

- d. Hwang, PH & Getz, A, 2014. Acute Sinusitis and Rhinosinusitis in Adults: Treatment. UpToDate Wolters Kluwer Health. Available at: www.uptodate.com [Accessed June 6, 2014]. (Hwang & Getz, 2014)
- e. Chow, AW et.al, 2012. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clinical Infectious Diseases*, pp.e1-e41. Available at: <http://cid.oxfordjournals.org/> [Accessed June 6, 2014]. (Chow et.al, 2012)
- f. Fagnan, LJ, 1998. Acute Sinusitis: A Cost-Effective Approach to Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, 58(8), pp.1795-1802. Available at: <http://www.aafp.org/afp/1998/1115/p1795.html> [Accessed June 6, 2014]. (Fagnan, 1998)

K. KULIT

1. MILIARIA

No. ICPC-2 : S92 *Sweat gland disease*

No. ICD-10 : L74.3 Miliaria, *unspecified*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Miliaria adalah kelainan kulit akibat retensi keringat yang ditandai oleh adanya vesikel milier. Sinonim untuk penyakit ini adalah biang keringat, keringat buntet, liken tropikus, *prickle heat*. Berdasarkan survey yang dilakukan di Jepang didapatkan 5000 bayi baru lahir menderita miliaria. Survey tersebut mengungkapkan bahwa miliaria kristalina terjadi pada 4,5% neonatus dengan usia rata-rata 1 minggu dan miliaria rubra terjadi pada 4% neonatus dengan usia rata-rata 11-14 hari. Dari sebuah survey yang dilakukan di Iran ditemukan insiden miliaria pada 1,3% bayi baru lahir. Miliaria umumnya terjadi di daerah tropis dan banyak diderita pada mereka yang baru saja pindah dari daerah yang beriklim sedang ke daerah yang beriklim tropis.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan yang dirasakan adalah gatal yang disertai timbulnya vesikel atau bintil, terutama muncul saat berkeringat, pada lokasi predileksi, kecuali pada miliaria profunda.

Faktor Risiko

- a. Tinggal di lingkungan tropis, panas, kelembaban yang tinggi.
- b. Pemakaian baju terlalu ketat.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Tergantung pada jenis atau klasifikasi miliaria.

Klasifikasi miliaria :

- a. Miliaria kristalina
 - 1) Terdiri atas vesikel miliar (1-2 mm), sub korneal tanpa tanda inflamasi, mudah pecah dengan garukan, dan deskuamasi dalam beberapa hari.
 - 2) Predileksi pada badan yang tertutup pakaian.
 - 3) Gejala subjektif ringan dan tidak memerlukan pengobatan.
- b. Miliaria rubra
 - 1) Jenis tersering, terdiri atas vesikel miliar atau papulo vesikel di atas dasar eritematosa sekitar lubang keringat, tersebar diskret.
 - 2) Gejala subjektif gatal dan pedih pada di daerah predileksi.



Gambar 11.1 Miliaria rubra

c. Miliaria profunda

- 1) Merupakan kelanjutan miliaria rubra, berbentuk papul putih keras berukuran 1-3 mm, mirip folikulitis, dapat disertai pustul.
- 2) Predileksi pada badan dan ekstremitas.



Gambar 11.2 Miliaria profunda

d. Miliaria pustulosa

Berasal dari miliaria rubra, dimana vesikelnya berubah menjadi pustul.

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Ditegakkan ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Campak / morbili, Folikulitis, Varisela, Kandidiasis kutis, Erupsi obat morbiliformis

Komplikasi

Infeksi sekunder

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Prinsipnya adalah mengurangi pruritus, menekan inflamasi, dan membuka retensi keringat. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah:

a. Melakukan modifikasi gaya hidup, yaitu:

- 1) Memakai pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat.

- 2) Menghindari panas dan kelembaban yang berlebihan
 - 3) Menjaga kebersihan kulit
 - 4) Mengusahakan ventilasi yang baik
- b. Memberikan farmakoterapi, seperti:
- 1) Topikal
 - a) Bedak kocok: likuor faberi atau bedak kocok yang mengandung kalamina dan antipruritus lain (mentol dan kamfora) diberikan 2 kali sehari selama 1 minggu.
 - b) Lanolin topikal atau bedak salisil 2% dibubuhi mentol ¼-2% sekaligus diberikan 2 kali sehari selama 1 minggu. Terapi berfungsi sebagai antipruritus untuk menghilangkan dan mencegah timbulnya miliaria profunda.
 - 2) Sistemik (bila gatal dan bila diperlukan)
 - c) Antihistamin sedatif: klorfeniramin maleat 3 x 4 mg per hari selama 7 hari atau setirizin 1 x 10 mg per hari selama 7 hari
 - d) Antihistamin non sedatif: loratadin 1 x 10 mg per hari selama 7 hari.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Konseling dan Edukasi

Edukasi dilakukan dengan memberitahu keluarga agar dapat membantu pasien untuk:

- a. Menghindari kondisi hidrasi berlebihan atau membantu pasien untuk memakai pakaian yang sesuai dengan kondisinya.
- b. Menjaga ventilasi udara di dalam rumah.
- c. Menghindari banyak berkeringat.
- d. Memilih lingkungan yang lebih sejuk dan sirkulasi udara (ventilasi) cukup.
- e. Mandi air dingin dan memakai sabun.

Kriteria Rujukan

Tidak ada indikasi rujukan

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit miliaria.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*, pasien dapat sembuh tanpa komplikasi.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Levin, N.A. 2014. *Dermatologic manifestation of miliaria*. Medscape. May 21, 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/1070840-overview#a0199>
- d. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

2. VERUKA VULGARIS

No. ICPC-2 : S03 Warts

No. ICD-10 : B07 Viral warts

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Veruka vulgaris merupakan hiperplasia epidermis yang disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* (HPV) tipe tertentu. Sinonim penyakit ini adalah kutil atau *common wart*. Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab. Veruka ini sering dijumpai pada anak-anak dan remaja.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Adanya kutil pada kulit dan mukosa.

Faktor Risiko

1. Biasanya terjadi pada anak-anak dan orang dewasa sehat.
2. Pekerjaan yang berhubungan dengan daging mentah.
3. Imunodefisiensi.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

Papul berwarna kulit sampai keabuan dengan permukaan verukosa. Papul ini dapat dijumpai pada kulit, mukosa dan kuku. Apabila permukaannya rata, disebut dengan veruka *Plana*. Dengan goresan dapat timbul autoinokulasi sepanjang goresan (fenomena Koebner).

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan



Gambar 11.3 Veruka vulgaris

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis klinis dapat ditambahkan sesuai dengan bentuk klinis atau lokasi, yaitu:

- a. Veruka vulgaris
- b. Veruka Plana
- c. Veruka Plantaris

Diagnosis Banding

Kalus, Komedo, Liken planus, Kondiloma akuminatum, Karsinoma sel skuamosa

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Tatalaksana

- a. Pasien harus menjaga kebersihan kulit.
- b. Pengobatan topikal dilakukan dengan pemberian bahan kaustik, misalnya dengan larutan AgNO₃ 25%, asam trikloroasetat 50% atau asam salisilat 20% - 40%.

Komplikasi

Efek samping dari penggunaan bahan kaustik dapat menyebabkan ulkus.

Konseling dan Edukasi

Edukasi pasien bahwa penyakit ini seringkali residif walaupun diberi pengobatan yang adekuat.

Kriteria Rujukan

Rujukan sebaiknya dilakukan apabila:

- a. Diagnosis belum dapat ditegakkan.
- b. Tindakan memerlukan anestesi/sedasi.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit veruka vulgaris.

Prognosis

Pada 90% kasus sembuh spontan dalam 5 tahun sehingga prognosis umumnya bonam.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

3. Herpes Zoster

No. ICPC-2 : S70 *Herpes Zoster*

No. ICD-10 : B02.9 *Zoster without complication*

Tingkat Kemampuan Herpes Zoster tanpa komplikasi 4

Masalah Kesehatan

Herpes Zoster adalah infeksi kulit dan mukosa yang disebabkan oleh virus *Varisela-zoster*. Infeksi ini merupakan reaktivasi virus yang terjadi setelah infeksi primer. Herpes Zoster jarang terjadi pada anak-anak dan dewasa muda, kecuali pada pasien muda dengan AIDS, limfoma, keganasan, penyakit imunodefisiensi dan pada pasien yang menerima transplantasi sumsum tulang atau ginjal. Penyakit ini terjadi kurang dari 10% pada pasien yang berusia kurang dari 20 tahun dan hanya 5% terjadi pada pasien yang berusia kurang dari 15 tahun. Insiden herpes zoster meningkat seiring dengan pertambahan usia. Prevalensi penyakit ini pada pria dan wanita sama.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Nyeri radikular dan gatal terjadi sebelum erupsi. Keluhan dapat disertai dengan gejala prodromal sistemik berupa demam, pusing, dan malaise. Setelah itu timbul gejala kulit kemerahan yang dalam waktu singkat menjadi vesikel berkelompok dengan dasar eritem dan edema.

Faktor Risiko

- a. Umumnya terjadi pada orang dewasa, terutama orang tua.
- b. Imunodefisiensi

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Sekelompok vesikel dengan dasar eritem yang terletak unilateral sepanjang distribusi saraf spinal atau kranial. Lesi bilateral jarang ditemui, namun seringkali, erupsi juga terjadi pada dermatom di dekatnya.



Gambar 11.4 Herpes zoster

Pemeriksaan Penunjang

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Catatan untuk diperhatikan:

- a. Herpes zoster hemoragik, yaitu jika vesikel mengandung darah.
- b. Herpes zoster generalisata, yaitu kelainan kulit unilateral dan segmental ditambah kelainan kulit generalisata berupa vesikel soliter yang berumbilikasi.

Keduanya merupakan tanda bahwa pasien mengalami imunokompromais.

- c. Herpes zoster oftalmikus, yaitu infeksi cabang pertama nervus trigeminus sehingga menimbulkan kelainan pada mata, di samping itu juga cabang kedua dan ketiga menyebabkan kelainan kulit pada daerah persarafannya.
- d. Herpes zoster abortif, yaitu penyakit yang hanya berlangsung dalam waktu singkat dan kelainan kulit hanya berupa beberapa vesikel dan eritem.

Diagnosis Banding

- a. Herpes simpleks
- b. Dermatitis venenata
- c. Pada saat nyeri prodromal, diagnosis dapat menyerupai migrain, nyeri pleuritik, infark miokard, atau apendisitis.

Komplikasi

- a. Neuralgia pasca-herpetik

- b. *Ramsay Hunt Syndrome*: herpes pada ganglion genikulatum, ditandai dengan gangguan pendengaran, keseimbangan dan paralisis parsial.
- c. Pada penderita dengan imunodefisiensi (HIV, keganasan, atau usia lanjut), vesikel sering menjadi ulkus dengan jaringan nekrotik dapat terjadi infeksi sistemik.
- d. Pada herpes zoster oftalmikus dapat terjadi ptosis paralitik, keratitis, skleritis, uveitis, korioretinitis, serta neuritis optik.
- e. Paralisis motorik.

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan

- a. Terapi suportif dilakukan dengan menghindari gesekan kulit yang mengakibatkan pecahnya vesikel, pemberian nutrisi TKTP, istirahat dan mencegah kontak dengan orang lain.
- b. Gejala prodromal diatasi sesuai dengan indikasi. Aspirin dihindari oleh karena dapat menyebabkan *Reye's syndrome*.
- c. Pengobatan topikal:
Stadium vesikel: bedak salisil 2% atau bedak kocok kalamine agar vesikel tidak pecah.
Apabila erosif, diberikan kompres terbuka. Apabila terjadi ulserasi, dapat dipertimbangkan pemberian salep antibiotik.
- d. Pengobatan antivirus oral, antara lain dengan:
 - 1) Asiklovir: dewasa 5 x 800 mg/hari, anak-anak 4 x 20 mg/kgBB (dosis maksimal 800 mg), selama 7 hari, atau
 - 2) Valasiklovir: dewasa 3 x 1000 mg/hari.Pemberian obat tersebut selama 7-10 hari dan efektif diberikan pada 24 jam pertama setelah timbul lesi.

Konseling dan Edukasi

Konseling dan edukasi dilakukan kepada pasien mengenai:

- a. Edukasi tentang perjalanan penyakit Herpes Zoster.
- b. Edukasi bahwa lesi biasanya membaik dalam 2-3 minggu pada individu imunokompeten.
- c. Edukasi mengenai seringnya komplikasi neuralgia pasca-herpetik.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila:

- a. Penyakit tidak sembuh pada 7-10 hari setelah terapi.
- b. Terjadi pada pasien bayi, anak dan geriatri (imunokompromais).
- c. Terjadi komplikasi.
- d. Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit Herpes Zoster.

Prognosis

Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya adalah bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, prognosis menjadi dubia ad bonam.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Janniger, C.K. Eastern, J.S., Hispenthall, D.R., Moon, J.E. 2014. Herpes zoster. *Medscape*. June 7, 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/1132465-overview#a0156>
- d. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

4. Herpes Simpleks

No. ICPC-2 : S71 Herpes Simplex

No. ICD-10 : B00.9 *Herpesviral infection, unspecified*

Tingkat Kemampuan Herpes Simpleks tanpa komplikasi 4A

Masalah Kesehatan

Infeksi akut yang disebabkan oleh Virus Herpes Simpleks tipe 1 atau tipe 2, yang ditandai oleh adanya vesikel yang berkelompok di atas kulit yang sembab dan eritematosa pada daerah mukokutan. Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab. Infeksi primer oleh Virus Herpes Simpleks (HSV) tipe 1 biasanya dimulai pada usia anak-anak, sedangkan HSV tipe 2 biasanya terjadi pada dekade II atau III, dan berhubungan dengan peningkatan aktivitas seksual.

Diperkirakan ada 536 juta orang yang berusia 15-49 tahun yang terinfeksi HSV-2 di seluruh dunia pada tahun 2003 atau sekitar 16% dari populasi dunia pada rentang usia tersebut. Prevalensi penyakit ini lebih tinggi pada wanita dibandingkan pada pria dan umumnya lebih tinggi di negara berkembang daripada di negara maju.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Infeksi primer HSV-1 biasanya terjadi pada anak dan subklinis pada 90% kasus, biasanya ditemukan perioral. Pada 10% sisanya, dapat terjadi gingivostomatitis akut.

Infeksi primer HSV-2 terjadi setelah kontak seksual pada remaja dan dewasa, menyebabkan vulvovaginitis akut dan atau peradangan pada kulit batang penis. Infeksi primer biasanya disertai dengan gejala sistemik seperti demam, malaise, mialgia, nyeri kepala, dan adenopati regional. Infeksi HSV-2 dapat juga mengenai bibir.

Infeksi rekuren biasanya didahului gatal atau sensasi terbakar setempat pada lokasi yang sama dengan lokasi sebelumnya. Prodromal ini biasanya terjadi mulai dari 24 jam sebelum timbulnya erupsi.

Faktor Risiko

- a. Individu yang aktif secara seksual.
- b. Imunodefisiensi.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Papul eritema yang diikuti oleh munculnya vesikel berkelompok dengan dasar eritem. Vesikel ini dapat cepat menjadi keruh, yang

kemudian pecah, membasah, dan berkrusta. Kadang-kadang timbul erosi/ulkus.

Tempat predileksi adalah di daerah pinggang ke atas terutama daerah mulut dan hidung untuk HSV-1, dan daerah pinggang ke bawah terutama daerah genital untuk HSV-2. Untuk infeksi sekunder, lesi dapat timbul pada tempat yang sama dengan lokasi sebelumnya.



Gambar 11.51 Herpes simpleks



Gambar 11.6 Herpes simplek pada kelamin

Pemeriksaan Penunjang

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Herpes simpleks tipe 1

Herpes simpleks tipe 2

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Catatan untuk diperhatikan:

a. Infeksi primer.

- b. Fase laten: tidak terdapat gejala klinis, tetapi HSV dapat ditemukan dalam keadaan tidak aktif pada ganglion dorsalis.
- c. Infeksi rekurens.

Diagnosis Banding

- a. Impetigo vesikobulosa.
- b. Ulkus genitalis pada penyakit menular seksual.

Komplikasi

Dapat terjadi pada individu dengan gangguan imun, berupa:

- a. Herpes simpleks ulserativa kronik.
- b. Herpes simpleks mukokutaneus akut generalisata.
- c. Infeksi sistemik pada hepar, paru, kelenjar adrenal, dan sistem saraf pusat.
- d. Pada ibu hamil, infeksi dapat menular pada janin, dan menyebabkan neonatal herpes yang sangat berbahaya.

Penatalaksana Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Terapi diberikan dengan antiviral, antara lain:
 - 1) Asiklovir, dosis 5 x 200 mg/hari selama 5 hari, atau
 - 2) Valasiklovir, dosis 2 x 500 mg/hari selama 7-10 hari.
- b. Pada herpes genitalis: edukasi tentang pentingnya abstinensia pasien harus tidak melakukan hubungan seksual ketika masih ada lesi atau ada gejala prodromal.
- c. Gejala prodromal diatasi sesuai dengan indikasi. Aspirin dihindari oleh karena dapat menyebabkan Reye's syndrome.

Konseling dan Edukasi

Edukasi untuk infeksi herpes simpleks merupakan infeksi swasirna pada populasi imunokompeten. Edukasi untuk herpes genitalis ditujukan terutama terhadap pasien dan pasangannya, yaitu berupa:

- a. Informasi perjalanan alami penyakit ini, termasuk informasi bahwa penyakit ini menimbulkan rekurensi.
- b. Tidak melakukan hubungan seksual ketika masih ada lesi atau gejala prodromal.
- c. Pasien sebaiknya memberi informasi kepada pasangannya bahwa ia memiliki infeksi HSV.
- d. Transmisi seksual dapat terjadi pada masa asimtomatik.

- e. Kondom yang menutupi daerah yang terinfeksi, dapat menurunkan risiko transmisi dan sebaiknya digunakan dengan konsisten.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila:

- a. Penyakit tidak sembuh pada 7-10 hari setelah terapi.
- b. Terjadi pada pasien bayi dan geriatrik (imunokompromais).
- c. Terjadi komplikasi.
- d. Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit herpes simpleks.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*, namun *quo ad sanationam* adalah *dubia ad malam* karena terdapat risiko berulangnya keluhan serupa.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Looker, K. J., Garnett, G. P. & Schmid, G. P. 2008. An Estimate Of The Global Prevalence And Incidence Of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection. *World Health Organization. Bulletin Of The World Health Organization*, 86, 805-12, A. June 8, 2014. <http://search.proquest.com/docview/229661081/fulltextPDF?accountid=17242>
- d. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

5. Moluskum Kontagiosum

No. ICPC-2 : S95 *Molluscum contagiosum*

No. ICD-10 : B08.1 *Molluscum contagiosum*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Moluskum kontagiosum adalah penyakit yang disebabkan oleh virus poks yang menginfeksi sel epidermal. Penyakit ini terutama menyerang anak dan kadang-kadang juga orang dewasa. Pada orang dewasa, penyakit ini digolongkan kedalam penyakit akibat hubungan seksual. Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Adanya kelainan kulit berupa papul miliar. Masa inkubasi berlangsung satu sampai beberapa minggu.

Faktor Risiko

- a. Terutama menyerang anak dan kadang-kadang juga orang dewasa.
- b. Imunodefisiensi.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Papul miliar, kadang-kadang lentikular dan berwarna putih seperti lilin, berbentuk kubah yang kemudian di tengahnya terdapat lekukan (*delle*). Jika dipijat akan tampak keluar massa yang berwarna putih seperti nasi. Lokasi predileksi adalah daerah muka, badan, dan ekstremitas, sedangkan pada orang dewasa di daerah pubis dan genitalia eksterna. Kadang-kadang dapat timbul infeksi sekunder sehingga timbul supurasi.



Gambar 11.7 Moluskum kontagiosum

Pemeriksaan Penunjang

Bila diperlukan, melakukan tindakan enukleasi pada papul untuk menemukan badan moluskum.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Komedo, Miliaria, Karsinoma sel basal nodular

Komplikasi

Lesi dapat mengalami infeksi sekunder. Jika moluskum mengenai kelopak mata (jarang terjadi), dapat terjadi konjungtivitis kronis. Pada individu dengan AIDS, moluskum seringkali tidak mudah dikenali, banyak, dan penatalaksanaannya membutuhkan ketrampilan khusus.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pasien perlu menjaga higiene kulit.
- b. Pengobatan dilakukan dengan mengeluarkan massa yang mengandung badan moluskum dengan menggunakan alat seperti ekstraktor komedo, jarum suntik, atau alat kuret kulit.

Konseling dan Edukasi

Penyebaran dalam keluarga sangat jarang terjadi. Dengan demikian, anggota keluarga tidak perlu terlalu khawatir terhadap anak/individu dengan penyakit ini.

Kriteria Rujukan

- a. Tidak ditemukan badan moluskum.
- b. Terdapat penyakit komorbiditas yang terkait dengan kelainan hematologi.
- c. Pasien HIV/AIDS.

