

ISSN 1978 - 1279

Vol. 27 / No. 2 / Agustus 2015

BIKKK

Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin



Periodical of Dermatology and Venereology



Home > About the Journal > Editorial Team

EDITORIAL TEAM

EDITOR IN CHIEF

Prof. Dr. Cita Rosita Sigit Prakoeswa, dr., Sp.KK(K), FINS DV, FAADV, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia, Indonesia

EDITORIAL MANAGER

dr. Damayanti Damayanti, Sp.KK(K), FINS DV, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia

EDITORIAL HANDLING

dr. Irmadita Citrashanty, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Maylita Sari, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Septiana Widyantari, Sp.KK, FINS DV, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Medhi Denisa Alinda, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Hasnikmah Mappamasing, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Sylvia Anggraeni, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia

EDITORIAL BOARD

Dr. Afif Nurul Hidayati, dr., Sp.KK(K), FINS DV, FAADV, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Evy Ervianti, Sp.KK(K), FINS DV, FAADV, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia, Indonesia, Indonesia
 dr. Linda Astari, Sp.KK(K), FINS DV, FAADV, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Astindari Astindari, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 Prof. Dr. med. Isaak Effendy, Academic Teaching Hospital Bielefeld Klinikum Bielefeld, Germany Dermatology and Allergology, Germany
 Prof. dr. Taruna Ikrar, M.Pharm, MD., Ph.D, Biomedical Science, The National Health University, California, United States
 dr. Sri Manovita Pateda, S.Ked., M.Kes, Ehime University, Japan
 dr. Jimmy Rusdian Masjkur, M.Sc., Ph.D, University Hospital Carl Gustav Carus Dresden, Germany, Germany
 Robert Tungadi, S.Si., M.Si., Apt, Aachen University, Germany, Germany
 dr. David Sudarto Oeiria, Sp.KK, FINS DV, FAADV, Division of Dermatologic Surgery, Dept. of Dermatology, Huashan Hospital - Fudan University, Shanghai, China

ASSISTANT EDITOR

dr. Yuri Widia, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Menul Ayu Umborowati, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Bagus Haryo Kusumaputra, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Putri Hendria Wardhani, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia
 dr. Regitta Indira Agusni, Sp.KK, Faculty of Medicine, Airlangga University Surabaya, Indonesia



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial-BerbagiSerupa 4.0 Internasional.

00298869

View My Stats



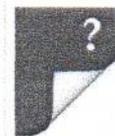
Instruction for Author

Author Guidelines
 Online Submission

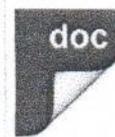
Journal Policy

Focus and Scope
 Publication Ethics
 Peer Review Process
 Article Processing Charge
 Editorial Team
 Open Access Policy
 Archiving
 Plagiarism
 Copyright
 Contact
 Old Website

AUTHOR GUIDELINES



TEMPLATE



AUTHOR DECLARATION FORM



NOTIFICATIONS

View
 Subscribe

JOURNAL CONTENT

Search

Search Scope

All

Browse

- By Issue
- By Author
- By Title
- Other Journals

Username

Password

Remember me



Visitors

| | | | |
|--|--------|--|-----|
| | 99,590 | | 372 |
| | 6,255 | | 287 |
| | 1,273 | | 236 |
| | 510 | | 233 |
| | 411 | | 222 |




[Home](#) > [Archives](#) > **Vol 27, No 2 (2015)**

VOL 27, NO 2 (2015)

BIKK AGUSTUS 2015

TABLE OF CONTENTS

RESEARCH / RETRO

- | | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | Oral Antibiotic in Acne Vulgaris Patients: Retrospective Study |  | 84-89 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.84-89 | | |
|  | <i>Marina Rimadhani, Rahmadewi Rahmadewi</i> | | |
|  | Eosinophil and Eosinophil Cationic Protein Level Raising in Dermatitis Due to Food Patients |  | 90-96 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.90-96 | | |
|  | <i>Menul Ayu Umborowati, Sawitri Sawitri, Marsoedi Hoetomo</i> | | |
|  | Manifestation of Skin Disorders in HIV & AIDS Patients |  | 97-105 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.97-105 | | |
|  | <i>Indah Sari Listiana Dewi, Afif Nurul Hidayati</i> | | |
|  | Retrospective Study: The Use of Chemical Peeling with A Modified Jessner's in Melasma Patients |  | 106-113 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.106-113 | | |
|  | <i>Zada Febrial Effendy, Trisniartami Setyaningrum</i> | | |
|  | Retrospective Study : Rosacea Profile |  | 114-120 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.114-120 | | |
|  | <i>Shakti Indraprasta, Trisniartami Setyaningrum</i> | | |
|  | Profile of Malassezia Folliculitis |  | 121-129 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.121-129 | | |
|  | <i>Dwi Nurwulan Pravitasari, Sunarso Suyoso, Evy Ervianti</i> | | |
|  | Retrospective Study: Oral Medications for Atopic Dermatitis |  | 130-136 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.130-136 | | |
|  | <i>Yuri Widia, Marsoedi Hutomo</i> | | |
|  | Retrospective Study: Type 1 Leprosy Reaction |  | 137-143 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.137-143 | | |
|  | <i>Meita Ardini Pratamasari, M. Yulianto Listiawan</i> | | |
|  | Laboratory Examination in Genital Chlamydia trachomatis Infection |  | 144-149 |
|  | 10.20473/bikk.V27.2.2015.144-149 | | |
|  | <i>Novianti Risky Reza, Tantari SHW</i> | | |



