

## Original Research

## KARAKTERISTIK DAN MANAJEMEN DERMATITIS KONTAK DI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER SAMARINDA

Cristine Triana Jimah<sup>a</sup>, Vera Madonna Lumban Toruan<sup>b</sup>, Hary Nugroho<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

<sup>b</sup> Laboratorium Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

<sup>c</sup> Laboratorium Ilmu Anatomi, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

Korespondensi: cristinetrianaj@gmail.com

### Abstrak

Dermatitis kontak adalah penyakit pada kulit yang disebabkan oleh zat-zat luar baik bahan yang bersifat iritan atau alergen yang merupakan 9 dari 10 penyakit terbanyak di Samarinda pada tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien dermatitis kontak di Samarinda. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan 120 data rekam medik pasien dermatitis kontak yang diambil dari 3 Puskesmas di Samarinda pada periode Januari-Desember 2018. Berdasarkan kelompok usia, usia terbanyak merupakan anak-anak berusia 6-11 tahun (26,7%). Berdasarkan produktifitas, usia terbanyak merupakan usia produktif 15-64 tahun (55%). Mayoritas jenis kelamin perempuan (63,4%). Pekerjaan yang paling sering ditemui adalah pelajar (42,5%). Pasien paling sering berobat dengan keluhan utama gatal (89,16%). Hanya sedikit rekam medik yang disertai catatan riwayat kontak (3,3%). Lokasi keluhan kulit yang paling sering ditemukan adalah pada seluruh tubuh (30,9%). Tatalaksana yang paling sering digunakan adalah antihistamin (86,66%). Ditemukan kasus dermatitis kontak dengan rekurensi (3,3%).

**Kata kunci:** Karakteristik, Manajemen, Dermatitis Kontak

### Abstract

Contact dermatitis caused by skin exposure to irritant or allergenic substance which become the 9 out of 10 most common diseases in Samarinda at 2018. The aim of this study was to determine the characteristic of the contact dermatitis patients. This study is a descriptive study using 120 patients medical record diagnosed with contact dermatitis from 3 primary health community in Samarinda in the year 2018. Based on age group, the study found the majority of incidences are in the children age 6-11 (26,7%), based on productivity age group, the incidence rates are significantly higher in the productive age 15-64 (55%). The study reveals a higher incidence at women (63,4%). The majority of the patients were student (42,5%). Itch was the most common symptom in contact dermatitis (89,16%). There were few cases registered with history of exposure of certain substance in their medical record (3,3%). The most affected area was on the whole body (30,9%). The most frequent given medication was antihistamine (86,66%). There were few contact dermatitis recurrence cases (3,3%).

**Key words:** Characteristic, Management, Contact Dermatitis

## PENDAHULUAN

Data dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda menunjukkan bahwa dermatitis kontak merupakan peringkat ke 9 dari 10 penyakit dengan angka kejadian terbanyak di Samarinda pada tahun 2018. Dermatitis kontak menjadi penyumbang 70-90% kasus penyakit kulit akibat kerja.<sup>1</sup>

Dermatitis kontak umumnya disebabkan oleh zat-zat luar yang menyebabkan inflamasi seperti bahan kimia yang terkandung pada alat-alat yang digunakan sehari-hari seperti aksesoris, kosmetik, obat-obatan topikal, logam, dan pakaian, maupun bahan-bahan yang berhubungan dengan pekerjaan seperti semen, sabun cuci, pestisida, cat, dan bahan-bahan lainnya.<sup>2</sup> Terdapat dua klasifikasi dari dermatitis kontak, yakni dermatitis kontak iritan dan dermatitis kontak alergi. Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah inflamasi kulit yang terjadi tanpa proses sensitisasi karena disebabkan oleh bahan iritan, sedangkan dermatitis kontak alergi (DKA) adalah inflamasi kulit yang terjadi melalui proses sensitisasi terhadap suatu bahan alergen.<sup>3</sup>