Peralatan

- a. Lup
- b. Ekstraktor komedo, jarum suntik atau alat kuret kulit

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam* karena penyakit ini merupakan penyakit yang *self-limiting*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

6. REAKSI GIGITAN SERANGGA

No. ICPC-2 : S12 *Insect bite/sting*

No. ICD-10 : T63.4 *Venom of other arthropods*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Reaksi gigitan serangga (*insect bite reaction*) adalah reaksi hipersensitivitas atau alergi pada kulit akibat gigitan (bukan terhadap sengatan/*stings*) dan kontak dengan serangga. Gigitan hewan serangga, misalnya oleh nyamuk, lalat, *bugs*, dan kutu, yang dapat menimbulkan reaksi peradangan yang bersifat lokal sampai sistemik.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan gatal, rasa tidak nyaman, nyeri, kemerahan, nyeri tekan, hangat atau bengkak pada daerah tubuh yang digigit, umumnya tidak tertutup pakaian.

Kebanyakan penderita datang sesaat setelah merasa digigit serangga, namun ada pula yang datang dengan *delayed reaction*, misalnya 10-14 hari setelah gigitan berlangsung. Keluhan kadang-kadang diikuti dengan reaksi sistemik gatal seluruh tubuh, urtikaria, dan

angioedema, serta dapat berkembang menjadi suatu ansietas, disorientasi, kelemahan, *GI upset (cramping, diarrhea, vomiting)*, *dizziness*, sinkop bahkan hipotensi dan sesak napas. Gejala dari *delayed reaction* mirip seperti *serum sickness*, yang meliputi demam, malaise, sakit kepala, urtikaria, limfadenopati dan poliartritis.

Faktor Risiko

- a. Lingkungan tempat tinggal yang banyak serangga.
- b. Riwayat atopi pada diri dan keluarga.
- c. Riwayat alergi.
- d. Riwayat alergi makanan.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

- a. Urtika dan papul timbul secara simultan di tempat gigitan, dikelilingi zona eritematosa.
- b. Di bagian tengah tampak titik (*punctum*) bekas tusukan/gigitan, kadang hemoragik, atau menjadi krusta kehitaman.
- c. Bekas garukan karena gatal.

Dapat timbul gejala sistemik seperti takipneu, stridor, wheezing, bronkospasme, hiperaktif peristaltic, dapat disertai tanda-tanda hipotensi orthostatik

Pada reaksi lokal yang parah dapat timbul eritema generalisata, urtikaria, atau edema pruritus, sedangkan bila terdapat reaksi sistemik menyeluruh dapat diikuti dengan reaksi anafilaksis.



Gambar 11.8 Reaksi Gigitan serangga

Pemeriksaan Penunjang

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Klasifikasi berdasarkan waktu terjadinya:

- a. Reaksi tipe cepat.
Terjadi segera hingga 20 menit setelah gigitan, bertahan sampai 1-3 jam.
- b. Reaksi tipe lambat.
Pada anak terjadi lebih dari 20 menit sampai beberapa jam setelah gigitan serangga.
Pada orang dewasa dapat muncul 3-5 hari setelah gigitan.
- c. Reaksi tidak biasa.
Sangat segera, mirip anafilaktik.

Klasifikasi berdasarkan bentuk klinis:

- a. Urtikaria iregular.
- b. Urtikaria papular.
- c. Papulo-vesikular, misalnya pada prurigo.
- d. *Punctum* (titik gigitan), misalnya pada pedikulosis kapitis atau phtirus pubis.

Diagnosis Banding

Prurigo

Komplikasi

- a. Infeksi sekunder akibat garukan.
- b. Bila disertai keluhan sistemik, dapat terjadi syok anafilaktik hingga kematian.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Tatalaksana

- a. Prinsip penanganan kasus ini adalah dengan mengatasi respon peradangan baik yang bersifat lokal maupun sistemik. Reaksi peradangan lokal dapat dikurangi dengan sesegera mungkin mencuci daerah gigitan dengan air dan sabun, serta kompres es.

- b. Atasi keadaan akut terutama pada angioedema karena dapat terjadi obstruksi saluran napas. Penanganan pasien dapat dilakukan di Unit Gawat Darurat. Bila disertai obstruksi saluran napas diindikasikan pemberian epinefrin sub kutan. Dilanjutkan dengan pemberian kortikosteroid prednison 60-80 mg/hari selama 3 hari, dosis diturunkan 5-10 mg/hari.

Dalam kondisi stabil, terapi yang dapat diberikan yaitu:

- a. Sistemik
 - 1) Antihistamin sedatif: klorfeniramin maleat 3 x 4 mg per hari selama 7 hari atau setirizin 1 x 10 mg per hari selama 7 hari.
 - 2) Antihistamin non sedatif: loratadin 1 x 10 mg per hari selama 7 hari.
- b. Topikal

Kortikosteroid topikal potensi sedang-kuat: misalnya krim mometason furoat 0,1% atau krim betametason valerat 0,5% diberikan selama 2 kali sehari selama 7 hari.

Konseling dan Edukasi

Keluarga diberikan penjelasan mengenai:

- a. Minum obat secara teratur.
- b. Menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal, memakai baju berlengan panjang dan celana panjang, pada beberapa kasus boleh memakai *mosquito repellent* jika diperlukan, dan lain-lain agar terhindar dari gigitan serangga.

Kriteria rujukan

Jika kondisi memburuk, yaitu dengan makin bertambahnya patch eritema, timbul bula, atau disertai gejala sistemik atau komplikasi.

Peralatan

- a. Alat resusitasi
- b. Tabung dan masker oksigen

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*. *Quo ad sanationam* untuk reaksi tipe cepat dan reaksi tidak biasa adalah *dubia ad malam*, sedangkan reaksi tipe lambat adalah *bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

7. Skabies

No. ICPC-2 : S72 *Scabies/other acariasis*

No. ICD-10 : B86 *Scabies*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Skabies adalah penyakit yang disebabkan infestasi dan sensitisasi kulit oleh tungau *Sarcoptes scabiei* dan produknya. Penyakit ini berhubungan erat dengan higiene yang buruk. Prevalensi skabies tinggi pada populasi yang padat. Dari hasil penelitian di Brazil, prevalensi skabies dua kali lebih tinggi di daerah kumuh perkotaan yang padat penduduk daripada di masyarakat nelayan dimana mereka tinggal di tempat yang lebih luas.

Penularan dapat terjadi karena:

- a. Kontak langsung kulit dengan kulit penderita skabies, seperti menjabat tangan, hubungan seksual, atau tidur bersama.
- b. Kontak tidak langsung (melalui benda), seperti penggunaan perlengkapan tidur bersama dan saling meminjam pakaian, handuk dan alat-alat pribadi lainnya, tidak memiliki alat-alat pribadi sendiri sehingga harus berbagi dengan temannya.

Tungau hidup dalam epidermis, tahan terhadap air dan sabun dan tetap hidup bahkan setelah mandi dengan air panas setiap.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Gejala klinis:

- a. Pruritus nokturna, yaitu gatal yang hebat terutama pada malam hari atau saat penderita berkeringat.
- b. Lesi timbul di stratum korneum yang tipis, seperti di sela jari, pergelangan tangan dan kaki, aksila, umbilikus, areola mammae dan di bawah payudara (pada wanita) serta genital eksterna (pria).

Faktor Risiko:

- a. Masyarakat yang hidup dalam kelompok yang padat seperti tinggal di asrama atau pesantren.
- b. Higiene yang buruk.
- c. Sosial ekonomi rendah seperti di panti asuhan, dan sebagainya.
- d. Hubungan seksual yang sifatnya promiskuitas.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Lesi kulit berupa terowongan (kanalikuli) berwarna putih atau abu-abu dengan panjang rata-rata 1 cm. Ujung terowongan terdapat papul, vesikel, dan bila terjadi infeksi sekunder, maka akan terbentuk pustul, ekskoriasi, dan sebagainya. Pada anak-anak, lesi lebih sering

berupa vesikel disertai infeksi sekunder akibat garukan sehingga lesi menjadi bernanah.



Gambar 11.9 Skabies

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan mikroskopis dari kerokan kulit untuk menemukan tungau.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Terdapat 4 tanda kardinal untuk diagnosis skabies, yaitu:

- a. Pruritus nokturna.
- b. Penyakit menyerang manusia secara berkelompok.
- c. Adanya terowongan (kunikulus) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok-kelok, rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan papul atau vesikel.
- d. Ditemukannya tungau dengan pemeriksaan mikroskopis.

Diagnosis ditegakkan dengan menemukan 2 dari 4 tanda tersebut.

Diagnosis Banding

Skabies adalah penyakit kulit yang disebut dengan *the great imitator* dari kelainan kulit dengan keluhan gatal. Diagnosis bandingnya adalah: Pioderma, Impetigo, Dermatitis, Pedikulosis korporis

Komplikasi

Infeksi kulit sekunder terutama oleh *S. aureus* sering terjadi, terutama pada anak. Komplikasi skabies dapat menurunkan kualitas hidup dan prestasi belajar.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Melakukan perbaikan higiene diri dan lingkungan, dengan:
 - 1) Tidak menggunakan peralatan pribadi secara bersama-sama dan alas tidur diganti bila ternyata pernah digunakan oleh penderita skabies.
 - 2) Menghindari kontak langsung dengan penderita skabies.
- b. Terapi tidak dapat dilakukan secara individual melainkan harus serentak dan menyeluruh pada seluruh kelompok orang yang ada di sekitar penderita skabies. Terapi diberikan dengan salah satu obat topikal (skabisid) di bawah ini:
 - 1) Salep 2-4 dioleskan di seluruh tubuh, selama 3 hari berturut-turut, dipakai setiap habis mandi.

- 2) Krim permetrin 5% di seluruh tubuh. Setelah 10 jam, krim permetrin dibersihkan dengan sabun.

Terapi skabies ini tidak dianjurkan pada anak < 2 tahun.

Konseling dan Edukasi

Dibutuhkan pemahaman bersama agar upaya eradikasi skabies bisa melibatkan semua pihak. Bila infeksi menyebar di kalangan santri di sebuah pesantren, diperlukan keterbukaan dan kerjasama dari pengelola pesantren. Bila sebuah barak militer tersebar infeksi, mulai dari prajurit sampai komandan barak harus bahu membahu membersihkan semua benda yang berpotensi menjadi tempat penyebaran penyakit.

Kriteria Rujukan

Pasien skabies dirujuk apabila keluhan masih dirasakan setelah 1 bulan pasca terapi.

Peralatan

- a. Lup
- b. Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan sediaan langsung kerokan kulit.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*, namun tatalaksana harus dilakukan juga terhadap lingkungannya.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. Heukelbach, J. & Feldmeier, H. 2006. Scabies. *The Lancet*, 367, 1767-74. June 8, 2014.
<http://Search.Proquest.Com/Docview/199054155/Fulltextpdf/Afbf4c2fd1bd4016pq/6?Accountid=17242>
- c. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.

- d. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin.2011.*Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

8. Pedikulosis Kapitis

No. ICPC-2 : S73 *Pediculosis/skin infestation other*

No. ICD-10 : B85.0 Pediculosis due to *Pediculus humanus capitis*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Pedikulosis kapitis adalah infeksi dan infestasi kulit kepala dan rambut manusia yang disebabkan oleh kutu kepala *Pediculus humanus var capitis*. Penyakit ini terutama menyerang anak-anak usia muda dan cepat meluas dalam lingkungan hidup yang padat, misalnya di asrama atau panti asuhan. Ditambah pula dalam kondisi higiene yang tidak baik, misalnya jarang membersihkan rambut atau rambut yang relatif susah dibersihkan (rambut yang sangat panjang pada wanita).

Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab, melalui:

- a. Kontak fisik erat dengan kepala penderita, seperti tidur bersama.
- b. Kontak melalui fomite yang terinfestasi, misalnya pemakaian bersama aksesoris kepala, sisir, dan bantal juga dapat menyebabkan kutu menular.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Gejala yang paling sering timbul adalah gatal di kepala akibat reaksi hipersensitivitas terhadap saliva kutu saat makan maupun terhadap feses kutu. Gejala dapat pula asimtomatik

Faktor Risiko

- a. Status sosioekonomi yang rendah.
- b. Higiene perorangan yang rendah
- c. Prevalensi pada wanita lebih tinggi dibandingkan pada pria, terutama pada populasi anak usia sekolah.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Lesi kulit terjadi karena bekas garukan, yaitu bentuk erosi dan ekskoriasi. Bila terdapat infeksi sekunder oleh bakteri, maka timbul pus dan krusta yang menyebabkan rambut bergumpal, disertai dengan pembesaran kelenjar getah bening regional. Ditemukan telur dan kutu yang hidup pada kulit kepala dan rambut. Telur *P. humanus var. capitis* paling sering ditemukan pada rambut di daerah oksipital dan retroaurikular.

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan menemukan kutu atau telur kutu di kulit kepala dan rambut.



Gambar 11.10 Telur *Pediculus humanus capitis*

Diagnosis Banding

Tinea kapitis, Impetigo krustosa (pioderma), Dermatitis seboroik

Komplikasi

Infeksi sekunder bila pedikulosis berlangsung kronis.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pengobatan bertujuan untuk memusnahkan semua kutu dan telur serta mengobati infeksi sekunder.

- a. Sebaiknya rambut pasien dipotong sependek mungkin, kemudian disisir dengan menggunakan sisir serit, menjaga

kebersihan kulit kepala dan menghindari kontak erat dengan kepala penderita.

- b. Pengobatan topikal merupakan terapi terbaik, yaitu dengan pedikulosid dengan pengobatan Permetrin 1% dalam bentuk *cream rinse*, dibiarkan selama 2 jam

Pedikulosid sebaiknya tidak digunakan pada anak usia kurang dari 2 tahun.

Cara penggunaan: rambut dicuci dengan shampo, kemudian dioleskan losio/krim dan ditutup dengan kain. Setelah menunggu sesuai waktu yang ditentukan, rambut dicuci kembali lalu disisir dengan sisir serit.

- c. Pada infeksi sekunder yang berat sebaiknya rambut dicukur, diberikan pengobatan dengan antibiotik sistemik dan topikal terlebih dahulu, lalu diberikan obat di atas dalam bentuk shampo.

Konseling dan Edukasi

Edukasi keluarga tentang pedikulosis penting untuk pencegahan. Kutu kepala dapat ditemukan di sisir atau sikat rambut, topi, linen, boneka kain, dan *upholstered furniture*, walaupun kutu lebih memilih untuk berada dalam jarak dekat dengan kulit kepala, sehingga harus menghindari pemakaian alat-alat tersebut bersama-sama. Anggota keluarga dan teman bermain anak yang terinfestasi harus diperiksa, namun terapi hanya diberikan pada yang terbukti mengalami infestasi. Kerjasama semua pihak dibutuhkan agar eradikasi dapat tercapai.

Kriteria Rujukan

Apabila terjadi infestasi kronis dan tidak sensitif terhadap terapi yang diberikan.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit pedikulosis kapitis.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

9. Pedikulosis Pubis

No. ICPC-2 : S 73 *Pediculosis/skin infestation other*

No. ICD-10 : B 85.3 *Phthiriasis*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Pedikulosis pubis adalah penyakit infeksi pada rambut di daerah pubis dan sekitarnya yang disebabkan oleh *Phthirus pubis*. Penyakit ini menyerang orang dewasa dan dapat digolongkan dalam penyakit akibat hubungan seksual dan menular secara langsung. Infeksi juga bisa terjadi pada anak-anak yang berasal dari orang tua mereka dan terjadi di alis, atau bulu mata.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Gatal di daerah pubis dan sekitarnya, dapat meluas sampai ke daerah abdomen dan dada. Gejala patognomonik lainnya adalah adanya *black dot* yaitu bercak-bercak hitam yang tampak jelas pada celana dalam berwarna putih yang dilihat penderita pada waktu bangun tidur. Bercak hitam tersebut adalah krusta berasal dari darah yang sering diinterpretasikan salah sebagai hematuria.

Faktor Risiko:

- a. Aktif secara seksual
- b. Higiene buruk
- c. Kontak langsung dengan penderita

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada inspeksi ditemukan bercak-bercak yang berwarna abu-abu atau kebiruan yang disebut makula *serulae* pada daerah pubis dan sekitarnya. Kutu dapat dilihat dengan mata telanjang dan juga bisa didapatkan pembengkakan kelenjar getah bening sekitar.

Pemeriksaan Penunjang

Mencari telur atau bentuk dewasa *P. pubis*

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis melalui hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Gambar 11.11 Pedikulosis pubis



Diagnosis Banding:

- a. Dermatitis seboroik
- b. Dermatomikosis

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pengobatan topikal :

emulsi benzil benzoat 25% yang dioleskan dan didiamkan selama 24 jam. Pengobatan diulangi 4 hari kemudian, jika belum sembuh

Rencana Tindak Lanjut :

Mitra seksual juga diperiksa dan diobati

Konseling dan Edukasi

- a. Menjaga kebersihan badan
- b. Sebaiknya rambut kelamin dicukur

c. Pakaian dalam direbus atau diseterika

Kriteria Rujukan : -

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit pedikulosis pubis.

Prognosis

Bonam

Referensi

- a. Cho B.S., Kim H.S., *Pediculosis of The Pubis*. Available from <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMicm0707428> (10 Juni 2014)
- b. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- c. Guenther L. *Pediculosis*. Available from <http://e-medicine.medscape.com> (10 Juni 2014)

10. DERMATOFITOSIS

No. ICPC-2 : S74 *Dermatophytosis*

No. ICD-10 : B35 *Dermatophytosis*

B35.0 *Tinea barbae and tinea capitis*

B35.1 *Tinea unguium*

B35.2 *Tinea manuum*

B35.3 *Tinea pedis*

B35.4 *Tinea corporis*

B35.5 *Tinea imbricate*

B35.6 *Tinea cruris*

B35.8 *Other dermatophytoses*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Dermatofitosis adalah infeksi jamur dermatofita yang memiliki sifat mencernakan keratin di jaringan yang mengandung zat tanduk, misalnya stratum korneum pada epidermis, rambut, dan kuku.

Penularan terjadi melalui kontak langsung dengan agen penyebab. Sumber penularan dapat berasal dari manusia (jamur antropofilik), binatang (jamur zoofilik) atau dari tanah (jamur geofilik).

Klasifikasi dermatofitosis yang praktis adalah berdasarkan lokasi, yaitu antara lain:

- a. Tinea kapitis, dermatofitosis pada kulit dan rambut kepala.
- b. Tinea barbae, dermatofitosis pada dagu dan jenggot.
- c. Tinea kruris, pada daerah genitokrural, sekitar anus, bokong, dan perut bagian bawah.
- d. Tinea pedis et manuum, pada kaki dan tangan.
- e. Tinea unguium, pada kuku jari tangan dan kaki.
- f. Tinea corporis, pada bagian lain yang tidak termasuk bentuk 5 tinea di atas. Bila terjadi di seluruh tubuh disebut dengan tinea imbricata.

Tinea pedis banyak didapatkan pada orang yang dalam kehidupan sehari-hari banyak memakai sepatu tertutup disertai perawatan kaki yang buruk dan para pekerja dengan kaki yang selalu atau sering basah. Tinea kruris merupakan salah satu bentuk klinis yang sering dilihat di Indonesia.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pada sebagian besar infeksi dermatofita, pasien datang dengan bercak merah bersisik yang gatal. Adanya riwayat kontak dengan orang yang mengalami dermatofitosis.

Faktor Risiko

- a. Lingkungan yang lembab dan panas
- b. Imunodefisiensi
- c. Obesitas
- d. Diabetes Melitus

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Gambaran umum:

Lesi berbentuk infiltrat eritematosa, berbatas tegas, dengan bagian tepi yang lebih aktif daripada bagian tengah, dan konfigurasi

polisiklik. Lesi dapat dijumpai di daerah kulit berambut terminal, berambut velus (glabrosa) dan kuku.

Pemeriksaan Penunjang

Bila diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan mikroskopis dengan KOH, akan ditemukan hifa panjang dan artrospora.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Bila diperlukan dilakukan pemeriksaan penunjang.



Gambar 11.12 Dermatofitosis

Diagnosis Banding

Tinea Korporis:

Dermatitis numularis, Pytiriasis rosea, Erythema annulare centrificum, Granuloma annulare

Tinea Kruris:

Kandidiasis, Dermatitis intertrigo, Eritrasma

Tinea Pedis:

Hiperhidrosis, Dermatitis kontak, Dyshidrotic eczema

Tinea Manum:

Dermatitis kontak iritan, Psoriasis

Tinea Fasialis:

Dermatitis seboroik, Dermatitis kontak

Komplikasi

Jarang ditemukan, dapat berupa infeksi bakterial sekunder.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Higiene diri harus terjaga, dan pemakaian handuk/pakaian secara bersamaan harus dihindari.
- b. Untuk lesi terbatas, diberikan pengobatan topikal, yaitu dengan: antifungal topikal seperti krim klotrimazol, mikonazol, atau terbinafin yang diberikan hingga lesi hilang dan dilanjutkan 1-2 minggu kemudian untuk mencegah rekurensi.
- c. Untuk penyakit yang tersebar luas atau resisten terhadap terapi topikal, dilakukan pengobatan sistemik dengan:
 - 1) Griseofulvin dapat diberikan dengan dosis 0,5-1 g per hari untuk orang dewasa dan 0,25 – 0,5 g per hari untuk anak-anak atau 10-25 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 2 dosis.
 - 2) Golongan azol, seperti Ketokonazol: 200 mg/hari; Itrakonazol: 100 mg/hari atau Terbinafin: 250 mg/hari

Pengobatan diberikan selama 10-14 hari pada pagi hari setelah makan.