Instruction for Author

[Author Guidelines](#)
[Online Submission](#)

Journal Policy

[Focus and Scope](#)
[Publication Ethics](#)
[Peer Review Process](#)
[Article Processing Charge](#)
[Editorial Team](#)
[Open Access Policy](#)
[Archiving](#)
[Plagiarism](#)
[Copyright](#)
[Contact](#)
[Old Website](#)

AUTHOR GUIDELINES



TEMPLATE



AUTHOR DECLARATION FORM



NOTIFICATIONS

[View](#)
[Subscribe](#)

JOURNAL CONTENT



Negative Response of Lymphocyte Transformation Test (LTT) in a Patient Diagnosed as Stevens-Johnson Syndrome: A Case Report

150-155



10.20473/bikk.V27.2.2015.150-155

Ryski Meilia Novarina, Trisniartami Setyaningrum



Secondary Syphilis, Anal Condylomata Acuminata, and HIV in Bisexual Male Patient: Another Point of View, Time Evaluation Based on CD4 and Management

156-162



10.20473/bikk.V27.2.2015.156-162

Vina Ajeng Puspa Dewi, Satiti Retno Pudjiati

Search

Search Scope

All



Browse

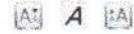
By Issue

By Author

By Title

Other Journals

FONT SIZE



USER

Username

Password

Remember me



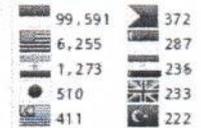
Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial-BerbagiSerupa 4.0 Internasional.

00250091

View My Stats



Visitors



FLAG counter



9 772549 408289

Penelitian Retrospektif : Profil Penyakit Rosasea

(Retrospective Study : Rosacea Profile)

Shakti Indraprasta, Trisniartami Setyaningrum

Departemen/Staf Medik Fungsional Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Rosasea adalah penyakit kulit kronis ditandai eritematosa pada wajah bagian tengah (*centro facial*) yang menetap selama beberapa bulan. Gejala primer yaitu berupa eritematosa, papul, pustul, dan telangiectasis. Walaupun rosasea jelas terlihat, namun banyak yang tidak mengetahui dan memahami tentang penyakit ini. Pengetahuan yang berkaitan dengan epidemiologi, etiologi, patogenesis, dan terapi pada penyakit rosasea ini terbatas.^{1,2} **Tujuan:** Untuk mengevaluasi gambaran umum pasien Rosasea di Divisi Kosmetik RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012. **Metode:** Studi retrospektif pasien baru Rosasea di Divisi Kosmetik selama 2010-2012. **Hasil:** Jumlah kunjungan pasien baru Rosasea selama periode 2010-2012 sebanyak 49 pasien, paling banyak pada wanita, dengan kelompok usia 25-44 tahun. Gambaran klinis yang paling sering ditemukan adalah rosasea papulopustular dan rosasea eritemato-telangiectasis. Terapi yang terbanyak untuk pengobatan topikal adalah metronidazol dan pengobatan sistemik adalah doksisisiklin. **Simpulan:** Subtipe rosasea yang banyak ditemukan adalah subtipe eritemato-telangiectasis dan subtipe papulopustular, subtipe *phymatous* hanya sedikit, sedangkan subtipe okular tidak ditemukan. Standar terapi untuk manajemen rosasea belum ada, sehingga didapatkan variasi dalam penatalaksanaannya.

Kata kunci: rosasea, penelitian retrospektif, subtipe rosasea.

