

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 124/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG
PANDUAN PRAKTIK KLINIS
PELAYANAN KULIT DAN KELAMIN**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN KULIT DAN KELAMIN
NOMOR: 124/PER/DIR/RSIH/XI/2022

| | | Nama Lengkap | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
|-------------|---|-----------------------------|--------------------------------|---|-----------|
| Penyusun | : | dr. Yanto Widianoro, Sp. KK | Dokter Spesialis Kulit Kelamin |  | 9-11-2022 |
| Verifikator | : | dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B | Ketua Komite Medik |  | 9-11-2022 |
| | : | dr. Iva Tania | Manajer Pelayanan Medik |  | 9-11-2022 |
| Validator | : | drg. Muhammad Hasan, MARS | Direktur RS Intan Husada |  | 9-11-2022 |

**LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 124/PER/DIR/RSIH/XI/2022
TENTANG**

**PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN KULIT DAN KELAMIN
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penerapan standar pelayanan kedokteran yang baik di RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Praktik Klinis
- b. Bahwa untuk evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas dilakukan melalui audit klinis dan audit medis berdasarkan Panduan Praktik Klinis,
- c. Bahwa diperlukan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dengan penerapan Panduan Praktik Klinis.
- d. pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai c maka Direktur perlu menetapkan Panduan Praktik Klinis Pelayanan Kulit dan Kelamin

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medis;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

8. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN KULIT DAN KELAMIN**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 124/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Kulit dan Kelamin
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 124/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Kulit dan Kelamin Di Rumah Sakit Intan Husada
- Ketiga : Panduan Praktik Klinis KSM Kulit digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Praktik Klinis Pelayanan Kulit dan Kelamin di Rumah Sakit Intan Husada
- Keempat : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Kulit dan Kelamin sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 9 November 2022
Direktur,

drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

| | |
|--|---|
| LEMBAR VALIDASI | |
| LEMBAR PENGESAHAN | |
| DAFTAR ISI..... | i |
| BAB I | 1 |
| DEFINISI..... | 1 |
| BAB II | 2 |
| RUANG LINGKUP | 2 |
| BAB III | 5 |
| TATA LAKSANA..... | 5 |
| A. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Scabies | 5 |
| B. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Liken Simpleks Kronikus (Neurodermatitis) | 5 |
| C. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Dermatofitosis | 5 |
| D. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Dermatitis Atopik..... | 5 |
| E. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Dermatitis Numularis | 5 |
| BAB IV | 6 |
| DOKUMENTASI | 6 |

BAB I DEFINISI

A. Pengertian

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran, namun dengan adanya *patient center care* dan juga *integrated* kolaborasi interprofesional maka praktik klinis juga diintegrasikan dengan praktik/asuhan keperawatan, asuhan gizi dan asuhan farmasi. Menjadi Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf).

Panduan Praktik Klinis adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindarkan kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, *standing order*

Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan lain Panduan Praktik Klinis (PPK) dapat sama/berbeda di RS yang beda:

1. Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk DBD tanpa syok, mungkin bersifat sama, di rumah sakit tipe, A, B, C, D.
2. Di RS tipe A, Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk PJB dari Dx sampai bedah, di RS tipe A yang lain hanya Dx lalu rujuk
3. Di RS tipe B *clinical pathway* untuk stroke melibatkan bedah saraf, di RS B yang lain tidak
4. Jadi Panduan Praktik Klinis (PPK) bersifat *hospital specific*

BAB II

RUANG LINGKUP

- A. Panduan Praktik Klinis Scabies
- B. Panduan Praktik Klinis Liken Simpleks Kronikus (Neurodermatitis)
- C. Panduan Praktik Klinis Dermatofitosis
- D. Panduan Praktik Klinis Dermatitis Atopik
- E. Panduan Praktik Klinis Dermatitis Numularis

BAB III TATA LAKSANA

A. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Scabies

1. Pengertian

Penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi *sarcoptes scabiei* var. *Hominis*

2. Kriteria Diagnosis

Diagnosis perkiraan apabila ditemukan trias :

a) Lesi kulit pada daerah predileksi

- 1) Lesi kulit: terowongan (kunikulus) berbentuk garis lurus atau berkelok, warna putih atau abu-abu dengan ujung papul atau vesikel. Apabila terjadi infeksi sekunder timbul *pustule* atau nodul
- 2) Daerah predileksi pada tempat dengan tratum korneum tipis, yaitu: sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipat ketiak, areola mammae, umbilikus, bokong, genitalia eksterna, dan perut bagian bawah. Pada bayi dapat mengenai wajah, *scalp*, telapak tangan dan telapak kaki

b) Gatal terutama malam hari (*pruritus nocturnal*)

c) Terdapat Riwayat sakit serupa dalam satu rumah/kontak

Diagnosa pasti apabila ditemukan : tungau, larva, telur, atau kotorannya melalui pemeriksaan penunjang (mikroskopis)

3. Diagnosis Kerja

Scabies

4. Diagnosis Banding

- a) Dermatitis atopik
- b) Dermatitis kontak
- c) Urticaria popular
- d) *Insect bite*
- e) Dishidrosis
- f) Pioderma

5. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa cara untuk menemukan terowongan :

- a) *Burrow ink test*
- b) Uji tetrasiklin
- c) Dermoskopi

6. Tata Laksana

a) Terapi NonMedika Mentosa :