Konseling dan Edukasi

Edukasi mengenai penyebab dan cara penularan penyakit. Edukasi pasien dan keluarga juga untuk menjaga higiene tubuh, namun penyakit ini bukan merupakan penyakit yang berbahaya.

Kriteria rujukan

Pasien dirujuk apabila:

- a. Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
- b. Terdapat imunodefisiensi.
- c. Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Peralatan

- a. Lup
- b. Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan KOH

Prognosis

Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya *bonam*, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi *dubia ad bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

11. PITIRIASIS VERSIKOLOR/ TINEA VERSIKOLOR

No. ICPC-2 : S76 *Skin infection other*

No. ICD-10 : B36.0 Pityriasis versicolor

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Tinea versikolor adalah penyakit infeksi pada superfisial kulit dan berlangsung kronis yang disebabkan oleh jamur *Malassezia furfur*. Prevalensi penyakit ini tinggi pada daerah tropis yang bersuhu hangat dan lembab.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien pada umumnya datang berobat karena tampak bercak putih pada kulitnya. Keluhan gatal ringan muncul terutama saat berkeringat, namun sebagian besar pasien asimtomatik.

Faktor Risiko

- a. Sering dijumpai pada dewasa muda (kelenjar sebacea lebih aktif bekerja).
- b. Cuaca yang panas dan lembab.
- c. Tubuh yang berkeringat.
- d. Imunodefisiensi

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Lesi berupa makula hipopigmentasi atau berwarna-warni, berskuama halus, berbentuk bulat atau tidak beraturan dengan batas tegas atau tidak tegas. Skuama biasanya tipis seperti sisik dan kadangkala hanya dapat tampak dengan menggores kulit (*finger nail sign*).

Predileksi di bagian atas dada, lengan, leher, perut, kaki, ketiak, lipat paha, muka dan kepala. Penyakit ini terutama ditemukan pada daerah yang tertutup pakaian dan bersifat lembab.

Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan lampu Wood menampakkan pendaran (fluoresensi) kuning keemasan pada lesi yang bersisik.
- Pemeriksaan mikroskopis sediaan kerokan skuama lesi dengan KOH. Pemeriksaan ini akan tampak campuran hifa pendek dan spora-spora bulat yang dapat berkelompok (*spaghetti and meatball appearance*).



Gambar 11.13 Tinea versikolor

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Vitiligo, Dermatitis seboroik, Pitiriasis alba, Morbus hansen, Eritrasma

Komplikasi

Jarang terjadi.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pasien disarankan untuk tidak menggunakan pakaian yang lembab dan tidak berbagi penggunaan barang pribadi dengan orang lain.
- b. Pengobatan terhadap keluhanannya dengan:
 - 1) Pengobatan topikal
 - a) Suspensi selenium sulfida 1,8%, dalam bentuk shampo yang digunakan 2-3 kali seminggu. Obat ini digosokkan pada lesi dan didiamkan selama 15-30 menit sebelum mandi.
 - b) Derivat azol topikal, antara lain mikonazol dan klotrimazol.
 - 2) Pengobatan sistemik diberikan apabila penyakit ini terdapat pada daerah yang luas atau jika penggunaan obat topikal tidak berhasil. Obat tersebut, yaitu:
 - a) Ketokonazol per oral dengan dosis 1x200 mg sehari selama 10 hari, atau
 - b) Itrakonazol per oral dengan dosis 1 x 200 mg sehari selama 5-7 hari (pada kasus kambuhan atau tidak responsif dengan terapi lainnya).

Konseling dan Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga bahwa pengobatan harus dilakukan secara menyeluruh, tekun dan konsisten, karena angka kekambuhan tinggi (\pm 50% pasien). Infeksi jamur dapat dibunuh dengan cepat tetapi membutuhkan waktu berbulan-bulan untuk mengembalikan pigmentasi ke normal. Untuk pencegahan, diusahakan agar pakaian tidak lembab dan tidak berbagi dengan orang lain untuk penggunaan barang pribadi.

Kriteria Rujukan

Sebagian besar kasus tidak memerlukan rujukan.

Peralatan

- a. Lup
- b. Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan KOH

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

12. Pioderma

No. ICPC-2 : S84 Impetigo

S76 *Skin infection other*

No. ICD-10 : L01 *Impetigo*

L02 *Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle*

L08.0 *Pyoderma*

Tingkat Kemampuan: Folikulitis superfisialis 4A

Furunkel, Furunkulosis dan Karbunkel 4A

Impetigo krustosa (*impetigo contagiosa*) dan

Impetigo bulosa 4A

Ektima (impetigo ulseratif) 4A

Masalah Kesehatan

Pioderma adalah infeksi kulit (epidermis, dermis dan subkutis) yang disebabkan oleh bakteri gram positif dari golongan Stafilokokus dan Streptokokus. Pioderma merupakan penyakit yang sering dijumpai. Di Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, insidennya menduduki peringkat ketiga, dan berhubungan erat dengan keadaan sosial ekonomi. Penularannya melalui kontak langsung dengan agen penyebab.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang mengeluh adanya koreng atau luka di kulit

- a. Awalnya berbentuk seperti bintil kecil yang gatal, dapat berisi cairan atau nanah dengan dasar dan pinggiran sekitarnya

kemerahan. Keluhan ini dapat meluas menjadi bengkak disertai dengan rasa nyeri.

- b. Bintil kemudian pecah dan menjadi keropeng/koreng yang mengering, keras dan sangat lengket.

Faktor risiko:

- a. Higiene yang kurang baik
- b. Defisiensi gizi
- c. Imunodefisiensi (CD4 dan CD8 yang rendah)

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Folikulitis adalah peradangan folikel rambut yang ditandai dengan papul eritema perifolikuler dan rasa gatal atau perih.

Furunkel adalah peradangan folikel rambut dan jaringan sekitarnya berupa papul, vesikel atau pustul perifolikuler dengan eritema di sekitarnya dan disertai rasa nyeri.

Furunkulosis adalah beberapa furunkel yang tersebar.

Karbunkel adalah kumpulan dari beberapa furunkel, ditandai dengan beberapa furunkel yang berkonfluensi membentuk nodus bersupurasi di beberapa puncak.

Impetigo krustosa (*impetigo contagiosa*) adalah peradangan yang memberikan gambaran vesikel yang dengan cepat berubah menjadi pustul dan pecah sehingga menjadi krusta kering kekuningan seperti madu. Predileksi spesifik lesi terdapat di sekitar lubang hidung, mulut, telinga atau anus.

Impetigo bulosa adalah peradangan yang memberikan gambaran vesikobulosa dengan lesi bula hipopion (bula berisi pus). Ektima adalah peradangan yang menimbulkan kehilangan jaringan dermis bagian atas (ulkus dangkal).



Gambar 11.14 Furunkel



Gambar 11.15 Ektima

Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan dari apusan cairan sekret dari dasar lesi dengan pewarnaan Gram
- b. Pemeriksaan darah rutin kadang-kadang ditemukan leukositosis.

Penegakan diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

- a. Folikulitis
- b. Furunkel
- c. Furunkulosis
- d. Karbunkel
- e. Impetigo bulosa dan krustosa
- f. Ektima

Komplikasi

- a. Erisipelas adalah peradangan epidermis dan dermis yang ditandai dengan infiltrat eritema, edema, berbatas tegas, dan disertai dengan rasa panas dan nyeri. Onset penyakit ini sering didahului dengan gejala prodromal berupa menggigil, panas tinggi, sakit kepala, mual muntah, dan nyeri sendi. Pada pemeriksaan darah rutin dapat dijumpai leukositosis $20.000/\text{mm}^3$ atau lebih.
- b. Selulitis adalah peradangan supuratif yang menyerang subkutis, ditandai dengan peradangan lokal, infiltrate eritema berbatas tidak tegas, disertai dengan rasa nyeri tekan dan gejala prodromal tersebut di atas.
- c. Ulkus
- d. Limfangitis

- e. Limfadenitis supuratif
- f. Bakteremia (sepsis)

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Terapi suportif dengan menjaga higiene, nutrisi TKTP dan stamina tubuh.
- b. Farmakoterapi dilakukan dengan:
 - 1) Topikal:
 - a) Bila banyak pus/krusta, dilakukan kompres terbuka dengan permanganas kalikus (PK) 1/5.000 atau yodium povidon 7,5% yang dilarutkan 10 kali.
 - b) Bila tidak tertutup pus atau krusta, diberikan salep atau krim asam fusidat 2% atau mupirosin 2%, dioleskan 2-3 kali sehari selama 7-10 hari.
 - 2) Antibiotik oral dapat diberikan dari salah satu golongan di bawah ini:
 - a) Penisilin yang resisten terhadap penisilinase, seperti: kloksasilin.
 - (1) Dosis dewasa: 3 x 250-500 mg/hari, selama 5-7 hari, selama 5-7 hari.
 - (2) Dosis anak: 50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 4 dosis, selama 5-7 hari.
 - b) Amoksisilin dengan asam klavulanat.
 - (1) Dosis dewasa: 3 x 250-500 mg
 - (2) Dosis anak: 25 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis, selama 5-7 hari
 - c) Klindamisin 4 x 150 mg per hari, pada infeksi berat dosisnya 4 x 300-450 mg per hari.
 - d) Eritromisin: dosis dewasa: 4 x 250-500 mg/hari, anak: 20-50 mg/kgBB/hari terbagi 4 dosis, selama 5-7 hari.
 - e) Sefalosporin, misalnya sefadroksil dengan dosis 2 x 500 mg atau 2 x 1000 mg per hari.
 - 3) Insisi untuk karbunkel yang menjadi abses untuk membersihkan eksudat dan jaringan nekrotik.

Konseling dan Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga untuk pencegahan penyakit dengan menjaga kebersihan diri dan stamina tubuh.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila terjadi:

- a. Komplikasi mulai dari selulitis.
- b. Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
- c. Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Peralatan

Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan darah rutin dan pemeriksaan Gram

Prognosis

Apabila penyakit tanpa disertai komplikasi, prognosis umumnya bonam, bila dengan komplikasi, prognosis umumnya *dubia ad bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

13. Erisipelas

No. ICPC-2 : S 76 *Skin infection order*

No. ICD-10 : A 46 Erysipelas

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Erisipelas adalah penyakit infeksi bakteri akut, biasanya disebabkan oleh *Streptococcus*, melibatkan dermis atas dengan tanda khas

meluas ke limfatik kutaneus superfisial. Erisipelas pada wajah kebanyakan disebabkan oleh *streptococcus grup A*, sedangkan erisipelas pada ekstremitas bawah kebanyakan disebabkan oleh *streptococcus non grup A*. Di perkirakan 85% kasus erisipelas terjadi pada ekstremitas bawah.

Erisipelas kebanyakan terjadi pada wanita, akan tetapi pada usia muda lebih sering terjadi pada pria. Insidens tertinggi dilaporkan pada pasien berusia 60 – 80 tahun khususnya pada pasien dengan gangguan saluran limfatik.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Terdapat gejala konstitusi seperti demam dan malaise sebelum terjadinya lesi pada kulit. Gejala umum pada lesi didapatkan gatal, rasa terbakar, nyeri dan bengkak. Didahului trauma atau riwayat faringitis.

Faktor Risiko:

- a. Penderita Diabetes Mellitus
- b. Higiene buruk
- c. Gizi kurang
- d. Gangguan saluran limfatik

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Lokasi : kaki, tangan dan wajah

Efloresensi : eritema yang berwarna merah cerah, berbatas tegas, dan pinggirnya meninggi dengan tanda-tanda radang akut. Dapat disertai edema, vesikel dan bula.



Gambar 11.16 Erisipelas pada wajah



Gambar 11.17 Erisipelas pada kaki

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah didapatkan leukositosis

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis melalui hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis Banding:

Selulitis, Urtikaria

Komplikasi:

Ganggren, Edema kronis, terjadi scar, sepsis, demam *Scarlet*, Pneumonia, Abses, Emboli, Meningitis

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Istirahat
- b. Tungkai bawah dan kaki yang diserang ditinggikan

Pengobatan sistemik :

- a. Analgetik antipiretik
- b. Antibiotik :
 - 1) Penisilin 0,6 – 1,5 mega unit 5-10 hari
 - 2) Sefalosporin 4 x 400 mg selama 5 hari

Rencana tindak lanjut :

- a. Memantau terjadinya komplikasi
- b. Mencegah faktor risiko

Konseling dan Edukasi

- a. Bagi penderita diabetes, tetap mengontrol gula darah
- b. Menjaga kebersihan badan

Kriteria Rujukan

Jika terjadi komplikasi

Peralatan

Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan darah rutin.

Prognosis

Dubia *ad bonam*

Referensi

- a. Davis L. *Erysipelas*. Available from <http://e-medicine.medscape.com> (10 Juni 2014)
- b. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- c. Pereira de Godoy JM, et al. *Epidemiological Data And Comorbidities Of 428 Patients Hospitalized With Erysipelas. Angiology*. Jul 2010;61(5):492-4

14. DERMATITIS SEBOROIK

No. ICPC-2 : S86 *Dermatitis seborrhoeic*

No. ICD-10 : L21 *Seborrhoeic dermatitis*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Dermatitis seboroik (DS) merupakan istilah yang digunakan untuk segolongan kelainan kulit yang didasari oleh faktor konstitusi (predileksi di tempat-tempat kelenjar sebum). Dermatitis seboroik berhubungan erat dengan keaktifan glandula sebacea.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan munculnya bercak merah dan kulit kasar. Kelainan awal hanya berupa ketombe ringan pada kulit kepala (pitiriasis sika) sampai keluhan lanjut berupa keropeng yang berbau tidak sedap dan terasa gatal.

Faktor Risiko

Genetik, faktor kelelahan, stres emosional, infeksi, defisiensi imun, jenis kelamin pria lebih sering daripada wanita, usia bayi bulan 1 dan usia 18-40 tahun, kurang tidur

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

- Papul sampai plak eritema
- Skuama berminyak agak kekuningan
- Berbatas tidak tegas

Lokasi predileksi

Kulit kepala, glabella, belakang telinga, belakang leher, alis mata, kelopak mata, liang telinga luar, lipat naso labial, sternal, areola mammae, lipatan bawah mammae pada wanita, interskapular, umbilikus, lipat paha, daerah angogenital

Bentuk klinis lain

Lesi berat: seluruh kepala tertutup oleh krusta, kotor, dan berbau (*cradle cap*).

Pemeriksaan Penunjang

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.



Gambar 11.18 Dermatitis seboroik pada kulit kepala

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Psoriasis (skuamanya berlapis-lapis, tanda Auspitz, skuama tebal seperti mika), Kandidosis (pada lipatan paha dan perineal, eritema berwarna merah cerah berbatas tegas dengan lesi satelit disekitarnya), Otomikosis, Otitis eksterna.

Komplikasi

Pada anak, lesi bisa meluas menjadi penyakit Leiner atau eritroderma.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pasien diminta untuk memperhatikan faktor predisposisi terjadinya keluhan, misalnya stres emosional dan kurang tidur. Diet juga disarankan untuk mengonsumsi makanan rendah lemak.
- b. Farmakoterapi dilakukan dengan:
 - 1) Topikal
Bayi:
 - a) Pada lesi di kulit kepala bayi diberikan asam salisilat 3% dalam minyak kelapa atau vehikulum yang larut air atau kompres minyak kelapa hangat 1 kali sehari selama beberapa hari.
 - b) Dilanjutkan dengan krim hidrokortison 1% atau lotion selama beberapa hari.

- c) Selama pengobatan, rambut tetap dicuci.

Dewasa:

- a) Pada lesi di kulit kepala, diberikan shampo selenium sulfida 1,8 atau shampo ketokonazol 2%, zink pirition (shampo anti ketombe), atau pemakaian preparat ter (liquor carbonis detergent) 2-5 % dalam bentuk salep dengan frekuensi 2-3 kali seminggu selama 5-15 menit per hari.
 - b) Pada lesi di badan diberikan kortikosteroid topikal: Desonid krim 0,05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonid krim 0,025%) selama maksimal 2 minggu.
 - c) Pada kasus dengan manifestasi dengan inflamasi yang lebih berat diberikan kortikosteroid kuat misalnya betametason valerat krim 0,1%.
 - d) Pada kasus dengan infeksi jamur, perlu dipertimbangkan pemberian ketokonazol krim 2%.
- 2) Oral sistemik
- a) Antihistamin sedatif yaitu: klorfeniramin maleat 3 x 4 mg per hari selama 2 minggu, setirizin 1 x 10 mg per hari selama 2 minggu.
 - b) Antihistamin non sedatif yaitu: loratadin 1x10 mg selama maksimal 2 minggu.

Konseling dan Edukasi

- a. Memberitahukan kepada orang tua untuk menjaga kebersihan bayi dan rajin merawat kulit kepala bayi.
- b. Memberitahukan kepada orang tua bahwa kelainan ini umumnya muncul pada bulan-bulan pertama kehidupan dan membaik seiring dengan pertambahan usia.
- c. Memberikan informasi bahwa penyakit ini sukar disembuhkan tetapi dapat terkontrol dengan mengontrol emosi dan psikisnya.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila tidak ada perbaikan dengan pengobatan standar.

Peralatan: -

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*, sembuh tanpa komplikasi.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

15. DERMATITIS ATOPIK

No. ICPC-2 : S87 *Dermatitis/atopic eczema*

No. ICD-10 : L20 *Atopic dermatitis*

Tingkat Kemampuan Dermatitis atopik (kecuali *recalcitrant*) 4A

Masalah Kesehatan

Dermatitis Atopik (DA) adalah peradangan kulit berulang dan kronis dengan disertai gatal. Pada umumnya terjadi selama masa bayi dan anak-anak dan sering berhubungan dengan peningkatan kadar IgE dalam serum serta riwayat atopi pada keluarga atau penderita. Sinonim dari penyakit ini adalah eczema atopik, eczema konstitusional, eczema fleksural, neurodermatitis disseminata, prurigo Besnier.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan gatal yang bervariasi lokasinya tergantung pada jenis dermatitis atopik (lihat klasifikasi).

Gejala utama DA adalah pruritus, dapat hilang timbul sepanjang hari, tetapi umumnya lebih hebat pada malam hari. Akibatnya penderita akan menggaruk.

Pasien biasanya juga mempunyai riwayat sering merasa cemas, egois, frustrasi, agresif, atau merasa tertekan.

Faktor Risiko

- a. Wanita lebih banyak menderita DA dibandingkan pria (rasio 1,3 : 1).
- b. Riwayat atopi pada pasien dan atau keluarga (rhinitis alergi, konjungtivitis alergi/vernal, asma bronkial, dermatitis atopik, dan lain-lain).
- c. Faktor lingkungan: jumlah keluarga kecil, pendidikan ibu semakin tinggi, penghasilan meningkat, migrasi dari desa ke kota, dan meningkatnya penggunaan antibiotik.
- d. Riwayat sensitif terhadap wol, bulu kucing, anjing, ayam, burung, dan sejenisnya.

Faktor Pemicu

- a. Makanan: telur, susu, gandum, kedelai, dan kacang tanah.
- b. Tungau debu rumah
- c. Sering mengalami infeksi di saluran napas atas (kolonisasi *Staphylococcus aureus*)

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Kulit penderita DA:

- a. Kering pada perabaan
- b. Pucat/redup
- c. Jari tangan teraba dingin
- d. Terdapat papul, likenifikasi, eritema, erosi, eksoriasi, eksudasi dan krusta pada lokasi predileksi

Lokasi predileksi:

- a. Tipe bayi (infantil)
 - 1) Dahi, pipi, kulit kepala, leher, pergelangan tangan dan tungkai, serta lutut (pada anak yang mulai merangkak).
 - 2) Lesi berupa eritema, papul vesikel halus, eksudatif, krusta.
- b. Tipe anak
 - 1) Lipat siku, lipat lutut, pergelangan tangan bagian dalam, kelopak mata, leher, kadang-kadang di wajah.
 - 2) Lesi berupa papul, sedikit eksudatif, sedikit skuama, likenifikasi, erosi. Kadang-kadang disertai pustul.
- c. Tipe remaja dan dewasa

- 1) Lipat siku, lipat lutut, samping leher, dahi, sekitar mata, tangan dan pergelangan tangan, kadang-kadang ditemukan setempat misalnya bibir mulut, bibir kelamin, puting susu, atau kulit kepala.
- 2) Lesi berupa plak papular eritematosa, skuama, likenifikasi, kadang-kadang erosi dan eksudasi, terjadi hiperpigmentasi.

Berdasarkan derajat keparahan terbagi menjadi:

- a. DA ringan : apabila mengenai < 10% luas permukaan kulit.
- b. DA sedang : apabila mengenai 10-50% luas permukaan kulit.
- c. DA berat : apabila mengenai > 50% luas permukaan kulit.