ABSTRACT

Background: Rosacea is a chronic skin disorder which characterized by erythema of the central face that has persisted for months. Primary features of rosacea include flushing, papules, pustules, and telangiectatic. Although rosacea is clearly visible to all, it is largely unknown to misunderstood by the general public. Knowledge relating to the epidemiology, etiology, pathogenesis, and treatment of this facial disorder is limited. **Purpose:** To evaluate the management of patients with Rosacea in the cosmetic division, dermatovenereology outpatient clinic Dr. Soetomo general hospital period 2010-2012. **Methods:** Retrospective study of new patients with Rosacea in cosmetic division during 2010-2012. **Results:** During the period of three years (2010-2012), there were 49 new patients in cosmetic division, dermatovenereology outpatient clinic Dr. Soetomo general hospital. The most common patient was female, with the highest age group of 25-44 years old, and the most clinical feature found were papulopustular rosacea and erythemato-telangiectatic rosacea. The most common treatment were metronidazole for topical treatment and doxycycline for systemic treatment. **Conclusions:** The most clinical feature were papulopustular and erythemato-telangiectatic subtype, only few cases of phymatous subtype, while the ocular subtype was not found. There were so many varieties in the management of rosacea because there was no standard therapy yet for the management of this disease.

Key words: rosacea, retrospective study, rosacea subtype.

Alamat korespondensi: Shakti Indraprasta, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 60131, Indonesia. Telepon: +62315501609, e-mail: shakti.indraprasta@yahoo.com

PENDAHULUAN

Rosasea adalah penyakit kulit kronis yang ditandai eritematosa di wajah bagian tengah (*centro facial*) yang berlangsung selama beberapa bulan. Rosasea merupakan penyakit yang ditimbulkan oleh beberapa

faktor pencetus seperti makanan pedas, minuman panas, stres, sinar matahari, obat-obatan, dan kosmetik. Masalah yang ditimbulkan oleh penyakit ini tidak hanya dari segi medis, tetapi juga memengaruhi hubungan sosial dan psikologis individu.^{1,2}

Prevalensi rosasea pada populasi umum masih belum jelas, di Indonesia belum diketahui prevalensi yang pasti, namun dikatakan terjadi hingga 10% pada individu dengan usia pertengahan. Angka kejadian kasus rosasea di Divisi Kosmetik Unit Rawat Jalan (URJ) RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2008, 2009, dan 2010 sebesar 0,26%, 0,60%, dan 1,05% dari jumlah seluruh pasien baru. Rosasea sering diderita pada usia 30-40 tahun, namun dapat pula terjadi pada usia remaja ataupun orang tua. Ras kulit putih (kaukasia) lebih banyak terkena dibandingkan dengan kulit hitam (negro) atau kulit berwarna (polinesia), dan di negara barat lebih sering terjadi pada mereka yang bertaraf sosio-ekonomi rendah. Insidensi lebih sering terjadi pada wanita daripada pria, namun rinofima lebih sering terdapat pada pria.¹

Gejala klinis rosasea dibagi menjadi dua jenis, yaitu gejala primer dan gejala sekunder. Gejala primer yaitu berupa eritematosa, papul, pustul, dan telangiektasis. Gejala sekunder yaitu berupa rasa terbakar atau tersengat, plak, kulit kering, edematosa wajah, *phymatous*, gejala okular, dan *peripheral flushing*. Rosasea dibagi menjadi empat sub tipe, yaitu sub tipe eritemato-telangiektasis, papulopustular, *phymatous*, dan okular. Perkembangan derajat rosasea dari satu sub tipe ke sub tipe lain tidak terjadi, tetapi sub tipe tersebut bisa saling tumpang tindih pada individu yang sama. Diagnosis rosasea sering ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, pasien sering datang berobat karena alasan kosmetik serta telah berpindah-pindah dari satu dokter ke dokter lainnya. Pemeriksaan laboratorium KOH merupakan pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosis dengan didapatkan *Demodex folliculorum*. Pengobatan rosasea prinsipnya adalah menghindari faktor pencetus dan mengurangi inflamasi, sesuai dengan patogenesis terjadinya rosasea yang hingga saat ini penyebab pastinya masih belum diketahui. Dasar pemilihan jenis pengobatan disesuaikan dengan sub tipe rosasea. Berbagai modalitas terapi dapat dipilih seperti obat topikal, obat sistemik, laser, ataupun pembedahan.²

Rosasea walaupun jelas terlihat, namun masyarakat atau bahkan seorang dokter juga banyak yang tidak mengetahui dan memahami tentang penyakit ini. Informasi mengenai karakter atau gambaran umum dari pasien yang menderita rosasea sangat terbatas. Pengetahuan yang berkaitan dengan epidemiologi,

etiologi, patogenesis, dan terapi pada penyakit rosasea ini terbatas. Penelitian retrospektif yang secara spesifik mengenai karakteristik penyakit rosasea di Indonesia belum pernah ada sebelumnya.³

