

## Penatalaksanaan Holistik Pasien Laki-laki Usia 35 Tahun dengan Dermatitis Atopik Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Arba Indra Putra<sup>1</sup>, Dian Isti Anggraini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Dermatitis Atopik (selanjutnya disebut DA) adalah penyakit kulit inflamasi yang khas, bersifat kronis dan sering terjadi kekambuhan (eksaserbasi) yang walaupun jarang, dapat ditemukan pada pasien dewasa. Dermatitis atopik yang ditemukan pada dewasa lebih disebabkan oleh stres psikologis dan didukung oleh penurunan fungsi sistem saraf otonom. Artikel ini merupakan bentuk dari penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centred dan family approach. Studi ini adalah Case Report. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis, pemeriksaan fisik, kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga dan psikososial, serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien dewasa dengan dermatitis atopi. Pada faktor internal pada kasus seperti faktor genetik, usia, dan ketidaktahuan mengenai faktor pencetus. Faktor eksternal kurangnya pengetahuan keluarga mengenai dermatitis atopik, komplikasinya dan lingkungan yang memiliki banyak alergen. Dilakukan intervensi farmakologis dan non farmakologis berupa edukasi dalam mencegah kambuhnya gejala dermatitis atopik pada pasien. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, patient centered, family approach dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien dan keluarga sudah mencapai tahap adopsi.

**Kata Kunci:** Dermatitis Atopik, Lansia, Penatalaksanaan Kedokteran Keluarga

## Holistic Management of a 35-Year-Old Male Patient with Atopic Dermatitis Through a Family Medicine Approach

### Abstract

Atopic Dermatitis (hereinafter referred to as AD) is a typical, chronic, and frequent relapse (exacerbation) inflammatory skin disease which, although rare, can be found in adult patients. Atopic dermatitis found in adults is more caused by psychological stress and is supported by decreased function of the autonomic nervous system. This article is a form of the application of family doctor services based on evidence based medicine to patients by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on the framework of solving patient problems with a patient centered and family approach. This study is a Case Report. Primary data were obtained through autoanamnesis, physical examination, home visits to complete family and psychosocial data, as well as the environment. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end of the study quantitatively and qualitatively. Adult patient with atopic dermatitis. On internal factors in the case such as genetic factors, age, and ignorance of the precipitating factor. External factors are the lack of family knowledge about atopic dermatitis, its complications and the environment that has many allergens. Pharmacological and non-pharmacological interventions were carried out in the form of education in preventing the recurrence of atopic dermatitis symptoms in patients. Enforcement of diagnosis and management of these patients has been carried out holistically, patient centered, family approach and based on several theories and the latest research. In the process of behavior change, patients and families have reached the adoption stage.

**Keywords:** Atopic Dermatitis, Elderly, Family Medicine Management

**Korespondensi:** Arba Indra Putra, alamat JILK IV Pasar Banjit, Kelurahan Pasar Banjit, Way Kanan, e-mail arbaindrap@gmail.com

### Pendahuluan

Dermatitis Atopik (selanjutnya disebut DA) adalah penyakit kulit inflamasi yang khas, bersifat kronis dan sering terjadi kekambuhan (eksaserbasi) yang walaupun jarang, dapat

ditemukan pada pasien dewasa. Dermatitis atopik yang ditemukan pada dewasa lebih disebabkan oleh stres psikologis dan didukung oleh penurunan fungsi sistem saraf otonom. Sebaliknya, tanda-tanda parasimpatis yang

tetap tinggi pada fase serangan menunjukkan rendahnya kemampuan individu untuk beradaptasi terhadap stres yang dirasakan.<sup>1</sup>

Kondisi stres menyebabkan peningkatan kerja sistem imun yang akan memicu pelepasan mediator inflamasi secara berlebihan. Mediator inflamasi akan menurunkan ambang rangsang reseptor terhadap mediator lain seperti histamin dan capsaicin, dan semakin menginduksi rasa gatal.<sup>1</sup>