- 1) Menjaga *hygiene* individu dan lingkungan
- 2) Dekontaminasi pakaian dan alas tidur dengan mencuci pada suhu 60° atau disimpan dalam kantong plastik tertutup selama beberapa hari. Karpet, kasur, bantal, tempat duduk terbuat dari bahan busa atau berbulu perlu dijemur dibawah terik matahari setelah dilakukan penyedotan debu

b) Terapi Medikamentosa

Prinsip : tatalaksana menyeluruh meliputi penggunaan skabisida yang efektif untuk semua stadium *sarcoptes scabies* untuk pasien dan nara kontak secara serempak,

menjaga *hygiene*, serta penanganan fomites yang tepat. Terdapat beberapa obat yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut :

1) Topikal

- Krim permethrin 5% dioleskan pada kulit dan dibiarkan selama 8 jam. Dapat diulang setelah 1 pekan
- Krim lindane 1% dioleskan pada kulit dan dibiarkan selama 8 jam. Cukup sekali pemakaian, dapat diulang bila belum sembuh setelah 1 pekan. Tidak boleh digunakan pada bayi, anak kecil, dan ibu hamil
- Salep sulfur 5-10%, dioleskan selama 8 jam, 3 malam berturut-turut.
- Krim krotamiton 10% dioleskan selama 8 jam pada hari ke 1,2,3 dan 8
- Emulsi benzil benzoate 10% dioleskan selama 24 jam penuh

2) Sistemik

- Antihistamin *sedative* (oral) untuk megurangi gatal
- Bila infeksi sekunder krustosa diberikan ivermectin (oral) 0,2 mg/kg dosis tunggal, 2-3 dosis setiap 8-10 hari. Tidak boleh pada anak-anak dengan berat kurang dari 15 kg, wanita hamil dan menyusui

7. Edukasi

- a) Menjaga *hygiene* perorangan dan lingkungan
- b) Pemakaian obat secara benar dan kepada seluruh orang yang kontak secara serempak

8. Prognosis

Prognosis sangat baik bila dilakukan tatalaksana dengan tepat. Pruritus dapat bertahan beberapa minggu setelah pengobatan akibat reaksi hipersensitif terhadap antigen tungau. Scabies nodular dapat bertahan beberapa bulan setelah pengobatan. Scabies krustosa *relative* sulit diobati.

Ad vitam : Adbonam

Ad Sanationam : Adbonam

Ad Fungtionam : Dubia adbonam

9. Penelaah Kritis

DEPARTEMEN/KSM KULIT

10. Kepustakaan

- a) Burkhart CN, Burkhart CG, Scabies, other mites and pediculosis. Dalam : Wolff K, Goldsmith LA, Freedberg IM, Kozl S, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editor, Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-8, New York : Mc Graw-Hill ; 2012.h.2569-72.
- b) Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, prevention and treatment of scabies. Curr Infect Dis Rep. 2013 ; 15 : 426-31.
- c) Sungkar S, Skabies etiologi, pathogenesis, pengobatan, pemberantasan dan pencegahan. Jakarta : Badan Penerbit FKUI ; 2016.
- d) Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, Hernandez MI. Diagnosis and treatment of scabies : a practical guide. Am J Clin Dermatol. 2002; 3 (1) : 9-18.
- e) Woodley D, Saurat JH. The burrow ink test and scabies mite. J Am Acad Dermatol 1981 ; 4 (6) : 715.
- f) Gupta LK, Singhi MK. Wood's lamp. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2004 ; 70 (2) : 131.
- g) Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, dkk.

- Accuracy of standar dermatoscopy for diagnosing scabies. J Am Acad Dermatol. 2007; 56 : 53-62.
- h) Talukder K, Talukder MQ, Farooque MG, Khairul M, Sharmin F, Jerin I, dkk. Controlling scabies in madrasahs (Islamic religious schools) in Bangladesh, Public health 2012 ; 127 :83-91.
 - i) Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006 : 367 : 1767 – 74.
 - j) Tucker WF, Powell JB. Scabies. Dalam : Lebwohl MG, Hetmann WR, Jones JB, Coulson I, editor. Treatment of skin disease. Edisi ke-4. China : Elsevier Saunders, 2014.h.697-9.
 - k) Strong M, Johnstone P. Intervention for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev.2007. doi : 10. 1002/14651858.CD000320.pub2.
 - l) Alipour H, Goldust M, The efficacy oral ivermectin vs sulfur 10% ointment for treatment of scabies. Anna Parasitol, 2015 ; 61 (2) : 79-84.
 - m) Taplin D, Meinking TL, Chen Ja, Sanchez R. Comparison of crotamiton 10% cream (Eurax) and permethrin 5% cream (Elimite) for the treatment of scabies in children, Pediatr Dermatol 1990 ; 7 (1) : 67-73.
 - n) Bachewar NP, Thawani VR, Mall SN, Gharpure KJ, Shingade VP, Dakhale GN. Comparison of safety, efficacy and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin and ivermectin in patients of scabies , Indian J Pharmacol. 2009; 41 : 9-1.

B. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Liken Simpleks Kronikus (Neurodermatitis)

1. Pengertian

Merupakan suatu peradangan kulit kronik yang sangat gatal berupa penebalan kulit dan likenifikasi berbentuk sirkumkripta, akibat garukan atau gosokan berulang

2. Anamnesis

Didapatkan keluhan sangat gatal, hingga dapat mengganggu tidur. Gatal dapat timbul paroksismal TU terus menerus/sporadik dan meghebat bila ada stres psikis

3. Pemeriksaan Fisik

- a) Lesi likenifikasi umumnya tunggal tetapi dapat lebih dari satu dengan ukuran lenticular hingga plak. Stadium awal berupa eritema dan edema atau papul berkelompok. Akibat garukan terus menerus timbul plak likenifikasis dengan skuama dan eskoriasi, serta hiperpigmentasi atau hipopigmetasi. Bagian tengah lesi menebal, kering dan berskuama, sedangkan bagian tepi hiperpigmentasi
- b) Predileksi utama yaitu daerah yang mudah dijangkau oleh tangan seperti kulit kepala, tengkuk, ekstemitas ekstensor, pergelangan tangan dan area anogenital, meskipun dapat timbul di area tubuh manapun