Penelitian retrospektif ini bertujuan untuk mengevaluasi gambaran umum pasien rosasea, informasi karakter pasien, dan penanganan pasien rosasea di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama tahun 2010-2012. Penelitian retrospektif ini diharapkan dapat memberikan masukan terhadap penegakan diagnosis, pencegahan faktor pencetus, serta pemilihan terapi yang tepat, sehingga meningkatkan keberhasilan tatalaksana pasien rosasea di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

METODE

Penelitian dilakukan secara retrospektif dengan melihat catatan rekam medik pasien baru rosasea di Instalansi Sistem Informasi dan Manajemen (IT) RSUD Dr. Soetomo dan juga Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode Januari 2010 sampai dengan Desember 2012.

Data yang dikumpulkan adalah jumlah kunjungan, meliputi rekam medis yang menyantumkan data pasien rosasea yaitu gambaran umum (meliputi data dasar yaitu jumlah pasien, distribusi usia, dan jenis kelamin), anamnesis (keluhan dan faktor pencetus yang diduga berperan yaitu stres, latihan fisik, makanan pedas atau minuman panas, obat-obatan, dan kosmetik), gejala klinis (status dermatologis), diagnosis, dan penatalaksanaan. Data tersebut selanjutnya dilakukan pengolahan data.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan jumlah kunjungan pasien baru rosasea di Divisi Kosmetik dan URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode 2010-2012 sebanyak 49 pasien baru. Kunjungan terbanyak pada tahun 2012 yaitu sebanyak 20 pasien baru. Pada tahun 2010 jumlah kunjungan sebanyak 13 pasien baru dan 2011 sebanyak 16 pasien baru.

Tabel 2 menunjukkan distribusi usia pasien baru rosasea di Divisi Kosmetik Medik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012. Kelompok usia terbanyak pasien baru rosasea adalah kelompok usia 25-44 tahun yaitu 26

pasien (53,1%).

Tabel 3 menunjukkan distribusi jenis kelamin pasien baru rosacea di Divisi Kosmetik Medik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012. Jenis kelamin terbanyak pasien baru rosacea adalah perempuan yaitu 29 pasien (59,2%).

Tabel 4 menunjukkan keluhan pasien baru rosacea di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012, terbanyak datang dengan keluhan jerawat yaitu pada 41 pasien (83,7%), diikuti kemerahan pada 37 pasien (75,5%).

Tabel 5 menunjukkan faktor pencetus dari pasien baru rosacea di Divisi Kosmetik URJ Kulit dan Kelamin Surabaya periode 2010-2012. Selama 3 tahun, faktor

pencetus terbanyak pasien baru rosacea adalah iklim atau sinar matahari sebanyak 18 pasien (36,7%).

Tabel 6 menunjukkan distribusi efloresensi lesi kulit pada pasien baru rosacea di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012. Efloresensi lesi yang terbanyak adalah papul pada 45 pasien (91,8%), diikuti eritematosa pada 42 pasien (85,7%).

Tabel 7 menunjukkan distribusi pengobatan pasien rosacea di Divisi Kosmetik Medik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010-2012. Terapi topikal terbanyak yang diberikan pada pasien rosacea adalah gel metronidazol sebanyak 16 (32,6%) pasien. Terapi sistemik terbanyak yang diberikan pada pasien rosacea adalah doksisisiklin sebanyak 29 (59,2%) pasien.

Tabel 1. Distribusi Pasien Baru rosacea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Pasien baru | Tahun | | | Jumlah (%) |
|---|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | 2010 (%) | 2011 (%) | 2012 (%) | |
| Rosacea | 13 | 16 | 20 | 49 |
| Divisi Kosmetik Medik URJ Kulit & Kelamin | 4.980 (0,26) | 2.627 (0,60) | 1.899 (1,05) | 9.506 (0,51) |
| | 11.710 (0,11) | 9.992 (0,16) | 7.864 (0,25) | 29.566 (0,16) |

Tabel 2. Distribusi Usia Pasien Baru Rosacea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Kelompok Usia | Tahun | | | Jumlah (%) |
|---------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 2010 (%) | 2011 (%) | 2012 (%) | |
| 1 - 4 tahun | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 - 14 tahun | 1 (7,7) | 0 | 0 | 1 (2,0) |
| 15- 24 tahun | 2 (15,4) | 1 (6,3) | 8 (40,0) | 11(22,4) |
| 25 - 44 tahun | 6 (46,1) | 10 (62,5) | 10 (50,0) | 26(53,1) |
| 45 - 64 tahun | 3 (23,1) | 4 (25,0) | 1 (5,0) | 8 (16,3) |
| ≥ 65 tahun | 1 (7,7) | 1 (6,3) | 1 (5,0) | 3 (6,1) |
| Jumlah | 13 (100) | 16(100) | 20 (100) | 49(100) |