Tanpa penyulit (umumnya tidak diikuti oleh infeksi sekunder).

Dengan penyulit (disertai infeksi sekunder atau meluas dan menjadi rekalsitran (tidak membaik dengan pengobatan standar).



Gambar 11.19 Dermatitis atopik

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan IgE serum (bila diperlukan dan dapat dilakukan di fasilitas pelayanan Tingkat Pertama)

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik harus terdiri dari 3 kriteria mayor dan 3 kriteria minor dari kriteria Williams (1994) di bawah ini.

Kriteria mayor:

- a. Pruritus
- b. Dermatitis di muka atau ekstensor pada bayi dan anak
- c. Dermatitis di fleksura pada dewasa

- d. Dermatitis kronis atau berulang
- e. Riwayat atopi pada penderita atau keluarganya

Kriteria minor:

- a. Xerosis
- b. Infeksi kulit (khususnya oleh *S. aureus* atau virus herpes simpleks)
- c. Iktiosis/ hiperliniar palmaris/ keratosis pilaris
- d. Pitriasis alba
- e. Dermatitis di papilla mammae
- f. *White dermographism* dan *delayed blanch response*
- g. Kelilitis
- h. Lipatan infra orbital Dennie-Morgan
- i. Konjungtivitis berulang
- j. Keratokonus
- k. Katarak subskapsular anterior
- l. Orbita menjadi gelap
- m. Muka pucat atau eritem
- n. Gatal bila berkeringat
- o. Intoleransi terhadap wol atau pelarut lemak
- p. Aksentuasi perifolikular
- q. Hipersensitif terhadap makanan
- r. Perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan atau emosi
- s. Tes kulit alergi tipe dadakan positif
- t. Kadar IgE dalam serum meningkat
- u. Mulai muncul pada usia dini

Pada bayi, kriteria diagnosis dimodifikasi menjadi:

- a. Tiga kriteria mayor berupa:
 - 1) Riwayat atopi pada keluarga
 - 2) Dermatitis pada muka dan ekstensor
 - 3) Pruritus
- b. Serta tiga kriteria minor berupa:
 - 1) Xerosis/iktiosis/hiperliniaris palmaris, aksentuasi perifolikular
 - 2) Fisura di belakang telinga
 - 3) Skuama di scalp kronis

Diagnosis banding

Dermatitis seboroik (terutama pada bayi), Dermatitis kontak, Dermatitis numularis, Skabies, Iktiosis, Psoriasis (terutama di daerah palmoplantar), Sindrom Sezary, Dermatitis herpetiformis

Pada bayi, diagnosis banding, yaitu Sindrom imunodefisiensi (misalnya sindrom Wiskott-Aldrich), Sindrom hiper IgE

Komplikasi

- a. Infeksi sekunder
- b. Perluasan penyakit (eritroderma)

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan dilakukan dengan modifikasi gaya hidup, yaitu:
 - 1) Menemukan faktor risiko.
 - 2) Menghindari bahan-bahan yang bersifat iritan termasuk pakaian seperti wol atau bahan sintetis.
 - 3) Memakai sabun dengan pH netral dan mengandung pelembab.
 - 4) Menjaga kebersihan bahan pakaian.
 - 5) Menghindari pemakaian bahan kimia tambahan.
 - 6) Membilas badan segera setelah selesai berenang untuk menghindari kontak klorin yang terlalu lama.
 - 7) Menghindari stress psikis.
 - 8) Menghindari bahan pakaian terlalu tebal, ketat, kotor.
 - 9) Pada bayi, menjaga kebersihan di daerah popok, iritasi oleh kencing atau feses, dan hindari pemakaian bahan-bahan *medicated baby oil*.
 - 10) Menghindari pembersih yang mengandung antibakteri karena menginduksi resistensi.
- b. Untuk mengatasi keluhan, farmakoterapi diberikan dengan:
 - 1) Topikal (2 kali sehari)
 - a) Pada lesi di kulit kepala, diberikan kortikosteroid topikal, seperti: Desonid krim 0,05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonid krim 0,025%) selama maksimal 2 minggu.

- b) Pada kasus dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan betametason valerat krim 0,1% atau mometason furoat krim 0,1%.
 - c) Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal atau sistemik bila lesi meluas.
- 2) Oral sistemik
- a) Antihistamin sedatif: klorfeniramin maleat 3 x 4 mg per hari selama maksimal 2 minggu atau setirizin 1 x 10 mg per hari selama maksimal 2 minggu.
 - b) Antihistamin non sedatif: loratadin 1x10 mg per hari selama maksimal 2 minggu.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan (bila diperlukan)

Pemeriksaan untuk menegakkan atopi, misalnya *skin prick test*/tes uji tusuk pada kasus dewasa.

Konseling dan Edukasi

- a. Penyakit bersifat kronis dan berulang sehingga perlu diberi pengertian kepada seluruh anggota keluarga untuk menghindari faktor risiko dan melakukan perawatan kulit secara benar.
- b. Memberikan informasi kepada keluarga bahwa prinsip pengobatan adalah menghindari gatal, menekan proses peradangan, dan menjaga hidrasi kulit.
- c. Menekankan kepada seluruh anggota keluarga bahwa modifikasi gaya hidup tidak hanya berlaku pada pasien, juga harus menjadi kebiasaan keluarga secara keseluruhan.

Rencana tindak lanjut

- a. Diperlukan pengobatan pemeliharaan setelah fase akut teratasi. Pengobatan pemeliharaan dengan kortikosteroid topikal jangka panjang (1 kali sehari) dan penggunaan krim pelembab 2 kali sehari sepanjang waktu.
- b. Pengobatan pemeliharaan dapat diberikan selama maksimal 4 minggu.
- c. Pemantauan efek samping kortikosteroid. Bila terdapat efek samping, kortikosteroid dihentikan.

Kriteria Rujukan

- a. Dermatitis atopik luas dan berat
- b. Dermatitis atopik rekalsitran atau dependent steroid
- c. Bila diperlukan *skin prick test*/tes uji tusuk
- d. Bila gejala tidak membaik dengan pengobatan standar selama 4 minggu
- e. Bila kelainan rekalsitran atau meluas sampai eritroderma

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit ini.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*, dapat terkendali dengan pengobatan pemeliharaan.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

16. Dermatitis Numularis

No. ICPC-2 : S87 Dermatitis/*atopic eczema*

No. ICD-10 : L20.8 *Other atopic dermatitis*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Dermatitis numularis adalah dermatitis berbentuk lesi mata uang (koin) atau lonjong, berbatas tegas, dengan efloresensi berupa papulovesikel, biasanya mudah pecah sehingga basah (*oozing*/madidans). Penyakit ini pada orang dewasa lebih sering terjadi pada pria daripada wanita. Usia puncak awitan pada kedua jenis kelamin antara 55 dan 65 tahun, pada wanita usia puncak

terjadi juga pada usia 15 sampai 25 tahun. Dermatitis numularis tidak biasa ditemukan pada anak, bila ada timbulnya jarang pada usia sebelum satu tahun, umumnya kejadian meningkat seiring dengan meningkatnya usia.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Bercak merah yang basah pada predileksi tertentu dan sangat gatal. Keluhan hilang timbul dan sering kambuh.

Faktor Risiko

Pria, usia 55-65 tahun (pada wanita 15-25 tahun), riwayat trauma fisis dan kimiawi (fenomena Kobner: gambaran lesi yang mirip dengan lesi utama), riwayat dermatitis kontak alergi, riwayat dermatitis atopik pada kasus dermatitis numularis anak, stress emosional, minuman yang mengandung alkohol, lingkungan dengan kelembaban rendah, riwayat infeksi kulit sebelumnya

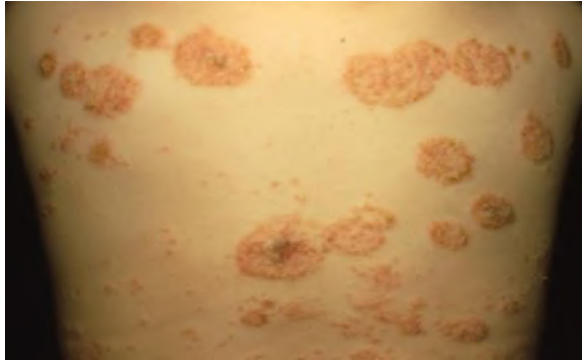
Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

- a. Lesi akut berupa vesikel dan papulovesikel (0,3 – 1 cm), berbentuk uang logam, eritematosa, sedikit edema, dan berbatas tegas.
- b. Tanda eksudasi karena vesikel mudah pecah, kemudian mengering menjadi krusta kekuningan.
- c. Jumlah lesi dapat satu, dapat pula banyak dan tersebar, bilateral, atau simetris, dengan ukuran yang bervariasi.

Tempat predileksi terutama di tungkai bawah, badan, lengan, termasuk punggung tangan.



Gambar 11.20 Dermatitis numularis

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan, karena manifestasi klinis jelas dan klasik.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Dermatitis kontak, Dermatitis atopi, Neurodermatitis sirkumskripta, Dermatomikosis

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pasien disarankan untuk menghindari faktor yang mungkin memprovokasi seperti stres dan fokus infeksi di organ lain.
- b. Farmakoterapi yang dapat diberikan, yaitu:
 - 1) Topikal (2 kali sehari)
 - a) Kompres terbuka dengan larutan permanganas kalikus 1/10.000, menggunakan 3 lapis kasa bersih, selama masing-masing 15-20 menit/kali kompres (untuk lesi madidans/basah) sampai lesi mengering.
 - b) Kemudian terapi dilanjutkan dengan kortikosteroid topikal: Desonid krim 0,05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonid krim 0,025%) selama maksimal 2 minggu.
 - c) Pada kasus dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan Betametason valerat krim 0,1% atau Mometason furoat krim 0,1%).

- d) Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal atau sistemik bila lesi meluas.
- 2) Oral sistemik
 - a) Antihistamin sedatif: klorfeniramin maleat 3 x 4 mg per hari selama maksimal 2 minggu atau setirizin 1 x 10 mg per hari selama maksimal 2 minggu.
 - b) Antihistamin non sedatif: loratadin 1x10 mg per hari selama maksimal 2 minggu.
- 3) Jika ada infeksi bakteri dapat diberikan antibiotik topikal atau antibiotik sistemik bila lesi luas.

Komplikasi

Infeksi sekunder

Konseling dan Edukasi

- a. Memberikan edukasi bahwa kelainan bersifat kronis dan berulang sehingga penting untuk pemberian obat topikal rumatan.
- b. Mencegah terjadinya infeksi sebagai faktor risiko terjadinya relaps.

Kriteria Rujukan

- a. Apabila kelainan tidak membaik dengan pengobatan topikal standar.
- b. Apabila diduga terdapat faktor penyulit lain, misalnya fokus infeksi pada organ lain, maka konsultasi dan/atau disertai rujukan kepada dokter spesialis terkait (contoh: gigi mulut, THT, obgyn, dan lain-lain) untuk penatalaksanaan fokus infeksi tersebut.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit dermatitis numularis.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam* apabila kelainan ringan tanpa penyulit, dapat sembuh tanpa komplikasi, namun bila kelainan berat dan dengan penyulit prognosis menjadi *dubia ad bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

17. LIKEN SIMPLEKS KRONIK (NEURODERMATITIS SIRKUMKRIPTA)

No. ICPC-2 : S87 *Dermatitis/atopic eczema*

No. ICD-10 : L28.0 *Lichen simplex chronicus*

Tingkat Kemampuan 3A

Masalah Kesehatan

Liken simpleks kronik atau yang sering disebut juga dengan neurodermatitis sirkumkripta adalah kelainan kulit berupa peradangan kronis, sangat gatal berbentuk sirkumskrip dengan tanda berupa kulit tebal dan menonjol menyerupai kulit batang kayu akibat garukan dan gosokan yang berulang-ulang. Penyebab kelainan ini belum diketahui. Prevalensi tertinggi penyakit ini pada orang yang berusia 30-50 tahun dan lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan gatal sekali pada kulit, tidak terus menerus, namun dirasakan terutama malam hari atau waktu tidak sibuk. Bila terasa gatal, sulit ditahan bahkan hingga harus digaruk sampai luka baru gatal hilang untuk sementara.

Faktor Risiko

Wanita lebih sering ditemukan dibandingkan pria, dengan puncak insidens 30-50 tahun.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

- a. Lesi biasanya tunggal, namun dapat lebih dari satu.
- b. Dapat terletak dimana saja yang mudah dicapai tangan. Biasanya terdapat di daerah tengkuk, sisi leher, tungkai bawah, pergelangan kaki, kulit kepala, paha bagian medial, lengan bagian ekstensor, skrotum dan vulva.
- c. Awalnya lesi berupa eritema dan edema atau kelompok papul, kemudian karena garukan berulang, bagian tengah menebal, kering, berskuama serta pinggirnya mengalami hiperpigmentasi. Bentuk umumnya lonjong, mulai dari lentikular sampai plak.



Gambar 11.21 Liken simpleks kronis

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Dermatitis atopik, Dermatitis kontak, Lichen planus, Dermatitis numularis

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pasien disarankan agar tidak terus menerus menggaruk lesi saat gatal, serta mungkin perlu dilakukan konsultasi dengan psikiatri.
- b. Prinsip pengobatan yaitu mengupayakan agar penderita tidak terus menggaruk karena gatal, dengan pemberian:
 - 1) Antipruritus: antihistamin dengan efek sedatif, seperti hidroksisin 10-50 mg setiap 4 jam, difenhidramin 25-50 mg setiap 4-6 jam (maksimal 300 mg/hari), atau klorfeniramin maleat (CTM) 4 mg setiap 4-6 jam (maksimal 24 mg/hari).
 - 2) Glukokortikoid topikal, antara lain: betametason dipropionat salep/krim 0,05% 1-3 kali sehari, metilprednisolon aseponat salep/krim 0,1% 1-2 kali sehari, atau mometason furoat salep/krim 0,1% 1 kali sehari. Glukokortikoid dapat dikombinasi dengan tar untuk efek antiinflamasi.

Konseling dan Edukasi

- a. Memberitahu keluarga mengenai kondisi pasien dan penanganannya.
- b. Menyarankan pasien untuk melakukan konsultasi dengan psikiatri dan mencari kemungkinan penyakit lain yang mendasari penyakit ini.

Kriteria Rujukan

Rujukan dilakukan dengan tujuan untuk mengatasi penyebab lain yang mendasari penyakit dengan berkonsultasi kepada psikiatri atau dokter spesialis kulit.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit liken simpleks kronik.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*, namun *quo ad sanationamnya* adalah *dubia ad bonam*.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

18. DERMATITIS KONTAK ALERGIK

No. ICPC-2 : S88 *Dermatitis contact/allergic*

No. ICD-10 : L23 *Allergic contact dermatitis*

Tingkat Kemampuan 3A

Masalah Kesehatan

Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah reaksi peradangan kulit imunologik karena reaksi hipersensitivitas. Kerusakan kulit terjadi didahului oleh proses sensitisasi berupa alergen (fase sensitisasi) yang umumnya berlangsung 2-3 minggu. Bila terjadi paparan ulang dengan alergen yang sama atau serupa, periode hingga terjadinya gejala klinis umumnya 24-48 jam (fase elisitasi). Alergen paling sering berupa bahan kimia dengan berat molekul kurang dari 500-1000 Da. DKA terjadi dipengaruhi oleh adanya sensitisasi alergen, derajat paparan dan luasnya penetrasi di kulit.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Keluhan kelainan kulit berupa gatal. Kelainan kulit bergantung pada keparahan dermatitis. Keluhan dapat disertai timbulnya bercak kemerahan.

Hal yang penting ditanyakan adalah riwayat kontak dengan bahan-bahan yang berhubungan dengan riwayat pekerjaan, hobi, obat topikal yang pernah digunakan, obat sistemik, kosmetik, bahan-bahan yang dapat menimbulkan alergi, serta riwayat alergi di keluarga

Faktor Risiko

- a. Ditemukan pada orang-orang yang terpajan oleh bahan alergen.
- b. Riwayat kontak dengan bahan alergen pada waktu tertentu.
- c. Riwayat dermatitis atopik atau riwayat atopi pada diri dan keluarga

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

Tanda yang dapat diobservasi sama seperti dermatitis pada umumnya tergantung pada kondisi akut atau kronis. Lokasi dan pola kelainan kulit penting diketahui untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebabnya, seperti di ketiak oleh deodoran, di pergelangan tangan oleh jam tangan, dan seterusnya.

Faktor Predisposisi

Pekerjaan atau paparan seseorang terhadap suatu bahan yang bersifat alergen.

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Dermatitis kontak iritan.

Komplikasi

Infeksi sekunder

Gambar 11.22 Dermatitis kontak alergi



Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Keluhan diberikan farmakoterapi berupa:

- 1) Topikal (2 kali sehari)
 - a) Pelembab krim hidrofilik urea 10%.
 - b) Kortikosteroid: Desonid krim 0,05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan Fluosinolon asetonid krim 0,025%).
 - c) Pada kasus dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan Betametason valerat krim 0,1% atau Mometason furoat krim 0,1%).
 - d) Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal.
- 2) Oral sistemik
 - a) Antihistamin hidrokisisin 2 x 25 mg per hari selama maksimal 2 minggu, atau
 - b) Loratadin 1x10 mg per hari selama maksimal 2 minggu.
- b. Pasien perlu mengidentifikasi faktor risiko, menghindari bahan-bahan yang bersifat alergen, baik yang bersifat kimia, mekanis, dan fisis, memakai sabun dengan pH netral dan mengandung pelembab serta memakai alat pelindung diri untuk menghindari kontak alergen saat bekerja.

Konseling dan Edukasi

- a. Konseling untuk menghindari bahan alergen di rumah saat mengerjakan pekerjaan rumah tangga.
- b. Edukasi menggunakan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan sepatu boot.
- c. Memodifikasi lingkungan tempat bekerja.

Kriteria rujukan

- a. Apabila dibutuhkan, dapat dilakukan *patch test*.
- b. Apabila kelainan tidak membaik dalam 4 minggu setelah pengobatan standar dan sudah menghindari kontak.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit dermatitis kontak alergi.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*, sedangkan *quo ad sanationam* adalah *dubia ad malam* (bila sulit menghindari kontak dan dapat menjadi kronis).

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

19. Dermatitis Kontak Iritan

No. ICPC-2 : S88 *Dermatitis contact/allergic*

No. ICD-10 : L24 *Irritant contact dermatitis*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah reaksi peradangan kulit non-imunologik. Kerusakan kulit terjadi secara langsung tanpa didahului oleh proses sensitisasi. DKI dapat dialami oleh semua orang tanpa memandang usia, jenis kelamin, dan ras. Penyebab munculnya dermatitis jenis ini adalah bahan yang bersifat iritan, misalnya bahan pelarut, deterjen, minyak pelumas, asam, alkali, dan serbuk kayu yang biasanya berhubungan dengan pekerjaan.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Keluhan di kulit dapat beragam, tergantung pada sifat iritan. Iritan kuat memberikan gejala akut, sedangkan iritan lemah memberikan gejala kronis. Gejala yang umum dikeluhkan adalah perasaan gatal dan timbulnya bercak kemerahan pada daerah yang terkena kontak bahan iritan. Kadang-kadang diikuti oleh rasa pedih, panas, dan terbakar.

Faktor Risiko

- a. Ditemukan pada orang-orang yang terpajan oleh bahan iritan
- b. Riwayat kontak dengan bahan iritan pada waktu tertentu
- c. Pasien bekerja sebagai tukang cuci, juru masak, kuli bangunan, montir, penata rambut
- d. Riwayat dermatitis atopik

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Tanda yang dapat diobservasi sama seperti dermatitis pada umumnya, tergantung pada kondisi akut atau kronis. Selengkapnya dapat dilihat pada bagian klasifikasi.

Faktor Predisposisi

Pekerjaan atau paparan seseorang terhadap suatu bahan yang bersifat iritan.

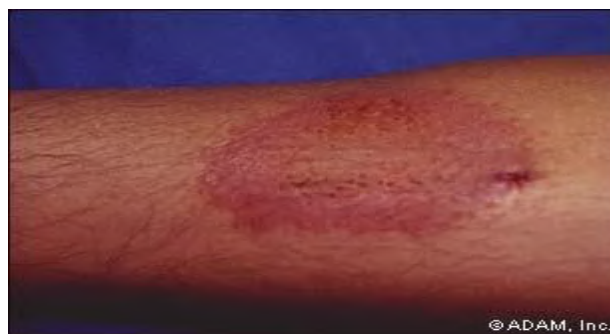
Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.



