

Profil Demografi dan Klinis Pasien Dermatitis Atopik: Studi Deskriptif di Indonesia

Alida Widiawaty^{1,2,*}, Wresti Indriatmi³, Wisnu Jatmiko⁴, Endi Novianto³, Hendra Gunawan⁵, Aria Kekalih⁶, Pramudita Satria Palar⁷, Adenia Zanna¹.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disorder that frequently presents in childhood and may persist into adulthood. Globally, AD affects up to 20% of children and approximately 10% of adults, representing a major contributor to the global disability burden of skin diseases. This study aimed to describe the demographic and clinical characteristics of AD patients, including age and sex distribution, history of allergen/irritant exposure, infections, disease duration, and lesion distribution. A descriptive study was conducted using medical record review and direct anamnesis from patients clinically diagnosed with AD by dermatology, venereology, and aesthetic specialists, based on the Hanifin and Rajka criteria. Data were analyzed descriptively. The study included patients aged 0–65 years, with the largest group being infants to early adolescents (0–16 years; 43.67%). The sex distribution was nearly balanced. Only 4.5% reported a history of specific allergen/irritant contact. Concurrent infections were present in 12.7% of patients (predominantly dental/gum infections), while 87.3% had no co-infections. Most patients (89.1%) experienced symptoms for more than four weeks. The most common lesion sites were the lower limbs (20.7%), upper limbs (14.9%), and flexural areas (anterior: 9.4%, popliteal: 6.3%, neck: 5.4%). AD patients exhibited a broad age range with a significant proportion in the infant-to-early adolescent group, predominance of lesions in the extremities and flexural regions, and a chronic disease course. These findings highlight the need for long-term management strategies and comprehensive care for AD patients across all age groups, including adults and the elderly.

Keywords: atopic dermatitis, epidemiology, lesion distribution, precipitating factors.

Dermatitis atopik (DA) adalah penyakit kulit inflamasi kronik residif yang ditandai dengan keluhan gatal. Kejadiannya paling sering pada masa bayi atau anak-anak.¹ Sekitar 80% penderita mengalami onset sebelum usia 6 tahun.² Dermatitis atopik dapat menyerang segala usia. Prevalensi DA secara global dilaporkan 20% pada anak dan hampir 10% pada dewasa.³ Secara keseluruhan, perempuan cenderung lebih sering terkena DA dibanding laki-laki dengan prevalensi global 2,8% dan 2,4%,

meskipun perbedaan ini dapat bervariasi menurut usia. Atopi dan alergi sering menyertai DA, sekitar 80% kasus DA tergolong ekstrinsik dengan kadar IgE tinggi dan sensitivitas alergen. Dermatitis atopik menjadi salah satu penyebab utama disabilitas akibat penyakit kulit secara global dan berdampak signifikan terhadap penurunan kualitas hidup penderita.⁴

Selama beberapa dekade, fokus penelitian DA lebih banyak pada anak, sehingga epidemiologi dan karakteristik klinis DA pada usia dewasa relatif jarang dilaporkan.⁵ Bukti terbaru menunjukkan peningkatan kasus DA dewasa dan lansia. Sebuah penelitian populasi besar di Inggris mendapati prevalensi DA pada dewasa (18–74 tahun) sekitar 7,7% dan pada lansia di atas usia 75 tahun sebesar 11,6%.⁶ Sekitar seperempat kasus DA pada orang dewasa diperkirakan baru muncul pertama kali setelah melewati masa kanak-kanak. Fenomena ini dikenal sebagai “adult-onset atopic dermatitis” dan mengubah paradigma bahwa DA

* Corresponding Author: alida.widiawaty@lecturer.unri.ac.id

¹ Fakultas Kedokteran Universitas Riau

² Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

³ Departemen Dermatologi, Venereologi dan Estetika Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

⁴ Fakultas Ilmu Komputer Universitas Indonesia

⁵ Departemen Dermatologi, Venereologi dan Estetika Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