4. Diagnosis Kerja

Liken Simpleks Kronikus atau Neurodermatitis

5. Diagnosis Banding

- a) Dermatitis atopik dengan lesi likenifikasi
- b) Psoriasis dengan lesi likenifikasi
- c) Liken planus hipertropik
 - 1) Untuk lesi pada area inguinal/genital/perianal :
 - a) Liken sklerosus
 - b) Infeksi human papilloma (HPV)

- 2) Tinea kruris

6. Pemeriksaan Penunjang

- Untuk penegakan diagnosis tidak perlu pemeriksaan penunjang khusus
- Apabila diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai diagnosis banding
- Pemeriksaan histopatologi dapat dilakukan bila gambaran klinis meragukan

7. Tata Laksana

a) Non Medikamentosa

- Meghindari stress psikis

b) Medikamentosa

Prinsip : memutuskan siklus gatal- garuk. Terdapat beberapa obat atau Tindakan yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut :

- Topikal
 - Emolien dapat diberikan sebagai kombinasi dengan kortikosteroid topical atau pada lesi di vulva dapat diberikan terapi tunggal krim emolien
 - Kortikosteroid topical : dapat diberikan kortikosteroid potensi kuat seperti salep klobetasol propionate 0.05%, satu sampai dua kali sehari
 - Calcineurin inhibitor topical* seperti salep tacrolimus 0.1% atau krim pimekrolimus 0.1% dua kali sehari selama 12 minggu
 - Preparate antipruritus nonsteroid yaitu : metol, pramoxine, dan doxepin.
- Sistemik
 - Antihistamin sedative
 - Antidepresan trisiklik
- Tindakan
 - Kontikosteroid intralesi (triamsinolon asetonid)

8. Edukasi

- Siklus gatal-garuk harus diputus
- Identifikasi riwayat psikologis yang ada sehingga pasien dapat mengurangi stres yang dialaminya
- Kuku sebaiknya pendek

9. Prognosis

- Ad vitam : Adbonam
- Ad Sanationam : Adbonam
- Ad Fungsionam : Dubia ad malam

10. Penelaah Kritis

Departemen/KSM Kulit

11. Kepustakaan

- Burgin S, Nummular eczema, lichen simplex chronicus, and prurigo nodularis, Dalam : Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Wolff K, Goldsmith LA, Kazi SI, Gilcrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editor. Edisi ke-8. New York : Mc Graw-Hill, 2012.h. 184-7.
- Ingram R.J. Eczematous Disorder. Dalam : Griffiths C. Barker J. Bleiker T. Chalmers R. Creamer D. penyunting. Rook's textbook of dermatology. Edisi ke-9. Oxford : Blackwell ; 2016.h.39.7-39.9.
- Weisschaar E, Fleischer AB, Bernhard JD, Cropley TG. Lichen simplex chronicus. Dalam : Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. Textbook of dermatology.

Edisi ke-3. New York : Elsevier : 2012.h.115-16.

- d) Crone AM, Stewart, EJC , Powell, Aetological factors in vulvar dermatitis. J Eur Acad DermatolVenereol. 2000 ; 14: 181-6.
- e) Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic / neurodermatitis) of the anogenital region. Dermatol Ther. 2004; 17 : 8-19.
- f) Stewart KMA. Clinacal care of valvular pruritus, with emphasisi on one common cause, lichen simplex chronicus. Dermatol Clin. 2010 ; 28 : 669 -80.
- g) Goldstein AT, Parneix-Spake A, Mc Cormick CL. Pimecrolimus cream 1% for treatment of vulvar lichen simplex chronicus : an open label, preminary trial. Gynecol Obstet Invest. 2007 ; 64 : 180-6.
- h) Thomson KF, Highet AS.5% Dosepin cream to treat persistent lichenification in child. Clinical and experimental dermatology. Blackwell; 2001. H.100-103.
- i) Sanjana VD, Fernandez RJ. Evaluation of of an antihistamine and an antidepressant for the treatment of lichen simplex chronicus. Indian J Dermatol Venerol Leprol. 1992;58(6) : 384-7.
- j) Vaistha L.K Singh G, Neurodermatitis and intralesional steroids. Dermatologica 157. 1978.h.126-128.

C. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Dermatofitosis

1. Pengertian

Merupakan penyakit infeksi jamur yang disebabkan oleh jamur kelompok dermatofita (*Trichophyton* sp., *Epidermophyton* sp. Dan *Microsporum* sp). Terminologi "tinea" atau *ringworm* secara tepat menggambarkan dermatomikosis, dan dibedakan berdasarkan lokasi anatomi infeksi.

Klasifikasi berdasarkan lokasi :

- a) Tinea kapitis
- b) Tinea korporis
- c) Tinea kruris
- d) Tinea pedis
- e) Tinea manum
- f) Tinea unguium
- g) Tinea imbricata

2. Anamnesis

- a) Tinea kapitis
Gatal, kulit kepala bersisik, alopesia.
- b) Tinea korporis
Ruam yang gatal dibadan, ekstremitas atau wajah.
- c) Tinea kruris
Ruam kemerahan yang gatal di paha bagian atas dan inguinal.
- d) Tinea pedis
Gatal dikaki terutama sela-sela jari. Kulit kaki bersisik, basah dan mengelupas
- e) Tinea manum
Gatal di telapak tangan dan jari tangan.
- f) Tinea unguium

Onikomikosis merujuk pada semua infeksi pada kuku yang disebabkan oleh jamur dermatofita, jamur nondermatofita, atau ragi (yeast). Dapat mengenai kuku tangan maupun kuku kaki.

g) Tinea Imbrikata

Gatal, kadang sudah tidak terasa gatal, bisa terkena dibagian tubuh manapun

3. Pemeriksaan Fisik

a) Tinea kapitis

Terdapat tanda kardinal : terdapat kerion atau gejala klinis yang khas berupa skuama tipikal, alopesia, dan pembesaran kelenjar getah bening.