Gambar 11.23 Dermatitis kontak iritan

Klasifikasi

Berdasarkan penyebab dan pengaruh faktor-faktor tertentu, DKI dibagi menjadi:

- a. DKI akut:

- 1) Bahan iritan kuat, misalnya larutan asam sulfat (H_2SO_4) atau asam klorida (HCl), termasuk luka bakar oleh bahan kimia.
 - 2) Lesi berupa: eritema, edema, bula, kadang disertai nekrosis.
 - 3) Tepi kelainan kulit berbatas tegas dan pada umumnya asimetris.
- b. DKI akut lambat:
- 1) Gejala klinis baru muncul sekitar 8-24 jam atau lebih setelah kontak.
 - 2) Bahan iritan yang dapat menyebabkan DKI tipe ini diantaranya adalah podofilin, antralin, tretionin, etilen oksida, benzalkonium klorida, dan asam hidrofluorat.
 - 3) Kadang-kadang disebabkan oleh bulu serangga yang terbang pada malam hari (dermatitis venenata), penderita baru merasa pedih keesokan harinya, pada awalnya terlihat eritema, dan pada sore harinya sudah menjadi vesikel atau bahkan nekrosis.
- c. DKI kumulatif/ DKI kronis:
- 1) Penyebabnya adalah kontak berulang-ulang dengan iritan lemah (faktor fisis misalnya gesekan, trauma minor, kelembaban rendah, panas atau dingin, faktor kimia seperti deterjen, sabun, pelarut, tanah dan bahkan air).
 - 2) Umumnya predileksi ditemukan di tangan terutama pada pekerja.
 - 3) Kelainan baru muncul setelah kontak dengan bahan iritan berminggu-minggu atau bulan, bahkan bisa bertahun-tahun kemudian sehingga waktu dan rentetan kontak merupakan faktor penting.
 - 4) Kulit dapat retak seperti luka iris (fisur), misalnya pada kulit tumit tukang cuci yang mengalami kontak terus-menerus dengan deterjen. Keluhan penderita umumnya rasa gatal atau nyeri karena kulit retak (fisur). Ada kalanya kelainan hanya berupa kulit kering atau skuama tanpa eritema, sehingga diabaikan oleh penderita.

d. Reaksi iritan:

- 1) Merupakan dermatitis subklinis pada seseorang yang terpajan dengan pekerjaan basah, misalnya penata rambut dan pekerja logam dalam beberapa bulan pertama, kelainan kulit monomorfik (efloresensi tunggal) dapat berupa eritema, skuama, vesikel, pustul, dan erosi.
- 2) Umumnya dapat sembuh sendiri, namun menimbulkan penebalan kulit, dan kadang-kadang berlanjut menjadi DKI kumulatif.

e. DKI traumatik:

- 1) Kelainan kulit berkembang lambat setelah trauma panas atau laserasi.
- 2) Gejala seperti dermatitis numularis (lesi akut dan basah).
- 3) Penyembuhan lambat, paling cepat 6 minggu.
- 4) Lokasi predileksi paling sering terjadi di tangan.

f. DKI non eritematosa:

Merupakan bentuk subklinis DKI, ditandai dengan perubahan fungsi sawar stratum korneum, hanya ditandai oleh skuamasi ringan tanpa disertai kelainan klinis lain.

g. DKI subyektif/ DKI sensori:

Kelainan kulit tidak terlihat, namun penderita merasa seperti tersengat (pedih) atau terbakar (panas) setelah kontak dengan bahan kimia tertentu, misalnya asam laktat.

Diagnosis Banding

Dermatitis kontak alergi

Komplikasi

Infeksi sekunder.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

a. Keluhan dapat diatasi dengan pemberian farmakoterapi, berupa:

- 1) Topikal (2 kali sehari)
 - a) Pelembab krim hidrofilik urea 10%.
 - b) Kortikosteroid: Desonid krim 0,05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonid krim 0,025%).

- c) Pada kasus DKI kumulatif dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan betametason valerat krim 0,1% atau mometason furoat krim 0,1%).
- d) Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal.
- 2) Oral sistemik
 - a) Antihistamin hidroksisin 2 x 25 mg per hari selama maksimal 2 minggu, atau
 - b) Loratadin 1x10 mg per hari selama maksimal 2 minggu.
- b. Pasien perlu mengidentifikasi faktor risiko, menghindari bahan-bahan yang bersifat iritan, baik yang bersifat kimia, mekanis, dan fisis, memakai sabun dengan pH netral dan mengandung pelembab, serta memakai alat pelindung diri untuk menghindari kontak iritan saat bekerja.

Konseling dan Edukasi

- a. Konseling untuk menghindari bahan iritan di rumah saat mengerjakan pekerjaan rumah tangga.
- b. Edukasi untuk menggunakan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan sepatu boot.
- c. Memodifikasi lingkungan tempat bekerja.

Kriteria Rujukan

- a. Apabila dibutuhkan, dapat dilakukan *patch test*
- b. Apabila kelainan tidak membaik dalam 4 minggu pengobatan standar dan sudah menghindari kontak.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit dermatitis kontak iritan.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*. Pada kasus DKI akut dan bisa menghindari kontak, prognosisnya adalah *bonam* (sembuh tanpa

komplikasi). Pada kasus kumulatif dan tidak bisa menghindari kontak, prognosisnya adalah dubia.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

20. *Napkin Eczema* (Dermatitis Popok)

No. ICPC-2 : S89 *Diaper rash*

No. ICD-10 : L22 *Diaper (napkin) dermatitis*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Napkin eczema sering disebut juga dengan dermatitis popok atau *diaper rash* adalah dermatitis di daerah genito-krural sesuai dengan tempat kontak popok. Umumnya pada bayi pemakai popok dan juga orang dewasa yang sakit dan memakai popok. Dermatitis ini merupakan salah satu dermatitis kontak iritan akibat isi napkin (popok).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan gatal dan bercak merah berbatas tegas mengikuti bentuk popok yang berkontak, kadang-kadang basah dan membentuk luka.

Faktor Risiko

- a. Popok jarang diganti.
- b. Kulit bayi yang kering sebelum dipasang popok.
- c. Riwayat atopi diri dan keluarga.
- d. Riwayat alergi terhadap bahan plastik dan kertas.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

- a. Makula eritematosa berbatas agak tegas (bentuk mengikuti bentuk popok yang berkontak)
- b. Papul
- c. Vesikel
- d. Erosi
- e. Ekskoriasi
- f. Infiltran dan ulkus bila parah
- g. Plak eritematosa (merah cerah), membasah, kadang pustul, lesi satelit (bila terinfeksi jamur).



Gambar 11.24 Napkin eczema

Pemeriksaan Penunjang

Bila diduga terinfeksi jamur kandida, perlu dilakukan pemeriksaan KOH atau Gram dari kelainan kulit yang basah.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

- a. Penyakit Letterer-Siwe
- b. Akrodermatitis enteropatika
- c. Psoriasis infersa
- d. Eritrasma

Komplikasi

Infeksi sekunder

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Untuk mengurangi gejala dan mencegah bertambah beratnya lesi, perlu dilakukan hal berikut:
 - 1) Ganti popok bayi lebih sering, gunakan pelembab sebelum memakaikan popok bayi.
 - 2) Dianjurkan pemakaian popok sekali pakai jenis *highly absorbent*.
- b. Prinsip pemberian farmakoterapi yaitu untuk menekan inflamasi dan mengatasi infeksi kandida.
 - 1) Bila ringan: krim/salep bersifat protektif (*zinc oxide*/pantenol) dipakai 2 kali sehari selama 1 minggu atau kortikosteroid potensi lemah (hidrokortison salep 1-2,5%) dipakai 2 kali sehari selama 3-7 hari.
 - 2) Bila terinfeksi kandida: berikan antifungal nistatin sistemik 1 kali sehari selama 7 hari atau derivat azol topikal dikombinasi dengan *zinc oxide* diberikan 2 kali sehari selama 7 hari.

Konseling dan Edukasi

- a. Memberitahu keluarga mengenai penyebab dan menjaga higiene kulit.
- b. Mengajarkan cara penggunaan popok dan mengganti secepatnya bila popok basah.
- c. Mengganti popok sekali pakai bila kapasitas telah penuh.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Biasanya tidak perlu dilakukan, hanya dilakukan untuk mengeksklusi diagnosis banding.

Rencana Tindak Lanjut

Bila gejala tidak menghilang setelah pengobatan standar selama 1 minggu, dilakukan:

- a. Pengobatan dapat diulang 7 hari lagi.
- b. Pertimbangkan untuk pemeriksaan ulang KOH atau Gram.

Kriteria Rujukan

Bila keluhan tidak membaik setelah pengobatan standar selama 2 minggu.

Peralatan

Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan KOH dan Gram

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam* dan dapat sembuh tanpa komplikasi.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

21. Dermatitis Perioral

No. ICPC-2 : S99 *Skin disease other*

No. ICD-10 : L71.0 Perioral dermatitis

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Dermatitis perioral adalah erupsi eritematosa persisten yang terdiri dari papul kecil dan papulo-pustul yang berlokasi di sekitar mulut. Dermatitis perioral dapat terjadi pada anak dan dewasa. Dalam populasi dewasa, penyakit ini lebih sering terjadi pada wanita daripada pria. Namun, selama masa kanak-kanak persentase pasien pria lebih besar. Pada anak-anak, penyakit ini memiliki kecenderungan untuk meluas ke periorbita atau perinasal. Beberapa agen penyebab terlibat dalam patogenesis penyakit ini diantaranya penggunaan kosmetik dan glukokortikoid. Studi *case control* di Australia memperlihatkan bahwa pemakaian kombinasi *foundation*, pelembab dan krim malam meningkatkan risiko terjadinya dermatitis perioral secara signifikan. Penggunaan kortikosteroid merupakan

penyebab utama penyakit ini pada anak-anak. Beberapa faktor lainnya yang juga diidentifikasi diantaranya infeksi, faktor hormonal, pemakaian pil kontrasepsi, kehamilan, fluoride dalam pasta gigi, dan sensitasi merkuri dari tambalan amalgam. *Demodex folliculorum* dianggap memainkan peran penting dalam patogenesis dermatitis perioral terutama pada anak dengan imunokompromais. Namun, laporan terbaru menunjukkan bahwa *density* dari *D.folliculorum* merupakan fenomena sekunder penyebab dermatitis perioral.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan yang dirasakan pasien adalah gatal dan rasa panas disertai timbulnya lesi di sekitar mulut.

Faktor Risiko

- a. Pemakaian kortikosteroid topikal.
- b. Pemakaian kosmetik.
- c. Pasien imunokompromais

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Erupsi eritematosa yang terdiri dari papul, papulopustul atau papulovesikel, biasanya tidak lebih dari 2 mm. Lesi berlokasi di sekitar mulut, namun pada anak lesi dapat meluas ke perinasal atau periorbita.

Pemeriksaan Penunjang

Umumnya tidak diperlukan.



Gambar 11.25 Dermatitis perioral

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Ditegakkan ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Dermatitis kontak, Dermatitis seboroik, Rosasea, Akne, Lip-licking cheilitis, Histiocytosis, Sarkoidosis

Komplikasi

Infeksi sekunder

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Untuk keberhasilan pengobatan, langkah pertama yang dilakukan adalah menghentikan penggunaan semua kosmetik dan kortikosteroid topikal. Jika tidak diobati, bentuk klasik dermatitis perioral memiliki kecenderungan untuk bertahan, terutama jika pasien terbiasa menggunakan pelembab atau krim malam.

Dalam kasus resisten, dermatitis perioral membutuhkan farmakoterapi, seperti:

a. Topikal

- 1) Klindamisin krim 1%, satu atau dua kali sehari
- 2) Eritromisin krim 2-3% satu atau dua kali sehari
- 3) Asam azelaik krim 20% atau gel 15%, dua kali sehari
- 4) Adapalene gel 0,1%, sekali sehari selama 4 minggu

b. Sistemik

- 1) Tetrasiklin 250-500 mg, dua kali sehari selama 3 minggu. Jangan diberikan pada pasien sebelum usia pubertas.
- 2) Doksisiklin 100 mg per hari selama 3 minggu. Jangan diberikan pada pasien sebelum usia pubertas.
- 3) Minosiklin 100 mg per hari selama 4 minggu. Jangan diberikan pada pasien sebelum usia pubertas.
- 4) Eritromisin 250 mg, dua kali sehari selama 4-6 minggu
- 5) Azytromisin 500 mg per hari, 3 hari berturut-turut per minggu selama 4 minggu.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Pada pasien yang menderita dermatitis perioral dalam waktu lama, pemeriksaan mikroskopis lesi dapat disarankan untuk mengetahui apakah ada infeksi bakteri, jamur atau adanya *Demodex folliculorum*.

Konseling dan Edukasi

Edukasi dilakukan terhadap pasien dan pada pasien anak edukasi dilakukan kepada orangtuanya. Edukasi berupa menghentikan pemakaian semua kosmetik, menghentikan pemakaian kortikostroid topikal. Eritema dapat terjadi pada beberapa hari setelah penghentian steroid.

Kriteria rujukan

Pasien dirujuk apabila memerlukan pemeriksaan mikroskopik atau pada pasien dengan gambaran klinis yang tidak biasa dan perjalanan penyakit yang lama.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit dermatitis perioral.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam* jika pasien menghentikan penggunaan kosmetik atau kortikosteroid topikal.

Referensi

- a. Caputo, R. & Barbareschi, M. 2007. Current And Future Treatment Options For Perioral Dermatitis. *Expert Review Of Dermatology*, 2, 351-355. Available from <http://Search.Proquest.Com/Docview/912278300/Fulltextpdf/Dc34942e98744010pq/5?Accountid=17242>(7 Juni 2014)..
- b. Green, B. D. O. & Morrell, D. S. M. D. 2007. Persistent Facial Dermatitis: Pediatric Perioral Dermatitis. *Pediatric Annals*, 36,pp.796-8. Available from <http://search.proquest.com/docview/217556989/fulltextPDF?accountid=17242> (7 Juni 2014).
- c. Weber, K. & Thurmayr, R. 2005. Critical Appraisal Of Reports On The Treatment Of Perioral Dermatitis. *Dermatology*, 210,

300-7. Available from
[http://search.proquest.com/docview/275129538/DC34942E98744010PQ/1?accountid=17242#\(7 Juni 2014\).](http://search.proquest.com/docview/275129538/DC34942E98744010PQ/1?accountid=17242#(7%20Juni%202014).)

22. Pitiriasis Rosea

No. ICPC-2 : S90 *Pityriasis rosea*

No. ICD-10 : L42 *Pityriasis rosea*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Penyakit ini belum diketahui sebabnya, dimulai dengan sebuah lesi inisial berbentuk eritema dan skuama halus (*mother patch*), kemudian disusul oleh lesi-lesi yang lebih kecil di badan, lengan dan paha atas, yang tersusun sesuai dengan lipatan kulit. Penyakit ini biasanya sembuh dalam waktu 3-8 minggu. Pitiriasis rosea didapati pada semua usia, terutama antara 15-40 tahun, dengan rasio pria dan wanita sama besar.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan lesi kemerahan yang awalnya satu kemudian diikuti dengan lesi yang lebih kecil yang menyerupai pohon cemara terbalik. Lesi ini kadang-kadang dikeluhkan terasa gatal ringan.

Faktor Risiko

Etiologi belum diketahui, ada yang mengatakan hal ini merupakan infeksi virus karena merupakan *self limited disease*.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Gejala konstitusi pada umumnya tidak terdapat, sebagian penderita mengeluh gatal ringan. Penyakit dimulai dengan lesi pertama (*herald patch*), umumnya di badan, soliter, berbentuk oval, dan anular, diameternya sekitar 3 cm. Lesi terdiri atas eritema dan skuama halus di atasnya. Lamanya beberapa hari sampai dengan beberapa minggu. Lesi berikutnya timbul 4-10 hari setelah lesi pertama dengan gambaran serupa dengan lesi pertama, namun lebih kecil,

susunannya sejajar dengan tulang iga, sehingga menyerupai pohon cemara terbalik. Tempat predileksi yang sering adalah pada badan, lengan atas bagian proksimal dan paha atas.



Gambar 11.26 Pityriasis rosea

Pemeriksaan Penunjang

Bila diperlukan, pemeriksaan mikroskopis KOH dilakukan untuk menyingkirkan Tinea Korporis.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Tinea korporis, Erupsi obat

Komplikasi

Tidak ada komplikasi yang bermakna.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pengobatan bersifat simptomatik, misalnya untuk gatal diberikan antipruritus seperti bedak asam salisilat 1-2% atau mentol 0,25-0,5%.

Konseling dan Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga bahwa penyakit ini swasirna.

Kriteria Rujukan

Tidak perlu dirujuk

Peralatan

Lup

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam* karena penyakit sembuh spontan dalam waktu 3-8 minggu.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

23. Eritrasma

No. ICPC-2 : S76 *Skin infection other*

No. ICD-10 : L08.1 *Erythrasma*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Eritrasma adalah penyakit bakteri kronik pada *stratum korneum* yang disebabkan oleh *Corynebacterium minutissimum*. Eritrasma terutama terjadi pada orang dewasa, penderita diabetes, dan banyak ditemukan di daerah tropis. Eritrasma dianggap tidak begitu menular karena didapatkan bahwa pasangan suami istri tidak mendapatkan penyakit tersebut secara bersama-sama. Secara global, insidens eritrasma dilaporkan 4% dan lebih banyak ditemukan di daerah iklim tropis dan subtropis. Selain itu insidensnya lebih banyak ditemukan pada ras kulit hitam. Eritrasma terjadi baik pria maupun wanita, pada pria lebih banyak ditemukan eritrasma pada daerah kruris, sedangkan pada wanita di daerah interdigital. Berdasarkan usia, insidens eritrasma bertambah seiring dengan pertambahan usia dengan pasien termuda yang pernah ditemukan yaitu usia 1 tahun.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Eritrasma kadang tidak menimbulkan keluhan subyektif, tetapi ada juga pasien datang dengan keluhan gatal dengan durasi dari bulan sampai tahun.

Faktor Risiko:

Penderita Diabetes Mellitus, iklim sedang dan panas, maserasi pada kulit, banyak berkeringat, kegemukan, higiene buruk, peminum alkohol

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Lokasi : lipat paha bagian dalam, sampai skrotum, aksilla, dan intergluteal

Efloresensi : eritema luas berbatas tegas, dengan skuama halus dan kadang erosif. Kadang juga didapatkan likenifikasi dan hiperpigmentasi.

Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan dengan lampu *Wood*
- b. Sediaan langsung kerokan kulit dengan pewarnaan gram

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis melalui hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada pemeriksaan dengan lampu *Wood* didapatkan fluoresensi merah bata (*coral pink*).

Diagnosis Banding

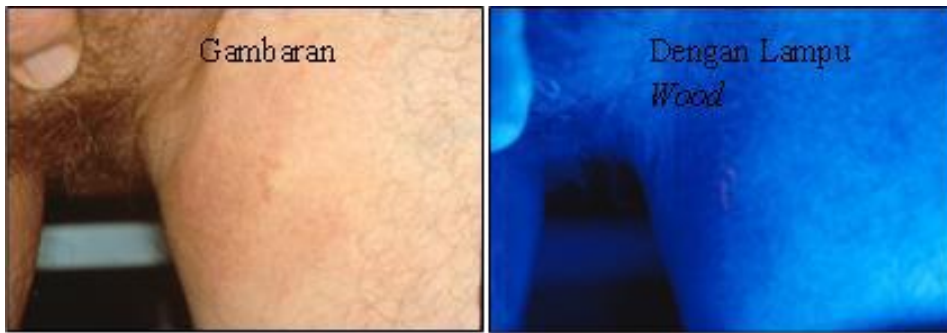
Pitiriasis versikolor, Tinea kruris, Dermatitis seboroik, Kandidiasis

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Pengobatan topikal: salep Tetrasiklin 3%
- b. Pengobatan sistemik: Eritromisin 1 g sehari (4 x 250mg) untuk 2-3 minggu.



Gambar 11.27 Eritrasma

Rencana Tindak Lanjut: -

Konseling dan Edukasi

- a. Bagi penderita diabetes, tetap mengontrol gula darah
- b. Menjaga kebersihan badan
- c. Menjaga agar kulit tetap kering
- d. Menggunakan pakaian yang bersih dengan bahan yang menyerap keringat.
- e. Menghindari panas atau kelembaban yang berlebih

Kriteria Rujukan: -

Peralatan

- a. Lampu Wood
- b. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH dan pewarnaan gram

Prognosis

Bonam

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. Kibbi A.G. *Erythrasma*. Available from <http://e-medicine.medscape.com> (10 Juni 2014)
- c. Morales-Trujillo ML, Arenas R, Arroyo S. *Interdigital Erythrasma: Clinical, Epidemiologic, And Microbiologic Findings*. *Actas Dermosifiliogr*. Jul-Aug 2008;99(6):469-73
- d. Sarkany I, Taplin D, Blank H. *Incidence And Bacteriology Of Erythrasma*. *Arch Dermatol*. May 1962;85:578-82

24. Skrofuloderma

No. ICPC-2 : A 70 Tuberculosis

No. ICD-10 : A 18.4 *Tuberculosis of skin and subcutaneous tissue*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Skrofuloderma adalah suatu bentuk reaktivasi infeksi tuberkulosis akibat penjaran per kontinuitatum dari organ di bawah kulit seperti limfadenitis atau osteomielitis yang membentuk abses dingin dan melibatkan kulit di atasnya, kemudian pecah dan membentuk sinus di permukaan kulit.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Skrofuloderma biasanya dimulai dengan pembesaran kelenjar getah bening tanpa tanda-tanda radang akut. Mula-mula hanya beberapa kelenjar diserang, lalu makin banyak sampai terjadi abses memecah dan menjadi fistel kemudian meluas menjadi ulkus. Jika penyakitnya telah menahun, maka didapatkan gambaran klinis yang lengkap.

