

III.12. KULIT

99. Miliaria

No. ICPC II: S02 S92 *Sweat gland disease*

No. ICD X: 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*.

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

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

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

Tergantung pada jenis miliaria. Lihat klasifikasi.



Gambar21. Miliaria rubra



Gambar22. Miliaria profunda

Sumber: <http://www.healthcentral.com/skin-care/h/miliaria-rubra.html><http://health.allrefer.com/pictures-images/miliaria-profunda-close-up.html>

Pemeriksaan Penunjang

Umumnya tidak diperlukan.

Penegakan diagnostik (Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan cukup dengan gambaran klinis.

Klasifikasi

1. Miliaria kristalina

- Terdiri atas vesikel miliar (1-2 mm), sub korneal tanpa tanda inflamasi, mudah pecah dengan garukan, dan deskuamasi dalam beberapa hari.
- Predileksi pada badan yang tertutup pakaian.
- Gejala subjektif ringan dan tidak memerlukan pengobatan. Cukup dengan menghindari panas yang berlebihan, mengusahakan ventilasi yang baik, pakaian tipis dan menyerap keringat.

2. Miliaria rubra

- Jenis tersering, vesikel miliar atau papulo vesikal di atas dasar eritematosa sekitar lubang keringat, tersebar diskret.
- Tatalaksana cukup dengan menghindari panas yang berlebihan, mengusahakan ventilasi yang baik, pakaian tipis dan menyerap keringat.
- Gejala subjektif gatal dan pedih pada di daerah predileksi.

3. Miliaria profunda

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

4. Miliaria pustulosa

Berasal dari miliaria rubra, dimana vesikelnya berubah menjadi pustul.

Diagnosis Banding

1. Campak / morbili.
2. Folikulitis.
3. Varisela.
4. Kandidiasis kutis.
5. Erupsi obat morbiliformis.

Komplikasi

Infeksi sekunder

Diagnosis

Ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Prinsip: mengurangi pruritus, menekan inflamasi, dan membuka retensi keringat.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah:

- Melakukan modifikasi gaya hidup, yaitu:
 - Memakai pakaian yang tipis dan dapat menyerap keringat.
 - Menghindari panas dan kelembaban yang berlebihan
 - Menjaga kebersihan kulit
 - Mengusahakan ventilasi yang baik
- Memberikan farmakoterapi, seperti:
 - a. Topikal
 - Bedak kocok: likuor faberi atau bedak kocok yang mengandung kalamis dan antipruritus lain (mentol dan kamfora) diberikan 2 kali sehari selama 1 minggu.
 - Lanolin topikal atau bedak salisil 2% dibubuhi mentol ¼-2 % sekaligus diberikan 2 kali sehari selama 1 minggu. Terapi berfungsi sebagai antipruritus ~~rubra~~ untuk menghilangkan dan mencegah timbulnya miliaria profunda.
 - b. Sistemik (bila gatal dan bila diperlukan)
 - Antihistamin sedatif: hidrokisisin 2 x 25 mg per hari selama 7 hari, atau
 - Antihistamin non sedatif: loratadin 1x 10 mg per hari selama 7 hari.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Pada umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

Konseling & Edukasi

Edukasi dilakukan dengan memberitahukan keluarga agar dapat membantu pasien untuk:

1. Menghindari kondisi hidrasi berlebihan atau membantu pasien untuk pakaian yang sesuai dengan kondisinya.
2. Menjaga ventilasi udara di dalam rumah.

3. Menghindari banyak berkeringat.
4. Memilih lingkungan yang lebih sejuk dan sirkulasi udara (ventilasi) cukup.
5. Mandi air dingin dan memakai sabun.

Kriteria rujukan

Tidak ada indikasi rujukan

Sarana dan Prasarana

Lup

Prognosis

Prognosis umumnya bonam, pasien dapat sembuh tanpa komplikasi.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

100. Verruca Vulgaris

No. ICPC II: S03 *Warts*

No. ICD X: B07 *Viral warts*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Verruca vulgaris merupakan hiperplasia epidermis yang disebabkan oleh *Human papilloma virus* (HPV). Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab. Verruca 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*)

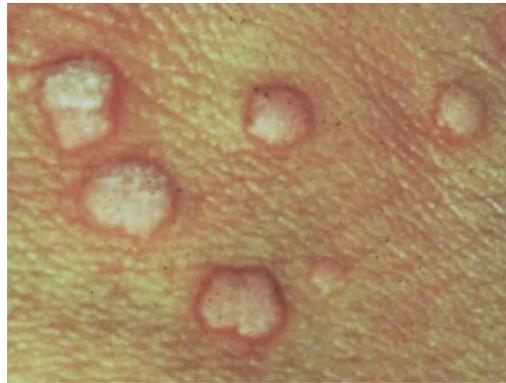
Pemeriksaan Fisik

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



Gambar23.Veruka vulgaris

Sumber: http://www.orlandoskindoc.com/verruca_vulgaris.htm

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

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

1. Veruka vulgaris
2. Veruka plana
3. Veruka plantaris

Diagnosis Banding

1. Kalus
2. Komedo
3. Liken planus
4. Kondiloma akuminatum
5. Karsinoma sel skuamosa

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Tatalaksana

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

Komplikasi

Efek samping dari penggunaan bahan kaustik dapat menyebabkan ulkus.

Konseling & Edukasi

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

Kriteria Rujukan

Rujukan sebaiknya dilakukan apabila:

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

Sarana Prasarana

Lup

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

101. Reaksi Gigitan Serangga

No. ICPC II: S12 *Insect bite/sting*

No. ICD X: 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

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

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

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

Dapat timbul gejala sistemik seperti:

- Takipneu
- Stridor
- Wheezing
- Bronkospasme
- Hiperaktif peristaltik
- Dapat disertai tanda-tanda hipotensi orthostatic

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



Gambar24. Gigitan serangga

Sumber: <http://fleaxpert.com/flea-bites-on-humans-symptoms-and-treatment/>

Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada yang spesifik.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Klasifikasi berdasarkan waktu terjadinya:

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

Klasifikasi berdasarkan bentuk klinis:

1. Urtikaria iregular.
2. Urtikaria papular.
3. Papulo-vesikular, misalnya pada prurigo.
4. *Punctum* (titik gigitan), misalnya pada pedikulosis kapitis atau phtirus pubis.

Diagnosis Banding

Prurigo

Komplikasi

1. Infeksi sekunder akibat garukan.
2. Bila disertai keluhan sistemik, dapat terjadi: syok anafilaktik hingga kematian.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Tatalaksana

- 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.
- 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 ephinefrin 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. Antihistamin sistemik golongan sedatif: misalnya hidoksizin 2x25 mg per hari selama 7 hari atau Chlorpheniramine Maleat 3x4 mg selama 7 hari atau Loratadine 1x10 mg per hari selama 7 hari.
- b. Topikal: Kortikosteroid topikal potensi sedang-kuat: misalnya krim mometasone furoat 0.1% atau krim betametasone valerat 0.5% diberikan selama 2 kali sehari selama 7 hari.

Konseling & Edukasi

Keluarga diberikan penjelasan mengenai:

1. Minum obat secara teratur.
2. 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.

Sarana Prasarana

1. Lup
2. Intubasi dan alat resusitasi
3. Tabung dan masker oksigen
4. Obat-obat emergency
5. Oksimetri

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

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

102. Herpes Zoster

No. ICPC II: S70 Herpes Zoster

No. ICD X: B02.9Zoster without complication

Tingkat Kemampuan: Herpes Zoster tanpa komplikasi 4A

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.

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

- Umumnya terjadi pada orang dewasa, terutama orang tua.
- 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.



Gambar25.Herpes zoster

Sumber: <http://myherpestips.com/category/about-herpes/page/72/>

Pemeriksaan Penunjang

Bila diperlukan, pemeriksaan mikroskopis dengan menemukan sel *Tzanck* yaitu sel datia berinti banyak; meskipun pemeriksaan ini tidak spesifik.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Catatan untuk diperhatikan:

1. Herpes zoster hemoragik, yaitu jika vesikel mengandung darah.
2. 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.
3. 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.
4. Herpes zoster abortif: penyakit yang hanya berlangsung dalam waktu singkat dan kelainan kulit hanya berupa beberapa vesikel dan eritem.

Diagnosis Banding

1. Herpes simpleks
2. Dermatitis venenata
3. Pada saat nyeri prodromal: diagnosis dapat menyerupai migrain, nyeri pleuritik, infark miokard, atau apendisitis.

Komplikasi

- Neuralgia pasca-herpetik

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

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Terapi suportif dilakukan dengan menghindari gesekan kulit yang mengakibatkan pecahnya vesikel, pemberian nutrisi TKTP, dan istirahat dan mencegah kontak dengan orang lain.
- Gejala prodromal diatasi sesuai dengan indikasi. Aspirin dihindari oleh karena dapat menyebabkan *Reye's syndrome*.

Topikal :

Stadium vesikel : bedak salisil 2% atau bedak kocok kalamina agar vesikel tidak pecah.

Apabila erosif, diberikan kompres terbuka, apabila terjadi ulserasi, dapat dipertimbangkan pemberian salep antibiotik.