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa 1-3% lansia dan orang dewasa di seluruh dunia mengalami dermatitis atopik. Hal tersebut didukung dengan ditemukannya lebih banyak koloni *S. aureus* pada permukaan kulit. Lansia cenderung mengalami hipersensitivitas terhadap aeroalergen yang menyebabkan munculnya dermatitis atopi. Penelitian di Turki juga menunjukkan tren urtikaria yang meningkat pada pasien dewasa. Dari 5.961 dewasa yang berkunjung ke rumah sakit, 8,8% diantaranya mengalami gejala urtikaria dan 32,7% mengalami dermatitis.<sup>2</sup>

Orang dengan dermatitis atopik memiliki fungsi barrier kulit yang rentan terhadap iritan, dan alergen yang selanjutnya menyebabkan inflamasi, rasa gatal, dan gejala klinis lain. Defek pada barrier kulit ini dapat disebabkan oleh rendahnya tingkat *spingholipid* pada stratum korneum sehingga terjadi *transepidermal water loss*. Hal ini memudahkan penetrasi iritan/alergen yang selanjutnya menyebabkan reaksi inflamasi.<sup>2</sup>

Penerimaan individu dan lingkungan terhadap perubahan kemampuan pada pasien dewasa fungsi fisik dan mental yang dimiliki merupakan stresor terbesar. Jika pada fase tersebut tidak menemukan keadaan jasmani dan mental yang sesuai dengan harapannya maka akan memicu stres. Oleh karena itu, penerimaan dan penghargaan dari orang disekitarnya merupakan anugerah yang tidak mungkin dapat dinilai dengan materi. Penatalaksanaan dermatitis atopik bertujuan untuk mengurangi/mencegah kekambuhan, dan mengurangi derajat keparahan gejala bila terjadi kekambuhan. Dalam hal ini terdapat 4 komponen utama utama, yaitu menghindari pencetus, perawatan kulit, terapi antiinflamasi, dan modalitas terapi lain. Hal ini menunjukkan pentingnya tatalaksana dermatitis atopik secara

holistik dan menyeluruh. Diperlukan ketepatan diagnosis, tatalaksana, dan edukasi kepada pasien dan keluarganya.<sup>2</sup>

### Kasus

Pasien Tn. S usia 35 tahun, datang ke klinik Puskesmas Panjang dengan keluhan kulit merah dan gatal pada kedua ketiak sejak 4 hari lalu. Keluhan muncul secara tiba-tiba dan bermula dari bintik-bintik merah pada ketiak yang kemudian semakin banyak. pasien sudah mencoba memberi bedak gatal, namun keluhan pasien tidak membaik. Menurut pasien ayahnya dahulu yang menderita keluhan yang sama. Namun, pasien memang sering kali timbul keluhan bintil-bintil merah pada kulit sejak masih remaja, terutama saat stres. Pasien juga tidak memiliki riwayat alergi terhadap apapun sebelumnya. pasien mengatakan bahwa ibunya memiliki asma. pasien juga mengatakan bahwa dirinya sering mengalami hidung tersumbat pada pagi hari.

