebar ke lengan tangan kanan atas bagian luar. Sebelumnya pasien sempat memakan makanan seafood yaitu udang. Pasien mengeluh rasa gatal semakin bertambah ketika udara panas dan berkeringat. Pasien juga mengeluhkan kulitnya kering dan seperti bersisik.



**Gambar 4.** Hasil pemeriksaan dermatologis didapatkan Tampak plak eritematosa dengan ukuran yang bervariasi disertai likenifikasi, erosi dan skuama halus pada bagian lateral anterior brachii dextra dan bagian medial fossa cubiti dextra.

### LAPORAN KASUS 4

Pasien laki-laki berumur 45 tahun datang ke Poli Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Undata Palu dengan keluhan pruritus. Awalnya tampak makula eritema yang disertai pruritus pada fleksural cubiti bilateral dan juga di daerah poplitea. Keluhan dirasakan sejak 4 bulan yang lalu. Pruritus muncul saat pasien terkena serbuk semen di tempat kerjanya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan Umum Sakit ringan, Kesadaran Composmentis, pemeriksaan dermatologis :



**Gambar 5.** Terdapat makula hipopigmentasi, papul, likenifikasi disertai skuama halus di kedua ekstremitas atas.

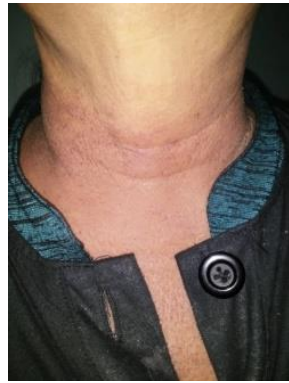


**Gambar 6.** Terdapat makula hipopigmentasi, papul, likenifikasi disertai skuama halus di kedua regio popliteal

### LAPORAN KASUS 5

Pasien perempuan berumur 52 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Undata dengan keluhan rasa gatal pada daerah sekitar leher sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengeluh rasa gatal semakin memberat ketika berkeringat. Pasien juga mengeluhkan kulitnya kering dan bersisik. Hasil pemeriksaan dermatologis didapatkan tampak makula eritematosa dengan ukuran plakat disertai likenifikasi erosi dan skuama pada leher bagian anterior dan lateral leher.





(a)

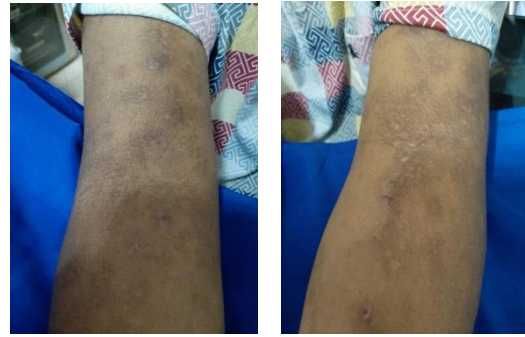


(b)

**Gambar 7.** Tampak makula eritematosa berbatas tidak tegas dengan ukuran plakat disertai likenifikasi, erosi dan skuama halus pada bagian leher anterior (a) dan leher bagian lateral (b)

#### LAPORAN KASUS 6

Pasien laki-laki umur 56 tahun datang keluhan gatal pada area tangan, awalnya muncul bercak kemerahan dan terasa gatal pada area lipatan tangan dan kemudian seluruh area tangan, pada area tangan dan kaki kulitnya mengalami kering dan seperti bersisik keluhan dirasakan sejak 1 tahun lalu, keluhan gatal memberat saat malam hari dan berkeringat. Pasien sudah 2 kali berobat dalam 1 tahun, terakhir pasien berobat 3 bulan yang lalu, namun keluhannya datang kembali. Pasien ada riwayat alergi udang. Keluarga pasien juga mengalami yang sama. Pasien sejak 1 tahun rutin hemodialisa, DM (+) sejak 3 tahun yang lalu.



**Gambar 8.** tampak kulit yang mengalami plak-plak hiperpigmentasi berukuran lenticular sampai nummular pada area ante brachii dektra dan sinistra.

#### LAPORAN KASUS 7

Pasien perempuan umur 62 tahun datang ke poliklinik Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Undata dengan keluhan gatal pada tangan dan kaki. Awalnya muncul bintik-bintik merah dan terasa gatal pada tangan kemudian menyebar sampai ke badan dan kaki. Kemudian pasien mengeluhkan kulit kering pada bagian kaki. Hal ini pernah dialami 1 tahun sebelumnya, sudah pernah diobati di puskesmas dan sembuh. Tidak ada riwayat alergi makanan dan obat-obatan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan Umum Sakit ringan, Kesadaran Compos mentis, pemeriksaan dermatologis :



**Gambar 9.** Tampak papul eritematous dan berukuran miliar di regio ante brachii dextra dan sinistra. Tampak plak hiperpigmentasi disertai likenifikasi dan skuama



**Gambar 10.** Tampak plak hiperpigmentasi disertai likenifikasi, erosi, dan skuama pada dorsum pedis dextra dan sinistra