- Pengobatan antivirus oral, antara lain dengan:
 - Asiklovir: dewasa 5 x 800 mg/hari, anak-anak 4 x 20 mg/kgBB (dosis maksimal 800 mg), atau
 - 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 & Edukasi

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

Kriteria rujukan

Pasien dirujuk apabila:

1. Penyakit tidak sembuh pada 7-10 hari setelah terapi.
2. Terjadi pada pasien bayi, anak dan geriatri (imunokompromais).
3. Terjadi komplikasi.
4. Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka

Sarana Prasarana

1. Lup
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan sel *Tzanck*.

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

103. Herpes Simpleks

No. ICPC II:S71 Herpes Simplex

No. ICD X:B00.9*Herpesviral infection, unspecified*

Tingkat Kemampuan: Herpes simpleks tanpa komplikasi 4A

Masalah Kesehatan

Infeksi akut yang disebabkan oleh virus herpes simpleks tipe I atau tipe II, yang ditandai oleh adanya vesikel yang berkelompok di atas kulit yang sembab dan eritematosa pada daerah mukokutan. Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab.

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

- Individu yang aktif secara seksual.
- Immunodefisiensi.

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.



Gambar26. Herpes simplek pada kelamin

Sumber: <http://doktersehat.com/apa-itu-herpes/>; http://www.pharmacy-and-drugs.com/Skin_diseases/Herpes_simplex.html

Pemeriksaan Penunjang

Bila diperlukan, pemeriksaan mikroskopis dengan menemukan sel *Tzanck* yaitu sel datia berinti banyak; meskipun pemeriksaan ini tidak spesifik.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Herpes simpleks tipe 1

Herpes simpleks tipe 2

Diagnosis ditegaskan berdasarkan anamnesis dan Pemeriksaan Fisik.

Catatan untuk diperhatikan:

1. Infeksi primer.
2. Fase laten: tidak terdapat gejala klinis, tetapi HSV dapat ditemukan dalam keadaan tidak aktif pada ganglion dorsalis.

3. Infeksi rekurens.

Diagnosis Banding

1. Impetigo vesikobulosa.
2. Ulkus genitalis pada penyakit menular seksual.

Komplikasi

Dapat terjadi pada individu dengan gangguan imun, berupa:

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

Penatalaksana Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

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

Konseling & Edukasi

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

- Informasi perjalanan alami penyakit ini, termasuk informasi bahwa penyakit ini menimbulkan rekurensi.
- Tidak melakukan hubungan seksual ketika masih ada lesi atau gejala prodromal.
- Pasien sebaiknya memberi informasi kepada pasangannya bahwa ia memiliki infeksi HSV.
- Transmisi seksual dapat terjadi pada masa asimtomatik.
- Kondom yang menutupi daerah yang terinfeksi, dapat menurunkan risiko transmisi dan sebaiknya digunakan dengan konsisten.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila:

- Penyakit tidak sembuh pada 7-10 hari setelah terapi.
- Terjadi pada pasien bayi dan geriatrik (imunokompromais).
- Terjadi komplikasi.

- Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Sarana Prasarana

1. Lup
2. Bila diperlukan, pemeriksaan mikroskopis sederhana dengan menemukan sel *Tzanck* yaitu sel datia berinti banyak.; meskipun pemeriksaan ini tidak spesifik.

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

104. Skabies

No. ICPC II: S72Scabies/other acariasis

No. ICD X: B86 Scabies

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Skabies adalah penyakit yang disebabkan infestasi dan sensitisasi kulit oleh tungau *Sarcoptes scabiei* dan produknya.

Penularan terjadi, karena:

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

Hasil Anamnesis (Subjective)

Gejala klinis:

1. Pruritus nokturna, yaitu gatal yang hebat terutama pada malam hari atau saat penderita berkeringat.

2. 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:

- Masyarakat yang hidup dalam kelompok yang padat seperti tinggal di asrama atau pesantren.
- Higiene yang buruk.
- Sosial ekonomi rendah seperti di panti asuhan, dll.

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, dsb. Pada anak-anak, lesi lebih sering berupa vesikel disertai infeksi sekunder akibat garukan sehingga lesi menjadi bernanah.



Gambar27. Skabies

Sumber: <http://vantaz.wordpress.com/2009/12/08/skabies-kulit-gatal-bikin-sebal/>

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 cardinal untuk diagnosis skabies, yaitu:

1. Pruritus nokturna
2. Menyerang manusia secara berkelompok

3. Adanya gambaran polimorfik pada daerah predileksi lesi di stratum korneum yang tipis (sela jari, pergelangan volar tangan dan kaki, dsb)
 4. 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:

1. Pioderma
2. Impetigo
3. Dermatitis
4. 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

- 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.
- 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 & 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

Sarana Prasarana

1. Lup
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan sediaan langsung

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

105. Pedikulosis Kapitis

No. ICPC II: S73*Pediculosis/skin infestation other*

No. ICD X: 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*.

Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab.

- Kontak fisik erat dengan kepala penderita, seperti tidur bersama.
- 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

- Status sosioekonomi yang rendah.
- Higienitas perorangan yang rendah

- Prevalensi pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki, 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 ekskoriiasi. Bila terdapat infeksi sekunder oleh bakteri, maka timbul pus dan krusta yang menyebabkan rambut bergumpal, disertai dengan pembesaran KGB regional.



Gambar28. Telur *Pediculus humanus capitis*

Sumber: <http://www.healthype.com/itchy-scalp-causes-and-treatment.html>

Pemeriksaan Penunjang

Ditemukan telur dan kutu yang hidup pada kulit kepala dan rambut. Telur *P. humanus capitis* paling sering ditemukan pada rambut di daerah oksipital dan retroaurikular.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan Pemeriksaan Fisik dengan menemukan kutu atau telur kutu di kulit kepala dan rambut.

Diagnosis Banding

1. Tinea kapitis
2. Impetigo krustosa (pioderma)
3. Dermatitis seboroik

Komplikasi

Infeksi sekunder bila pedikulosis berlangsung kronis

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Sebaiknya rambut pasien dipotong sependek mungkin, kemudian disisir dengan menggunakan sisir serit, menjaga kebersihan kulit kepala dan menghindari kontak erat dengan kepala penderita.
- Pengobatan topikal merupakan terapi terbaik, yaitu dengan pedikulosis dengan salah satu pengobatan di bawah ini:
 - Malathion 0.5% atau 1% dalam bentuk losio atau *spray*, dibiarkan 1 malam.
 - Permetrin 1% dalam bentuk *cream rinse*, dibiarkan dalam 2 jam
 - Gameksan 1%, dibiarkan dalam 12 jam.

Pedikulosis 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.

Konseling & 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.

Sarana Prasarana

- Lup.
- Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan sediaan langsung.

Prognosis

Prognosis umumnya bonam.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

106. Dermatofitosis

No. ICPC II: S74 Dermatophytosis

No. ICD X: B35 Dermatophytosis

B35.0Tinea barbae and tinea capitis

B35.1Tinea unguium

B35.2Tinea manuum

B35.3Tinea pedis

B35.4Tinea corporis

B35.5Tinea imbricate

B35.6Tinea cruris

B35.8Other 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 melalui kontak langsung dengan agen penyebab. Sumber penularan dapat berasal dari manusia (jamur antropofilik), binatang (jamur zoofilik) atau dari tanah (jamur geofilik).

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

- Lingkungan yang lembab dan panas
- Immunodefisiensi
- Obesitas
- 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.



Gambar29. Dermatofitosis

Gambar 20. Sumber: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/tinea>

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.

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

1. Tinea kapitis, dermatofitosis pada kulit dan rambut kepala
2. Tinea barbe, dermatofitosis pada dagu dan jenggot
3. Tinea kruris, pada daerah genitokrural, sekitar anus, bokong, dan perut bagian bawah.
4. Tinea pedis et manum, pada kaki dan tangan
5. Tinea unguium, pada kuku jari tangan dan kaki
6. Tinea korporis, pada bagian lain yang tidak termasuk bentuk 5 tinea di atas. Bila terjadi di seluruh tubuh disebut dengan tinea imbricata.

Diagnosis Banding

TINEA KORPORIS

1. Dermatitis numularis.
2. Pytiriasis rosea.
3. Erythema annulare centrificum.
4. Granuloma annulare.

TINEA KRURIS

1. Candidiasis.

2. Dermatitis Intertrigo.
3. Eritrasma.

TINEA PEDIS

1. Hiperhidrosis.
2. Dermatitis kontak.
3. Dyshidrotic eczema.

TINEA MANUM

1. Dermatitis kontak iritan
2. Psoriasis

TINEA FASIALIS

1. Dermatitis seboroik
2. Dermatitis kontak

Komplikasi

Jarang ditemukan, dapat berupa infeksi bakterial sekunder.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Hygiene diri harus terjaga, dan pemakaian handuk/pakaian secara bersamaan harus dihindari.
- 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.
- Untuk penyakit yang tersebar luas atau resisten terhadap terapi topikal, dilakukan pengobatan sistemik dengan:
 - a. Griseofulvin dapat diberikan dengan dosis 0,5-1 g untuk orang dewasa dan 0,25 – 0,5 g untuk anak-anak sehari atau 10-25 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 2 dosis.
 - b. Golongan azol, seperti:
 - Ketokonazol: 200 mg/hari,
 - Itrakonazol: 100 mg/hari, atau
 - Terbinafin: 250 mg/hariPengobatan diberikan selama 10-14 hari pada pagi hari setelah makan.