Faktor Risiko

Sama dengan TB Paru

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Lokasi : leher, ketiak, lipat paha

Efloresensi : pembesaran kelenjar getah bening tanpa radang akut kecuali tumor dengan konsistensi bermacam-macam, periadenitis, abses dan fistel multipel, ulkus-ulkus khas, sikatriks-sikatriks yang memanjang dan tidak teratur serta jembatan kulit.

Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan dahak
- 2) Pemeriksaan biakan *Mycobacterium tuberculosis*

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis melalui hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.



Gambar 11.28 Skrofuloderma

Diagnosis Banding

Limfosarkoma, Limfoma maligna, Hidradenitis suppurativa, Limfogranuloma venerum

Komplikasi :-

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Sama dengan TB Paru

Pengobatan sistemik:

Sama dengan TB Paru

Rencana tindak lanjut:

Memantau kriteria penyembuhan skrofuloderma, antara lain:

- Semua fistel dan ulkus sudah menutup
- Seluruh kelenjar limfe sudah mengecil (< 1 cm, konsistensi keras)
- Sikatriks tidak eritematous
- Laju Endap Darah menurun

Konseling dan Edukasi

Sama dengan TB Paru

Peralatan

- Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan laju endap darah dan pemeriksaan BTA
- Tes tuberkulin

Prognosis

Bonam

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. Kementerian Kesehatan RI. 2008. *Diagnosis dan Tata Laksana TB Pada Anak*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI.
- c. Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI.

25. HIDRADENITIS SUPURATIF

No. ICPC-2 : S92 *Sweat gland disease*

No. ICD-10 : L73.2 Hidradenitis suppurativa

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Hidradenitis supuratif atau disebut juga akne inversa adalah peradangan kronis dan supuratif pada kelenjar apokrin. Penyakit ini terdapat pada usia pubertas sampai usia dewasa muda. Prevalensi keseluruhan adalah sekitar 1%. Rasio wanita terhadap pria adalah 3:1. Dari beberapa penelitian epidemiologi diketahui bahwa sepertiga pasien hidradenitis supuratif memiliki kerabat dengan hidradenitis. Merokok dan obesitas merupakan faktor risiko untuk penyakit ini. Penyakit ini juga sering didahului oleh trauma atau mikrotrauma, misalnya banyak keringat, pemakaian deodorant atau rambut ketiak digunting.

Beberapa bakteri telah diidentifikasi dalam kultur yang diambil dari lesi hidradenitis supuratif, diantaranya adalah *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, bakteri anaerob (*Peptostreptococcus species*, *Bacteroides melaninogenicus*, dan *Bacteroides corrodens*), *Corynebacteria*, dan batang Gram-negatif.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan awal yang dirasakan pasien adalah gatal, eritema, dan hiperhidrosis lokal. Tanpa pengobatan penyakit ini dapat berkembang dan pasien merasakan nyeri di lesi.

Faktor Risiko

Merokok, obesitas, banyak berkeringat, pemakaian deodorant, menggunting rambut ketiak

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Ruam berupa nodus dengan tanda-tanda peradangan akut, kemudian dapat melunak menjadi abses, dan memecah membentuk fistula dan disebut hidradenitis supuratif. Pada yang menahun dapat terbentuk abses, fistel, dan sinus yang multipel. Terdapat leukositosis.

Lokasi predileksi di aksila, lipat paha, gluteal, perineum dan daerah payudara. Meskipun penyakit ini di aksila seringkali ringan, di perianal sering progresif dan berulang.

Ada dua sistem klasifikasi untuk menentukan keparahan hidradenitis supuratif, yaitu dengan sistem klasifikasi Hurley dan Sartorius.

- a. Hurley mengklasifikasikan pasien menjadi tiga kelompok berdasarkan adanya dan luasnya jaringan parut dan sinus.
 - 1) Tahap I : lesi soliter atau multipel, ditandai dengan pembentukan abses tanpa saluran sinus atau jaringan parut.
 - 2) Tahap II : lesi single atau multipel dengan abses berulang, ditandai dengan pembentukan saluran sinus dan jaringan parut.
 - 3) Tahap III : tahap yang paling parah, beberapa saluran saling berhubungan dan abses melibatkan seluruh daerah anatomi (misalnya ketiak atau pangkal paha).
- b. Skor Sartorius. Skor didapatkan dengan menghitung jumlah lesi kulit dan tingkat keterlibatan di setiap lokasi anatomi. Lesi yang lebih parah seperti fistula diberikan skor yang lebih tinggi dari pada lesi ringan seperti abses. Skor dari semua lokasi anatomi ditambahkan untuk mendapatkan skor total.



Gambar 11.29 Hidradenitis supuratif

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Ditegakkan ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaaan fisik.

Diagnosis Banding

Furunkel, karbunkel, kista epidermoid atau kista dermoid, Erisipelas, Granuloma inguinal, Lymphogranuloma venereum, Skrofuloderma

Komplikasi

- a. Jaringan parut di lokasi lesi.
- b. Inflamasi kronis pada genitofemoral dapat menyebabkan striktur di anus, uretra atau rektum.
- c. Fistula uretra.
- d. Edema genital yang dapat menyebabkan gangguan fungsional.
- e. Karsinoma sel skuamosa dapat berkembangpada pasien dengan riwayat penyakit yang lama, namun jarang terjadi.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

a. Pengobatan oral:

1) Antibiotik sistemik

Antibiotik sistemik misalnya dengan kombinasi rifampisin 600 mg sehari (dalam dosis tunggal atau dosis terbagi) dan klindamisin 300 mg dua kali sehari menunjukkan hasil pengobatan yang menjanjikan. Dapson dengan dosis 50-

150mg/hari sebagai monoterapi, eritromisin atau tetrasiklin 250-500 mg 4x sehari, doksisisilin 100 mg 2x sehari selama 7-14 hari.

2) Kortikosteroid sistemik

Kortikosteroid sistemik misalnya triamsinolon, prednisolon atau prednison

- b. Jika telah terbentuk abses, dilakukan insisi.

Konseling dan Edukasi

Edukasi dilakukan terhadap pasien, yaitu berupa:

- a. Mengurangi berat badan untuk pasien obesitas.
- b. Berhenti merokok.
- c. Tidak mencukur di kulit yang berjerawat karena mencukur dapat mengiritasi kulit.
- d. Menjaga kebersihan kulit.
- e. Mengenakan pakaian yang longgar untuk mengurangi gesekan
- f. Mandi dengan menggunakan sabun dan antiseptik atau antiperspirant.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila penyakit tidak sembuh dengan pengobatan oral atau lesi kambuh setelah dilakukan insisi dan drainase.

Peralatan

Bisturi

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*, tingkat keparahan penyakit bervariasi dari satu pasien dengan pasien lainnya.

Referensi

- a. Alhusayen, R. & Shear, N. H. 2012. Pharmacologic Interventions For Hidradenitis Suppurativa. *American Journal Of Clinical Dermatology*, 13,pp 283-91. Available from [http://search.proquest.com/docview/1030722679/fulltextPDF/2D2BD7905F304E87PQ/6?accountid=17242#\(7 Juni 2014\).](http://search.proquest.com/docview/1030722679/fulltextPDF/2D2BD7905F304E87PQ/6?accountid=17242#(7%20Juni%202014).)

- b. American Academy of Dermatology. Hidradenitis suppurativa. Available from <http://www.aad.org/dermatology-a-to-z/diseases-and-treatments/e---h/hidradenitis-suppurativa>(7 Juni 2014).
- c. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- d. Herrington, S. (2007). *Hidradenitis suppurativa*. In M. R. Dambro (Ed.), *Griffith's 5 minute clinical consult*. 14th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, pp. 570–572.
- e. Jovanovic, M. 2014. Hidradenitis suppurativa. *Medscape*. June 7, 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/1073117-overview>.
- f. Sartorius, K., Emtestam, L., Lapins, J. & Johansson, O. 2010. Cutaneous PGP 9.5 Distribution Patterns In Hidradenitis Suppurativa. *Archives of Dermatological Research*, 302, pp. 461-8. Available from:
g. <http://search.proquest.com/docview/521176635?accountid=17242>(7 Juni 2014)..
- h. Shah, N. 2005. Hidradenitis suppurative: A treatment challenge. *American Family Physician*, 72(8), pp. 1547-1552. Available from
i. <http://www.aafp.org/afp/2005/1015/p1547.html#afp20051015p1547-t2>(7 Juni 2014).

26. Akne Vulgaris Ringan

No. ICPC-2 : S96 *Acne*

No. ICD-10 : L70.0 *Acne vulgaris*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Akne vulgaris adalah penyakit peradangan kronis dari folikel pilosebacea yang diinduksi dengan peningkatan produksi sebum, perubahan pola keratinisasi, peradangan, dan kolonisasi dari bakteri *Propionibacterium acnes*. Sinonim untuk penyakit ini adalah jerawat. Umumnya insidens terjadi pada wanita usia 14-17 tahun, pria 16-19 tahun lesi yang utama adalah komedo dan papul dan dapat dijumpai

pula lesi beradang. Pada anak wanita, akne vulgaris dapat terjadi pada premenarke. Setelah masa remaja kelainan ini berangsur berkurang, namun kadang-kadang menetap sampai dekade ketiga terutama pada wanita. Ras oriental (Jepang, Cina, Korea) lebih jarang menderita akne vulgaris dibandingkan dengan ras kaukasia (Eropa, Amerika).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan berupa erupsi kulit polimorfi di lokasi predileksi, disertai rasa nyeri atau gatal namun masalah estetika umumnya merupakan keluhan utama.

Faktor Risiko:

Usia remaja, stress emosional, siklus menstruasi, merokok, ras, riwayat akne dalam keluarga, banyak makan makanan berlemak dan tinggi karbohidrat

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Komedo berupa papul miliar yang ditengahnya mengandung sumbatan sebum, bila berwarna hitam disebut komedo hitam (*black comedo, open comedo*) dan bila berwarna putih disebut komedo putih atau komedo tertutup (*white comedo, close comedo*). Erupsi kulit polimorfi dengan gejala predominan salah satunya, komedo, papul yang tidak beradang dan pustul, nodus dan kista yang beradang.

Tempat predileksi adalah di muka, bahu, dada bagian atas, dan punggung bagian atas. Lokasi kulit lain misalnya di leher, lengan atas, dan kadang-kadang glutea.

Gradasi yang menunjukkan berat ringannya penyakit diperlukan bagi pilihan pengobatan. Gradasi akne vulgaris adalah sebagai berikut:

a. Ringan, bila:

- 1) Beberapa lesi tak beradang pada satu predileksi
- 2) Sedikit lesi tak beradang pada beberapa tempat predileksi
- 3) Sedikit lesi beradang pada satu predileksi

b. Sedang, bila:

- 1) Banyak lesi tak beradang pada satu predileksi
- 2) Beberapa lesi tak beradang pada lebih dari satu predileksi

- 3) Beberapa lesi beradang ada satu predileksi
 - 4) Sedikit lesi beradang pada lebih dari satu predileksi
- c. Berat, bila:
- 1) Banyak lesi tak beradang pada lebih dari satu predileksi
 - 2) Banyak lesi beradang pada satu atau lebih predileksi

Keterangan:

Sedikit bila kurang dari 5, beberapa bila 5-10, banyak bila lebih dari 10 lesi

Tak beradang : komedo putih, komedo hitam, papul

Beradang : pustul, nodus, kista

Pada pemeriksaan ekskoleasi sebum, yaitu pengeluaran sumbatan sebum dengan komedo ekstraktor (sendok Unna) ditemukan sebum yang menyumbat folikel tampak sebagai massa padat seperti lilin atau massa lebih lunak seperti nasi yang ujungnya kadang berwarna hitam.



Gambar: 11.30 Lesi beradang



Gambar : 11.31 Komedo hitam



Gambar 11.32 Akne vulgaris ringan Lesi campuran

Pemeriksaan Penunjang

Umumnya tidak diperlukan.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Ditegakkan erdasarkan anamnesis dan pemeriksaaan fisik.

Diagnosis Banding

Erupsi akneiformis, Akne venenata, Rosasea, Dermatitis perioral

Penatalaksanaan (*Plan*)

Penatalaksanaan meliputi usaha untuk mencegah terjadinya erupsi (preventif) dan usaha untuk menghilangkan jerawat yang terjadi (kuratif).

Pencegahan yang dapat dilakukan :

- a. Menghindari terjadinya peningkatan jumlah lipid sebum dan perubahan isi sebum dengan cara :
 - 1) Diet rendah lemak dan karbohidrat. Meskipun hal ini diperdebatkan efektivitasnya, namun bila pada anamnesis menunjang, hal ini dapat dilakukan.
 - 2) Melakukan perawatan kulit dengan membersihkan permukaan kulit.
- b. Menghindari terjadinya faktor pemicu terjadinya akne, misalnya :
 - 3) Hidup teratur dan sehat, cukup istirahat, olahraga, sesuai kondisi tubuh, hindari stress.
 - 4) Penggunaan kosmetika secukupnya, baik banyaknya maupun lamanya.
 - 5) Menjauhi terpacunya kelenjar minyak, misalnya minuman keras, makanan pedas, rokok, lingkungan yang tidak sehat dan sebagainya.
 - 6) Menghindari polusi debu, pemencetan lesi yang tidak lege artis, yang dapat memperberat erupsi yang telah terjadi.

Pengobatan akne vulgaris ringan dapat dilakukan dengan memberikan farmakoterapi seperti :

- a. Topikal

Pengobatan topikal dilakukan untuk mencegah pembentukan komedo, menekan peradangan dan mempercepat penyembuhan lesi. Obat topikal terdiri dari :

1) Retinoid

Retinoidtopikal merupakan obat andalan untuk pengobatan jerawat karena dapat menghilangkan komedo, mengurangi pembentukan mikrokomedo, dan adanya efek antiinflamasi. Kontraindikasi obat ini yaitu pada wanita hamil, dan wanita usia subur harus menggunakan kontrasepsi yang efektif. Kombinasi retinoid topikal dan antibiotik topikal (klindamisin) atau benzoil peroksida lebih ampuh mengurangi jumlah inflamasi dan lesi non-inflamasi dibandingkan dengan retinoid monoterapi. Pasien yang memakai kombinasi terapi juga menunjukkan tanda-tanda perbaikan yang lebih cepat.

2) Bahan iritan yang dapat mengelupas kulit (peeling), misalnya sulfur (4-8%), resorsinol (1-5%), asam salisilat (2-5%), peroksida benzoil (2,5-10%), asam vitamin A (0,025-0,1%), asam azelat (15-20%) atau asam alfa hidroksi (AHA) misalnya asma glikolat (3-8%). Efek samping obat iritan dapat dikurangi dengan cara pemakaian berhati-hati dimulai dengan konsentrasi yang paling rendah.

3) Antibiotik topikal: oksitetrasiklin 1% atau klindamisin fosfat 1%.

4) Antiperadangan topikal: hidrokortison 1-2,5%.

b. Sistemik

Pengobatan sistemik ditujukan untuk menekan aktivitas jasad renik disamping juga mengurangi reaksi radang, menekan produksi sebum. Dapat diberikan antibakteri sistemik, misalnya tetrasiklin 250 mg-1g/hari, eritromisin 4x250 mg/hari.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Konseling dan Edukasi

Dokter perlu memberikan informasi yang tepat pada pasien mengenai penyebab penyakit, pencegahan, dan cara maupun lama pengobatan, serta prognosis penyakitnya. Hal ini penting agar

penderita tidak mengharap berlebihan terhadap usaha penatalaksanaan yang dilakukan.

Kriteria rujukan

Akne vulgaris sedang sampai berat.

Peralatan

Komedo ekstraktor (sendok Unna)

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*. akne vulgaris umumnya sembuh sebelum mencapai usia 30-40 an.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. Williams, H. C., Dellavalle, R. P. & Garner, S. 2012. Acne Vulgaris. *The Lancet*, 379, pp. 361-72. Available from <http://search.proquest.com/docview/920097495/abstract?accountid=17242#>(7 Juni 2014).
- c. Simonart, T. 2012. Newer Approaches To The Treatment Of Acne Vulgaris. *American Journal Of Clinical Dermatology*, 13, pp. 357-64. Available from <http://search.proquest.com/docview/1087529303/F21F34D005744CD7PQ/20?accountid=17242#> (7 Juni 2014).

27. URTIKARIA

No. ICPC-2 : S98 *Urticaria*

No. ICD-10 : L50 *Urticaria*

L50.9 *Urticaria, unspecified*

Tingkat Kemampuan:

Urtikaria akut : 4A

Urtikaria kronis : 3A

Masalah Kesehatan

Urtikaria adalah reaksi vaskular pada kulit akibat bermacam-macam sebab. Sinonim penyakit ini adalah biduran, kaligata, *hives*, *nettle rash*. Ditandai oleh edema setempat yang timbul mendadak dan

menghilang perlahan-lahan, berwarna pucat dan kemerahan, meninggi di permukaan kulit, sekitarnya dapat dikelilingi halo. Dapat disertai dengan angioedema. Penyakit ini sering dijumpai pada semua usia, orang dewasa lebih banyak terkena dibandingkan dengan usia muda. Penderita atopi lebih mudah mengalami urtikaria dibandingkan dengan orang normal. Penisilin tercatat sebagai obat yang lebih sering menimbulkan urtikaria.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan biasanya gatal, rasa tersengat atau tertusuk. Gatal sedang-berat di kulit yang disertai bentol-bentol di daerah wajah, tangan, kaki, atau hampir di seluruh tubuh. Keluhan dapat juga disertai rasa panas seperti terbakar atau tertusuk. Kadang-kadang terdapat keluhan sesak napas, nyeri perut, muntah-muntah, nyeri kepala, dan berdebar-debar (gejala angioedema).

Faktor Risiko

- a. Riwayat atopi pada diri dan keluarga.
- b. Riwayat alergi.
- c. Riwayat trauma fisik pada aktifitas.
- d. Riwayat gigitan/sengatan serangga.
- e. Konsumsi obat-obatan (NSAID, antibiotik – tersering penisilin, diuretik, imunisasi, injeksi, hormon, pencakar, dan sebagainya).
- f. Konsumsi makanan (telur, udang, ikan, kacang, dan sebagainya).
- g. Riwayat infeksi dan infestasi parasit.
- h. Penyakit autoimun dan kolagen.
- i. Usia rata-rata adalah 35 tahun.
- j. Riwayat trauma faktor fisik (panas, dingin, sinar matahari, sinar UV, radiasi).

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Lesi kulit yang didapatkan:

- a. Ruam atau patch eritema.
- b. Berbatas tegas.
- c. Bagian tengah tampak pucat.

- d. Bentuk papul dengan ukuran bervariasi, mulai dari papular hingga plak.
- e. Kadang-kadang disertai demografisme, berupa edema linier di kulit yang terkena goresan benda tumpul, timbul dalam waktu lebih kurang 30 menit.
- f. Pada lokasi tekanan dapat timbul lesi urtika.
- g. Tanda lain dapat berupa lesi bekas garukan.

Pemeriksaan fisik perlu dilengkapi dengan pemeriksaan lainnya, misalnya pemeriksaan gigi, THT, dan sebagainya untuk menyingkirkan adanya infeksi fokal.

Tempat predileksi

Bisa terbatas di lokasi tertentu, namun dapat generalisata bahkan sampai terjadi angioedema pada wajah atau bagian ekstremitas.

Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah (eosinofil), urin dan feses rutin (memastikan adanya fokus infeksi tersembunyi).
- b. Uji gores (*scratch test*) untuk melihat demografisme.
- c. Tes eliminasi makanan dengan cara menghentikan semua makanan yang dicurigai untuk beberapa waktu, lalu mencobanya kembali satu per satu.
- d. Tes fisik: tes dengan es (*ice cube test*), tes dengan air hangat



Gambar 11.33 Urtikaria

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Klasifikasi

- a. Berdasarkan waktu berlangsungnya serangan, urtikaria dibedakan atas urtikaria akut (< 6 minggu atau selama 4 minggu terus menerus) dan kronis (> 6 minggu).

- b. Berdasarkan morfologi klinis, urtikaria dibedakan menjadi urtikaria papular (papul), gutata (tetesan air) dan girata (besar-besar).
- c. Berdasarkan luas dan dalamnya jaringan yang terkena, urtikaria dibedakan menjadi urtikaria lokal (akibat gigitan serangga atau kontak), generalisata (umumnya disebabkan oleh obat atau makanan) dan angioedema.
- d. Berdasarkan penyebab dan mekanisme terjadinya, urtikaria dapat dibedakan menjadi:
 - 1) Urtikaria imunologik, yang dibagi lagi menjadi:
 - a) Keterlibatan IgE → reaksi hipersensitifitas tipe I (*Coombs and Gell*) yaitu pada atopi dan adanya antigen spesifik.
 - b) Keikutsertaan komplemen → reaksi hipersensitifitas tipe II dan III (*Coombs and Gell*), dan genetik.
 - c) Urtikaria kontak → reaksi hipersensitifitas tipe 4 (*Coombs and Gell*).
 - 2) Urtikaria non-imunologik (obat golongan opiat, NSAID, aspirin serta trauma fisik).
 - 3) Urtikaria idiopatik (tidak jelas penyebab dan mekanismenya).