Pemeriksaan fisik bergantung pada etiologinya :

- 1) Noninflamatori , human, atau *epidemic type (grey patch)*. Inflamasi minimal, rambut pada daerah terkena berubah warna menjadi abu-abu dan tidak berkilat, rambut mudah patah diatas permukaan skalp. Lesi tampak bersquama, hiperkeratosis, berbatas tegas karena rambut yang patah. Berfluoresensi hijau dengan lampu *Wood*
- 2) *Inflammatory type*, keiron, biasa disebabkan oleh patogen zoofilik atau geofilik. Spektrum klinis mulai dari folikulitis pustular hingga furunkle atau kerion. Sering terjadi alopesia sikatrisial. Lesi biasanya gatal, dapat disertai nyeri dan limfadenopati servikalis posterior. Fluoresensi lampu *wood* dapat positif pada spesies tertentu
- 3) "*Black dot*" disebabkan oleh organisme endotriks antropofilik. Rambut mudah patah pada permukaan skalp, meninggalkan kumpulan titik hitam pada daerah alopesia (*black dot*). Kadang masih terdapat sisa rambut normal diantara alopesia. Skuama difus juga umum ditemui
- 4) Favus
Bentuk yang berat dan kronis berupa plak eritematosa perifolikular dengan skuama. Awalnya berbentuk papul kuning kemerahan yang kemudian membentuk krusta tebal berwarna kekuningan (skutula). Skutula dapat berkonfluens membentuk plak besar dengan mousy odor. Plak dapat meluas meninggalkan area sentral yang atrofi dan alopesia.

b) Tinea korporis

Mengenai kulit berambut halus, keluhan gatal terutama bila berkeringat, dan secara klinis tampak lesi berbatas tegas, polisiklik, tepi aktif karena tanda radang lebih jelas, dan polimorfi yang terdiri atas eritema, skuama, dan kadang papul dan vesikel di tepi, normal di tengah (*central healing*)

c) Tinea kruris

Lesi serupa tinea korporis berupa plak anular berbatas tegas dengan tepi meninggi yang dapat pula disertai papul dan vesikel. Terletak didaerah inguinal, dapat meluas ke suprapubik, perineum, perianal dan bokong. Area genital dan skrotum dapat terkena pada pasien tertentu. Sering disertai gatal dengan maserasi atau infeksi sekunder

d) Tinea pedis

- 1) Tipe interdigital

Bentuk klinis yang paling banyak dijumpai. Terdapat skuama, maserasi dan eritema pada daerah interdigital dan subdigital kaki, terutama pada tiga jari lateral. Pada kondisi tertentu, infeksi dapat menyebar ke telapak kaki yang berdekatan dan bagian dorsum pedis. Okluasi dan ko-infeksi dengan bakteri dapat menyebabkan maserasi, pruritus, dan malodor (dermatofitosis kompleks atau *athlete's foot*)

2) Tipe hiperkeratotik kronik

Klinis tampak skuama difus atau stempat, bilateral, pada kulit yang tebal (telapak kaki, lateral dan medial kaki), dikenal sebagai "*moccasin-type*". Dapat timbul sedikit vesikel, meninggalkan skuama kolaret dengan diameter kurang dari 2 mm. Tinea manum unilateral umumnya berhubungan dengan tinea pedis hiperkeratotik sehingga terjadi "*two feet-one hand syndrome*"

3) Tipe vesikobulosa

Klinis tampak vesikel tegang dengan diameter lebih dari 3 mm, vesikopustul atau bula pada kulit tipis telapak kaki dan periplantar. Jarang dilaporkan pada anak-anak

4) Tipe ulseratif akut

Terjadi ko infeksi dengan bakteri gram negatif menyebabkan vesikopustul dan daerah luas dengan ulserasi purulen pada permukaan plantar. Sering diikuti selulitis, limfangitis, limfadenopati, dan demam

e) Tinea manum

- 1) Dishidrotik : lesi segmental atau anular berupa vesikel dengan skuama di tepi pada telapak tangan, jari tangan, tepi lateral tangan
- 2) Hiperkeratotik : vesikel mengering dan membentuk lesi sirkular atau iregular, eritematosa, dengan skuama difus. Garis garis tangan menjadi semakin jelas. Lesi Kronik dapat mengenai seluruh telapak tangan dan jari disertai fisur

f) Tinea unguium

Bentuk Klinis :

- 1) Onikomikosis subungual proksimal
- 2) Onikomikosis subungual distal lateral
- 3) Onikomikosis superficial putih
- 4) Onikomikosis endoniks
- 5) Onikomikosis distrofik totalis
- 6) Klinis dapat ditemui distrofi, hiperkeratosis, onikolisis, debris subungual, perubahan warna kuku, dengan lokasi sesuai bentuk klinis

g) Tinea Imbrikata

Ditandai dengan lapisan stratum korneum terlepas dengan bagian bebasnya menghadap sentrum lesi. Terbentuk lingkaran kosentris tersusun seperti susunan genting. Bila kronis, peradangan sangat ringan dan asimtomatik. Tidak pernah mengenai rambut