Diagnosis dermatitis kontak ditentukan berdasarkan anamnesis dan gejala klinis, lalu dikonfirmasi dengan melakukan *patch test*. DKI dan DKA penting untuk dibedakan karena manajemen yang berbeda.<sup>4</sup> Anamnesis dilakukan untuk menggali informasi secara lengkap yang mencakup usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan riwayat kontak dengan alergen, serta dibutuhkan inspeksi untuk mengidentifikasi lokasi kelainan kulit. Pemeriksaan penunjang berupa *patch test* harus dilakukan jika DKI atau DKA tidak dapat dibedakan.<sup>3</sup>

Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) membedakan kompetensi penatalaksanaan DKI dan DKA. Dokter umum pada pelayanan kesehatan primer dituntut dapat melakukan tatalaksana pada

DKI hingga tuntas, sedangkan DKA harus dapat diberikan tatalaksana awal dan dilakukan rujukan apabila tidak ada perbaikan.<sup>5</sup> Dermatitis kontak yang mendapatkan diagnosis akurat dan tidak mendapatkan tatalaksana yang adekuat dapat memengaruhi produktivitas kerja hingga kualitas hidup seperti aspek emosional, sosial, dan ekonomi, menyebabkan rekurensi dermatitis kontak, dan menyebabkan komplikasi berupa infeksi sekunder yang dapat memperburuk keadaan pasien.<sup>6</sup>

Secara global, kortikosteroid topikal masih dianggap tatalaksana lini pertama pada dermatitis kontak sebagai penanganan simptomatik, namun penelitian mengenai efikasi dan keamanan dari obat-obatan yang digunakan untuk dermatitis kontak masih minim.<sup>7</sup> Evaluasi mengenai tatalaksana yang diberikan juga perlu dilakukan untuk mengetahui kemungkinan timbulnya penyakit penyerta akibat tatalaksana.<sup>8</sup>

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini mengikuti prinsip-prinsip etika penelitian dan telah mendapatkan surat persetujuan kelayakan etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman No. 170/KEPK-FK/XII/2019.

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan merupakan data sekunder berupa rekam medik Puskesmas Temindung, Puskesmas Sempaja, dan Puskesmas Wonorejo Samarinda periode Januari hingga Desember 2018 dengan kode *International Classification of Disease 10<sup>th</sup>* (ICD-10) L23 yaitu kode untuk DKA, L24 yaitu kode untuk DKI, dan L25 yaitu kode untuk dermatitis kontak tidak terspesifikasi,

data yang diambil meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, keluhan utama, riwayat kontak dengan bahan iritan atau alergen, lokasi kelainan kulit, tatalaksana medikamentosa, dan rekurensi dermatitis kontak.

Perhitungan besar minimal sampel ditentukan dengan rumus Lemeshow pada populasi tidak terbatas.<sup>9</sup>

$$n = \frac{z^2 \cdot 1-\alpha/2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

- n : Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan
- z : Nilai standar normal (jika  $\alpha$ : 0,05, maka z adalah 1,96)
- P (1-P) : Estimasi proporsi populasi 0,5
- d : *Sampling error* 10%

Dari rumus lemeshow, didapatkan jumlah sampel minimal adalah 96. Berdasarkan penilaian peneliti atas jumlah data yang bersedia diberikan oleh masing-masing instansi, jumlah besar sampel yang ditentukan untuk penelitian ini adalah 120 sampel.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dermatitis kontak erat hubungannya dengan pekerjaan sehingga penelitian gambaran mengenai usia dilihat melalui 2 sudut pandang, yaitu berdasarkan rentang usia dan berdasarkan produktifitas.

Usia pasien diklasifikasikan menurut pembagian usia Depkes tahun 2009 yang terdiri atas balita, anak-anak, remaja awal, remaja akhir, dewasa awal, dewasa akhir, lansia awal, lansia akhir, dan manula.