Diagnosis Banding

Purpura anafilaktoid (purpura Henoch-Schonlein), Pitiriasis rosea (lesi awal berbentuk eritema), Eritema multiforme (lesi urtika, umumnya terdapat pada ekstremitas bawah).

Komplikasi

Angioedema dapat disertai obstruksi jalan napas.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Prinsip penatalaksanaan

Tata laksana pada layanan Tingkat Pertama dilakukan dengan *first-line therapy*, yaitu memberikan edukasi pasien tentang penyakit urtikaria (penyebab dan prognosis) dan terapi farmakologis sederhana.

Urtikaria akut

Atasi keadaan akut terutama pada angioedema karena dapat terjadi obstruksi saluran napas. Penanganan dapat dilakukan di Unit Gawat Darurat bersama-sama dengan/atau dikonsultasikan ke dokter spesialis THT.

Bila disertai obstruksi saluran napas, diindikasikan pemberian epinefrin subkutan yang dilanjutkan dengan pemberian kortikosteroid prednison 60-80 mg/hari selama 3 hari, dosis diturunkan 5-10 mg/hari.

Urtikaria kronik

- a. Pasien menghindari penyebab yang dapat menimbulkan urtikaria, seperti:
 - 1) Kondisi yang terlalu panas, stres, alkohol, dan agen fisik.
 - 2) Penggunaan antibiotik penisilin, aspirin, NSAID, dan ACE inhibitor.
 - 3) Agen lain yang diperkirakan dapat menyebabkan urtikaria.
- b. Pemberian farmakoterapi dengan:
 - 1) Antihistamin oral nonседatif, misalnya loratadin 1 x 10 mg per hari selama 1 minggu.
 - 2) Bila tidak berhasil dikombinasi dengan Hidroksisin 3 x 25 mg atau Difenhidramin 4 x 25-50 mg per hari selama 1 minggu.
 - 3) Apabila urtikaria karena dingin, diberikan Siproheptadin 3 x 4 mg per hari lebih efektif selama 1 minggu terus menerus.
 - 4) Antipruritus topikal: *cooling antipruritic lotion*, seperti krim menthol 1% atau 2% selama 1 minggu terus menerus.
 - 5) Apabila terjadi angioedema atau urtikaria generalisata, dapat diberikan Prednison oral 60-80 mg mg per hari dalam 3 kali pemberian selama 3 hari dan dosis diturunkan 5-10 mg per hari.

Konseling dan Edukasi

Pasien dan keluarga diberitahu mengenai:

- a. Prinsip pengobatan adalah identifikasi dan eliminasi faktor penyebab urtikaria.
- b. Penyebab urtikaria perlu menjadi perhatian setiap anggota keluarga.
- c. Pasien dapat sembuh sempurna.

Kriteria Rujukan

- a. Rujukan ke dokter spesialis bila ditemukan fokus infeksi.
- b. Jika urtikaria berlangsung kronik dan rekuren.
- c. Jika pengobatan *first-line therapy* gagal.
- d. Jika kondisi memburuk, yang ditandai dengan makin bertambahnya patch eritema, timbul bula, atau bahkan disertai sesak.

Peralatan

- a. Tabung dan masker oksigen
- b. Alat resusitasi
- c. Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan darah, urin dan feses rutin.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam* dengan tetap menghindari faktor pencetus.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2013. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi keenam. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

28. Exanthematous Drug Eruption

No. ICPC-2 : S07 *Rash generalized*

No. ICD-10 : L27.0 *Generalized skin eruption due to drugs and medicament*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Exanthematous *Drug Eruption* adalah salah satu bentuk reaksi alergi ringan pada kulit yang terjadi akibat pemberian obat yang sifatnya

sistemik. Obat yang dimaksud adalah zat yang dipakai untuk menegaskan diagnosis, profilaksis, dan terapi. Bentuk reaksi alergi merupakan reaksi hipersensitivitas tipe IV (alergi selular tipe lambat) menurut *Coomb and Gell*. Nama lainnya adalah erupsi makulopapular atau morbiliformis.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Gatal ringan sampai berat yang disertai kemerahan dan bintil pada kulit. Kelainan muncul 10-14 hari setelah mulai pengobatan. Biasanya disebabkan karena penggunaan antibiotik (ampisilin, sulfonamid, dan tetrasiklin) atau analgetik-antipiretik non steroid. Kelainan umumnya timbul pada tungkai, lipat paha, dan lipat ketiak, kemudian meluas dalam 1-2 hari. Gejala diikuti demam subfebril, malaise, dan nyeri sendi yang muncul 1-2 minggu setelah mulai mengkonsumsi obat, jamu, atau bahan-bahan yang dipakai untuk diagnostik (contoh: bahan kontras radiologi).

Faktor Risiko

- a. Riwayat konsumsi obat (jumlah, jenis, dosis, cara pemberian, pengaruh pajanan sinar matahari, atau kontak obat pada kulit terbuka).
- b. Riwayat atopi diri dan keluarga.
- c. Alergi terhadap alergen lain.
- d. Riwayat alergi obat sebelumnya.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

- a. Erupsi makulopapular atau morbiliformis.
- b. Kelainan dapat simetris.

Tempat predileksi

Tungkai, lipat paha, dan lipat ketiak.

Pemeriksaan Penunjang

Biasanya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Morbili

Komplikasi

Eritroderma



Gambar 11.34. *Exanthematous Drug Eruption*

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Prinsip tatalaksana adalah menghentikan obat terduga. Pada dasarnya erupsi obat akan menyembuh bila obat penyebabnya dapat diketahui dan segera disingkirkan.

Farmakoterapi yang diberikan, yaitu:

- a. Kortikosteroid sistemik: Prednison tablet 30 mg/hari dibagi dalam 3 kali pemberian per hari selama 1 minggu.
- b. Antihistamin sistemik:
 - 1) Setirizin 2x10 mg/hari selama 7 hari bila diperlukan, atau
 - 2) Loratadin 10 mg/hari selama 7 hari bila diperlukan
- c. Topikal:

Bedak salisilat 2% dan antipruritus (Menthol 0.5% - 1%)

Konseling dan Edukasi

- a. Prinsipnya adalah eliminasi obat penyebab erupsi.
- b. Pasien dan keluarga diberitahu untuk membuat catatan kecil di dompetnya tentang alergi obat yang dideritanya.
- c. Memberitahukan bahwa kemungkinan pasien bisa sembuh dengan adanya hiperpigmentasi pada lokasi lesi.

Kriteria Rujukan

- a. Lesi luas, hampir di seluruh tubuh, termasuk mukosa dan dikhawatirkan akan berkembang menjadi Sindroma Steven Johnson.
- b. Bila diperlukan untuk membuktikan jenis obat yang diduga sebagai penyebab :
 - 1) Uji tempel tertutup, bila negatif lanjutan dengan
 - 2) Uji tusuk, bila negatif lanjutkan dengan
 - 3) Uji provokasi
- c. Bila tidak ada perbaikan setelah mendapatkan pengobatan standar dan menghindari obat selama 7 hari
- d. Lesi meluas

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit *Exanthematous Drug Eruption*.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*, jika pasien tidak mengalami komplikasi atau tidak memenuhi kriteria rujukan.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

29. Fixed Drug Eruption

No. ICPC-2 : A85 *Adverse effect medical agent*

No. ICD-10 : L27.0 *Generalized skin eruption due to drugs and medicaments*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Fixed Drug Eruption (FDE) adalah salah satu jenis erupsi obat yang sering dijumpai. Darinamanya dapat disimpulkan bahwa kelainan akan terjadi berkali-kali pada tempat yang sama. Mempunyai tempat predileksi dan lesi yang khas berbeda dengan *Exanthematous Drug Eruption*. FDE merupakan reaksi alergi tipe 2 (sitotoksik).

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang keluhan kemerahan atau luka pada sekitar mulut, bibir, atau di alat kelamin, yang terasa panas. Keluhan timbul setelah mengkonsumsi obat-obat yang sering menjadi penyebab seperti Sulfonamid, Barbiturat, Trimetoprim, dan analgetik.

Anamnesis yang dilakukan harus mencakup riwayat penggunaan obat-obatan atau jamu. Kelainan timbul secara akut atau dapat juga beberapa hari setelah mengkonsumsi obat. Keluhan lain adalah rasa gatal yang dapat disertai dengan demam yang subfebril.

Faktor Risiko

- a. Riwayat konsumsi obat (jumlah, jenis, dosis, cara pemberian, pengaruh pajanan sinar matahari, atau kontak obat pada kulit terbuka)
- b. Riwayat atopi diri dan keluarga
- c. Alergi terhadap alergen lain
- d. Riwayat alergi obat sebelumnya

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Lesi khas:

- a. Vesikel, bercak
- b. Eritema
- c. Lesi target berbentuk bulat lonjong atau numular
- d. Kadang-kadang disertai erosi
- e. Bercak hiperpigmentasi dengan kemerahan di tepinya, terutama pada lesi berulang

Tempat predileksi:

- a. Sekitar mulut

- b. Daerah bibir
- c. Daerah penis atau vulva



Gambar 11.35 *Fixed Drug Eruption (FDE)*

Pemeriksaan penunjang

Biasanya tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan

Diagnosis Banding

Pemfigoid bulosa, Selulitis, Herpes simpleks , SJS (Steven Johnson Syndrome)

Komplikasi

Infeksi sekunder

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Prinsip tatalaksana adalah menghentikan obat terduga. Pada dasarnya erupsi obat akan menyembuh bila obat penyebabnya dapat diketahui dan segera disingkirkan.

Untuk mengatasi keluhan, farmakoterapi yang dapat diberikan, yaitu:

- a. Kortikosteroid sistemik, misalnya prednison tablet 30 mg/hari dibagi dalam 3 kali pemberian per hari
- b. Antihistamin sistemik untuk mengurangi rasa gatal; misalnya Hidroksisin tablet 10 mg/hari 2 kali sehari selama 7 hari atau Loratadin tablet 1x10 mg/hari selama 7 hari

c. Pengobatan topikal

- 1) Pemberian topikal tergantung dari keadaan lesi, bila terjadi erosi atau madidans dapat dilakukan kompres NaCl 0,9% atau Larutan Permanganas kalikus 1/10.000 dengan 3 lapis kasa selama 10-15 menit. Kompres dilakukan 3 kali sehari sampai lesi kering.
- 2) Terapi dilanjutkan dengan pemakaian topikal kortikosteroid potensi ringan-sedang, misalnya Hidrokortison krim 2,5% atau Mometason furoat krim 0,1%.

Konseling dan Edukasi

- a. Prinsipnya adalah eliminasi obat terduga.
- b. Pasien dan keluarga diberitahu untuk membuat catatan kecil di dompetnya tentang alergi obat yang dideritanya.
- c. Memberitahukan bahwa kemungkinan pasien bisa sembuh dengan adanya hiperpigmentasi pada lokasi lesi. Dan bila alergi berulang terjadi kelainan yang sama, pada lokasi yang sama.

Kriteria Rujukan

- a. Lesi luas, hampir di seluruh tubuh, termasuk mukosa dan dikhawatirkan akan berkembang menjadi Sindroma Steven Johnson.
- b. Bila diperlukan untuk membuktikan jenis obat yang diduga sebagai penyebab:
 - 1) Uji tempel tertutup, bila negatif lanjutkan dengan
 - 2) Uji tusuk, bila negatif lanjutkan dengan
 - 3) Uji provokasi.
- c. Bila tidak ada perbaikan setelah mendapatkan pengobatan standar selama 7 hari dan menghindari obat.
- d. Lesi meluas.

Peralatan

Tidak diperlukan peralatan khusus untuk mendiagnosis penyakit *Fixed Drug Eruption*.

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*, jika pasien tidak mengalami komplikasi atau tidak memenuhi kriteria rujukan.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.

30. CUTANEUS LARVA MIGRANS

No. ICPC-2 : D96 *Worms/other parasites*

No. ICD-10 : B76.9 *Hookworm disease, unspecified*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Cutaneus Larva Migrans (Creeping Eruption) merupakan kelainan kulit berupa peradangan berbentuk linear atau berkelok-kelok, timbul dan progresif, yang disebabkan oleh invasi larva cacing tambang yang berasal dari anjing dan kucing. Penularan melalui kontak langsung dengan larva. Prevalensi *Cutaneus Larva Migrans* di Indonesia yang dilaporkan oleh sebuah penelitian pada tahun 2012 di Kulon Progo adalah sekitar 15%.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien mengeluh gatal dan panas pada tempat infeksi. Pada awal infeksi, lesi berbentuk papul yang kemudian diikuti dengan lesi berbentuk linear atau berkelok-kelok yang terus menjalar memanjang. Keluhan dirasakan muncul sekitar empat hari setelah terpajan.

Faktor Risiko

Orang yang berjalan tanpa alas kaki, atau sering berkontak dengan tanah atau pasir.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Lesi awal berupa papul eritema yang menjalar dan tersusun linear atau berkelok-kelok meyerupai benang dengan kecepatan 2 cm per hari.

Predileksi penyakit ini terutama pada daerah telapak kaki, bokong, genital dan tangan.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang khusus tidak ada.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Dermatofitosis, Dermatitis, Dermatosi

Komplikasi

Dapat terjadi infeksi sekunder.



Gambar 11.36. Cutaneous Larva Migrans

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Memodifikasi gaya hidup dengan menggunakan alas kaki dan sarung tangan pada saat melakukan aktifitas yang berkontak dengan tanah, seperti berkebun dan lain-lain.
- b. Terapi farmakologi dengan Albendazol 400 mg sekali sehari, selama 3 hari.

- c. Untuk mengurangi gejala pada penderita dapat dilakukan penyemprotan Etil Klorida pada lokasi lesi, namun hal ini tidak membunuh larva.
- d. Bila terjadi infeksi sekunder, dapat diterapi sesuai dengan tatalaksana pioderma.

Konseling dan Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga untuk pencegahan penyakit dengan menjaga kebersihan diri.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila dalam waktu 8 minggu tidak membaik dengan terapi.

Peralatan

Lup

Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*. Penyakit ini bersifat *self-limited*, karena sebagian besar larva mati dan lesi membaik dalam 2-8 minggu, jarang hingga 2 tahun.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. James, W.D., Berger, T.G., Elston, D.M. 2000. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada. Saunders Elsevier.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. 2011. *Pedoman Pelayanan Medik*. Jakarta.
- d. Heryantoro, L. Soeyoko, Ahmad R.A. 2012. *Risk factors of hookworm related cutaneous larva migrans and definitive host prevalence on a settlements area in kulon progo district, Indonesia*. Field Epidemiology Training. Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada.

31. LUKA BAKAR DERAJAT I DAN II

No. ICPC-2 : S14 *burn/scald*

No. ICD-10 : T30 *burn and corrosion, body region unspecified*

T31 *burns classified according to extent of body surface involved*

T32 *corrosions classified according to extent of body surface involved*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Luka bakar (*burn injury*) adalah kerusakan kulit yang disebabkan kontak dengan sumber panas seperti api, air panas, bahan kimia, listrik dan radiasi.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

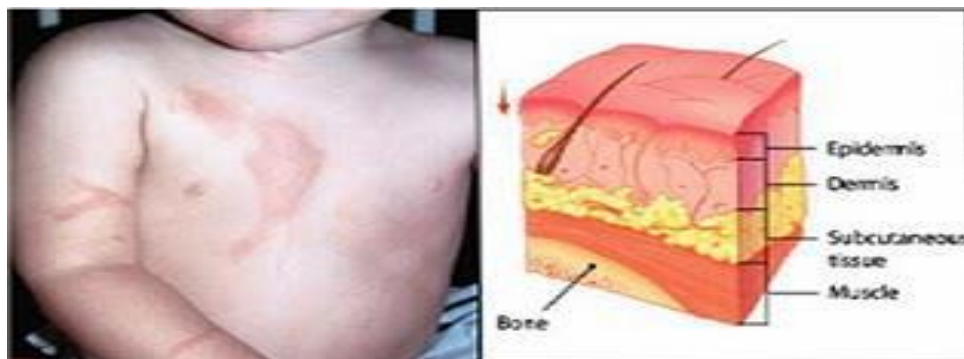
Keluhan

Pada luka bakar derajat I paling sering disebabkan sinar matahari. Pasien hanya mengeluh kulit terasa nyeri dan kemerahan. Pada luka bakar derajat II timbul nyeri dan bula.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- a. Luka bakar derajat I, kerusakan terbatas pada lapisan epidermis (superfisial), kulit hanya tampak hiperemi berupa eritema dengan perabaan hangat, tidak dijumpai adanya bula, terasa nyeri karena ujung-ujung saraf sensorik teriritasi.



Gambar 11.37 Luka bakar dangkal (superfisial).

Pada daerah badan dan lengan kanan, luka bakar jenis ini biasanya memucat dengan penekanan

b. Luka bakar derajat II

Kerusakan meliputi epidermis dan sebagian dermis, berupa reaksi inflamasi disertai proses eksudasi. Terdapat bula yang berisi cairan eksudat dan nyeri karena ujung-ujung saraf sensorik yang teriritasi.

Dibedakan atas 2 bagian :

- 1) Derajat II dangkal/*superficial* (IIA). Kerusakan mengenai bagian epidermis dan lapisan atas dari corium/dermis.
- 2) Derajat II dalam/*deep* (IIB). Kerusakan mengenai hampir seluruh bagian dermis dan sisa-sisa jaringan epitel masih sedikit. Organ-oran kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat dan kelenjar sebacea tinggal sedikit sehingga penyembuhan terjadi lebih dari satu bulan dan disertai parut hipertrofi.



**Gambar 11.38 Luka Bakar *Superficial Partial Thickness (IIa)*.
Memucat dengan penekanan, biasanya berkerengat**

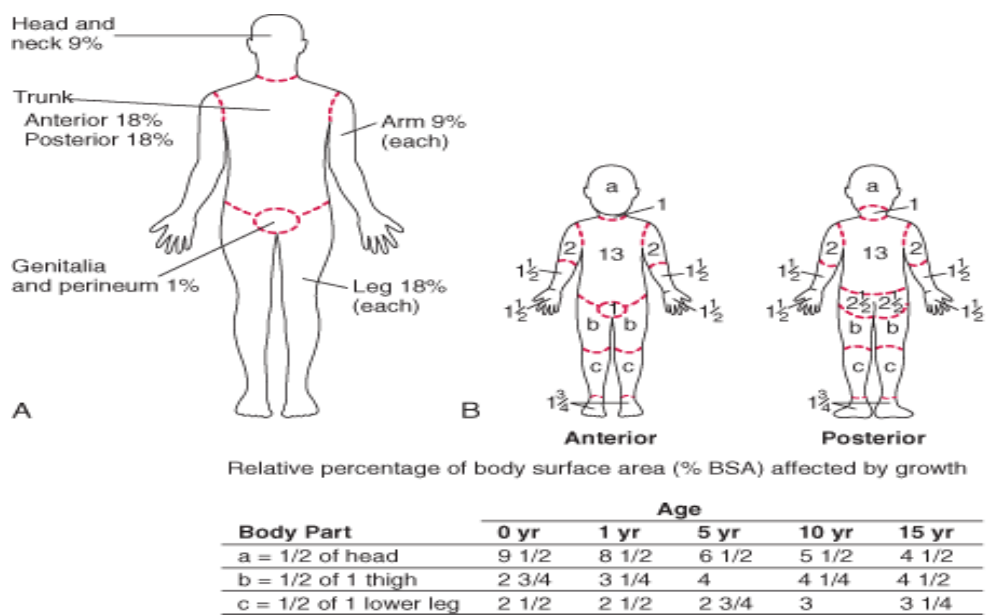


**Gambar 11.39 Luka Bakar *Deep Partial Thickness (IIb)*
Permukaan putih, tidak memucat dengan penekanan**

Pemeriksaan Penunjang : -

Pemeriksaan darah lengkap : -

Menentukan luas luka bakar berdasarkan rumus “*rule of nine*”



Gambar 11.40 Luas luka bakar “Rule of nine”

- Penegakan Diagnostik (Assessment)
- Diagnosis Klinis
- Diagnosis luka bakar derajat I atau II berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Kriteria berat ringannya luka bakar dapat dipakai ketentuan berdasarkan *American Burn Association*, yaitu sebagai berikut:
- a. Luka Bakar Ringan
 - 1) Luka bakar derajat II < 15%
 - 2) Luka bakar derajat II < 10% pada anak-anak
 - 3) Luka bakar derajat III < 2%
 - b. Luka Bakar Sedang
 - 1) Luka bakar derajat II 15-25% pada orang dewasa
 - 2) Luka bakar II 10-25% pada anak-anak
 - 3) Luka bakar derajat III < 10%
 - c. Luka Bakar Berat
 - 1) Luka bakar derajat II 25% atau lebih pada orang dewasa
 - 2) Luka bakar derajat II 20% atau lebih pada anak-anak
 - 3) Luka bakar derajat II 10% atau lebih
 - 4) Luka bakar mengenai tangan, wajah, telinga, mata, kaki dan genitalia/perinerium
 - 5) Luka bakar dengan cedera inhalasi, disertai trauma lain.