4. Diagnosis Kerja

- a) Tinea kapitis
- b) Tinea korporis
- c) Tinea kruris
- d) Tinea pedis

- e) Tinea manum
- f) Tinea unguium
- g) Tinea imbricata

5. Diagnosis Banding

- a) Tinea kapitis
Dermatitis seboroik, psoriasis, dermatitis atopik, liken simplek kronik, alopesia areata, trikotilomania, liken plano pilaris
- b) Tinea korporis
Psoriasis, ptiriasis rosea, Morbus hansen tipe PB/MB, eritema anulare centrifugum, tinea imbricata, dermatitis numularis
- c) Tinea kruris
Eritasma, kandidosis, dermatitis intertriginosa, dermatitis seboroik, dermatitis kontak, psoriasis, liken simplek kronis
- d) Tinea pedis dan Tinea manum
Dermatitis, kontak, psoriasis, keratoderma, skabies, pompoliks (eksema dishidrotik)
- e) Tinea unguium
Kandidosis kuku, onikomikosis dengan penyebab lain, onikolisis, 20 *nail dystrophy* (trachyonychia), *brittle nail*, dermatitis kronis, psoriasis, liken planus
- f) Tinea imbricata
Tinea korporis

6. Pemeriksaan Penunjang

- a) Pemeriksaan sediaan langsung kerokan kulit atau kuku menggunakan mikroskop dan KOH 20% : tampak hifa Panjang dan atau artospora. Pengambilan specimen pada tinea kapitis dapat dilakukan dengan mencabut rambut, menggunakan scalpel untuk mengambil rambut dan skuama, menggunakan swab (untuk kerion) atau menggunakan *cytobrush*. Pengambilan sampel terbaik di bagian tepi lesi
- b) Kultur terbaik dengan agar Sabouraud plus (Mycosel, Mycobiotic) ; pada suhu 28°C 1-4 minggu (bila dihubungkan dengan pengobatan, kultur tidak harus selalu dikerjakan, kecuali pada tinea unguium)
- c) Lampu *Wood* hanya berflouresensi pada tinea capitis yang disebabkan oleh *microsporum* spp. (kecuali *m.gypsum*)

7. Tata Laksana

a) Non Medikamentosa

- 1) Menghindari dan mengeliminasi agen penyebabnya
- 2) Mencegah penularan

b) Medikamentosa

Terdapat beberapa obat yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut :

1) Tinea kapitis

- Topikal : tidak disarankan bila hanya terapi topical saja.
Rambut dicuci dengan sampo antimikotik : selenium sulfida 1% dan 2.5%, 2-4 kali perminggu atau sampo ketokonazol 2% 2 hari sekali selama 2-4 minggu
- Sistemik :
 - Spesies *Microsporum*
 - ✓ Obat pilihan : griseofulvin fine particle / microsize 20-25

mg/kgBB/hari dan ultramicrosize 10-15 mg/kgBB/hari selama 8 minggu

- Alternatif :
 - ✓ Itrakonazol 50-100 mg/hari atau 5 mg/kgBB/hari selama 6 minggu
 - ✓ Terbinafin 62.5 mg/hari untuk BB 10-20 kg, 125 mg untuk BB 20-40 kg dan 250 mg/hari untuk BB >40 kg selama 4 minggu
- Specimen Trichophyton :
 - ✓ Obat pilihan : terbinafine 62.5 mg/hari untuk BB 10-20 kg, 125 mg untuk BB 20-40 kg dan 250 mg/hari untuk BB >40 kg selama 2-4 minggu.
 - ✓ Alternatif :
 - Griseofulvin 8 minggu
 - Itrakonazol 2 minggu
 - Flukonazol 6 mg/kgBB/hari selama 3-4 minggu.

2) Tinea korporis dan kruris

➤ Topikal

Obat pilihan : golongan alilamin (krim terbinafine, butenafine) sekali sehari selama 1-2 minggu

Alternatif , golongan azol : misalnya krim mikonazol, ketokonazol, klotrimazol 2 kali sehari selama 4-6 minggu

➤ Sistemik

Diberikan bila lesi kronik, luas, atau sesuai indikasi

Obat pilihan : terbinafine oral 1x250 mg/hari (hingga klinis membaik dan hasil pemeriksaan laboratorium negative) selama 2 minggu

➤ Alternatif :

- Itrakonazol 2x100 mg/hr selama 2 minggu
- Griseofulvin oral 500 mg/hari atau 10-25 mg/kgBB/hari selama 2-4 minggu
- Ketokonazol 200 mg.hari

3) Tinea imbricata

➤ Terbinafine 62.5-250 mg/hari (tergantung berat badan) selama 4-6 minggu.

➤ Griseofulvin microsize 10-20 mg/kgBB/hari selama 6-8 minggu

4) Tinea pedis

➤ Topikal

- Obat pilihan : golongan alilamin (krim terbinafine, butenafine) sekali sehari selama 1-2 minggu

- Alternatif :

- ✓ Golongan azol : misalnya, krim mikonazol, ketokonazol, klotrimazol 2 kali sehari selama 4-6 minggu
- ✓ Siklopiroksolamin (ciclopirox gel 0.77% atau krim 1%) 2 kali sehari selama 4 minggu untuk tinea pedis dan tinea interdigitalis

➤ Sistemik

- Obat pilihan : terbinafine 250 mg/hari selama 2 minggu. Anak-anak 5 mg/kgBB/hari selama 2 minggu

- Alternatif : itraconazol 2x100 mg/hari selama 3 minggu atau 100 mg/hari selama 4 minggu

5) Tinea Unguium

- Obat pilihan : terbinafine 1x250 mg/hari selama 6 minggu untuk kuku tangan dan 12-16 minggu untuk kuku kak
- Alternatif : itraconazol dosis denyut (2x 200 mg/hari selama 1 minggu, istirahat 3 minggu) sebanyak 2 denyut untuk kuku tangan dan 3-4 denyut untuk kuku kaki atau 200 mg/hari selama 2 bulan untuk kuku tangan dan minimal 3 bulan untuk kuku kaki