⁶ Departemen Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

⁷ Fakultas Teknik Mesin dan Dirgantara Institut Teknologi Bandung

hanya dialami usia muda. Selain itu, pola klinis DA dapat berubah seiring pertambahan usia: lesi pada bayi cenderung di wajah dan ekstensor, sedangkan pada anak besar dan dewasa lebih sering di area lipatan (fleksura). Distribusi anatomi lesi juga dapat dipengaruhi faktor etnis dan lingkungan. Misalnya, beberapa laporan menyebut pasien etnis Asia lebih sering menunjukkan lesi yang tegas dengan likenifikasi berat dibanding pasien etnis Eropa, meski inti karakteristik DA (seperti dominansi lesi fleksural dan xerosis) umumnya serupa.^{7,8}

Hingga kini, data klinis mengenai karakteristik penderita DA di Indonesia masih terbatas. Kajian deskriptif diperlukan untuk memahami profil pasien DA lokal, yang dapat bermanfaat bagi penatalaksanaan dan pencegahan kekambuhan. Penelitian ini bertujuan memaparkan karakteristik pasien DA berdasarkan kelompok usia, jenis kelamin, riwayat kontak dengan alergen/iritan, keberadaan fokus infeksi, lama sakit, dan lokasi lesi. Dengan analisis terpadu ini, diharapkan dapat diidentifikasi pola-pola penting, termasuk potensi pergeseran profil usia penderita, perbedaan distribusi lesi dibanding laporan klasik, serta implikasi klinis lainnya sebagai laporan/temuan yang memiliki nilai keterbaruan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional dengan desain gabungan retrospektif-*cross sectional* pada pasien DA. Data dihimpun dari pasien DA yang datang ke beberapa layanan kesehatan terpilih. Desain gabungan yang dimaksud adalah sebagian sampel diambil dari data retrospektif (rekam medis), dan sebagian lainnya berasal dari anamnesis langsung terhadap pasien yang datang pada periode penelitian. Kriteria inklusi mencakup pasien dengan diagnosis DA yang ditegakkan secara klinis oleh dokter spesialis dermatologi, venereologi, dan estetika, sesuai kriteria diagnostik Hanifin-Rajka.⁹ Tidak ada pembatasan usia maupun jenis kelamin pada inklusi sampel. Lokasi penelitian adalah di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, RSUP Persahabatan, Klinik Nesha Jakarta Timur, RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung, RSUD Banten, RSUD Petala Bumi Pekanbaru, dan RS Syafira Pekanbaru. Penelitian ini merupakan bagian dari

penelitian induk mengenai kecerdasan buatan di bidang dermatologi.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 \times \text{Sens} \times (1-\text{Se})}{d^2 P}$$

Keterangan:

N = besar sampel
Se = sensitivitas yang diharapkan dari alat yang diuji nilai diagnostik = 90%
D = presisi penelitian = 10%
Z α = 1,96 (tingkat kepercayaan 95%)
P = prevalensi penyakit 10% untuk DA dan 25% untuk bukan DA.

Dari perhitungan tersebut diperoleh jumlah minimal 346 lesi yang harus dianalisis. Dalam penelitian ini, jumlah tersebut tercapai melalui penghitungan lokasi lesi pada seluruh pasien. Pada fase 1 didapatkan sampel DA 926 lesi dan fase 2 didapatkan sampel DA 525 lesi. Total terdapat 174 pasien yang dianalisis, yang berasal dari gabungan fase 1 (data retrospektif) dan fase 2 (anamnesis langsung).

Variabel yang dikumpulkan meliputi: kelompok usia (dikategorikan menjadi: balita 0–5 tahun, anak-anak 5–11 tahun, remaja awal 12–16 tahun, remaja akhir 17–25 tahun, dewasa awal 26–35 tahun, dewasa akhir 36–45 tahun, lansia awal 46–55 tahun, lansia akhir 56–65 tahun, dan manula >65 tahun), jenis kelamin, riwayat kontak dengan bahan alergen atau iritan (misal: riwayat terpapar sabun/deterjen, logam, kosmetik, debu, bulu hewan yang diketahui memicu dermatitis), keberadaan sumber infeksi (infeksi penyerta atau fokus infeksi dalam tubuh yang diduga berperan sebagai faktor pencetus; kategori yang dicatat mencakup infeksi saluran napas akut (ISPA), infeksi saluran kemih (ISK), infeksi gigi dan gusi, infeksi telinga, kombinasi ISPA dengan infeksi gigi, infeksi lain-lain, atau tidak ada infeksi), lama sakit hingga saat pasien datang (diklasifikasikan menjadi 1 minggu, 2 minggu, 3 minggu, 4 minggu, atau lebih dari 4 minggu), serta lokasi anatomi lesi DA pada tubuh pasien.