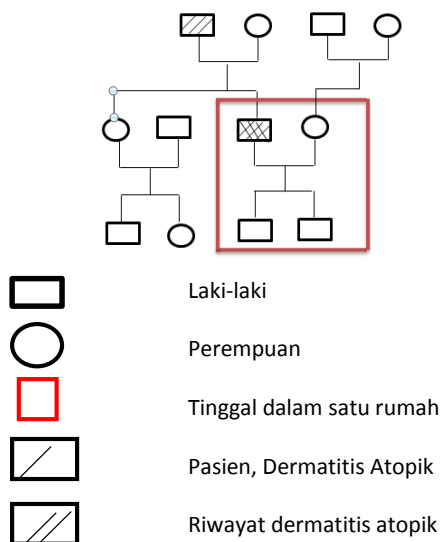
Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran *compos mentis*, suhu 36,9<sup>0</sup>, frekuensi nadi 80 kali/menit, frekuensi napas 31 kali/menit, SpO<sub>2</sub> 97%, berat badan 63 kg, tinggi badan 172 cm, status gizi berdasarkan pemeriksaan IMT terklasifikasi normal. Pada pemeriksaan kepala normocephali, mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal, bibir tidak sianosis. Pada pemeriksaan thoraks tidak terdapat retraksi intercostal, pergerakan dinding dada simetris, taktil fremitus simetris kanan dan kiri, perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi terdengar vesikuler (+/+) tanpa suara *wheezing* ataupun ronki. Pemeriksaan jantung, batas jantung tidak melebar, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen datar, bising usus 5x/menit, tidak ada nyeri tekan dan organomegali, perkusi timpani. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, tidak ada sianosis, CRT <2s kesan normal. Pada regio aksila dekstra dan sinistra ditemukan adanya papul multipel di atas kulit yang eritem dengan batas tidak tegas, vesikel (-), pustul (-), skuama (-), *central healing* (-). Pada *ekstremitas inferior dekstra et sinistra* ditemukan makula hiperpigmentasi multipel ukuran milier sampai numular, skuama (-), *central healing* (-). Kesan hiperpigmentasi paska inflamasi (HPI).

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini. Pasien merupakan kepala keluarga. Pasien tinggal bersama anak, dan istrinya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap anak prasekolah. Pasien adalah laki-laki berusia 35 tahun. Pasien mempunyai 2 orang anak. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh pasien sebagai kepala keluarga. Psikologi pasien dalam keluarga tampak cukup baik. Hubungan antar anggota keluarga terjalin baik dan cukup erat. Keluarga selalu menyempatkan untuk berkumpul bersama saat malam hari.

Keluarga pasien selalu beribadah di rumah. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit, dan salah satu anggota keluarga selalu mendampingi saat pergi berobat. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Jarak ke puskesmas ± 3 km.

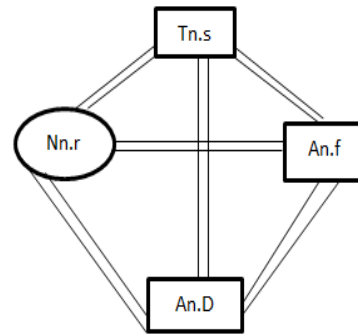
**Genogram**

Genogram keluarga Tn. S dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Keluarga Tn.S

Hubungan antar keluarga Tn.S dapat dilihat pada Gambar 2.



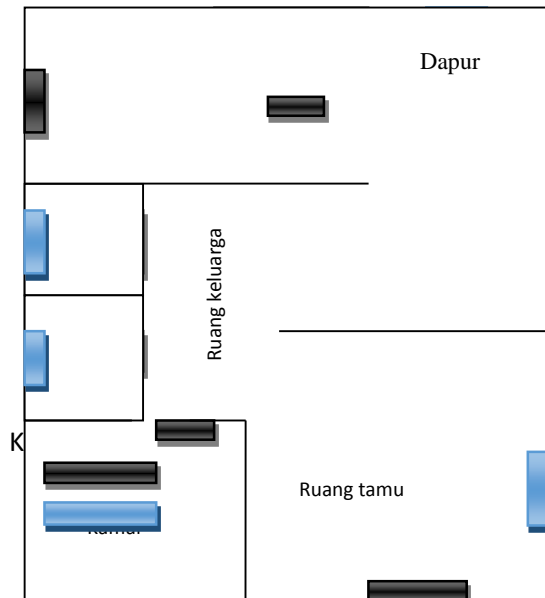
□ Laki-laki  
○ Perempuan  
= Dekat dan berhubungan baik  
Gambar 2. Hubungan antar keluarga