Konseling & Edukasi

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

Kriteria rujukan

Pasien dirujuk apabila:

1. Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
2. Terdapat imunodefisiensi.
3. Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Sarana Prasarana

1. Lup
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

107. Pitiriasis versikolor/ Tinea versikolor

No. ICPC II: S76Skin infection other

No. ICD X: B36.0Pityriasis versicolor

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Tinea versikolor adalah penyakit infeksi pada superfisial kulit dan berlangsung kronis yang disebabkan oleh jamur *Malassezia furfur*. Penyakit ini biasanya tidak memberikan keluhan subyektif, namun tampak adanya bercak berskuama halus berwarna putih sampai coklat hitam pada kulit yang terinfeksi. Prevalensi penyakit ini tinggi pada daerah tropis yang bersuhu hangat dan lembab.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

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

Faktor Risiko

- Sering dijumpai pada dewasa muda (kelenjar sebacea lebih aktif bekerja).
- Cuaca yang panas dan lembab.
- Tubuh yang berkeringat.
- Immunodefisiensi

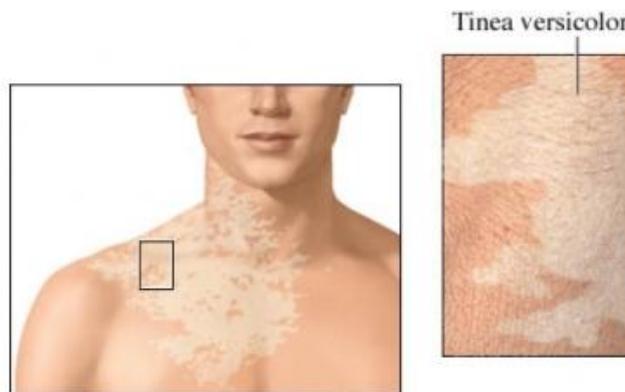
Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

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.



Gambar30. Tinea versikolor

Sumber: <http://www.beliefnet.com>

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*).

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

1. Vitiligo
2. Dermatitis seboroik
3. Pitiriasis alba
4. Morbus hansen
5. Eritrasma

Komplikasi

Jarang terjadi.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pasien disarankan untuk tidak menggunakan pakaian yang lembab dan tidak berbagi penggunaan barang pribadi dengan orang lain.
- Pengobatan terhadap keluhannya dengan:
 1. Pengobatan topikal
 - Suspensi selenium sulfida 1,8%, dalam bentuk shampo yang digunakan 2-3 kali seminggu. Obat ini digosokkan pada lesi dan didiamkan 15-30 menit sebelum mandi.
 - 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:
 - Ketokonazol per oral dengan dosis 1 x 200 mg sehari selama 10 hari, atau
 - Itrakonazol per oral dengan dosis 1 x 200 mg sehari selama 5-7 hari (pada kasus kambuhan atau tidak responsive dengan terapi lainnya).

Konseling & 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.

Sarana Prasarana

- Lup
- Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH

Prognosis

Prognosis umumnya bonam.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

108. Pioderma

No. ICPC II: S84 Impetigo

S76 *Skin infection other*

No. ICD X: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.

Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Pasien datang mengeluh adanya koreng atau luka di kulit

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

Faktor Risiko:

- Higiene yang kurang baik
- Defisiensi gizi
- Imunodefisiensi (CD 4 dan CD 8 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).



Gambar31. Furunkel

Sumber: http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/infektion_immunsystem/furunkel101.html



Gambar32. Ektima

(Sumber: <http://www.actasdermo.org/es/ectima-infeccioso-bacteriemico-paciente-con/articulo/13071113/>)

Pemeriksaan Penunjang

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

Penegakan diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

1. Folikulitis
2. Furunkel
3. Furunkulosis
4. Karbunkel
5. Impetigo bulosa dan krustosa
6. Ektima
7. Ulkus
8. Erisipelas

Komplikasi

1. 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.
2. 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.
3. Ulkus
4. Limfangitis
5. Limfadenitis supuratif
6. Bakteriemia (sepsis)

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Terapi suportif dengan menjaga hygiene, nutrisi TKTP dan stamina tubuh.
- Farmakoterapi dilakukan dengan:
 - Topikal:
 - Bila banyak pus/krusta, dilakukan kompres terbuka dengan Kalium permanganat (PK) 1/5.000 dan 1/10.000.
 - 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.
 - Antibiotik oral dapat diberikan dari salah satu golongan di bawah ini:
 - Penisilin yang resisten terhadap penisilinase, seperti: oksasilin, kloksasilin, dikloksasilin dan flukloksasilin.
 - Dosis dewasa: 4 x 250-500 mg/hari, selama 5-7 hari, selama 5-7 hari.
 - Dosis anak: 50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 4 dosis, selama 5-7 hari.
 - Amoksisilin dengan asam klavulanat.
 - Dosis dewasa: 3 x 250-500 mg
 - Dosis anak: 25 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis, selama 5-7 hari
 - Sefalosporin dengan dosis 10-25 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis, selama 5-7 hari
 - Eritromisin: dosis dewasa: 4 x 250-500 mg/hari, anak: 20-50 mg/kgBB/hari terbagi 4 dosis, selama 5-7 hari.
 - Insisi untuk karbunkel yang menjadi abses untuk membersihkan eksudat dan jaringan nekrotik.

Konseling & Edukasi

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

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk apabila terjadi:

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

Sarana Prasarana

Laboratorium untuk pemeriksaan Gram

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

109. Dermatitis Seboroik

No. ICPC II: S86 *Dermatitis seborrhoeic*

No. ICD X: 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-tempatkelenjar sebum). DS 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

- a. Genetik.
- b. Faktor kelelahan.
- c. Stres emosional.
- d. Infeksi.
- e. Defisiensi imun.
- f. Jenis kelamin pria lebih sering daripada wanita.
- g. Usia bayi bulan 1 dan usia 18-40 tahun.
- h. Kurang tidur.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

1. Papul sampai plak eritema.

2. Skuama berminyak agak kekuningan.
3. Berbatas tidak tegas

Predileksi

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 1. Kulit kepala | 9. Lipat naso labial |
| 2. Dahi | 10. Sternal |
| 3. Glabella | 11. Areola mammae |
| 4. Belakang telinga | 12. Lipatan bawah mammae pada wanita |
| 5. Belakang leher | 13. Interskapular |
| 6. Alis mata | 14. Umbilikus |
| 7. Kelopak mata | 15. Lipat paha |
| 8. Liang telinga luar | 16. Daerah anogenital |

Bentuk klinis lain

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



Gambar33. Dermatitis seboroik pada kulit kepala

Sumber: <http://www.natural-homeremedies.org/buzz/how-to-treat-seborrheic-dermatitis-with-herbal-remedies/>

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

DiagnosisKlinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

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

Komplikasi

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

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pasien diminta untuk memperhatikan faktor predisposisi terjadinya keluhan, misalnya stres emosional dan kurang tidur. Diet juga disarankan untuk mengonsumsi makanan rendah lemak.
- Farmakoterapi dilakukan dengan:
 - 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 1x/hari 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 (Selsun-R) atau ketokonazol 2% shampo, 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 (betametason valerat krim 0.1%).
 - d. Pada kasus dengan infeksi jamur, perlu dipertimbangkan pemberian krim ketokonazol 2% topikal.
 - Oral sistemik
 - a. Antihistamin sedatif yaitu: hidrokisisin (2 x 1 tablet) selama maksimal 2 minggu, atau
 - b. Loratadine 1x10 mg/ hari selama maksimal 2 minggu.

Konseling & Edukasi

1. Memberitahukan kepada orang tua untuk menjaga kebersihan bayi dan rajin merawat kulit kepala bayi.
2. Memberitahukan kepada orang tua bahwa kelainan ini umumnya muncul pada bulan-bulan pertama kehidupan dan membaik seiring dengan penambahan usia.
3. Memberikan informasi dengan faktor konstitusi bahwa penyakit ini sukar disembuhkan tetapi dapat terkontrol dengan mengontrol emosi dan psikisnya.

Kriteria rujukan

Apabila tidak ada perbaikan dengan tatalaksana standar.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH.
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan Gram.

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam, sembuh tanpa komplikasi.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

110. Dermatitis Atopik

No. ICPC II: S87 *Dermatitis/atopic eczema*

No. ICD X: 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 (gatal), dapat hilang timbul sepanjang hari, tetapi umumnya lebih hebat pada malam hari. Akibatnya penderita akan menggaruk.

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

Faktor Risiko

1. Wanita lebih banyak menderita DA dibandingkan pria (rasio 1.3 : 1).
2. Riwayat atopi pada pasien dan atau keluarga (rhinitis alergi, konjungtivitis alergi/vernalisis, asma bronkial, dermatitis atopik, dll).
3. Faktor lingkungan: jumlah keluarga kecil, pendidikan ibu semakin tinggi, penghasilan meningkat, migrasi dari desa ke kota, dan meningkatnya penggunaan antibiotik.
4. Riwayat sensitif terhadap wol, bulu kucing, anjing, ayam, burung, dan sejenisnya.