Tabel 3. Distribusi Jenis Kelamin Pasien Baru Rosacea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Jenis kelamin | Tahun | | | Jumlah (%) |
|---------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 2010 (%) | 2011 (%) | 2012 (%) | |
| Laki-laki | 2 (15,4) | 7 (43,7) | 11 (55,0) | 20 (40,8) |
| Perempuan | 11 (84,6) | 9 (56,3) | 9 (45,0) | 29 (59,2) |
| Jumlah | 13 (100) | 16 (100) | 20 (100) | 49 (100) |

Tabel 4. Distribusi Keluhan Pasien Baru Rosacea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Keluhan | Tahun | | | Jumlah (%) n=49 |
|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | 2010 (%) n=13 | 2011 (%) n=16 | 2012 (%) n=20 | |
| Jerawat | 12 (92,3) | 13 (81,2) | 16 (80,0) | 41 (83,7) |
| Kemerahan | 8 (61,5) | 15 (93,7) | 14 (70,0) | 37 (75,5) |
| Gatal | 4 (30,8) | 9 (56,2) | 8 (40,0) | 21 (42,8) |
| Hidung membesar | 1 (7,7) | 3 (18,7) | 2 (10,0) | 6 (12,2) |
| Nyeri | 1 (7,7) | 2 (12,5) | 3 (15,0) | 6 (12,2) |
| Tebal | 0 | 1 (6,3) | 2 (10,0) | 3 (6,1) |
| Kulit berminyak | 0 | 1 (6,3) | 1 (5,0) | 2 (4,1) |
| Kulit wajah rata | 0 | 1 (6,3) | 0 | 1 (2,0) |
| Rasa terbakar | 0 | 1 (6,3) | 0 | 1 (2,0) |
| Mata berair | 0 | 1 (6,3) | 0 | 1 (2,0) |

Tabel 5. Distribusi Faktor Pencetus Pasien Rosacea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Faktor pencetus | Tahun | | | Jumlah (%) n=49 |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | 2010 (%) n=13 | 2011 (%) n=16 | 2012 (%) n=20 | |
| Iklim /sinar matahari | 3 (23,1) | 7 (43,7) | 8 (40,0) | 18 (36,7) |
| Makanan / minuman | 2 (15,4) | 2 (12,5) | 5 (25,0) | 9 (18,4) |
| Stress | 2 (15,4) | 2 (12,5) | 3 (15,0) | 7 (14,3) |
| Kosmetik | 0 | 4 (25,0) | 3 (15,0) | 7 (14,3) |
| Obat-obatan | 0 | 2 (12,5) | 1 (5,0) | 3 (6,12) |
| Latihan fisik | 0 | 0 | 0 | 0 |

*satu orang bisa lebih dari satu faktor pencetus

Tabel 6. Distribusi efloresensi lesi pasien baru rosacea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Efloresensi lesi | Tahun | | | Jumlah (%) n=49 |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | 2010 (%) n=13 | 2011 (%) n=16 | 2012 (%) n=20 | |
| Primer | | | | |
| Eritematosia | 10 (76,9) | 14 (87,5) | 18 (90,0) | 42 (85,7) |
| Papul | 11 (84,6) | 14 (87,5) | 20 (100) | 45 (91,8) |
| Pustul | 7 (53,8) | 8 (50,0) | 12 (60,0) | 27 (55,1) |
| Teleangiectasi | 3 (53,8) | 4 (25,0) | 5 (25,0) | 12 (24,5) |
| Sekunder | | | | |
| <i>Burning / Stinging</i> | 0 | 1 (6,3) | 0 | 1 (2,0) |
| Plak | 1 (7,7) | 0 | 2 (10,0) | 3 (6,1) |
| Kulit kering | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Edema wajah | 0 | 0 | 1 (5,0) | 1 (2,0) |
| Phymatous | 1 (7,7) | 0 | 2 (10,0) | 3 (6,1) |
| Okular | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Peripheral flushing</i> | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabel 7. Distribusi Pengobatan Pasien Rosasea Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2010–2012