**Family Apgar Score**

- Adaptation : 2
- Partnership : 1
- Growth : 2
- Affection : 2
- Resolve : 2
- Total Family Apgar score 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Pada data lingkungan rumah pasien diperoleh data pemukiman cukup padat, rumah permanen dengan luas rumah 6mx12m dengan 1 lantai. Tinggal bersama istri usia 33 tahun dan anak pertama yang berusia 2 tahun dan yang anak kedua berusia 1 tahun. Jarak dari puskesmas ± 3 km. Dinding tembok sudah dicat, berlantaikan ubin, memiliki 2 jendela di ruang tamu, memiliki 3 kamar. Memiliki 1 kamar mandi yang menyatu dengan dapur. Pencahayaan pada rumah cukup karena setiap kamar terdapat jendela. Kondisi rumah pasien bersih dan peletakan barang beraturan. Namun didapatkan beberapa barang yang berdebu, terutama pada kamar pasien Penerangan menggunakan lampu listrik, Sumber air berasal dari sumur yang berjarak ±20 m dari *septic tank*. Lokasi rumah pasien berdekatan dengan kerabat-kerabatnya. Di area sekitar rumah, ada beberapa rumah yang sedang di bangun sehingga lingkungan menjadi lumayan berdebu. Pasien kesehariannya bekerja di sebagai juru parkir di pasar dekat rumah nya pukul 07.00 pasien sudah bangun dan sarapan lalu bekerja,

kemudian siang hari pukul 12.00 pasien makan siang, sore pukul 15.00 pasien mandi sore kemudian habis maghrib pasien makan malam dan segera tidur. Pasien berinteraksi sosial seperti lansia seusia nya, dan rutinitas dilakukan setiap hari.



Pada pasien dilakukan penegakan diagnostik holistik awal dengan hasil:

1. Aspek Personal
  - Alasan kedatangan: muncul bintik-bintik kemerahan yang semakin banyak di kulit sejak 3 hari lalu yang lama-kelamaan menghitam dan semakin banyak
  - Kekhawatiran: khawatir bintik-bintik pada kulit semakin banyak dan mengganggu penampilan
  - Persepsi pasien: bintik-bintik pada kulit timbul akibat salah makan.
  - Harapan: keluhan hilang
2. Aspek Klinik  
Dermatitis atopi
3. Aspek Risiko Internal
  - Faktor riwayat penyakit atopi dalam keluarga, yaitu ibu
  - Kebiasaan pasien beraktivitas sehingga berkeringat
4. Aspek Risiko Eksternal
  - Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi dan dampak akibat dermatitis atopi yang tidak terkontrol

- Terdapat beberapa barang di rumah yang berdebu
- Rumah berada di lingkungan padat penduduk dan ada rumah tetangga yang sedang di bangun sehingga terdapat banyak debu

#### 5. Derajat Fungsional

Derajat 2, yaitu masih mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari di dalam maupun luar rumah

Penatalaksanaan intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya serta pencegahan penularannya serta, tatalaksana medikamentosa. Intervensi dilakukan pada *patient center, family focus* dan *community oriented*.

#### A. Patient Centered

##### Non-Medikamentosa

1. Konseling kepada pasien untuk tidak banyak beraktivitas dan menghindari stres untuk mencegah munculnya keringat yang banyak dan mengakibatkan kambuhnya penyakit
2. Edukasi kepada pasien untuk membersihkan kamarnya dari debu, dan untuk lebih banyak mandi dan mencegah kulit kering

##### Medikamentosa:

Krim hydrocortisone 2,5% dioleskan tipis 3x1 pada bintik-bintik kulit

CTM 4mg 3x1 bila muncul gatal

#### B. Family Focused

1. Konseling kepada keluarga pasien mengenai penyebab dan faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi.
2. Konseling kepada keluarga pasien untuk selalu mengingatkan dan mengawasi pasien terhadap faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit, yaitu debu dan mencegah kulit kering
3. Konseling kepada keluarga pasien mengenai faktor risiko eksternal terutama lingkungan sekitar dan kondisi rumah yang harus tetap di jaga kebersihannya dari debu

### C. Community Centered

Menjaga kondisi lingkungan sekitar agar tidak banyak debu yang menjadi faktor pemicu