Data lokasi lesi didokumentasikan berdasarkan pemeriksaan dermatologis, mencakup area: wajah/pipi, kepala (kulit kepala termasuk belakang telinga), leher, lengan, lipat siku (fossa antekubiti), siku, tangan, dada, perut, punggung, pinggang, bokong, tungkai, lutut, lipat lutut (fossa poplitea), kaki (punggung kaki/telapak kaki), serta area khusus seperti payudara, perianal, skrotum, dan labia mayor. Setiap pasien dapat memiliki lebih dari satu lokasi lesi, sehingga dapat diketahui rerata jumlah

lesi pada tiap pasien.

Pengumpulan data dilakukan melalui talaah rekam medis dan formulir pencatatan yang terstruktur. Pada sebagian pasien, data tambahan diperoleh dengan anamnesis secara langsung. Data dari seluruh lokasi penelitian digabung, kemudian dianalisis secara deskriptif. Analisis meliputi penghitungan distribusi frekuensi dan persentase untuk tiap kategori pada variabel-variabel penelitian. Hasil disajikan dalam bentuk tabel.

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari komite etik penelitian dan kesehatan FKUI-RSCM Nomor: KET-1477/UN2.F1/ETIK/PPM.00.02/2024 dan izin dari RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, RSUP Persahabatan, Klinik Nesha Jakarta Timur, RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung, RSUD Banten, RSUD Petala Bumi Pekanbaru, dan RS Syafira Pekanbaru.

HASIL

Penelitian melibatkan 174 pasien DA dengan rentang usia sangat luas, dari bayi hingga lansia. Kelompok usia terbanyak adalah bayi hingga remaja awal (43%) dan remaja akhir (19,8%), disusul kelompok dewasa muda, sedangkan pasien usia lanjut hanya sebagian kecil. Distribusi jenis kelamin hampir seimbang dengan proporsi perempuan sedikit lebih tinggi (51,6%). Riwayat kontak dengan alergen atau iritan spesifik hanya dilaporkan oleh sebagian kecil pasien (4,5%), sedangkan mayoritas tidak memiliki pencetus yang jelas, menunjukkan bahwa faktor non-spesifik lebih dominan. Infeksi penyerta ditemukan pada 12,8% kasus, dengan infeksi gigi dan gusi paling sering, meski secara keseluruhan komorbid infeksi relatif jarang.

Dari sisi perjalanan penyakit, hampir seluruh pasien (89,1%) mengalami keluhan kronis dengan gejala lebih dari empat minggu, konsisten dengan sifat DA yang bersifat persisten dan kambuhan. Lesi kulit tersebar di berbagai lokasi, namun area predileksi klasik tetap menonjol. Ekstremitas bawah (20,7%) dan atas (14,9%) merupakan lokasi tersering, diikuti area lipatan siku dan lutut. Leher, wajah, tangan, serta punggung juga cukup sering terlibat, sementara lesi di area genital atau lokasi khusus sangat jarang. Pola distribusi ini mencerminkan karakter khas DA dengan dominasi

pada area fleksural dan ekstensor ekstremitas.

Berikut gambaran lesi kulit pada pasien dengan DA sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 1–4. Lesi tampak mengenai area predileksi klasik, yaitu lipat siku (Gambar 1), leher lateral (Gambar 2), lipat lutut (Gambar 3), dan tungkai atas (Gambar 4). Gambaran klinis tersebut memperlihatkan eritema difus, *xerosis*, skuama halus, serta likenifikasi ringan yang konsisten dengan manifestasi DA kronis. Distribusi lesi ini menguatkan temuan epidemiologis bahwa area fleksural dan ekstremitas merupakan lokasi yang paling sering terlibat, sesuai dengan karakter khas penyakit ini.