Faktor pemicu

1. Makanan: telur, susu, gandum, kedelai, dan kacang tanah.
2. Tungau debu rumah
3. Sering mengalami infeksi di saluran napas atas (kolonisasi *Staphylococcus aureus*)

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Kulit penderita DA

1. Perabaan Kering,
2. Pucat/redup,
3. Jari tangan teraba dingin.
4. Terdapat papul, likenifikasi, eritema, erosi, eksoriasi, eksudasi dan krusta pada lokasi predileksi.

Predileksi

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

- Lesi berupa plak papular eritematosa, skuama, likenifikasi, kadang-kadang erosi dan eksudasi, terjadi hiperpigmentasi.
4. Berdasarkan derajat keparahan terbagi menjadi
- DA ringan: apabila mengenai < 10% luas permukaan kulit.
 - DA sedang: apabila mengenai kurang dari 10-50% luas permukaan kulit.
 - DA berat: apabila mengenai kurang dari > 50% luas permukaan kulit.
- Tanpa penyulit (umumnya tidak diikuti oleh infeksi sekunder).
 Dengan penyulit (disertai infeksi sekunder atau meluas dan menjadi relekalsitran (tidak membaik dengan pengobatan standar).



Gambar34. Dermatitis atopik

Sumber: <http://www.allergy-clinic.co.uk/skin-allergy/infantile-eczema/>

Pemeriksaan Penunjang (bila diperlukan dan dapat dilakukan di pelayanan primer)
 Pemeriksaan IgE serum

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:

1. Pruritus
2. Dermatitis di muka atau ekstensor pada bayi dan anak
3. Dermatitis di fleksura pada dewasa
4. Dermatitis kronis atau berulang
5. Riwayat atopi pada penderita atau keluarganya

Kriteria minor:

1. Xerosis.

2. Infeksi kulit (khususnya oleh *S. aureus* atau virus herpes simpleks).
3. Iktiosis/ hiperliniar palmaris/ keratosis pilaris.
4. Pitriasis alba.
5. Dermatitis di papilla mammae.
6. *White dermographism* dan *delayed blanch response*.
7. Kelilitis.
8. Lipatan infra orbital Dennie-Morgan.
9. Konjunktivitis berulang.
10. Keratokonus.
11. Katarak subkapsular anterior.
12. Orbita menjadi gelap.
13. Muka pucat atau eritem.
14. Gatal bila berkeringat.
15. Intolerans terhadap wol atau pelarut lemak.
16. Aksentuasi perifolikular.
17. Hipersensitif terhadap makanan.
18. Perjalanan penyakit dipengaruhi oleh factor lingkungan dan atau emosi.
19. Tes kulit alergi tipe dadakan positif.
20. Kadar IgE dalam serum meningkat.
21. Mulai muncul pada usia dini.

Pada bayi, kriteria Diagnosis dimodifikasi menjadi:

3 kriteria mayor berupa:

1. Riwayat atopi pada keluarga.
2. Dermatitis pada muka dan ekstensor.
3. Pruritus.

ditambah 3 kriteria minor berupa:

1. Xerosis/iktiosis/hiperliniaris palmaris, aksentuasi perifolikular.
2. Fisura di belakang telinga.
3. Skuama di scalp kronis.

Diagnosis Banding

1. Dermatitis seboroik (terutama pada bayi),
2. Dermatitis kontak,
3. Dermatitis numularis,
4. Skabies,
5. Iktiosis,
6. Psoriasis (terutama di daerah palmoplantar),
7. Sindrom Sezary,
8. Dermatitis herpetiformis.

Pada bayi, Diagnosis banding, yaitu:

1. Sindrom imunodefisiensi (misalnya sindrom Wiskott-Aldrich),

2. Sindrom hiper IgE.

Komplikasi

1. Infeksi sekunder
2. Perluasan penyakit (eritroderma)

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- 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
- Untuk mengatasi keluhan, farmakoterapi diberikan dengan:
 - a. Topikal (2x sehari)
 - Pada lesi di kulit kepala, diberikan kortikosteroid topikal, seperti: Desonid krim 0.05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonidkrim 0.025%) selama maksimal 2 minggu.
 - Pada kasus dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan betametason valerat krim 0.1% atau mometason furoat krim 0.1%).
 - Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal atau sistemik bila lesi meluas.
 - b. Oral sistemik
 - Antihistamin sedatif yaitu: hidrokisisin (2 x 1 tablet) selama maksimal 2 minggu, atau
 - Loratadine 1x10 mg/ hari atau antihistamin non sedatif lainnya selama maksimal 2 minggu

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan (bila diperlukan)

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

Konseling & Edukasi

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

Rencana Tindak Lanjut

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

Kriteria Rujukan

1. Dermatitis atopik luas, dan berat
2. Dermatitis atopik rekalsitran atau dependent steroid
3. Bila diperlukan *skin prick test*/tes uji tusuk
4. Bila gejala tidak membaik dengan pengobatan standar selama 4 minggu
5. Bila kelainan rekalsitran atau meluas sampai eritroderma

Sarana Prasarana

1. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH.
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan Gram.

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam, dapat terkendali dengan pengobatan pemeliharaan.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

111. Dermatitis Numularis

No. ICPC II: S87 Dermatitis/*atopic eczema*

No. ICD X: 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*).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

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

Faktor Risiko

1. Pria.
2. Usia 55-65 tahun (pada wanita 15-25 tahun).
3. Riwayat trauma fisis dan kimiawi (fenomena Kobner: gambaran lesi yang mirip dengan lesi utama).
4. Riwayat dermatitis kontak alergi.
5. Riwayat dermatitis atopik pada kasus dermatitis numularis anak.
6. Stress emosional.
7. Minuman yang mengandung alkohol.
8. Lingkungan dengan kelembaban rendah.
9. Riwayat infeksi kulit sebelumnya.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

1. Lesi akut berupa vesikel dan papulo vesikel (0.3 – 1.0 cm), berbentuk uang logam, eritematosa, sedikit edema, dan berbatas tegas.
2. Tanda eksudasi, karena vesikel mudah pecah, kemudian mengering menjadi krusta kekuningan.
3. 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.



Gambar35. Dermatitis numularis

Sumber: <http://allergyclinic.wordpress.com/2012/05/06/penanganan-terkini-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

1. Dermatitis kontak.
2. Dermatitis atopi.
3. Neurodermatitis sirkumskripta.
4. Dermatomikosis.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pasien disarankan untuk menghindari faktor yang mungkin memprovokasi seperti stres dan fokus infeksi di organ lain.
- Farmakoterapi yang dapat diberikan, yaitu:
 1. Topikal (2x sehari)
 - Kompres terbuka dengan larutan PK (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.
 - 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.
 - Pada kasus dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan betametason valerat krim 0.1% atau mometason furoat krim 0.1%).

- Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal atau sistemik bila lesi meluas.
2. Oral sistemik
 - Antihistamin sedatif yaitu: hidrokisisin (2 x 1 tablet) selama maksimal 2 minggu, atau
 - Loratadine 1x10 mg/ hari selama maksimal 2 minggu.
 3. Jika ada infeksi bakterial, diberikan antibiotik topikal atau sistemik bila lesi luas.

Komplikasi

Infeksi sekunder

Konseling & Edukasi

- Memberikan edukasi bahwa kelainan bersifat kronis danberulang, sehingga penting untuk pemberian obat topikal rumatan.
- Menjaga terjadinya infeksi sebagai faktor risiko terjadinya relaps.

Kriteria Rujukan

1. Apabila kelainan tidak membaik dengan pengobatan topikal standar.
2. 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, obsgyn, dll) untuk penatalaksanaan fokus infeksi tersebut.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH.
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan Gram.

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

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

112. Liken simpleks kronik (neurodermatitis sirkumkripta)

No. ICPC II: S87 Dermatitis/*atopic eczema*

No. ICD X: 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 berbetuk sirkumskrip dengan tanda berupa kulit tebal dan menonjol menyerupai kulit batang kayu akibat garukan dan gosokan yang berulang-ulang. Penyebab kelainan ini belum diketahui.

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

Perempuan lebih sering ditemukan dibandingkan laki-laki, dengan puncak insidensi 30-50 tahun.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Tanda Patognomonis

- Lesi biasanya tunggal, namun dapat lebih dari satu.
- 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.
- Awalnya lesi berupa eritema dan edema atau kelompokan papul, kemudian karena garukan berulang, bagian tengah menebal, kering, berskuama serta pinggirnya mengalami hiperpigmentasi. Bentuk umumnya lonjong, mulai dari lentikular sampai plakat.



Gambar36. Liken simpleks kronis

Sumber: <http://manbir-online.com>

Pemeriksaan penunjang

Tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

1. Dermatitis atopik.
2. Dermatitis kontak.
3. Liken planus.
4. Dermatitis numularis.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pasien disarankan agar tidak terus menerus menggaruk lesi saat gatal, serta mungkin perlu dilakukan konsultasi dengan psikiatri.
- Prinsip pengobatan yaitu mengusahakan berkurangnya garukan.
 - 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).
 - Glukokortikoid topikal, antara lain: betametason dipropionat, 0,05% salep/krim 1-3x/hari, metilprednisolon aseponat 0,1% salep/krim 1-2x/hari, atau mometason furoat 0,1% salep/krim 1x/hari. Glukokortikoid dapat dikombinasi dengan tar, untuk efek antiinflamasi.