| Pengobatan | Tahun | | | Jumlah (%) n=49 |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | 2010 (%) n=13 | 2011 (%) n=16 | 2012 (%) n=20 | |
| Topikal | | | | |
| Metronidazol | 4 (30,8) | 1 (6,3) | 11 (55,0) | 16 (32,6) |
| Eritromisin | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tetrasiklin | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Klindamisin | 3 (23,1) | 3 (18,7) | 3 (15,0) | 9 (18,4) |
| Asam azelaik | 1 (7,7) | 3 (18,7) | 9 (45,0) | 13 (26,5) |
| Tretinoin | 3 (23,1) | 3 (18,7) | 8 (40,0) | 14 (28,6) |
| BPO | 1 (7,7) | 0 | 2 (10,0) | 3 (6,1) |
| Permethrin 5% | 1 (7,7) | 0 | 1 (5,0) | 2 (4,1) |
| Natrium fusidat 2% | 0 | 0 | 1 (5,0) | 1 (2,0) |
| Hidrokortison 1% | 1 (7,7) | 0 | 0 | 1 (2,0) |
| HG Krim | 1 (7,7) | 0 | 0 | 1 (2,0) |
| Sistemik | | | | |
| Tetrasiklin | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Eritromisin | 0 | 1 (6,3) | 1 (0,5) | 2 (4,1) |
| Doksisiklin | 6 (46,1) | 7 (43,7) | 16 (80,0) | 29 (59,2) |
| Metronidazol | 2 (15,4) | 3 (18,7) | 4 (20,0) | 9 (18,4) |
| Cetirizine | 1 (7,7) | 0 | 1 (5,0) | 2 (4,1) |
| Klindamisin | 0 | 1 (6,3) | 0 | 1 (2,0) |
| Amoksilin | 1 (7,7) | 0 | 0 | 1 (2,0) |
| Loratadine | 1 (7,7) | 0 | 1 (5,0) | 2 (4,1) |
| Lain-lain | | | | |
| Laser | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pembedahan | 0 | 0 | 0 | 0 |

Keterangan: BPO= *Benzoil peroksida*

PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan distribusi pasien baru rosasea di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, diketahui bahwa terdapat sebanyak 0,51% pasien baru (49 pasien dari total 9506 pasien baru yang datang ke Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya). Angka kejadian rosasea masih belum diketahui secara pasti, namun ada literatur yang menyebutkan angka kejadian rosasea berkisar 5% dari populasi. Rendahnya persentase ini disebabkan karena kesalahan diagnosis dengan akne vulgaris, selain itu rosasea lebih sering terjadi pada orang yang berkulit putih.^{1,2}

Kelompok usia terbanyak yang mengalami rosasea didapatkan pada kelompok usia 25-44 tahun sebanyak 53,1%. Hal ini sesuai dengan Harahap yang menyebutkan bahwa prevalensi rosasea paling banyak didapatkan pada usia dekade ketiga, walaupun juga bisa didapatkan pada usia pubertas dan dewasa muda. Sebuah studi di Inggris oleh Spoendlin dan kawan-kawan didapatkan 80% kasus rosasea terjadi pada usia di atas 30 tahun. Hal ini merupakan salah satu prinsip dasar yang membedakan antara akne vulgaris dan

rosasea.^{1,4}

Studi retrospektif ini menunjukkan rasio perbandingan pasien perempuan (59,2%) lebih besar dibandingkan dengan pasien laki-laki (40,8%). Hal ini sesuai dengan studi oleh Spoendlin dan kawan-kawan, didapatkan prevalensi rosasea yang lebih tinggi pada wanita. Salah satu faktor yang juga menyebabkan mengapa prevalensi wanita lebih tinggi bisa disebabkan karena pasien wanita umumnya lebih memperhatikan masalah kosmetik dibandingkan dengan pasien laki-laki.^{2,4} Keluhan pasien rosasea terbanyak berupa jerawat atau bintil di wajah, terdapat pada 41 pasien (83,7%), diikuti dengan wajah kemerahan pada 37 pasien (75,5%), dan gatal pada 21 pasien (42,8%).

Pencegahan faktor pencetus rosasea merupakan hal yang sangat penting karena penyebab rosasea tidak diketahui. Penelitian retrospektif ini menunjukkan faktor pencetus penyebab timbulnya rosasea dari anamnesis adalah iklim atau sinar matahari yaitu sebanyak 36,7%, diikuti makanan pedas atau minuman panas sebanyak 18,4%. Stres, penggunaan kosmetik, dan pengobatan topikal seperti steroid masing-masing sebesar 14,3%. Sinar matahari merupakan penyebab terjadinya rosasea, yang sampai saat ini patogenesis