Gambar 1 . Lesi di lipat siku



Gambar 2 . Lesi di leher



Gambar 3. Lesi di lipat lutut



Gambar 4. Lesi di tungkai atas

Berikut rincian karakteristik demografis dan klinis pasien disajikan pada Tabel 1, yang memperlihatkan variasi usia, distribusi jenis kelamin, riwayat kontak alergen, infeksi penyerta,

serta lama sakit. Sementara itu, distribusi lokasi lesi secara lebih rinci ditunjukkan pada Tabel 2, dengan dominasi pada ekstremitas bawah dan atas, diikuti area fleksural seperti lipat siku dan lipat lutut, serta keterlibatan leher, wajah, tangan, dan punggung.

Tabel 1. Karakteristik pasien DA (N = 174)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi, n (%)
Kelompok usia	Balita (0–5 tahun)	31 (17,8)
	Anak-anak (5–11 tahun)	27 (15,4)
	Remaja awal (12–16 tahun)	18 (10,3)
	Remaja akhir (17–25 tahun)	34 (19,8)
	Dewasa awal (26–35 tahun)	22 (12,7)
	Dewasa akhir (36–45 tahun)	21 (12,1)
	Lansia awal (46–55 tahun)	14 (7,9)
	Lansia akhir (56–65 tahun)	3 (1,9)
Jenis kelamin	Manula (> 65 tahun)	4 (2,1)
	Laki-laki	84 (48,4)
	Perempuan	90 (51,6)
Riwayat kontak alergen/iritan	Ada	8 (4,5)
	Tidak ada	166 (95,5)
Sumber infeksi penyerta	ISPA (infeksi saluran napas akut)	3 (1,9)
	ISK (infeksi saluran kemih)	2 (0,9)
	Infeksi gigi & gusi	7 (3,9)
	ISPA + infeksi gigi & gusi	1 (0,6)
	Lain-lain (<i>TB paru, kandidiasis, dsb</i>)	9 (5,4)
Lama sakit	Tidak ada infeksi	152 (87,3)
	1 minggu	6 (3,4)
	2 minggu	6 (3,7)
	3 minggu	0 (0)
	4 minggu	7 (3,9)
	>4 minggu	155 (89,1)

Tabel 2. Karakteristik sampel lesi pasien DA (N= 1.451)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi, n (%)
	Pipi (wajah)	87 (6)
	Wajah lain (<i>dahi, sekitar mata, hidung</i>)	58 (4)
	Kepala (<i>kulit kepala, belakang telinga</i>)	25 (1,7)
	Telinga	1 (0,1)
	Leher	79 (5,4)
	Lengan (lengan atas/bawah non-lipat)	216 (14,9)
	Lipat siku (fossa antekubiti)	137 (9,4)
	Siku (bagian ekstensor)	37 (2,6)
Lokasi lesi	Tangan (punggung tangan & telapak)	79 (5,4)
	Dada	37 (2,6)
	Perut	66 (4,5)
	Punggung	75 (5,2)
	Pinggang	3 (0,2)
	Bokong	24 (1,7)
	Tungkai (paha, tungkai bawah)	301 (20,7)
	Lutut (bagian ekstensor)	33 (2,3)
	Lipat lutut (fossa poplitea)	91 (6,3)
	Kaki (punggung kaki & telapak)	94 (6,5)
	Payudara	7 (0,5)
	Perianal	0 (0)
	Skrotum	1 (0,1)
	Labia mayora	0 (0)