8. Edukasi

- a) Menjaga kebersihan diri
- b) Memenuhi pengobatan yang diberikan untuk mencegah resistensi obat
- c) Menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat
- d) Pastikan kulit dalam keadaan kering sebelum menutup area yang rentan terinfeksi jamur
- e) Gunakan sandal atau sepatu yang lebar dan keringkan jari kaki setelah mandi
- f) Hindari penggunaan handuk atau pakaian bergantian dengan orang lain. Cuci handuk yang kemungkinan terkontaminasi
- g) Skrining keluarga
- h) Tatalaksana linen infeksius : pakaian, sprei, handuk, dan linen lainnya di rendam dengan sodium hipoklorit 2% untuk membunuh jamur atau menggunakan disinfektan lain

9. Prognosis

- a) Ad vitam : Adbonam
- b) Ad Sanationam : Adbonam
- c) Ad Fungtionam : Dubia ad malam

10. Penelaah Kritis

Departemen/Ksm Kulit

11. Kepustakaan

- a) Wolff K, Goldsmith LA, Freedberg IM, Kozlowski ST, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editor, Dalam : Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. Edisi ke - . New York : Mc Graw-Hill; 2012.h.3247-3264.
- b) Fuller LC, Barton RC, Mustapa MFM, Proudfoot LE, Punjabi SP, Higgins EM. British Association of Dermatologists guideline for the management of tinea capitis 2014. BJD. 2014; 171 : 454-63.
- c) Mohrenschlager M, Seidl HP, Ring J, Abeck D. Pediatric tinea capitis : Recognition and managemet. Am J Clin Dermatol. 2005 : 6 (4) : 203-13.
- d) Andrews MD, Burns M. Common tinea infections in children. Am Fam Physician. 2008 May 15; 77 (10) : 1415-20.
- e) Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis of tinea Infections. Am Fam Physician. 2014 Nov 15 ; 90 (10) : 702 -10.
- f) Karimzadegan – Nia M, Mir-Amin-Mohammandi A, Bouzari N, Firooz A. Comparison of Direct Smear, Culture, and Histology for The Diagnosis of Onychomycosis. BMC Infectious Disease 2017 ; 17 (166) : 1-11.
- g) Velasquez-Agudelo V, Cardona-Arias JA. Meta-analysis of the utility of culture, biopsy, and direct KOH examination for the diagnosis of onychomycosis. BMC

Infectious Disease. 2017; 17 (166) : 1 – 11.

D. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Dermatitis Atopik

1. Pengertian

Merupakan peradangan kulit yang bersifat kronis berulang, disertai rasa gatal, timbul pada tempat predileksi tertentu dan berhubungan dengan penyakit atopi lainnya, misalnya rhinitis alergi dan asma *bronkhiale*

2. Kriteria Diagnosis

a) Klinis

- 1) Rasa gatal, dapat sangat berat sehingga mengganggu tidur.
- 2) Efloresensi lesi sangat bergantung pada awitan dan berat penyakit.
- 3) Riwayat perjalanan penyakit kronis berulang.

b) *Hill* dan *Sulzberger* membagi dalam 3 fase :

1) Fase bayi (usia 0-2 tahun)

Bentuk lesi : lesi akut, eritematosa, papul, vesikel, erosi, eksudasi/ oozing dan krusta

Lokasi lesi : kedua pipi, kulit kepala, dahi, telinga, leher dan badan dengan bertambah usia, lesi dapat mengenai bagian ekstensor ekstremitas

2) Fase anak (usia 2 tahun- pubertas)

Bentuk lesi : lesi subakut, lebih kering, plak eritematosa, skuama, batas tidak tegas dapat disertai eksudat, krusta dan eskoriasi.

Lokasi lesi : distribusi lesi simetris, didaerah fleksural pergelangan tangan, pergelangan kaki, daerah antecubital, popliteal, leher dan infragluteal

3) Dewasa

Bentuk lesi : lesi kronik, kering, papul/plak eritematosa, skuama dan likenifikasi.

Lokasi lesi : lipatan fleksural, wajah, leher, lengan atas, punggung serta bagian dorsal tangan, kaki jari tangan dan jari kaki.

Kriteria yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis yaitu kriteria William dan kriteria Hanifin-Rajka untuk PPK.

Penilaian derajat keparahan DA dengan indeks SCORAD, sedangkan untuk penilaian DA pada penelitian epidemiologi menggunakan TIS

3. Diagnosis Kerja

Dermatitis Atopik

4. Diagnosis Banding

- a) Dermatitis Seboroik
- b) Dermatitis kontak iritan
- c) Dermatitis kontak alergik
- d) Scabies

5. Pemeriksaan Penunjang

- a) Pemeriksaan *prick test*
- b) Pemeriksaan *atopy patch test*
- c) Pemeriksaan serologi : kadar IgE total dan IgE RAST
- d) Eliminasi makanan
- e) *Open challenge test*
- f) *Double blind placebo controlled food challenge test.*

6. Tata Laksana

a) Prinsip :