Setelah pasien dan keluarga mendapat intervensi, pasien di *follow-up* untuk diagnostik holistik akhir:

1. Aspek Personal
  - Alasan kedatangan: bintik-bintik merah pada kulit sudah tidak muncul lagi
  - Kekhawatiran: kekhawatiran sudah berkurang
  - Persepsi pasien : bintik-bintik pada kulit dapat muncul akibat keringat dan debu yang banyak
  - Harapan: keluhan hilang dan penyakit tidak sering kambuh
2. Aspek Klinik  
Dermatitis atopi
3. Aspek Risiko Internal
  - Keluarga memahami dermatitis atopi yang terjadi karena ada faktor risiko dari keluarga
  - Sudah mulai ada upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit seperti menjaga kebersihan dan mengurangi beraktivitas berlebih sehingga tidak berkeringat
  - Pasien mulai lebih sering mandi untuk menjaga kelembaban kulitnya
4. Aspek Risiko Eksternal
  - Pengetahuan keluarga meningkat mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopi dan dampak akibat dermatitis atopi yang kambuh.
  - pasien sudah membersihkan barang-barang di rumah yang berdebu
  - Keluarga sudah melarang pasien untuk berkunjung di dekat rumah tetangga yang sedang di bangun
5. Derajat Fungsional  
Derajat 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

### Pembahasan

Diagnosa penyakit pada pasien ini adalah DA. Ini berdasarkan pada anamnesis

didapatkan informasi bawa pasien menderita bintik-bintik pada kulit ketiak kanan disertai kemerahan pada kulit dan gatal sejak 4 hari lalu. Menurut pasien memang sering kali timbul keluhan bintik-bintik merah pada kulit sejak masih kecil, terutama saat keringat berlebih karena merupakan suatu faktor pencetus penyebab keringnya kulit. Usia pasien adalah 35 tahun, berdasarkan teori DA lebih sering terjadi saat masa kanak-kanak hingga usia dewasa. DA biasa mulai sebelum usia dua tahun dan merupakan simptom atopik pertama yang menunjukkan tanda klinis.<sup>3</sup>

Berdasarkan anamnesis didapatkan riwayat sering timbul bintil-bintil merah berulang pada kulit terutama saat keringat berlebih (+). Pada 60% orang tua dengan DA memiliki anak yang menderita DA. Prevalensi DA sebesar 81% apabila kedua orang tuanya menderita DA, dan menjadi 59% bila hanya salah satu dari orang tuanya menderita DA dan pasangannya menderita alergi saluran napas. Prevalensi menjadi 56% bila salah satu orangtuanya menderita DA sedangkan pasangannya tidak menderita alergi saluran napas ataupun DA.<sup>4</sup>

Pemeriksaan fisik didapatkan adanya papul multipel di atas kulit yang eritem dengan batas tidak tegas pada regio aksila dekstra. Pada ekstremitas inferior dekstra et sinistra ditemukan makula hiperpigmentasi multipel ukuran milier sampai nummular. Kesan hiperpigmentasi paska inflamasi (HPI). DA merupakan suatu penyakit kulit kronis, berulang, ditandai dengan adanya inflamasi dan disertai rasa gatal yang hebat, dan lesinya kering batas tidak tegas, dapat disertai ekskoriasi karena garukan. Distribusinya pada tempat-tempat tertentu dari tubuh seperti pada daerah lipatan ditandai dengan eritema dengan batas tidak tegas, disertai edema, vesikel, dan basah pada stadium akut, dan penebalan kulit pada stadium kronis.<sup>5</sup>