Konseling & Edukasi

1. Memberitahu keluarga mengenai kondisi pasien dan penanganannya.
2. 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 dengan berkonsultasi kepada psikiatri atau dokter spesialis kulit.

Sarana Prasarana:

Lup

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

113. Dermatitis Kontak Alergik (DKA)

No. ICPC II: S88 *Dermatitis contact/allergic*

No. ICD X: 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

- Ditemukan pada orang-orang yang terpajan oleh bahan alergen.
- Riwayat kontak dengan bahan alergen pada waktu tertentu.
- Riwayat dermatitis atopic atau riwayat atopi 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 deodorant, di pergelangan tangan oleh jam tangan, dan seterusnya.

Faktor Predisposisi

Pekerjaan atau paparan seseorang terhadap suatu bahan yang bersifat alergen.



Gambar37. Dermatitis kontak alergik

<http://childrenclinic.wordpress.com/2009/08/17/foto-alergi-pada-anak-contact-dermatitis-dermatitis-kontak/>

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding
Dermatitis kontak iritan.

Komplikasi
Infeksi sekunder.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Keluhan diberikan farmakoterapi berupa:
 - a. Topikal (2x sehari)
 - Pelembab krim hidrofilik urea 10%.
 - Kortikosteroid
Desonid krim 0.05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonid krim 0.025%).
 - Pada kasus dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan betametason valerat krim 0.1% atau mometason furoat krim 0.1%).
 - Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal.
 - b. Oral sistemik
 - Antihistamin hidrokisisin (2 x 1 tablet) selama maksimal 2 minggu, atau
 - Loratadine 1x10 mg/ hari selama maksimal 2 minggu.
- 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 & Edukasi

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

Kriteria rujukan

1. Apabila dibutuhkan melakukan *patch test*.
2. Apabila kelainan tidak membaik dalam 4 minggu pengobatan standar dan sudah menghindari kontak.

Sarana Prasarana: -

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

114. Dermatitis Kontak Iritan

No. ICPC II: S88 *Dermatitis contact/allergic*

No. ICD X: 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 umur, 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*)

Tingkat Kemampuan: Keluhan

Keluhan kelainan kulit dapat beragam, bergantung 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

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

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik 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.



Gambar38.Dermatitis kontak iritan

Sumber: <http://imadeharyoga.com/2009/01/sakit-kulit-karena-pekerjaan-bagian-i/>

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

DiagnosisKlinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Klasifikasi

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

a. DKI akut:

- Bahan iritan kuat, misalnya larutan asam sulfat (H_2SO_4) atau asam klorida (HCl), termasuk luka bakar oleh bahan kimia.
- Lesi berupa: eritema, edema, bula, kadang disertai nekrosis.
- Tepi kelainan kulit berbatas tegas dan pada umumnya asimetris.

b. DKI akut lambat:

- Gejala klinis baru muncul sekitar 8-24 jam atau lebih setelah kontak.
- Bahan iritan yang dapat menyebabkan DKI tipe ini diantaranya adalah podofilin, antralin, tretinoin, etilen oksida, benzalkonium klorida, dan asam hidrofluorat.
- 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:

- 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).
- Umumnya predileksi ditemukan di tangan terutama pada pekerja.
- 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.
- Kulit dapat retak seperti luka iris (fisur), misalnya pada kulit tumit tukang cuci yang mengalami kontak terus-menerus dengan detergen. 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:

- 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.
- Umumnya dapat sembuh sendiri, namun menimbulkan penebalan kulit, dan kadang-kadang berlanjut menjadi DKI kumulatif.

e. DKI traumatik:

- Kelainan kulit berkembang lambat setelah trauma panas atau laserasi.
- Gejala seperti dermatitis numularis (lesi akut dan basah).
- Penyembuhan lambat, paling cepat 6 minggu.
- 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 alergik

Komplikasi

Infeksi sekunder.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Keluhan dapat diatasi dengan pemberian farmakoterapi, berupa:
 - a. Topikal (2x sehari)
 - Pelembab krim hidrofilik urea 10%.
 - Kortikosteroid
Desonid krim 0.05% (catatan: bila tidak tersedia dapat digunakan fluosinolon asetonid krim 0.025%).
 - Pada kasus DKI kumulatif dengan manifestasi klinis likenifikasi dan hiperpigmentasi, dapat diberikan golongan betametason valerat krim 0.1% atau mometason furoat krim 0.1%).
 - Pada kasus infeksi sekunder, perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik topikal.
 - b. Oral sistemik
 - Antihistamin hidrokisisin (2 x 1 tablet) selama maksimal 2 minggu, atau
 - Loratadine 1x10 mg/ hari selama maksimal 2 minggu.
- 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 & Edukasi

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

Kriteria rujukan

1. Apabila dibutuhkan *patch test*
2. Apabila kelainan tidak membaik dalam 4 minggu pengobatan standar dan sudah menghindari kontak.

Sarana Prasarana: -

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam. Pada kasus DKI akut dan bisa menghindari kontak, prognosinya adalah bonam (sembuh tanpa komplikasi). Pada kasus kumulatif dan tidak bisa menghindari kontak, prognosinya adalah dubia.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

115. *Napkin Eczema (dermatitis popok)*

No. ICPC II: S89 *Diaper rash*

No. ICD X: L22 *Diaper(napkin) dermatitis*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Napkin eczema atau sering disebut juga dengan dermatitis popok/ *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 membasah dan membentuk luka.

Faktor Risiko

1. Popok jarang diganti.
2. Kulit bayi yang kering sebelum dipasang popok.
3. Riwayat atopi diri dan keluarga.
4. Riwayat alergi terhadap bahan plastik dan kertas.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

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



Gambar39.Napkin eczema/ Dermatitis popok

Sumber: <http://medicalpicturesinfo.com/diaper-rash/>

Pemeriksaan Penunjang

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

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan Pemeriksaan Fisik.

Diagnosis Banding

1. Penyakit Letterer-Siwe
2. Akrodermatitis enteropatika
3. Psoriasis infersa
4. Eritrasma

Komplikasi

Infeksi sekunder

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Untuk mengurangi gejala dan mencegah bertambah beratnya lesi, perlu dilakukan hal berikut:
 - Ganti popok bayi lebih sering, gunakan pelembab sebelum memakaikan popok bayi.
 - Dianjurkan pemakaian popok sekali pakai jenis *highly absorbent*.
- Prinsip pemberian farmakoterapi yaitu untuk menekan inflamasi dan mengatasi infeksi kandida.

- Bila ringan: krim/ salep bersifat protektif (*zinc oxide*/pantenol) dipakai 2 kali sehari selama 1 minggu atau kortikosteroid potensi lemah (salep hidrokortison 1-2.5%) dipakai 2 kali sehari selama 3-7 hari.
- 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 & Edukasi

1. Memberitahu keluarga mengenai penyebab dan menjaga hygiene
2. Mengajarkan cara penggunaan popok dan mengganti secepatnya bila popok basah
3. Mengganti popok sekali pakai bila kapasitas telah penuh

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

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

Rencana Tindak Lanjut

Setelah 1 minggu dari pemakaian terapi standar. Bila gejala tidak menghilang setelah pemakaian terapi standar selama 1 minggu, dilakukan:

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

Kriteria Rujukan

Bila keluhan tidak membaik setelah pengobatan standarselama 2 minggu.

Sarana Prasarana

- Lup
- Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan KOH dan Gram

Prognosis

Prognosis umumnya bonam dan dapat sembuh tanpa komplikasi.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

116. Pitiriasis Rosea

No. ICPC II:S90 *Pityriasis rosea*

No. ICD X: 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. *Pityriasis rosea* didapati pada semua umur, 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.



Gambar40.Pitiriasis rosea

Sumber: <http://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/toc-image-picture-of-pityriasis-rosea>

Pemeriksaan Penunjang

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

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Pitiriasis rosea

Diagnosis Banding

- Tinea korporis
- Erupsi obat

Komplikasi

Tidak ada komplikasi bermakna

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Terapi adalah dengan pengobatan simptomatik, misalnya untuk gatal diberikan antipruritus seperti bedak asam salisilat 1-2% atau mentol 0.25-0.5%.

Konseling & Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga bahwa penyakit ini swasirna

Kriteria rujukan

Tidak perlu dirujuk

Sarana Prasarana

Lup

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

117. Moluskum Kontagiosum

No. ICPC II: S95 *Molluscum contagiosum*

No. ICD X: B08.1 *Molluscum contagiosum*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Moluskum kontagiosum adalah penyakit yang disebabkan oleh virus poks, yang menginfeksi sel epidermal. Secara klinis, lesi tampak sebagai papul yang berbentuk kubah dengan permukaan halus dan seringkali terdapat umbilikasi.