- 1) Edukasi dan empowerment pasien, orang tua, serta caregiver
 - 2) Menghindari dan memodifikasi faktor pencetus lingkungan yaitu menghindari bahan iritan dan allergen
 - 3) Memperkuat atau mempertahankan fungsi sawar kulit yang optimal dengan pemberian sabun pelembap segera setelah mandi, dilakukan pada setiap fase perjalanan penyakit mulai dari individu dengan kecenderungan genetik atopi hingga yang telah bermanifestasi DA
 - 4) Anti inflamasi diberikan pada yang telah bermanifestasi intrinsik maupun ekstrinsik (terapi reaktif) dan pada DA subklinis sebagai terapi pemeliharaan (terapi proaktif). Pada terapi pemeliharaan, antiinflamasi dapat dioleskan pada lesi yang merah 1-2 kali/minggu sebagai terapi proaktif
 - 5) Mengendalikan dan mengeliminasi siklus gatal-garuk, antihistamin sedative (lebih dianjurkan pada bayi dan anak), atau nonsedatif sebagai terapi adjuvant bila gatal sangat mengganggu
 - 6) Konseling psikologi dapat membantu mengatasi rasa gatal dan merupakan salah satu program edukasi
- b) Topikal
- Sesuai dengan usia, kelaian klinis, dan lokasi kelaian. Dematitis Atopik Lesi basah : kompres NACL 0.9%
- 1) Kortikosteroid topikal (KST) potensi lemah digunakan untuk pasien DA bayi, lemah sampai sedang untuk DA anak, potensi sedang sampai kuat untuk DA dewasa.
 - Gunakan KST mulai potensi rendah yang paling efektif untuk anak
 - Usia 0-2 tahun maksimum KST potensi rendah
 - Usia >2 tahun maksimum KST potensi sedang
 - Usia pubertas sampai dewasa poten tinggi atau superpoten 2 kali sehari
 - Pada wajah dan fleksura dapat dikontrol dengan pemberian KST potensi sedang selama 5-7 hari, kemudian diganti menjadi KST potensi lebih ringan atau inhibitor kalsineurin inhibitor
 - 2) Gunakan KST 2 kali sehari sampai lesi terkontrol atau selama 14 hari
 - 3) Lesi terkontrol KST 1 kali sehari pagi dan IKT sore hari atau IKT dapat diganti dengan pelembap
 - 4) Fase pemeliharaan : KST potensi lemah secara intermitten (2 kali seminggu) dilanjutkan 1 kali seminggu pada daerah sering timbul lesi atau hot spot
 - 5) IKT digunakan apabila DA sering kambuh, tidak dapat memakai KST, atau untuk mengurangi pemakaian KST
 - 6) KST kombinasi dapat diberikan pada DA selama 7 hari : (di PPK 2, PPK 3). Infeksi lokalisata :
 - 7) Jumlah kebutuhan aplikasi obat topical KSTL
Diukur dengan finger-tip unit (FTU) 0.5 gram : jumlah salep yang dikeluarkan dari tube dengan lubang berdiameter 5 mm, diukur sepanjang ruas jari distal jari telunjuk, yang dihitung sesuai area tubuh.
- c) Sistemik : (di PPK 2 dan 3)
- 1) Terapi gatal : antihistamin intermiten/jangka pendek. Non sedative untuk pagi hari/sedative untuk malam hari bila menyebabkan gangguan tidur

- 2) DA dengan infeksi sekunder yang luas atau tidak berespons dengan terapi topical diberikan antibiotic selama 7 hari
 - Lini 1 : amoksisilin-klavulanat, sefalekssin. Bila alergi penisilin dapat diberikan eritromisin
 - Lini 2 : eritromisin, sefalosporin generasi 2, methicillin-resistant *Staphylooccus aureus*
- 3) Kortikosteroid (prednisone, methylprednisolon, triamsinolon) pemberian singkat (sampai dengan 1 minggu) untuk DA eksaserbasi akut/kronik/berat/luas, rekalsitran di PPK 3
- 4) Siklosporin-A : DA berat, refrakter terhadap terapi konvensional, pada pasien DA anak dan dewasa. Dosis 3-5 mg/kgBB/hari atau dewasa 150 mg/300 mg setiap hari di PPK3
- 5) Antimetabolit : mofetil mikofenolat (DA refrakter), metotreksat (DA rekalsitran), azatioprin (DA berat)
- 6) Fototerapi UVA/PUVA/UVB/NB-UVB
- 7) Rawat inap : eritroderma, infeksi sistemik berat

7. Edukasi

- a) Siklus gatal-garuk harus diputus.
- b) Identifikasi Riwayat psikologis yang ada sehingga pasien dapat mengurangi stress yang dialaminya.
- c) Kuku sebaiknya pendek.

8. Prognosis

- a) Ad vitam : Adbonam
- b) Ad Sanationam : Dubia admalam, karena merupakan kelainan kulit inflamasi yang bersifat kronis berulang, namun tergantung dari penatalaksanaan untuk mencegah kekambuhan
- c) Ad Fungtionam : Adbonam

9. Penelaah Kritis

Departemen/Ksm Kulit

10. Kepustakaan

- a) Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. Edisi ke-4. Sidney, Elsevier ; 2011. h. 38-53.
- b) Leung DYM, Eichenfield LF, Boguniewicz. Atopic Dermatitis. Dalam : Goldsmith LA, Katz SJ, Paller AS, Leffell DJ, Wolff. Fitzpatrick's. Dermatology in General Medicine. Edisi ke-8. New York : The Mc Graw-Hill Company. Inc ; 2012 ; 165-82.
- c) Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis : section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2014 ; 70 (2) : 338 – 51.
- d) Langan SM, Williams HCG. Clinical features and diagnostic criteria of atopic dermatitis. Dalam : Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC, editor. Harper's Textbook of pediatric . Dermatology Edisi ke-3. Oxford : Blackwell Publishing Ltd ; 2011 ; h. 28. 1-28. 19.
- e) Krafchik BR, Jacob S, Bieber T, Dinoulou JGH. Eczematous dermatitis. Dalam : Schachner LA, Hansen RC, editor. Pediatric Dermatology edisi ke 4. China : Mosby Elsevier ; 2011. H. 851-87.
- f) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol

Suppl (Stockh). 1980 : 92 : 44-7.

E. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Dermatitis Numularis

1. Pengertian

Suatu kelainan kulit inflamatif berupa papul dan papulovesikel yang berkonfluensi membentuk plak berbentuk koin berbatas tegas dengan oozing, krusta, dan skuama. Sangat gatal, dengan predileksi pada ekstremitas atas dan bawah

2. Kriteria Diagnosis

a) Anamnesis

- 1) Menyerang terutama orang dewasa (50-65 tahun), jarang pada bayi dan anak-anak, puncak onset pada anak-anak yaitu pada usia 5 tahun
- 2) Keluhan subjektif sangat gatal, terutama pada fase akut.
- 3) Pada Sebagian pasien dermatitis numularis didapatkan insidensi atopi yang tinggi, tetapi pada Sebagian yang lain tidak.
- 4) Pencetus antara lain kulit kering, fokus infeksi pada gigi, saluran nafas atas, atau saluran nafas bawah. Factor allergen lingkungan yang berperan sebagai pencetus yaitu : tungau debu rumah dan *Candida albicans*
- 5) Stress emosional, disfungsi liver atau konsumsi alkohol berlebihan dapat memperberat penyakit

b) Pemeriksaan Fisik

- 1) Predileksi : ekstremitas atas termasuk punggung tangan (wanita) dan ekstremitas bawah (pria).
- 2) Kelainan kulit dapat bersifat akut, subakut, atau kronik.
- 3) Lesi karakteristik berupa plak berukuran 1-3 cm berbentuk lesi yang basah (oozing), serta krusta pada dasar eritema. Pada fase kronis, berupa plak kering, berskuama, likenifikasi.
- 4) Dapat timbul komplikasi berupa infeksi bakteri sekunder.
- 5) Lesi menyembuh dimulai dari bagian tengah membentuk gambaran anular.
- 6) Kelainan kulit dapat meluas ke badan, wajah dan leher atau menjadi generalisata.

3. Diagnosis Kerja

Dermatitis Numularis

4. Diagnosis Banding

- a) Dermatitis kontak alergi
- b) Dermatitis stasis
- c) Dermatitis atopik
- d) Tinea korporis

5. Pemeriksaan Penunjang

- a) Untuk penegakan diagnosis tidak perlu pemeriksaan penunjang khusus.
- b) Apabila diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai diagnosis banding.
- c) Pada kasus berat atau rekalsitran, dilakukan

6. Tata Laksana

- a) Terapi NonMedika Mentosa :
 - 1) Hindari atau atasi factor pencetus
 - 2) Berikan emolien apabila ditemukan kulit kering

b) Terapi Medikamentosa :

Prinsip : terapi bersifat kausatif dan atau simptomatis sesuai dengan manifestasi klinis. Terdapat beberapa obat yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut :

1) Topikal

- Kompres pada lesi akut.
- Antiinflamasi dan atau antimitotik :
 - Pilihan utama : kortikosteroid topical potensi sedang hingga kuat
 - Pilihan lainnya inhibitor kalsineurin seperti tacrolimus dan pimecrolimus.

2) Sistemik

- Antihistamin oral
- Pada kasus dermatitis numularis berat dan refrakter dapat diberikan :
 - Kortikosteroid sistemik
 - Pada anak dapat diberikan metotreksat dengan dosis 5-10 mg perminggu.
- Pada kasus dermatitis numularis dengan lesi generalisata dapat ditambahkan fototerapi *broad/narrow band UVB*.

7. Edukasi

- a) Hindari atau atasi factor pencetus
- b) Cegah garukan dan jaga hidrasi kulit agar tidak kering.

8. Prognosis

- a) Ad vitam : Adbonam
- b) Ad Sanationam : Dubia adbonam
- c) Ad Fungsionam : Adbonam

9. Penelaah Kritis

DEPARTEMEN/KSM KULIT

10. Kepustakaan

- a) Burgin S. Nummular eczema, lichen simplex chronicus and prurigo nodularis. Dalam : Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Wolff k, Goldsmith LA. Kazt SI, Gilchrest BA, Paller AS. Leffel DJ, editor. Edisi ke-8, New York : Mc Graw-Hill, 2012.h.184-7.
- b) Ingram RJ. Eczematous Disorders. Dalam : Griffiths C. Baker J. Bleiker T. Chalmers R. Creamer D. penyunting. Rook's textbook of dermatology, Edisi ke-9. Oxford : Blackwell ; 2016.h. 39.7-39.9.
- c) Todorova A. Eropean handbook of dermatological treatment. Katsambas AD, Lotti TM, D'Erme AM editor. Edisi ke-3. New York : Springer. 2015. H.671-680.
- d) Khurana S, Jain VK, Aggarwal K, Gupta S. Patch testing in discoid eczema. J Dermatol. 2002; 29 :763-7.
- e) Ring J, Alomar A, Bieber T, D elereuran M, F ink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatmet of atopic exczema (atopic dermatitis) Part 1. Jeadv. 2012 ; 1045-1060.

BAB IV

DOKUMENTASI

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Praktik Klinis KSM Kulit diantaranya:

1. Dokumentasi Rapat Koordinasi Komite Medik
 - a) Undangan
 - b) Materi
 - c) Notulensi
 - d) Absensi
 - e) Dokumentasi
2. Formulir Pengkajian Medis Awal Rawat Jalan No.RM 7.2
3. Formulir Pengkajian Medis Gawat Darurat No.RM 2.1
4. Formulir Pengkajian Medis Rawat Inap No.RM 3.4
5. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi No.RM 3.19
6. Formulir Discharge Planning No.RM 3.24
7. Formulir Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi No.RM 1.7
8. Formulir Resume Medis No.RM 3.18
9. Formulir Informasi Obat Pulang No.RM 10.88