Penegakkan diagnosa pada pasien ini menggunakan kriteria Hanifin Rajka yang terdiri dari kriteria mayor dan kriteria minor. Kriteria Mayor (harus terdapat 3) yaitu : gatal, penampakan dan distribusi lesi, terdapat periode relaps yang sering dan kronis, terdapat riwayat atopi sebelumnya dan riwayat atopi pada keluarga. Sedangkan kriteria minor

meskipun kurang spesifik bisa terdapat 3 atau lebih yaitu : *Xerosis* atau kulit kering, IgE yang reaktif, *Ichthyosis*, *keratosis pilaris*, *hiperlinearity* pada telapak tangan, dermatitis pada tangan atau kaki, fisura periaurikuler, *cheilitis*, gatal bila berkeringat, aksentuasi pada perifolikuler, eksema pada puting susu, *Pityriasis alba*, meningkatnya tendensi mengalami infeksi kulit (*Staphylococcus aureus*, virus dan jamur), reaktifitas tes kulit tipe 1 (*immediate type*), wajah pucat/ *eritema fasialis*, onset usia awal, dermatitis di lipatan leher anterior, konjungtivitis berulang, katarak subkapsular anterior, keratokonus, perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan emosional, intoleransi makanan, Intoleransi terhadap wol, hiperpigmentasi daerah orbita, lipatan infraorbital Dennie-Morgan, dan *white dermographism*.<sup>6</sup>

Penatalaksanaan terdiri dari medikamentosa serta komunikasi dan edukasi. Tatalaksana medikamentosa adalah dengan CTM 3 x 1 tablet perhari bila gatal dan salep hidrokortison 2,5% 2x perhari dioleskan tipis pada lesi setelah mandi. Pemberian antihistamin bertujuan untuk mengatasi rasa gatal sehingga mencegah terjadinya garukan yang dapat memperparah kondisi lesi. CTM merupakan antihistamin bersifat sedative ringan, baik digunakan untuk anak-anak karena rasa kantuk membuat mudah tidur sehingga dapat istirahat lebih banyak untuk memperbaiki daya tahan tubuh. Sediaan CTM tablet adalah 4 mg, dengan dosis untuk dewasa usia 2-5 tahun adalah 1 mg setiap 4-6 jam, dengan dosis maksimal 6 mg/hari.<sup>6</sup>

Kortikosteroid topikal sering digunakan pada DA di Amerika Serikat untuk DA fase akut. Terapi kortikosteroid untuk DA bersifat efektif, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan, dan harganya tidak semahal terapi alternatif lainnya. Kortikosteroid dengan potensi rendah cukup bagi pasien dewasa pada semua lokasi tubuhnya. Untuk pasien ini diberikan kortikosteroid topikal potensi sedang dengan persentasi 2,5 % dengan pertimbangan kulit dewasa Kortikosteroid dengan potensi sedang cukup bagi pasien dewasa pada lokasi tubuhnya. Hanya sedikit perbedaan hasil terapi pada penggunaan preparat potensi lemah jangka pendek dan panjang pada pasien dewasa

dengan derajat penyakit ringan sedang. Efek samping yang dapat terjadi walaupun jarang adalah terhambatnya pertumbuhan oleh supresi adrenal karena absorpsi sistemik, Dibutuhkan penelitian lebih lanjut apakah penggunaan steroid dua kali sehari lebih efektif dibandingkan sekali sehari.<sup>7</sup>

Pada pasien ini tidak diberikan kortikosteroid sistemik karena pertimbangan luas lesinya. Kortikosteroid sistemik seperti prednison jarang digunakan sebagai terapi primer pada DA, namun terkadang dapat digunakan pada masa akut sementara transisi ke agen Lain.Prednisolon 40 mg dapat digunakan , namun sebaiknya tidak lebih dari 1 atau 2 minggu. Penggunaan jangka waktu lama tidak dianjurkan pada anak.<sup>8</sup>

Gejala klinis pasien tidak menunjukkan adanya infeksi sekunder, sehingga pada pasien tidak diberikan terapi antibiotik. Bila terdapat tanda infeksi sekunder oleh kolonisasi *Staphylococcus aureus* (madidans, krusta, pustul, pus) yang luas dapat diberikan antibiotik sistemik misalnya sefalosporin atau penisilin yang resisten terhadap penisilinase (dikloksasilin, kloksasilin, flukloksasilin).Bila lesinya tidak luas dapat dipakai antibiotik topikal, misalnya asam fusidat atau mupirosin. Eritromisin atau makrolid lainnya dapat diberikan pada pasien yang alergi terhadap penisilin. Antijamur topical atau sistemik dapat diberikan bila ada komplikasi infeksi jamur.<sup>8</sup>