PEMBAHASAN

Hasil penelitian deskriptif ini memberikan gambaran menyeluruh mengenai profil pasien DA. Distribusi kelompok usia pasien menunjukkan bahwa DA dialami semua rentang umur, tidak terbatas pada anak. Meskipun pada penelitian ini sekitar 43% pasien berusia <17 tahun (sesuai dengan pandangan umum bahwa DA sering muncul pada anak). Adanya 4 pasien (2,1%) berusia >65 tahun menegaskan keberadaan DA pada lansia di populasi pada penelitian ini. Temuan ini sejalan dengan penelitian Abuabara *et al.* di Inggris yang mendapati prevalensi DA cukup tinggi pada usia tua dan tren peningkatan kasus dewasa.⁸

Temuan penting dari penelitian ini adalah konfirmasi bahwa proporsi yang signifikan dari penderita DA berasal dari kelompok remaja akhir dan dewasa muda, dengan kategori usia 17-25 tahun menjadi yang paling banyak (~19,8%). Hal ini memungkinkan mencerminkan dua hal: pertama, banyak kasus DA yang berawal sejak masa kanak-kanak beranjut hingga usia dewasa (*childhood-onset, persistent AD*), dan kedua, adanya kemungkinan timbulnya kasus baru pada usia dewasa (*adult-onset AD*).

Literatur menyebutkan sekitar 1 dari 4 pasien dewasa mengalami onset gejala pertama kali setelah usia 18 tahun. Dengan demikian, tenaga medis perlu waspada bahwa tidak jarang DA baru muncul pada dewasa, bukan selalu riwayat sejak kecil. Faktor pemicu pada dewasa mungkin berbeda (misal, stres pekerjaan, paparan iritan di lingkungan kerja) sehingga pendekatan anamnesis harus lebih luas. Menariknya, dalam penelitian ini, proporsi pasien lanjut usia (>55 tahun) tercatat sekitar 4%. Meskipun kecil, angka ini tetap menunjukkan keberadaan kasus yang nyata. Beberapa literatur dari negara barat melaporkan kecenderungan terjadinya kekambuhan pada pria lanjut usia, dimana DA lebih sering ditemukan pada laki-laki usia >75 tahun. Namun, dalam penelitian ini, distribusi jenis kelamin pada kelompok lansia tidak dianalisis secara khusus.¹⁰

Jenis kelamin pasien dalam penelitian ini hampir seimbang, dengan sedikit dominasi pada perempuan (51,6%). Pola ini sesuai dengan data epidemiologi global yang menunjukkan bahwa DA sedikit lebih sering terjadi pada perempuan dibanding laki-laki. Pada anak-anak, beberapa penelitian klasik

menunjukkan bahwa DA sedikit lebih sering dialami oleh anak laki-laki, kemungkinan karena pengaruh genetik dan hormonal saat pubertas. Sebaliknya, pada populasi dewasa, perempuan dilaporkan lebih sering mengalami gejala menetap atau lebih aktif mencari pengobatan.¹⁰

Data kami mencerminkan gabungan dari kedua kelompok usia tersebut, sehingga secara keseluruhan terlihat netral. Selisih proporsi yang hanya sekitar 3% mengindikasikan bahwa DA dapat terjadi secara relatif seimbang pada laki-laki maupun perempuan. Jenis kelamin juga penting dalam memahami dampak penyakit terhadap kualitas hidup. Misalnya, perempuan dewasa muda dengan DA mungkin lebih terdampak secara psikologis karena pertimbangan kosmetik, sementara laki-laki lansia dengan kondisi serupa mungkin memiliki komorbiditas lain yang memperberat gejala. Namun, penelitian ini tidak membahas aspek tersebut secara mendalam, karena fokus utama adalah pada distribusi proporsi populasi berdasarkan jenis kelamin.¹¹

Hanya 4,5% pasien dalam penelitian ini yang melaporkan riwayat kontak dengan alergen atau iritan, angka yang tergolong rendah. Artinya, sebagian besar pasien tidak dapat mengidentifikasi pemicu lingkungan spesifik yang menyebabkan kekambuhan dermatitis mereka. Ada beberapa kemungkinan penjelasan untuk temuan ini. Pertama, eksaserbasi DA sering kali terjadi secara idiopatik atau dipicu oleh faktor non-spesifik seperti udara kering, panas, atau stres, sehingga pasien tidak mengingat paparan tertentu. Kedua, bisa jadi pasien belum cukup mendapatkan edukasi atau belum menyadari pencetus yang relevan, sehingga riwayat kontak tidak terungkap. Ketiga, mungkin saja sebagian besar pasien dalam penelitian ini tergolong dalam tipe DA intrinsik, yaitu bentuk yang tidak disebabkan oleh sensitivitas terhadap alergen tertentu.¹²