Penularan melalui kontak langsung dengan agen penyebab. Pada orang dewasa, penyakit ini digolongkan ke dalam penyakit akibat hubungan seksual.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Adanya kelainan kulit berupa papul miliar. Masa inkubasi berlangsung satu sampai beberapa minggu. Lokasi predileksi penyakit ini adalah di daerah muka, badan, dan ekstremitas, sedang pada orang dewasa di daerah pubis dan genitalia eksterna.

Faktor Risiko

1. Terutama menyerang anak dan kadang-kadang juga orang dewasa.
2. 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.



Gambar41.Moluskum contagiosum

Gambar 30. Sumber: <http://health.detik.com/read/2009/11/12/105627/1240281/770/>

Pemeriksaan penunjang

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

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

1. Komedo
2. Milia
3. 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

- Pasien perlu menjaga hygiene kulit.

- Terapi dilakukan dengan mengeluarkan massa yang mengandung badan moluskum dengan menggunakan alat seperti ekstraktor komedo, jarum suntik, atau alat kuret kulit.

Konseling & Edukasi

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

Kriteria Rujukan

1. Tidak ditemukan badan moluskum
2. Terdapat penyakit komorbiditas yang terkait dengan kelainan hematologi
3. Pasien HIV/AIDS

Sarana Prasarana

1. Lup
2. Peralatan bedah minor

Prognosis

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

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

118. Urtikaria

No. ICPC II: S98 *Urticaria*

No. ICD X : 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. 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.

Nama lain: biduran, kaligata, *hives*, *nettle rash*.

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

- Riwayat atopi pada diri dan keluarga.
- Riwayat alergi.
- Riwayat trauma fisik pada aktifitas.
- Riwayat gigitan/sengatan serangga.
- Konsumsi obat-obatan (NSAID, antibiotik – tersering penisilin, diuretik, imunisasi, injeksi, hormon, pencahar, dan sebagainya).
- Konsumsi makanan (telur, udang, ikan, kacang,, dsb).
- Riwayat infeksi dan infestasi parasit.
- Penyakit autoimun dan kolagen.
- Umur rerata adalah 35 tahun.
- Riwayat trauma faktor fisik (panas, dingin, trauma sinar x dan cahaya).

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana(*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Keadaan umum: tampak sehat, dapat sakit ringan – sedang.

Pemeriksaan fisik lengkap termasuk pemeriksaan gigi, THT, dan genital untuk menemukan adanya fokus infeksi.

Lesi kulit yang didapatkan:

1. Ruam atau patch eritema.
2. Berbatas tegas.
3. Bagian tengah tampak pucat.
4. Bentuk papul dengan ukuran bervariasi, mulai dari papular hingga plak.
5. Kadang-kadang disertai demografisme berupa edema linier di kulit yang terkena goresan benda tumpul, timbul dalam waktu < 30menit.
6. Pada lokasi tekanan dapat timbul lesi urtika.
7. Tanda lain dapat berupa lesi bekas garukan.

Tempat predileksi

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

Pemeriksaan fisik perlu dilengkapi dengan pemeriksaan lainnya yang dapat menyingkirkan adanya infeksi fokal (THT, dan sebagainya).



Gambar42.Urtikaria

Sumber: <http://urticariahelp.org>

Pemeriksaan Penunjang:

- Tes darah (eosinofil), urin dan feses rutin (memastikan adanya fokus infeksi tersembunyi).
- Uji gores (*scratch test*) untuk melihat dermografisme.
- Tes eliminasi makanan: dengan cara menghentikan semua makanan yang dicurigai untuk beberapa waktu, lalu mencobanya kembali satu per satu.
- Tes fisik: dingin (es batu)-panas (air hangat)

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Klasifikasi

- Berdasarkan waktu berlangsungnya serangan, urtikaria dibedakan atas urtikaria akut (< 6 minggu atau selama 4 minggu terus menerus) dan kronis (> 6 minggu).
- Berdasarkan morfologi klinis, urtikaria dibedakan menjadi urtikaria papular (papul), gutata (tetesan air) dan girata (besar-besar).
- 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.
- Berdasarkan penyebab dan mekanisme terjadinya, urtikaria dapat dibedakan menjadi:
 1. Urtikaria imunologik, yang dibagi lagi menjadi:

- Keterlibatan IgE → reaksi hipersensitifitas tipe I (Coombs and Gell) yaitu pada atopi dan adanya antigen spesifik
 - Keikutsertaan komplemen → reaksi hipersensitifitas tipe II dan III (Coombs and Gell), dan genetik
 - Urtikaria kontak → reaksi hipersensitifitas tipe 4 (Coombs and Gell)
2. Urtikaria non-imunologik (obat golongan opiate, NSAID, aspirin serta trauma fisik).
 3. Urtikaria idiopatik (tidak jelas penyebab dan mekanismenya).

Diagnosis Banding

1. Purpura anafilaktoid (Purpura Henoch-Schonlein).
2. Pitiriasis rosea (lesi awal berbentuk eritema).
3. 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 primer 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 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

- Pasien menghindari penyebab yang dapat menimbulkan urtikaria, seperti:
 - Kondisi yang terlalu panas, stres, alkohol, dan agen fisik.
 - Penggunaan antibiotik penisilin, aspirin, NSAID, dan ACE inhibitor.
 - Agen lain yang diperkirakan dapat menyebabkan urtikaria.
- Pemberian farmakoterapi dengan:
 - Antihistamin (AH) oral nonседatif, misalnya Loratadin 10 mg/hari pemakaian 1 x sehari selama 1 minggu.
 - Bila tidak berhasil dikombinasi dengan Hidroksizin 3 x 25 mg atau diphenhydramine 4 x 25-50 mg / hari selama 1 minggu.

- Apabila urtikaria karena dingin, diberikan Siproheptadin (3 x 4 mg) lebih efektif selama 1 minggu terus menerus.
- Antipruritus topikal: *cooling antipruritic lotion*, seperti krim menthol 1% atau 2% selama 1 minggu terus menerus.
- Apabila terjadi angioedema atau urtikaria generalisata, dapat diberikan Prednison oral 60-80 mg per hari dalam 3 kali pemberian selama 3 hari dan dosis diturunkan 5-10 mg/hari.

Konseling & Edukasi

Pasien dan keluarga diberitahu mengenai:

1. Prinsip pengobatan adalah identifikasi dan eliminasi faktor penyebab urtikaria.
2. Penyebab urtikaria perlu menjadi perhatian setiap anggota keluarga.
3. Pasien dapat sembuh sempurna.

Kriteria Rujukan

1. Rujukan ke spesialis bila ditemukan fokus infeksi.
2. Jika urtikaria berlangsung kronik dan rekuren.
3. Jika pengobatan *first-line therapy* gagal.
4. Jika kondisi memburuk, yang ditandai dengan makin bertambahnyapatch eritema, timbul bula, atau bahkan disertai sesak.

Sarana Prasarana

1. Tabung dan masker oksigen
2. Obat-obat gawat darurat

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam dengan tetap menghindari faktor pencetus.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 5th Ed.* Balai Penerbit FKUI. Jakarta. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th Ed.* Saunders Elsevier. Canada. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik.* 2011.

119. Filariasis

No. ICPC II: S99 *Skin infection other*

No. ICD X: B74 Filariasis

- B74.0 Filariasis *due to Wuchereria bancrofti*
- B74.1 Filariasis *due to Brugia malayi*
- B74.2 Filariasis *due to Brugia timori*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh cacing Filaria yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Penyakit ini bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan dan alat kelamin baik perempuan maupun laki-laki.

WHO sudah menetapkan Kesepakatan Global untuk mengeliminasi filariasis pada tahun 2020 (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*). Program eliminasi dilaksanakan melalui pengobatan massal dengan DEC dan Albendazol setahun sekali selama 5 tahun di lokasi yang endemis serta perawatan kasus klinis baik yang akut maupun kronis untuk mencegah kecacatan dan mengurangi penderitaannya.

Indonesia melaksanakan eliminasi penyakit kaki gajah secara bertahap yang telah dimulai sejak tahun 2002 di 5 kabupaten. Perluasan wilayah akan dilaksanakan setiap tahun.

Penyakit kaki gajah disebabkan oleh tiga spesies cacing filaria yaitu: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Vektor penular di Indonesia hingga saat ini telah diketahui ada 23 spesies nyamuk dari genus Anopheles, Culex, Mansonia, Aedes, dan Armigeres yang dapat berperan sebagai vektor penular penyakit kaki gajah.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Gejala filariasis *bancrofti* sangat berbeda dari satu daerah endemik dengan daerah endemik lainnya. Hal ini mungkin disebabkan oleh perbedaan intensitas paparan terhadap vektor infeksi di daerah endemik tersebut.

Manifestasi akut, berupa:

- Demam berulang ulang selama 3-5 hari. Demam dapat hilang bila istirahat dan timbul lagi setelah bekerja berat.
- Pembengkakan kelenjar getah bening (tanpa ada luka) di daerah lipatan paha, ketiak (lymphadenitis) yang tampak kemerahan, panas dan sakit.
- Radang saluran kelenjar getah bening yang terasa panas dan sakit menjalar dari pangkal kaki atau pangkal lengan ke arah ujung (*retrograde lymphangitis*).
- Filarial abses akibat seringnya menderita pembengkakan kelenjar getah bening, dapat pecah dan mengeluarkan nanah serta darah.