Tatalaksanaan non medikamentosa berupa komunikasi serta edukasi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah. Pada kunjungan rumah pertama juga dicari faktor – faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien berupa DA. Diantaranya, mengidentifikasi penyebab yang memungkinkan terjadinya kekambuhan DA. Dilakukan identifikasi kemungkinan adanya pencetus yang mendasari terjadinya kekambuhan, seperti keringat berlebih yang dapat mencetuskan gatal.<sup>9</sup>

Untuk aspek psikososial keluarga, pengawasan pada pasien untuk menghindari faktor yang mencetuskan kekambuhan penyakit kurang . Sedangkan pasien sebagai anggota keluarga dengan usia paling tua, pasien belum mengerti mengenai faktor pencetus kekambuhan penyakit. Ayah dan ibu kandung

pasien telah meninggal. Penulis melakukan perencanaan intervensi edukasi pada ibu dan keluarga pasien tentang penyakit DA, memberikan dukungan pada keluarga untuk menghindarkan pasien dari kekambuhan DA. Dengan melakukan edukasi DA pada keluarga dapat menurunkan morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

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

### Simpulan

Berdasarkan hasil penatalaksanaan holistik melalui pendekatan kedokteran keluarga didapatkan pasien dewasa dengan dermatitis atopi. Pada faktor internal pada kasus seperti faktor genetik, usia, dan ketidaktahuan mengenai faktor pencetus. Faktor eksternal kurangnya pengetahuan keluarga mengenai dermatitis atopik, komplikasinya dan lingkungan yang memiliki banyak alergen. Dilakukan intervensi farmakologis dan non farmakologis berupa edukasi dalam mencegah kambuhnya gejala dermatitis atopik pada pasien. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered, family approach* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien dan keluarga sudah mencapai tahap adopsi.

### Daftar Pustaka

1. Archietobias, M.A., Hendra, T.S., Novita, C. Hubungan antara Derajat Keparahan DA dengan Kualitas Hidup Pasien di RSUD Abdul Moeloek Lampung. Bandar

Lampung: Jurnal Majority Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. 2014;3(2): 1-6.

2. Flohr, C., Pascue, D., Williams, H.C. Atopic Dermatitis and The 'Hygiene Hypothesis': Too Clean to be True?. *Journal Medicine : NEJM*. 2005;352(22): 2314-34.
3. Indrawanto, I.S. Hubungan antara Beratnya Manifestasi DA dengan Tingginya Skala Kepribadian Cemas pada Tes MMPI di RSUD Dr.Soetomo. Surabaya : RS Dr.Soetomo. 2012;6(12): 20-25.
4. Moore, M.M., Rifas, S.L., Rich, J.W., Kleinman, K.P., Camargo, C.A. Perinatal Predictors of Atopic Dermatitis Occurring in The First Six Months of Life. *Medical Journal : ncbi*. 2004;113(3): 468-74.
5. Soebaryo, R.W. Etiologi dan Patogenesis DA. Dalam: Boediardja SA, Sugito TL, Rihatmadja R, editor. D Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2004; p.1-8.
6. Tabri, F. Aspek Immunogenetik pada pasien DA. Makassar: Jurnal Universitas Hasanuddin. 2004;2(8): 85-110.
7. Natalia, Sri, L. M., Triana, A. Perkembangan Terkini pada Terapi DA. Jakarta : Jurnal Medis Indonesia Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2011; (61): 35-45.
8. Won, J. Atopic Dermatitis (AD) is Marked by Elevated Levels of Immunoglobulin; 2007 [diakses tanggal 28 April 2014]. didapat dari : <http://onlinelibrary.wiley.com>. 2014.