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil yang didapatkan dari 7 laporan kasus pasien yang datang di Poliklinik RSUD Undata Palu, didapatkan gambaran klinis yang beragam yang ditegakkan sebagai Dermatitis Atopik. Pada kasus ke-1 didapatkan kasus kelainan kulit pada seorang bayi laki-laki berusia 3 bulan dengan keluhan adanya bercak kemerahan pada area pipi kanan dan kiri dari pasien, selain itu keluhan juga menyebar ke area ekstremitas atas maupun bawah pasien. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan kulit yang mengalami macula eritematous dengan bentuk tidak teratur dan difus, papul, vesikel, skuama psoriasiformis, krusta serta erosi pada wajah, tangan dan kaki. Sehingga berdasarkan hasil pemeriksaan pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Infantil, dimana kondisi ini dapat terjadi pada anak usia 2 bulan - 2 tahun, dengan area predileksi pipi, siku, maupun tungkai.

Pada kasus ke-2 didapatkan kasus kelainan kulit pada seorang anak perempuan berusia 11 tahun dengan keluhan bercak kehitaman yang terasa gatal pada beberapa area tubuhnya, seperti pada dada, bokong, perut, tungkai atas serta tungkai bawah. Pada

pemeriksaan dermatologis didapatkan adanya makula hiperpigmentasi dengan ukuran yang bervariasi dari miliar hingga numular berbatas tegas disertai papul-papul di atasnya pada area tubuh yang dikeluhkan pasien. Sehingga berdasarkan hasil pemeriksaan pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Anak, dimana sebagian besar kasus merupakan kelanjutan fase bayi. Pada pasien ini memenuhi syarat umur 2-12 tahun dan memiliki riwayat berulang. Tempat predileksi biasanya pada tengkuk, *fleksor kubital*, dan *fleksor popliteal*. Sangat jarang di wajah. Lesi DA pada anak juga bisa terjadi dipaha dan bokong.

Pada kasus ke-3 didapatkan kasus pada seorang wanita berusia 27 tahun dengan keluhan gatal pada lengan kanan, disertai kulit kering seperti bersisik. Lesi pada pasien ini awalnya muncul pada siku bagian dalam kemudian menyebar ke lengan atas bagian luar. Pasien juga memiliki riwayat berulang dari kondisinya ini. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan adanya plak eritematosa dengan ukuran yang bervariasi disertai likenifikasi, erosi dan skuama halus pada bagian *lateral anterior brachii dextra* dan bagian *medial fossa cubiti dextra*. Sehingga berdasarkan hasil pemeriksaan pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Dewasa, dimana bentuk lesi pada fase dewasa hampir serupa dengan lesi kulit fase akhir anak-anak. Lesi juga biasanya kering dan dapat disertai likenifikasi dan hiperpigmentasi. Tempat predileksi tengkuk serta daerah *fleksor kubital* dan *fleksor popliteal*.

Pada kasus ke-4 didapatkan kasus pada seorang laki-laki berusia 45 tahun dengan keluhan gata-gatal dengan bercak kehitaman pada kedua lengan dan tungkainya, terutama pada bagian persendian. Riwayat Ibu pasien



yang pernah mengalami hal serupa. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan makula hiperpigmentasi difus disertai papul dan likenifikasi dengan skuama halus. Sehingga pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Dewasa, dengan area predileksi pada *fossa cubiti* dan sekitarnya pada kedua lengan, serta area *fossa popliteal* kedua tungkai.

Pada kasus ke-5 didapatkan kasus pada seorang wanita berusia 52 tahun dengan keluhan rasa gatal di daerah leher, yang awalnya muncul sebagai bintik kemerahan yang kemudian menyebar dan menyebabkan kulitnya terasa kering dan bersisik. Pasien memiliki riwayat berulang, riwayat asma, dan alergi makanan. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan makula eritematosa difus berukuran plak disertai likenifikasi, erosi dan skuama halus pada leher pasien. Sehingga pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Dewasa, dimana pasien memenuhi kriteria diagnosa Hanifin-Rajka dengan 3 gejala mayor : pruritus, residif, riwayat asma, serta 3 gejala minor : kulit kering, gatal bila berkeringat, dan riwayat alergi makanan.

Pada kasus ke-6 didapatkan kelainan kulit pada seorang laki-laki berusia 56 tahun dengan keluhan gatal pada area tangannya, awalnya berupa bintik-bintik merah pada siku yang kemudian menyebar ke area lengan sekitar pada kedua tangan pasien. Riwayat keluhan berulang serupa, terdapat riwayat asma serta keluhan serupa pada anggota keluarganya. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan plak-plak hiperpigmentasi berukuran lenticular sampai nummular pada area *ante brachii dextra* dan *sinistra*. Sehingga pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Dewasa.