pastinya masih belum diketahui.⁵

Rosasea merupakan penyakit dengan etiologi yang tidak diketahui. Beberapa faktor diduga yang memengaruhi terjadinya rosasea adalah faktor makanan, psikis, obat-obatan, infeksi, musim, iklim, imunologi, dan faktor lainnya.¹ Beberapa faktor lain yang baru-baru ini ditemukan berpengaruh antara lain degenerasi matriks dermal, abnormalitas unit pilosebacea, ekspresi ferritin, *reactive oxygen species* (ROS), meningkatnya neoangiogenesis, dan disfungsi *peptide antimicrobial*.^{6,7,8,9,10} Faktor pencetus yang disebutkan diatas belum ada satupun yang bisa dibuktikan secara pasti. Penelitian terbaru menduga faktor genetik ternyata berperan pada penyakit ini, yaitu tidak adanya *Glutathione S-Transferase Mu 1* (GSTM 1) dan *Glutathione S-Transferase Theta 1* (GSTT 1) *genotype*. Penelitian lebih mendalam sangat diperlukan di masa yang akan datang.¹¹

Efloresensi terbanyak yang ditemukan pada penelitian retrospektif ini adalah papul yang didapatkan pada 91,8% pasien, diikuti eritematosa wajah sebanyak 85,7% pasien, dan pustul sebanyak 55,1% pasien. Gejala klinis rosasea secara umum dibagi menjadi gejala primer dan sekunder. Gejala primer terdiri dari eritematosa, papul, pustul, dan telangiectasis. Gejala sekunder terdiri dari *burning/stinging*, plak, kulit kering, edematosa wajah, dan *peripheral flushing*. Komedo tidak didapatkan, namun bila didapatkan komedo merupakan kombinasi dengan akne (komedo solaris, akne kosmetika). Eritematosa dan telangiectasis bersifat persisten pada setiap episode dan merupakan gejala khas rosasea.^{1,2}

Saat ini untuk memudahkan diagnosis dan pemberian terapi, rosasea dibagi menjadi empat subtype berdasarkan gejala klinisnya yang lebih menonjol.^{12,13,14} Subtype 1 (Eritemato-telangiectasis) didapatkan eritematosa pada wajah bagian tengah (*centrofacial*) yang persisten, seringkali terjadi *flushing*, dapat terjadi telangiectasis pada pembuluh darah. Subtype 2 (Papulopustular) didapatkan papul berbentuk kubah dengan dasar eritematosa, beberapa dengan pustul pada wajah bagian tengah dengan dasar eritematosa persisten. Subtype 3 (*phymatous*) didapatkan pembengkakan di wajah yang persisten dengan hipertrofi jaringan (rinofima) dan terdapat beberapa varian yang berbeda. Subtype 4 (okular) didapatkan inflamasi okular yaitu blefaritis, konjungtivitis, disfungsi kelenjar meibom, kalazion, dan lain-lain.

Sebagian besar pasien rosasea yang ditemukan

pada penelitian ini adalah subtype eritemato-telangiectasis dan subtype papulopustular. Subtype *phymatous* hanya ditemukan pada 6,1% kasus di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, sementara subtype okular tidak ditemukan sama sekali. Rendahnya angka kejadian subtype *phymatous* dan okular dapat disebabkan oleh karena ketidaktepatan dalam menulis efloresensi secara lengkap di rekam medis komputer. Penyebab lainnya dapat karena tumpang tindih dengan manifestasi klinis yang lain, ataupun juga bisa karena memang tidak ditemukan subtype ini. Persentase gejala sekunder rosasea seperti *burning/stinging*, plak, kulit kering, edematosa wajah, dan *peripheral flushing* sangat sedikit ditemukan pada penelitian ini, diduga sering tidak terdeteksi atau tidak diperiksa pada waktu pemeriksaan fisik.

Penelitian retrospektif ini menunjukkan bahwa seluruh pasien rosasea mendapatkan kombinasi pengobatan topikal dan sistemik. Kombinasi pengobatan pada penelitian ini didapatkan cukup bervariasi karena hingga saat ini belum ada standar pasti mengenai jenis pengobatan dan berapa lama pemberian terapi pada rosasea.

Terapi penyakit rosasea dapat berupa pengobatan sistemik maupun topikal menurut Pedoman Diagnosis dan Terapi Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin 2012. Pengobatan sistemik yang diberikan berupa antibiotik yaitu tetrasiklin, eritromisin, minosiklin, doksisisiklin, dan metronidazol. Pengobatan topikal yang dapat diberikan yaitu metronidazol, asam azelaik, dan retinoid. Terapi lain yang bisa diberikan adalah spironolakton (untuk rosasea tipe *phymatous*), laser vaskular atau *intense pulsed light*, dan pembedahan (untuk rosasea tipe *phymatous*). Rosasea tipe okular sebaiknya dikonsultasikan ke dokter spesialis mata untuk pengobatannya.