Penatalaksanaan (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Luka bakar derajat 1 penyembuhan terjadi secara spontan tanpa pengobatan khusus.
- b. Penatalaksanaan luka bakar derajat II tergantung luas luka bakar.

Pada penanganan perbaikan sirkulasi pada luka bakar dikenal beberapa formula, salah satunya yaitu Formula Baxter sebagai berikut:

a. Hari Pertama:

Dewasa : Ringer Laktat 4 cc x berat badan x % luas bakar per 24 jam

Anak : Ringer Laktat : Dextran = 17 : 3

2 cc x berat badan x % luas luka ditambah kebutuhan faali.

Kebutuhan faali :

< 1 Tahun : berat badan x 100 cc

1-3 Tahun : berat badan x 75 cc

3-5 Tahun : berat badan x 50 cc

$\frac{1}{2}$ jumlah cairan diberikan dalam 8 jam pertama.

$\frac{1}{2}$ diberikan 16 jam berikutnya.

b. Hari kedua

Dewasa : $\frac{1}{2}$ hari I;

Anak : diberi sesuai kebutuhan faali

Formula cairan resusitasi ini hanyalah perkiraan kebutuhan cairan, berdasarkan perhitungan pada waktu terjadinya luka bakar, bukan pada waktu dimulainya resusitasi. Pada kenyataannya, penghitungan cairan harus tetap disesuaikan dengan respon penderita. Untuk itu selalu perlu dilakukan pengawasan kondisi penderita seperti keadaan umum, tanda vital, dan produksi urin dan lebih lanjut bisa dilakukan pemasangan monitor EKG untuk memantau irama jantung sebagai tanda awal terjadinya hipoksia, gangguan elektrolit dan keseimbangan asam basa.

Pemberian antibiotik spektrum luas pada luka bakar sedang dan berat.

Komplikasi

Jaringan parut

Konseling dan Edukasi

Pasien dan keluarga menjaga higiene dari luka dan untuk mempercepat penyembuhan, jangan sering terkena air.

Kriteria Rujukan

Rujukan dilakukan pada luka bakar sedang dan berat

Peralatan

Infus set, peralatan laboratorium untuk pemeriksaan darah lengkap

Prognosis

Prognosis luka bakar derajat 1 umumnya *bonam*, namun derajat 2 dapat *dubia ad bonam*.

Referensi

- a. Doherty, G.M. 2006. *Current surgical diagnosis and & treatment*. United State of America. Lange Medical Publication.
- b. Kartohatmodjo, S. *Luka Bakar (Combustio)*.
<http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/matkul/Ilmu%20Kedokteran%20Terintegrasi%20-%20PBL/Materi%20PBL%20IIa%202007-2008/luka%20bakar%20akut%20text.pdf>
- c. Sjamsuhidajat, R., Wim de Jong. 2007. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi ketiga. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

32. ULKUS PADA TUNGKAI

No. ICPC-2 : S97 *Chronic Ulcer Skin*

No. ICD-10 : I83.0 *Varicose veins of lower extremities with ulcer*

L97 *Ulcer of lower limb, notelsewhere classified*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Ulkus pada tungkai adalah penyakit arteri, vena, kapiler dan pembuluh darah limfe yang dapat menyebabkan kelainan pada kulit. Insiden penyakit ini meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Di negara tropis, insidens ulkus kruris lebih kurang 2% dari populasi dan didominasi oleh ulkus neurotropik dan ulkus varikosum. Wanita lebih banyak terserang ulkus varikosum daripada pria, dengan

perbandingan 2:1, dengan usia rata-rata di atas 37 tahun untuk prevalensi varises.

Trauma, higiene yang buruk, gizi buruk, gangguan pada pembuluh darah dan kerusakan saraf perifer dianggap sebagai penyebab yang paling sering. Kerusakan saraf perifer biasanya terjadi pada penderita diabetes mellitus dan penderita kusta. Hipertensi juga dikaitkan sebagai salah satu penyebab rusaknya pembuluh darah. Pembagian ulkus kruris dibagi ke dalam empat golongan yaitu, ulkus tropikum, ulkus varikosus, ulkus arterial dan ulkus neurotrofik.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang dengan luka pada tungkai bawah. Luka bisa disertai dengan nyeri atau tanpa nyeri. Terdapat penyakit penyerta lainnya yang mendukung kerusakan pembuluh darah dan jaringan saraf perifer.

Anamnesa:

- a. Dapat ditanyakan kapan luka pertama kali terjadi. Apakah pernah mengalami hal yang sama di daerah yang lain.
- b. Perlu diketahui apakah pernah mengalami fraktur tungkai atau kaki. Pada tungkai perlu diperhatikan apakah ada vena tungkai superfisial yang menonjol dengan tanda inkompetensi katup.
- c. Perlu diketahui apakah penderita mempunyai indikator adanya penyakit yang dapat memperberat kerusakan pada pembuluh darah.

Faktor Risiko: usia penderita, berat badan, jenis pekerjaan, penderita gizi buruk, mempunyai higiene yang buruk, penyakit penyerta yang bisa menimbulkan kerusakan pembuluh darah.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan fisik

Gejala Klinis

Gejala klinis keempat tipe ulkus dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 11.1 Gejala klinis ulkus pada tungkai

	Penyebab	Gejala Klinis
Ulkus Tropikum	Trauma, higiene dan gizi serta infeksi oleh kuman <i>Bacillus fusiformis</i> dan <i>Borrelia vincentii</i> .	Luka kecil terbentuk papula dan menjadi vesikel. Vesikel pecah akan terbentuk ulkus kecil. Ulkus akan meluas ke samping dan ke dalam.
Ulkus Varikosum	Kelainan pembuluh seperti trombosis atau kelainan katup vena yang berasal dari luar pembuluh darah seperti bendungan daerah proksimal karena tumor di abdomen, kehamilan atau pekerjaan yang dilakukan berdiri.	Ada edema, bengkak pada kaki yang meningkat saat berdiri. Kaki terasa gatal, pegal, rasa terbakar tidak nyeri dan berdenyut. Ulkus yang terjadi akan mempunyai tepi yang tidak teratur. Dasar ulkus terdapat jaringan granulasi, eksudat. Kulit sekitar akan nampak merah kecoklatan. Terdapat indurasi, mengkilat, dan fibrotik pada kulit sekitar luka.
Ulkus Arteriosum	Kelainan yang disebabkan ateroma. Dibagi menjadi ekstramural, mural dan intramural.	Ulkus ini paling sering terdapat pada posterior, medial atau anterior. Dapat terjadi pada tonjolan tulang. Bersifat eritematosa, nyeri, bagian tengah berwarna kebiruan yang akan menjadi bula hemoragik. Ulkus yang dalam, berbentuk plon (<i>punched out</i>), tepi ulkus kotor. Rasa nyeri akan bertambah jika tungkai diangkat atau dalam keadaan dingin. Denyut nadi pada dorsum pedis akan

		melemah atau sama sekali tidak ada.
Ulkus Neurotrofik	Terjadi karena tekanan atau trauma pada kulit yang anestetik.	Pada tempat yang paling kuat menerima tekanan yaitu di tumit dan metatarsal. Bersifat tunggal atau multipel. Ulkus bulat, tidak nyeri dan berisi jaringan nekrotik. Dapat mencapai subkutis dan membentuk sinus. Bisa mencapai tulang dan menimbulkan infeksi sekunder.

Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan darah lengkap
- b. Urinalisa
- c. Pemeriksaan kadar gula dan kolesterol
- d. Biakan kuman

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis klinis

Dapat ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, Pemeriksaan biakan kuman pada ulkus sangat membantu dalam diagnosa dan pemberian terapi.

Tabel 11.2. Diagnosa klinis ulkus pada tungkai

Diagnosa	
Ulkus Tropikum	Tungkai bawah, ulkis yang soliter, lesi bebetuk satelit, dinding menggaung, dasar kotor sekret produktif warna kuning kehijauan, nyeri. Pemeriksaan sediaan hapus dari sekret untuk mencari <i>Bacillus fusiformis</i> dan <i>Borellia vencentii</i> merupakan hal yang khas.

Ulkus Varikosum	Tungkai bawah dan betis. Terdapat ulkus di kelilingi eritema dan hiperpigmentasi. Ulkus soliter dan bisa multipel. Pada umumnya tidak terasa nyeri, namun dengan adanya selulitis dan infeksi sekunder, nyeri akan terasa lebih hebat .
Ulkus Arteriosum	Tungkai bawah. Ulkus yang timbul berbentuk plong (<i>punched out</i>) adalah ciri khas ulkus ini. Nyeri yang terutama muncul pada malam hari juga ciri penting lainnya. Tepi ulkus yang jelas dan kotor. Bagian distal terasa dingin dibandingkan bagian proksimal atau kaki yang sehat.
Ulkus Neurotrofik	Pada telapak kaki, ujung jari, dan sela pangkal jari kaki. Kelainan kulit berupa ulkuds soliter, bulat, pinggir rata, sekret tidak produktif dan tanpa nyeri. Daerah kulit anhidrosis dan ulkus dapat di tutupi oleh krusta.

Diagnosis Banding

Keadaan dan bentuk luka dari keempat jenis ulkus ini sulit di bedakan pada stadium lanjut. Pada ulkus tropikum yang kronis dapat menyerupai ulkus varikosum atau ulkus arteriosum.



Gambar : 11.41 Ulkus Varikosum

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

a. Non medikamentosa

- 1) Perbaiki keadaan gizi dengan makanan yang mengandung kalori dan protein tinggi, serta vitamin dan mineral.
 - 2) Hindari suhu yang dingin
 - 3) Hindari rokok
 - 4) Menjaga berat badan
 - 5) Jangan berdiri terlalu lama dalam melakukan pekerjaan
- b. Medikamentosa

Pengobatan yang akan dilakukan disesuaikan dengan tipe dari ulkus tersebut.

- 1) Pada ulkus varikosum lakukan terapi dengan meninggikan letak tungkai saat berbaring untuk mengurangi hambatan aliran pada vena, sementara untuk varises yang terletak di proksimal dari ulkus diberi bebat elastin agar dapat membantu kerja otot tungkai bawah memompa darah ke jantung.
- 2) Pada ulkus arteriosum, pengobatan untuk penyebabnya dilakukan konsul ke bagian bedah.

Konseling dan Edukasi

- a. Edukasi perawatan kaki
- b. Olah raga teratur dan menjaga berat badan ideal
- c. Menghindari trauma berulang, trauma dapat berupa fisik, kimia dan panas yang biasanya berkaitan dengan aktivitas atau jenis pekerjaan.
- d. Menghentikan kebiasaan merokok.
- e. Merawat kaki secara teratur setiap hari, dengan cara :
 - 1) Selalu menjaga kaki dalam keadaan bersih.
 - 2) Membersihkan dan mencuci kaki setiap hari dengan air mengeringkan dengan sempurna dan hati-hati terutama diantara jari-jari kaki.
 - 3) Memakai krim kaki yang baik pada kulit yang kering atau tumit yang retak-retak. Tidak memakai bedak, sebab ini akan menyebabkan kering dan retak-retak.
 - 4) Menggunting kuku, lebih mudah dilakukan sesudah mandi, sewaktu kuku lembut.
 - 5) Menghindari penggunaan air panas atau bantal panas.
 - 6) Tidak boleh berjalan tanpa alas kaki, termasuk di pasir.

Tabel 11.3. Penatalaksanaan terapi pada ulkus tungkai

Penatalaksanaan Terapi		
	Sistemik	Topikal
Ulkus Tropikum	Penisilin intramuskular selama 1 minggu sampai 10 hari, dosis sehari 600.000 unit sampai 1,2 juta unit. Tetrasiklin peroral dengan dosis 3x500 mg sehari dapat juga dipakai sebagai pengganti penisilin.	Salep salisil 2% dan kompres KMnO4
Ulkus Varikosum	Seng Sulfat 2 x 200 mg/ hari.	Kompres Permanganas Kalikus 1:5000 atau larutan perak nitrat 0,5% atau 0,25%
Ulkus Arteriosum	Jika terdapat infeksi dapat di berikan antibiotik. Untuk kuman anaerob diberikan metronidazol. Pemberian analgetik dapat diberikan untuk mengurangi nyeri.	Permanganas Kalikus 1:5000, Benzoin peroksida 10% - 20% untuk merangsang granulasi, bakterisidal, dan melepaskan oksigen ke dalam jaringan. Penggunaan vasilen boleh diberikan di sekitar ulkus yang tidak terkena iritasi. Seng oksida akan membantu absorpsi eksudat dan bakteri.
Ulkus Neurotrofik	Infeksi yang terjadi dapat diobati seperti pengobatan ulkus lainnya. Memperbaiki sensibilitas akan sangat membantu. Konsul ke bagian penyakit dalam disarankan untuk dilakukan.	Pengobatan topikal seperti pada ulkus yang lain bisa dilakukan.

Komplikasi

- a. Hematom dan infeksi pada luka

- b. Thromboembolisme (resiko muncul akibat dilakukan pembedahan)
- c. Terjadi kelainan trofik dan oedem secara spontan
- d. Resiko amputasi jika keadaan luka memburuk

Kriteria Rujukan

Respon terhadap perawatan ulkus tungkai akan berbeda. Hal ini terkait lamanya ulkus, luas dari ulkus dan penyebab utama.

Prognosis

- a. *Ad vitam* : *Dubia*
- b. *Ad functionam* : *Dubia*
- c. *Ad sanationam* : *Dubia*

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. Sudirman, U. 2002. *Ulkus Kulit dalam Ulkus Kulit. Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta. Hipokrates.
- c. Cunliff, T. Bourke, J. Brown Graham R. 2012. *Dermatologi Dasar Untuk Praktik Klinis*. Jakarta. EGC.

33. SINDROM STEVENS-JOHNSON

No. ICPC-2 : S99 *Skin disease other*

No. ICD-10 : L51.1 *Bullous erythema multiforme*

Tingkat Kemampuan 3B

Masalah Kesehatan

Sindrom Stevens-Johnson (SSJ) merupakan sindrom yang mengenai kulit, selaput lendir di orifisium, dan mata dengan keadaan umum yang bervariasi dari ringan hingga berat. SSJ merupakan bentuk minor dari *toxic epidermal necrolysis* (TEN) dengan pengelupasan kulit kurang dari 10% luas permukaan tubuh. SSJ menjadi salah satu kegawatdaruratan karena dapat berpotensi fatal. Angka mortalitas SSJ berkisar 1-5% dan lebih meningkat pada pasien usia lanjut. Insiden sindrom ini semakin meningkat karena salah satu

penyebabnya adalah alergi obat dan sekarang obat-obatan cenderung dapat diperoleh bebas.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Keadaan umum bervariasi dari ringan sampai berat. Pada fase akut dapat disertai gejala prodromal berupa: demam tinggi, malaise, nyeri kepala, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, arthralgia. Gejala prodromal selanjutnya akan berkembang ke arah manifestasi mukokutaneus.

Faktor Risiko

- a. Mengonsumsi obat-obatan yang dicurigai dapat mengakibatkan SSJ. Beberapa obat yang berisiko tinggi dapat menyebabkan terjadinya SSJ antara lain allopurinol, trimethoprim-sulfamethoxazol, antibiotik golongan sulfonamid, aminopenisillin, sefalosporin, kuinolon, karbamazepin, fenitoin, phenobarbital, antipiretik/analgetik (salisil/pirazolon, metamizol, metampiron dan parasetamol) dan NSAID. Selain itu berbagai penyebab dikemukakan di pustaka, misalnya: infeksi (bakteri, virus, jamur, parasit), neoplasma, pasca-vaksinasi, radiasi dan makanan.
- b. Sistem imun yang lemah, misalnya pada HIV/AIDS.
- c. Riwayat keluarga menderita SSJ.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

SSJ memiliki trias kelainan berupa:

- a. Kelainan kulit

Dapat berupa eritema, papul, purpura, vesikel dan bula yang memecah kemudian terjadi erosi luas. Lesi yang spesifik berupa lesi target. Pada SSJ berat maka kelainannya generalisata.

Ciri khas lesi di kulit adalah:

- 1) ruam diawali dengan bentuk makula yang berubah menjadi papul, vesikel, bula, plakurtikaria atau eritema konfluens
- 2) tanda patognomoniknya adalah lesi target
- 3) berbeda dengan lesi eritema multiform, lesi SSJ hanya memiliki 2 zona warna, yaitu bagian tengah dapat berupa vesikel, purpura

atau nekrotik yang dikelilingi oleh tepiberbentuk makular eritema.

- 4) lesi yang menjadi bula akan pecah menimbulkan kulit yang terbuka yang akan rentan terinfeksi
- 5) lesi urtikaria tidak gatal
- b. Kelainan selaput lendir di orifisium: tersering adalah pada mulut (90-100%), genitalia (50%), lubang hidung (8%) dan anus (4%). Kelainan berupa vesikel dan bula yang pecah dan mengakibatkan erosi, ekskoriasi, dan krusta kehitaman.
- c. Kelainan mata, terjadi pada 80% di antara semua kasus, tersering adalah konjungtivitis kataralis, konjungtivitis purulen, perdarahan, simblefaron, ulkus kornea, iritis, dan iridosiklitis.

Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tidak khas, dapat dilakukan pemeriksaan darah perifer lengkap, yang menunjukkan hasil leukositosis yang menunjukkan adanya infeksi atau eosinofilia kemungkinan adanya faktor alergi.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan bila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan histopatologi kulit.

Diagnosis Banding

- a. Nekrolisis Epidermal Toksik (NET)
- b. Pemphigus vulgaris
- c. Pemphigus bullosa
- d. *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome* (SSSS)

Komplikasi

Komplikasi tersering adalah bronkopneumonia, dapat pula terjadi gangguan elektrolit hingga syok. Pada mata dapat terjadi kebutaan.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- a. Bila keadaan umum penderita cukup baik dan lesi tidak menyeluruh dapat diberikan metilprednisolon 30-40 mg/hari.
- b. Mengatur keseimbangan cairan/elektrolit dan nutrisi.

Setelah dilakukan penegakan diagnosis perlu segera dilakukan penentuan tingkat keparahan dan prognosis dengan menggunakan sistem skoring SCORTEN.

Pasien dengan skoring SCORTEN 3 atau lebih sebaiknya segera ditangani di unit perawatan intensif.

Tabel 11.5. SCORTEN (Skor keparahan penyakit) pada Sindrom Steven Johnson (SSJ)

Parameter SCORTEN	Skor Individu	SCORTEN (jumlah skor individu)	Prediksi Mortalitas (%)
Usia >40 tahun	Ya: 1 Tidak: 0	0-1	3,2
Keganasan	Ya: 1 Tidak: 0	2	12,1
Takikardi >120x/menit	Ya: 1 Tidak: 0	3	35,8
Luas awal pelepasan epidermis >10%	Ya: 1 Tidak: 0	4	58,3
Serum urea >10 mmol/L	Ya: 1 Tidak: 0	5	90
Serum glukosa >14 mmol/L	Ya: 1 Tidak: 0		
Bicarbonat >20 mmol/L	Ya: 1 Tidak: 0		

Konseling dan Edukasi

Pasien dan keluarga diberikan penjelasan mengenai penyebab SSJ sehingga faktor pencetus SSJ dapat dihindari di kemudian hari.

Kriteria Rujukan

Berdasarkan skoring SCORTEN pasien dengan skor 3 atau lebih harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder untuk mendapatkan perawatan intensif

Peralatan

Peralatan laboratorium untuk pemeriksaan darah lengkap.

Prognosis

- a. Bila penanganan tepat dan segera maka prognosis cukup baik.
- b. Prognosis malam bila terdapat purpura luas, leukopenia, dan bronkopneumonia.

Referensi

- a. Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. 2002. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- b. Harr T, French LE. 2010, Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5, 39.
- c. French LE. 2006. Toxic Epidermal Necrolysis and Stevens Johnson Syndrome: Our Current Understanding. *Allergology International*, 55, 9-16

L. Metabolik Endokrin Dan Nutrisi

1. Obesitas

No. ICPC-2 : T82 *obesity*, T83 *overweight*

No. ICD-10 : E66.9 *obesity unspecified*

Tingkat Kemampuan 4A

Masalah Kesehatan

Obesitas merupakan keadaan dimana seseorang memiliki kelebihan lemak (*body fat*) sehingga orang tersebut memiliki risiko kesehatan. Riskesdas 2013, prevalensi penduduk laki-laki dewasa obesitas pada tahun 2013 sebanyak 19,7% lebih tinggi dari tahun 2007 (13,9%) dan tahun 2010 (7,8%). Sedangkan pada perempuan di tahun 2013, prevalensi obesitas perempuan dewasa (>18 tahun) 32,9 persen, naik 18,1 persen dari tahun 2007 (13,9%) dan 17,5 persen dari tahun 2010 (15,5%). WHO, dalam data terbaru Mei 2014, obesitas merupakan faktor risiko utama untuk penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular (terutama penyakit jantung dan stroke), diabetes, gangguan muskuloskeletal, beberapa jenis kanker (endometrium, payudara, dan usus besar). Dari data tersebut,