Pada kasus ke-7 didapatkan kelainan kulit pada seorang wanita berusia 62 tahun

dengan keluhan gatal pada tangan dan kakinya, awalnya berupa bintik kemerahan pada tangan yang kemudian menyebar hingga kaki pasien disertai kulit yang mengering. Pasien ini memiliki riwayat keluhan serupa yang berulang. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan tampakan plak hiperpigmentasi dengan papul eritematous berukuran miliar disertai likenifikasi dan skuama di regio *ante brachii dextra* dan *sinistra* serta regio *ante cruris dextra* dan *sinistra*. Sehingga pasien didiagnosa dengan Dermatitis atopik pada Dewasa.

## KESIMPULAN

Prevalensi dermatitis atopik dapat terjadi pada mulai bayi dan anak, sekitar 50% menghilang saat remaja, tapi terkadang menetap dan bahkan muncul pertama kali saat dewasa. Terdapat 7 laporan kasus menunjukkan prevalensi penyakit dermatitis atopik dapat dialami mulai masa infantil (2 bulan – 2 tahun), masa kanak (2 tahun - 12 tahun) serta masa dewasa (>12 tahun). Penegakkan diagnosa penyakit ini dapat dilakukan melalui kriteria mayor dan minor Hanifin-Rajka. Pengobatan yang paling penting pada dermatitis atopik yaitu pencegahan dan memperbaiki fungsi barrier kulit. Penggunaan moisturizer dapat menghidrasi kulit dan memperbaiki fungsi barrier kulit.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua unit yang terlibat dalam proses pembuatan laporan kasus ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sularsito S.A., & Djuanda A., 2005. Dermatitis. dalam Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. (Ed).IV.Jakarta; Balai Penerbit FK UI; Hal.129-47.

2. Soebaryo R.W., 2009. Immunopathogenesis. Dalam Boediarja S.A., Sugito T.L., Indriatmi W., Devita M., Prihanti S., (Ed). *Dermatitis Atopik*. Balai Penerbit FK UI. Jakarta. Hal. 39-51.
3. Fauzi N., Sawitri, Pohan S.S., 2009. Korelasi antara Jumlah Koloni *Staphylococcus Aureus* & IgE spesifik terhadap Enterotoksin *Staphylococcus Aureus* pada Dermatitis Atopik. Departemen / SMF Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNAIR / RSUD Dr. Soetomo. Surabaya.
4. Roesyanto I.D., & Mahadi., 2009. Peran Alergi Makanan pada Dermatitis Atopik. dalam Boediarja S.A., Sugito T.L., Indriatmi W., Devita M., Prihanti S.,(Ed).
5. Judarwanto W., 2009. *Dermatitis Atopik*. Children Allergy Clinic Information; [www.Childrenallergicclinic.wordpress.com](http://www.Childrenallergicclinic.wordpress.com).
6. Sugito T.L., 2009. Penatalaksanaan Terbaru Dermatitis Atopik. dalam Boediarja S.A., Sugito T.L., Indriatmi W., Devita M., Prihanti S., (Ed). *Dermatitis Atopik*. Balai Penerbit FK UI. Jakarta. Hal. 39-55
7. Mansjoer A., Kuspuji T., Rakhmi S., Wahyu I.W., Wiwiek S.,(Ed). 2001. *Dermatitis Atopik dalam* Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid II. Jakarta. Penerbit Media Aesculapius FKUI. Hal.
8. Endaryanto E., & Harsono A., 2010. Prospek Probiotik dalam pencegahan alergi melalui induksi aktif toleransi imunologis. Divisi Alergi Imunologi Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Anak FK-Unair/RSU Dr. Soetomo Surabaya.
9. Zulkarnain I., 2009. Manifestasi Klinis dan Diagnosis Dermatitis Atopik. *dalam* Boediarja S.A., Sugito T.L., Indriatmi W., Devita M., Prihanti S., (Ed). *Dermatitis Atopik*. Balai Penerbit FK UI. Jakarta. Hal. 39-51
10. Sularsito S.A., & Djuanda A., 2005. *Dermatitis*. dalam Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. (Ed).IV.Jakarta; Balai Penerbit FK UI; Hal.129-47.
11. Simpson E.L., & Hanifin J.M., 2005. Atopic dermatitis. Periodic synopsis. J Am Acad Dermatol. 53(1): 115-28.
12. Kariossentono H., 2006. *Dermatitis Atopik (Eksema)*. Cetakan ILPP UNS dan UNS Press. Surakarta. Hal.8-12.
13. Budiastuti M., Wandita S., Sumandiono., 2007 . Exclusive breastfeeding and risk of atopic dermatitis in a high-risk infant. Berkala Ilmu Kedokteran, Volume 39, No. 4, Hal. 192-198.
14. Linuwih, S. *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*. 7<sup>th</sup> ed. Jakarta: Balai penerbitan FKUI; 2016.129-153p.
15. Baratawijaya, K.G. *Imunologi Dasar*. Jakarta: FK UI.2010 Kariossentono, Harijono. *Dermatitis atopik ( Eksema )* Dari gejala klinis, Reaksi atopik, Peran eosinofil, Tungau debu rumah, Sitokin sampai kortikosteroid pada penatalaksanaannya. UNS Press,Solo.2006.