Secara umum, literatur membagi DA menjadi dua tipe: ekstrinsik (atopik), yang berkaitan dengan kadar IgE tinggi dan sensitivitas alergen, dan intrinsik, yang tidak menunjukkan reaktivitas terhadap alergen spesifik.¹³ Sekitar 80% kasus termasuk tipe ekstrinsik, dan 20% intrinsik.⁶ Oleh karena itu, angka 4,5% dalam penelitian ini tidak serta-merta berarti sisanya adalah tipe intrinsik, namun bisa saja sebagian besar pasien memang

termasuk tipe ekstrinsik tetapi belum mengetahui alergen spesifik yang menjadi pencetus. Sebagai contoh, penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa 68,8% pasien DA dewasa memiliki hasil positif pada uji kulit terhadap minimal satu alergen inhalan, yang menunjukkan adanya latar belakang atopi. Namun demikian, dermatitis kontak sebagai pencetus langsung kekambuhan hanya teridentifikasi pada sebagian kecil pasien.^{14,15}

Dengan demikian, hasil ini menekankan pentingnya melakukan evaluasi terhadap kemungkinan alergen atau iritan secara proaktif, misalnya melalui uji tempel atau uji alergi lain, terutama pada pasien dengan DA yang sulit dikendalikan. Jika ditemukan alergi kontak terhadap zat tertentu (seperti nikel, parfum, atau lanolin), menghindari bahan tersebut dapat membantu perbaikan klinis. Di sisi lain, bagi sebagian besar pasien yang tidak memiliki pencetus spesifik yang teridentifikasi, penanganan sebaiknya difokuskan pada perbaikan fungsi sawar kulit melalui penggunaan pelembab dan pengendalian inflamasi secara umum, bukan hanya pada upaya menghindari alergen tertentu.

Infeksi merupakan salah satu faktor penting yang dapat memperparah atau mencetuskan kekambuhan pada DA. Dalam penelitian ini, sekitar 13% pasien mengalami infeksi aktif saat pemeriksaan, dengan proporsi terbesar adalah infeksi pada gigi dan gusi (5,4%) serta infeksi lain seperti ISPA. Infeksi kronis, seperti periodontitis, diduga dapat berkontribusi terhadap peradangan sistemik yang memperburuk DA.¹³ Hal ini sejalan dengan literatur sebelumnya, seperti yang bahwa infeksi odontogenik dapat memperparah gejala DA.¹⁶ Pada penelitian ini, 56 pasien tercatat mengalami infeksi gigi/gusi yang dapat menyebabkan peradangan jangka panjang dan meningkatkan respons imun sistemik. Selain itu, infeksi pernapasan akut juga dilaporkan pada 27 pasien, yang diduga berperan dalam ketidakseimbangan sistem imun dan memicu kekambuhan pada DA. Meskipun hanya sebagian kecil pasien mengalami infeksi aktif, temuan ini penting secara klinis karena menunjukkan perlunya perhatian terhadap kemungkinan infeksi tersembunyi, terutama pada pasien dengan DA yang sulit dikontrol. Penanganan infeksi secara tepat, termasuk intervensi pada sumber infeksi kronis, dapat membantu mengurangi beban inflamasi.¹⁷ Di

sis lain, sifat kulit pasien DA yang memang lebih rentan terhadap infeksi bakteri dan virus karena gangguan sawar kulit serta imunitas bawaan turut menjadi faktor yang perlu dipertimbangkan dalam pengelolaan jangka panjang.¹⁸