- Pembesaran tungkai, lengan, buah dada, kantong zakar yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas (Early Imphodema).

Manifestasi kronik, disebabkan oleh berkurangnya fungsi saluran limfe terjadi beberapa bulan sampai bertahun-tahun dari episode akut. Gejala kronis filariasis berupa:

- Pembesaran yang menetap (elephantiasis) pada tungkai, lengan, buah dada, buah zakar (elephantiasis skroti) yang disebabkan oleh adanya cacing dewasa pada sistem limfatik dan oleh reaksi hiperresponsif berupa *occult* filariasis.

Perjalanan penyakit tidak jelas dari satu stadium ke stadium berikutnya tetapi bila diurut dari masa inkubasi maka dapat dibagi menjadi:

1. Masa prepaten, yaitu masa antara masuknya larva infeksi hingga terjadinya mikrofilaremia berkisar antara 37 bulan. Hanya sebagian saja dari penduduk di daerah endemik yang menjadi mikrofilaremik, dan dari kelompok mikrofilaremik ini pun tidak semua kemudian menunjukkan gejala klinis. Terlihat bahwa kelompok ini termasuk kelompok yang asimtomatik amikrofilaremik dan asimtomatik mikrofilaremik.
2. Masa inkubasi, masa antara masuknya larva infeksi sampai terjadinya gejala klinis berkisar antara 8-16 bulan.
3. Gejala klinik akut merupakan limfadenitis dan limfangitis disertai panas dan malaise. Kelenjar yang terkena biasanya unilateral. Penderita dengan gejala klinis akut dapat amikrofilaremik maupun mikrofilaremik.
4. Gejala menahun, terjadi 10-15 tahun setelah serangan akut pertama. Mikrofilaria jarang ditemukan pada stadium ini, sedangkan adenolimfangitis masih dapat terjadi. Gejala menahun ini menyebabkan terjadinya cacat yang mengganggu aktivitas penderita serta membebani keluarganya.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada manifestasi akut dapat ditemukan adanya limfangitis dan limfadenitis yang berlangsung 3-15 hari, dan dapat terjadi beberapa kali dalam setahun. Limfangitis akan meluas ke daerah distal dari kelenjar yang terkena tempat cacing ini tinggal. Limfangitis dan limfadenitis berkembang lebih sering di ekstremitas bawah dari pada atas. Selain pada tungkai, dapat mengenai alat kelamin, (tanda khas infeksi *W.bancrofti*) dan payudara.

Manifestasi kronik, disebabkan oleh berkurangnya fungsi saluran limfe. Bentuk manifestasi ini dapat terjadi dalam beberapa bulan sampai bertahun-tahun dari episode akut. Tanda klinis utama yaitu hidrokela, limfedema, elephantiasis dan chyluria yang meningkat sesuai bertambahnya usia.

Manifestasi genital di banyak daerah endemis, gambaran kronis yang terjadi adalah hidrokela. Selain itu dapat dijumpai epididimitis kronis, funikulitis, edem karena penebalan kulit skrotum, sedangkan pada perempuan bisa dijumpai limfedema vulva. Limfedema dan

elefantiasis ekstremitas, episode limfedema pada ekstremitas akan menyebabkan elefantiasis di daerah saluran limfe yang terkena dalam waktu bertahun-tahun. Lebih sering terkena ekstremitas bawah. Pada *W.bancrofti*, infeksi di daerah paha dan ekstremitas bawah sama seringnya, sedangkan *B.malayi* hanya mengenai ekstremitas bawah saja.

Pada keadaan akut infeksi filariasis *bancrofti*, pembuluh limfe alat kelamin laki-laki sering terkena disusul funikulitis, epididimitis dan orkitis. Adenolimfangitis inguinal atau aksila, sering bersama dengan limfangitis retrograd yang umumnya sembuh sendiri dalam 3-15 hari dan serangan terjadi beberapa kali dalam setahun. Filariasis *brugia*, limfadenitis paling sering mengenai kelenjar inguinal, sering terjadi setelah bekerja keras. Kadang-kadang disertai limfangitis retrograd. Pembuluh limfe menjadi keras dan nyeri dan sering terjadi limfedema pada pergelangan kaki dan kaki. Penderita tidak mampu bekerja selama beberapa hari. Serangan dapat terjadi 12 x/tahun sampai beberapa kali perbulan. Kelenjar limfe yang terkena dapat menjadi abses, memecah, membentuk ulkus dan meninggalkan parut yang khas, setelah 3 minggu 3 bulan.

Pada kasus menahun filariasis *bancrofti*, hidrokkel paling banyak ditemukan. Limfedema dan elefantiasis terjadi di seluruh tungkai atas, tungkai bawah, skrotum, vulva atau buah dada, dan ukuran pembesaran di tungkai dapat 3 kali dari ukuran asalnya. Chyluria terjadi tanpa keluhan, tetapi pada beberapa penderita menyebabkan penurunan berat badan dan kelelahan. Filariasis *brugia*, elefantiasis terjadi di tungkai bawah di bawah lutut dan lengan bawah, dan ukuran pembesaran ekstremitas tidak lebih dari 2 kali ukuran asalnya.



Gambar43. Filariasis

Sumber: <http://www.indonesian-publichealth.com/2013/02/epidemiologi-filariasis.html>

Pemeriksaan Penunjang

1. Identifikasi mikrofilaria dari sediaan darah. Cacing filaria dapat ditemukan dengan pengambilan darah tebal atau tipis pada waktu malam hari antara jam 10 malam sampai jam 2 pagi yang dipulas dengan pewarnaan Giemsa atau Wright. Mikrofilaria juga dapat ditemukan pada cairan hidrokkel atau cairan tubuh lain (sangat jarang).

2. Pemeriksaan darah tepi terdapat leukositosis dengan eosinofilia sampai 10-30%. Dengan pemeriksaan sediaan darah jari yang diambil pukul mulai 20.00 malam waktu setempat.
3. Bila sangat diperlukan dapat dilakukan *Diethylcarbamazine provocative test*.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang identifikasi mikrofilaria.

Didaerah endemis, bila ditemukan adanya limfedema di daerah ekstremitas disertai dengankelainan genital laki-laki pada penderita dengan usia lebih dari 15 tahun, bila tidak ada sebablain seperti trauma atau gagal jantung kongestif kemungkinan filariasis sangat tinggi.

Diagnosis Banding

1. Infeksi bakteri, tromboflebitis atau trauma dapat mengacaukan adenolimfadenitis filariasis akut
2. Tuberkulosis, lepra, sarkoidosis dan penyakit sistemik granulomatous lainnya.

Komplikasi

Pembesaran organ (kaki, tangan, skrotum atau bagian tubuh lainnya) akibat obstruksi saluran limfe.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Terapi filariasis bertujuan untuk mencegah atau memperbaiki perjalanan penyakit, antara lain dengan:

- Memelihara kebersihan kulit.
- Fisioterapi kadang diperlukan pada penderita limfedema kronis.
- Obatantifilaria adalah *Diethyl carbamazine citrate* (DEC) dan Ivermektin.
- DEC dapat membunuh mikrofilaria dan cacing dewasa, Ivermektin merupakan antimikrofilaria yang kuat, tetapi tidak memiliki efek makrofilarisida.
- Dosis DEC 6 mg/kgBB, 3 dosis/hari setelah makan, selama 12 hari, pada *Tropical Pulmonary Eosinophilia* (TPE) pengobatan diberikan selama tiga minggu.
- Efek samping bisa terjadi sebagai reaksi terhadap DEC atau reaksi terhadap cacing dewasa yang mati. Reaksi tubuh terhadap protein yang dilepaskan pada saat cacingdewasa mati dapat terjadi beberapa jam setelah pengobatan, didapat 2 bentuk yang mungkin terjadi yaitu reaksi sistemik dan reaksi lokal:
 - Reaksi sistemik berupa demam, sakit kepala, nyeri badan, pusing, anoreksia, malaise dan muntah-muntah. Reaksi sistemik cenderung berhubungan dengan intensitas infeksi.

- Reaksi lokal berbentuk limfadenitis, abses, dan transien limfedema. Reaksi lokal terjadi lebih lambat namun berlangsung lebih lama dari reaksi sistemik.
- Efek samping DEC lebih berat pada penderita onchocerciasis, sehingga obat tersebut tidak diberikan dalam program pengobatan masal di daerah endemis filariasis dengan ko-endemis *Onchocercia volvulus*.
- Ivermektin diberikan dosis tunggal 150 ug/kg BB efektif terhadap penurunan derajat mikrofilaria *W.bancrofti*, namun pada filariasis oleh *Brugia* spp. penurunan tersebut bersifat gradual. Efek samping ivermektin sama dengan DEC, kontraindikasi ivermektin yaitu wanita hamil dan anak kurang dari 5 tahun. Karena tidak memiliki efek terhadap cacing dewasa, ivermektin harus diberikan setiap 6 bulan atau 12 bulan untuk menjaga agar derajat mikrofilaremia tetap rendah.
- Pemberian antibiotik dan/atau antijamur akan mengurangi serangan berulang, sehingga mencegah terjadinya limfedema kronis.
- Antihistamin dan kortikosteroid diperlukan untuk mengatasi efek samping pengobatan. Analgetik dapat diberikan bila diperlukan.
- Pengobatan operatif, kadang-kadang hidrokel kronik memerlukan tindakan operatif, demikian pula pada chyluria yang tidak membaik dengan terapi konservatif.