Pengobatan topikal yang sering diberikan pada pasien rosasea pada penelitian ini diantaranya adalah metronidazol (32,6%), tretinoin (28,6%), asam azelaik (26,5%), dan klindamisin (18,4%). Pengobatan sistemik pasien rosasea di Divisi Kosmetik URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, didapatkan data bahwa doksisisiklin diberikan pada 59,2% pasien, diikuti metronidazol (18,4%) dan eritromisin (4,1%).

Pemberian antibiotik pada rosasea diberikan bukan karena efek antimikrobialnya, namun lebih untuk efek antiinflamasinya. Eritromisin 500 mg dua kali sehari merupakan terapi alternatif yang bermanfaat dan

dapat digunakan pada pasien ibu hamil. Lamanya pengobatan sistemik diperlukan untuk mengontrol inflamasi papul dan pustul berkisar dari 6 sampai 12 minggu. Pemilihan terapi sistemik untuk diberikan ke pasien sama seperti terapi topikal bergantung pada pengalaman dokter dan pasien tertentu yang sedang dirawat. Terapi antibiotik oral sendiri berguna untuk kontrol awal, namun memiliki risiko resistensi antimikrobia dan efek samping antibiotik pada pemakaian jangka panjang.^{2,3}

Data mengenai adanya pasien rosacea subtype *phymatous* yang mendapatkan pembedahan ataupun terapi sinar (laser vaskular ataupun *intense pulsed light*) tidak didapatkan pada penelitian retrospektif ini. Hal ini bisa disebabkan karena memang rendahnya angka kejadian pasien rosacea subtype *phymatous* pada penelitian retrospektif ini. Terapi sinar termasuk laser vaskular dan *intense pulsed light* (IPL) adalah terapi alternatif yang bisa digunakan selain terapi oral dan topikal. Terapi sinar dapat menghilangkan telangiectasis, mengurangi eritematososis, papul, dan pustul dan mempercepat proses penyembuhan. Terapi ini dapat digunakan sebagai terapi tambahan dengan regimen lain untuk mempercepat penyembuhan gejala secara tuntas. *532 nm frequency-doubled, potassium-titanyl-phosphate* (KTP), *pulsed dye lasers* (PDLs), dan IPL telah digunakan secara sukses pada pengobatan rosacea tanpa efek samping yang berarti. Perbandingan antara PDL dan IPL pada rosacea subtype eritemato-telangiectasis, keduanya menghasilkan perbaikan pada eritematososis, telangiectasis, dan mengobati gejala yang dikeluhkan pasien dengan keberhasilan dan keamanan yang sama.¹⁵

KEPUSTAKAAN

1. Widjaja ES. Rosacea dan akne vulgaris. Dalam: Harahap M, editor. Ilmu penyakit kulit. Jakarta: Hipokrates; 2000. h. 31-35.
2. Pelle MT. Rosacea. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th ed. New York: McGraw Hill Companies; 2012. p. 918-25.
3. Powell F. Rosacea: diagnosis and management. New York: Informa Healthcare; 2009.
4. Spoenlin J, Voegel JJ, Jick SS, Meier CR. A study on the epidemiology of rosacea in the UK. *Br J Dermatol* 2012; 167(3):598-605.
5. Marks R. The Enigma of rosacea. *J Dermatolog Treat* 2007; 18: 326-328.
6. Laquer V, Hoang V, Nguyen A, Kelly KM. Angiogenesis in cutaneous disease: part II. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61(6):945-58.
7. Bonnar E, Eustace P, Powell FC. The Demodex mite population in rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28(3):443-8.
8. Tisma VS, Basta-Juzbasic A, Jaganjac M. Oxidative stress and ferritin expression in the skin of patients with rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60(2):270-6.
9. Cuevas P, Arrazola JM. Therapeutic response of rosacea to dobesilate. *Eur J Med Res* 2005; 10(10):454-6.
10. Schaubert J, Gallo RL. Antimicrobial peptides and the skin immune defense system. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122(2):261-6.
11. Abram K. Risk factors associated with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 24(5):565-71.
12. Bamford JT, Gessert CE, Renier CM. Measurement of the severity of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(5):697-703.
13. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(3):327-41.
14. Dahl MV. Rosacea subtypes: a treatment algorithm. *Cutis* 2004; 74(3 Suppl):21-7.
15. Lee JB. Light based therapies for rosacea. Asia-Pacific acne symposium 2011: 91-93.