Durasi penyakit juga memperlihatkan bahwa sebagian besar pasien mengalami DA kronis. Sebanyak 90% pasien melaporkan keluhan lebih dari empat minggu, dan sebagian besar dari mereka telah mengalami gejala selama berbulan atau bertahun-tahun. Hal ini konsisten dengan karakteristik DA sebagai penyakit inflamasi kronis yang bersifat kambuh. Sebagian kecil (3–7%) menunjukkan onset baru, yang mungkin merupakan fase awal DA dan masih memiliki peluang remisi dengan penanganan dini yang tepat. Data ini menekankan pentingnya edukasi jangka panjang dalam manajemen DA, termasuk penggunaan pelembap secara teratur, penghindaran faktor pencetus umum, serta penggunaan terapi antiinflamasi sesuai indikasi.¹⁹

Distribusi lesi pada pasien mencerminkan kombinasi pola klasik pada anak dan dewasa. Area yang paling sering terkena adalah tungkai (20,7%) dan lengan (14,9%), yang menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami lesi luas di ekstremitas. Sementara itu, area lipatan seperti leher, siku, dan lutut tetap banyak ditemukan (sekitar 21% jika digabungkan), sesuai dengan predileksi klasik DA pada usia dewasa. Lesi pada wajah, yang umum pada bayi, hanya dilaporkan sekitar 6% pasien, mungkin karena proporsi anak usia 0–5 tahun dalam penelitian ini hanya sekitar 17,8%. Pola distribusi ini menunjukkan adanya pergeseran manifestasi klinis DA seiring bertambahnya usia.

Menariknya, lesi ekstremitas nonfleksural menjadi dominan, berbeda dari literatur yang menyatakan bahwa fleksura merupakan lokasi utama pada dewasa. Faktor lingkungan di daerah tropis seperti Indonesia, termasuk paparan panas, debu, serta kebiasaan berpakaian terbuka, kemungkinan turut memengaruhi pola distribusi lesi.¹³ Selain itu, garukan kronis dapat menyebabkan likenifikasi yang lebih nyata di tungkai dan lengan.²⁰

Lokasi lesi lainnya seperti tangan, telapak kaki, dan dada meskipun lebih jarang, tetap perlu diperhatikan karena dapat mencerminkan paparan iritan tertentu, seperti dermatitis kontak pada tangan akibat pekerjaan. Tidak ditemukannya lesi di area

perianal atau genital juga sejalan dengan pemahaman bahwa area tersebut bukan lokasi khas DA.

Secara keseluruhan, temuan ini memperlihatkan bahwa DA tidak hanya menyerang anak-anak, tetapi juga umum terjadi pada remaja dan dewasa muda, bahkan pada usia lanjut. Meski hanya sebagian kecil pasien yang secara sadar melaporkan riwayat kontak dengan alergen atau iritan (4,5%), bukan berarti mayoritas adalah DA intrinsik. Banyak pasien mungkin tidak menyadari pencetus spesifik karena kekambuhan dapat terjadi akibat faktor umum seperti cuaca atau stres, atau karena keterbatasan dalam edukasi dan kesadaran akan pencetus. Oleh karena itu, evaluasi pencetus secara proaktif tetap penting, termasuk uji alergi atau uji tempel jika gejala menetap atau sulit dikontrol. Sementara itu, untuk sebagian besar pasien yang tidak memiliki pencetus spesifik yang jelas, penatalaksanaan harus difokuskan pada perbaikan sawar kulit dan pengendalian inflamasi dasar, bukan hanya pada eliminasi alergen saja.

Namun, penelitian ini memiliki keterbatasan karena tidak dilakukan pemeriksaan penunjang seperti uji alergi maupun pengukuran kadar IgE serum, sehingga tipe DA (ekstrinsik atau intrinsik) tidak dapat dipastikan secara objektif. Selain itu, tidak semua variabel numerik (misalnya intensitas gatal atau skor keparahan klinis seperti SCORAD/EASI) dicatat, sehingga interpretasi keterkaitan klinis masih terbatas.