Konseling & Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya mengenai penyakit filariasis terutama dampak akibat penyakit dan cara penularannya. Pasien dan keluarga juga harus memahami pencegahan dan pengendalian penyakit menular ini melalui:

- Pemberantasan nyamuk dewasa.
- Pemberantasan jentik nyamuk.
- Mencegah gigitan nyamuk.

Rencana Tindak Lanjut

Setelah pengobatan, dilakukan kontrol ulang terhadap gejala dan mikrofilaria, bila masih terdapat gejala dan mikrofilaria pada pemeriksaan darahnya, pengobatan dapat diulang 6 bulan kemudian.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk bila dibutuhkan pengobatan operatif atau bila gejala tidak membaik dengan pengobatan konservatif.

Sarana Prasarana

- Lup.
- Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan mikrofilaria.

Prognosis

Prognosis pada umumnya tidak mengancam jiwa. Quo ad functionam adalah dubia ad bonam, sedangkan quo ad sanationam adalah malam.

Prognosis penyakit ini tergantung dari:

1. Jumlah cacing dewasa dan mikrofilaria dalam tubuh pasien.
2. Potensi cacing untuk berkembang biak.
3. Kesempatan untuk infeksi ulang.
4. Aktivitas RES.

Pada kasus-kasus dini dan sedang, prognosis baik terutama bila pasien pindah dari daerah endemik. Pengawasan daerah endemik tersebut dapat dilakukan dengan pemberian obat, serta pemberantasan vektornya. Pada kasus-kasus lanjut terutama dengan edema pada tungkai, prognosis lebih buruk.

Referensi

1. Behrman, R.E. Jenson, H.B. Kliegman, R.M. *Lymphatic Filariasis (Brugia Malayi, Brugia timori, Wuchereria Bancrofti)* in Nelson Textbook of Pediatric. 18thEd. 2007: 1502-1503.
2. Rudolph Colin, D. Rudolph, A.M. *Parasitic Disease in Rudolphs Pediatrics Textbook of Pediatric*. 21stEd. 2007: 1106-1108.
3. Soedarmo Sumarmo S.P.Garna, H. Sri Rezeki, S.H.Hindra Irawan S. *Filariasis dalam Buku Ajar Infeksi & Pediatri Tropis*. Ed-. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta, 2010: 400-407.

120. Luka Bakar Derajat I dan II

No. ICPC II: S24 *burn/scald*

No. ICD X:

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

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

Luka bakar derajat I, kerusakan terbatas pada lapisan epidermis (*superficial*), kulit hiperemi berupa eritema, perabaan hangat, tidak dijumpai bulla, terasa nyeri karena ujung-ujung saraf sensorik teriritasi.

Luka bakar derajat II

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

Dibedakan atas 2 bagian :

- a. Derajat II dangkal/*superficial* (IIA). Kerusakan mengenai bagian epidermis dan lapisan atas dari corium/dermis.

- b. Derajat II dalam/*deep* (IIB). Kerusakan mengenai hampir seluruh bagian dermis dan sisa-sisa jaringan epitel masih sedikit. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat dan kelenjar sebacea tinggal sedikit sehingga penyembuhan terjadi lebih dari satu bulan dan disertai parut hipertrofi.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

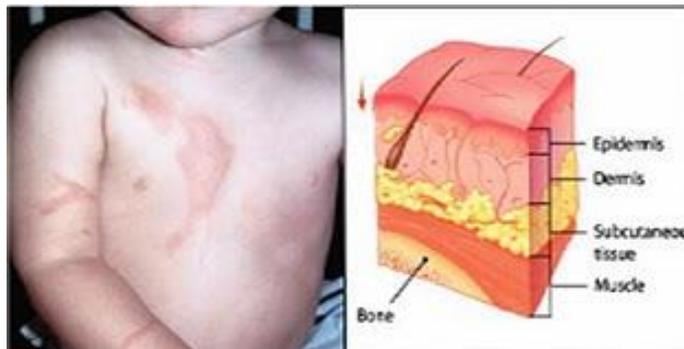
Pada luka bakar derajat I paling sering disebabkan sinar matahari. Pasien hanya mengeluh kulit teras nyeri dan kemerahan.

Pada luka bakar derajat II timbul nyeri dan bulae.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Pada luka bakar derajat I kulit hanya tampak eritema dengan perabaan hangat, tidak dijumpai adanya bula.



Gambar44. Luka Bakar Dangkal (superfisial). Pada daerah badan dan lengan kanan, luka bakar jenis ini biasanya memucat dengan penekanan

- Pada luka bakar derajat II timbul nyeri, timbul gelembung atau bula berisi cairan eksudat

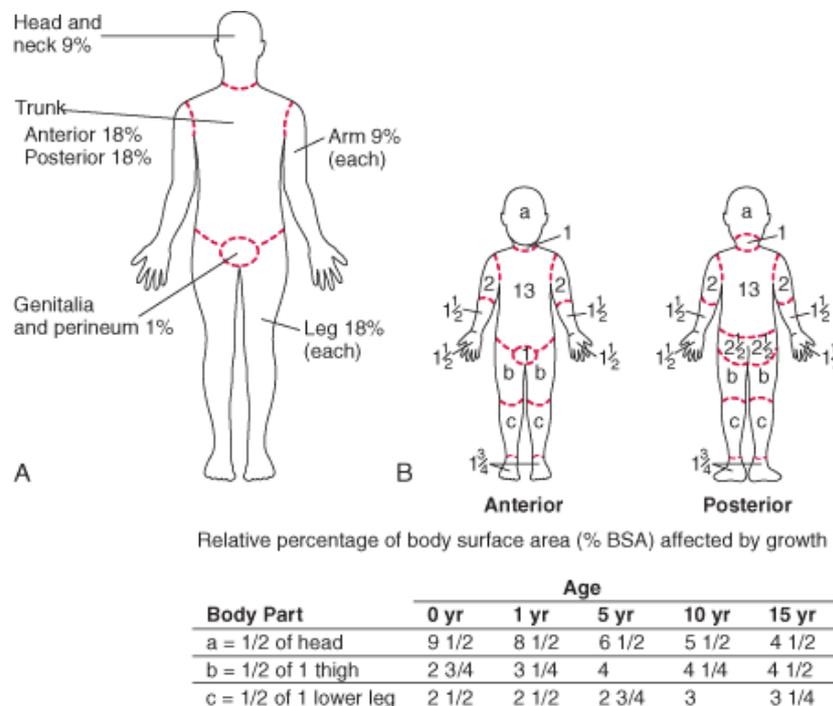


Gambar45.Luka Bakar Superficial Partial Thickness(IIa). Memucat dengan penekanan, biasanya berkeringsat



Gambar46. Luka Bakar *Deep Partial Thickness(II)*. Permukaan putih, tidak memucat dengan penekanan.

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



Gambar47.Luas luka bakar

Pemeriksaan Penunjang
 Darah lengkap

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

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:

1. Luka bakar Ringan
 - Luka bakar derajat II < 15%
 - Luka bakar derajat II < 10% pada anak-anak
 - Luka bakar derajat III < 2%
2. Luka Bakar Sedang
 - Luka bakar derajat II 15-25% pada orang dewasa
 - Luka bakar II 10-25% pada anak-anak
 - Luka bakar derajat III < 10%
3. Luka Bakar Berat
 - Luka bakar derajat II 25% atau lebih pada orang dewasa
 - Luka bakar derajat II 20% atau lebih pada anak-anak
 - Luka bakar derajat II 10% atau lebih
 - Luka bakar mengenai tangan, wajah, telinga, mata, kaki dan genitalia/perinerium
 - Luka bakar dengan cedera inhalasi, disertai trauma lain.

Penatalaksanaan (*Plan*)

Penatalaksanaan

Luka bakar derajat 1 penyembuhan terjadi secara spontan tanpa pengobatan khusus.

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:

Formula Baxter:

○ 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

½ jumlah cairan diberikan dalam 8 jam pertama.

½ diberikan 16 jam berikutnya.

○ Hari kedua

Dewasa: ½ 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, perhitungan cairan harus tetap disesuaikan dengan respon penderita. Untuk itu selalu perlu dilakukan pengawasan kondisi penderita seperti keadaan umum, tanda vital, dan produksi urine 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.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan
AGD, elektrolit bila diperlukan

Komplikasi
Jaringan parut

Konseling & 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

Sarana Prasarana
obat-obatan dan cairan infus

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

Referensi

1. Sunarso. Kartohatmodjo. *Luka Bakar (Combustio)*.
2. Sjamsuhidajat. de Jong. *Luka bakar. Buku Ajar Ilmu Bedah*. Ed 3. Jakarta: penerbit Buku Kedokteran EGC. 2007: Hal: 103-110.
3. Demling, R.H. *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. Doherty. Gerard, M. Lawrence, W. Eds. 2006.