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa DA dapat dialami pada semua kelompok usia dengan distribusi jenis kelamin seimbang, terbanyak pada anak-anak dan remaja. Sebagian besar pasien tidak mengenali pencetus spesifik dan mengalami perjalanan penyakit kronis, dengan lesi terutama pada ekstremitas. Infeksi penyerta, terutama infeksi gigi/gusi dan ISPA, berpotensi memperburuk gejala sehingga perlu dilakukan skrining dan penanganan komorbid. Temuan ini menegaskan pentingnya pendekatan komprehensif yang mencakup diagnosis pada semua kelompok usia, pengendalian faktor pencetus, serta perhatian terhadap perubahan gambaran klinis dan epidemiologi DA sesuai usia dan kondisi populasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Huang A, Cho C. Atopic dermatitis: early treatment in children. *Curr Treat Options Allergy*. 2017;4:355-69.
2. Weidinger S, Beck LA, Bieber T, Kabashima K, Irvine AD. Atopic dermatitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(1):1.
3. Tian J, Zhang D, Yang Y, Huang Y, Wang L, Yao X, et al. Global epidemiology of atopic dermatitis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Br J Dermatol*. 2023;190:55-61.
4. Kelly KA, Balogh EA, Kaplan SG, Feldman SR. Skin disease in children: effects on quality of life, stigmatization, bullying, and suicide risk in pediatric acne, atopic dermatitis, and psoriasis patients. *Children (Basel)*. 2021;8:1057.
5. Kolb L, Ferrer-Bruker SJ. Atopic dermatitis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [Internet]. [Diakses 7 Agustus 2025]. Tersedia: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/>
6. Abuabara K, Yu AM, Okhovat JP, Allen IE, Langan SM. The prevalence of atopic dermatitis beyond childhood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Allergy*. 2018;73(3):696-704.
7. Wu W, Chan TC, Chu C. Asian type atopic dermatitis. *CosmoDerma*. 2022;2:48.
8. Meledathu S, Naidu MP, Brunner PM. Update on atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2025;155(4):1124-32.
9. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 1980;60(Suppl 92):44-7.
10. Chan LN, Magyari A, Ye M, Al-Alusi NA, Langan SM, Margolis D, et al. The epidemiology of atopic dermatitis in older adults: a population-based study in the United Kingdom. *PLoS One*. 2021;16(10):e0258213.
11. Park JH, Prochnow T, Chang J, Kim SJ. Health-related behaviors and psychological status of adolescent patients with atopic dermatitis: the 2019 Korea Youth Risk Behavior Web-Based Survey. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:739-47.
12. Siegfried EC, Hebert AA. Diagnosis of atopic dermatitis: mimics, overlaps, and complications. *J Clin Med*. 2015;4(5):884-917.
13. Criado PR, Miot HA, Bueno-Filho R, Ianhez M, Criado RFJ, de Castro CCS. Update on the pathogenesis of atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2024;99(6):895-915.
14. Ibekwe PU, Ekop E, Otu T, Bassi P, Ukonu BA. Atopic dermatitis in adults: prevalence, clinical pattern, and contact sensitization. *Explor Asthma Allergy*. 2024;2:450-60.
15. Fyhrquist N, Yang Y, Karisola P, Alenius H. Endotypes of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2025;156(1):24-40.e.
16. Oliveira ADT, Sodré CS, Ferreira DC, Abad ED, Saintive S, Ribeiro M, et al. Oral aspects identified in atopic dermatitis patients: a literature review. *Open Dent J*. 2018;12:424-34.
17. Yue C, Zhou H, Wang X, et al. Atopic dermatitis: pathogenesis and therapeutic intervention. *MedComm*. 2024;5(3):e392.
18. Wang V, Boguniewicz J, Boguniewicz M, Ong PY. The infectious complications of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021;126(1):3-12.
19. Stigeni L, Belloni FA, Baiardini I, Hansel K, Moretti D, Cipriani F. Atopic dermatitis and patient perspectives: insights of bullying at school and career discrimination at work. *J Asthma Allergy*. 2021;14:919-28.
20. Schäbitz A, Eyerich K, Garzorz-Stark N. So close, and yet so far away: the dichotomy of the specific immune response and inflammation in psoriasis and atopic dermatitis. *J Intern Med*. 2021;290(1):27-39.