**Tabel 1.** Distribusi Usia Pasien Dermatitis Kontak Berdasarkan Rentang Usia

Usia Pasien Dermatitis Kontak (tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Anak-anak (6-11)	32	26,7
Remaja akhir (17-25)	18	15
Dewasa awal (26-35)	18	15
Dewasa akhir (36-45)	14	11,7
Remaja awal (12-16)	13	10,8
Lansia awal (46-55)	7	5,8
Lansia akhir (56-64)	7	5,8
Manula ( $\geq 65$ )	6	5
Balita ( $\leq 5$ )	5	4,2
Total	120	100

Hasil studi didapatkan bahwa kategori usia anak-anak yaitu pada rentang usia 6-11 tahun merupakan kategori usia yang paling sering dijumpai yakni sejumlah 32 orang (26,7%). Hasil yang berbeda ditemukan pada studi yang dilakukan Prabowo tahun 2017, menunjukkan usia terbanyak pada rentang usia 41-50 tahun.<sup>10</sup> Menurut literatur, kulit anak-anak cenderung memiliki stratum korneum yang lebih tipis dibanding orang dewasa dan pembentukan lapisan epidermis yang belum sempurna.<sup>11</sup>

Sejumlah besar usia pasien dermatitis kontak merupakan usia produktif pada rentang usia 15-64 tahun, sebanyak 60 kasus (55%). Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Indera Denpasar bahwa sebagian besar pasien dermatitis kontak termasuk kedalam kelompok usia produktif karena pada kelompok usia produktif cenderung lebih aktif sehingga lebih sering terpapar bahan iritan ataupun alergen karena aktivitas sehari-hari ataupun pekerjaan.<sup>10</sup>

Kelompok usia dengan frekuensi paling sedikit adalah kelompok usia 0-5 tahun sebanyak 5 orang (4,2%). Studi yang dilakukan oleh Pigatto mengenai dermatitis kontak pada anak-anak menjelaskan bahwa usia yang sangat muda dapat menyebabkan reaksi imun yang dimediasi sel T pada balita masih

lebih lambat dan adanya kemungkinan paparan bahan iritan ataupun alergen yang masih terbatas.<sup>11</sup> Rentang usia 65 tahun keatas juga merupakan rentang usia kasus dermatitis kontak yang terbilang sedikit yaitu hanya terdapat 6 kasus (5%) karena penurunan respon imun pada usia yang lebih tua menyebabkan penurunan risiko dermatitis kontak.<sup>12</sup>

**Tabel 2.** Distribusi Pasien Dermatitis Kontak Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin Pasien Dermatitis Kontak	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perempuan	76	63,4
Laki-laki	44	36,6
Total	120	100

Pasien dermatitis kontak didominasi oleh pasien perempuan dengan pasien perempuan berjumlah 76 orang (63,4%). Penelitian yang dilakukan Prabowo tahun 2017 mengenai karakteristik dermatitis kontak mendapati jenis kelamin pasien dermatitis kontak didominasi perempuan.<sup>10</sup> Hasil berbeda ditemukan pada studi Witasari tahun 2014 di RSUD Dr. Soetomo yaitu dermatitis kontak didominasi pasien laki-laki, namun dijelaskan bahwa sebenarnya jenis kelamin bukan merupakan faktor endogen yang menyebabkan kulit menjadi lebih rentan, tetapi disebabkan oleh lama kontak dan jenis bahan iritan atau alergen.<sup>13</sup>

**Tabel 3.** Distribusi Pasien Dermatitis Kontak Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Jenis Pekerjaan Pasien Dermatitis Kontak	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pelajar	51	42,5
Belum/Tidak bekerja	40	33,3
IRT	13	10,9
Swasta	10	8,3
PNS	6	5
Total	120	100

Pekerjaan pasien dermatitis kontak yang paling sering dijumpai merupakan pelajar yaitu berjumlah 51 orang (42,5%). Penelitian ini juga mendapatkan 40 orang (33,3%) yang mencantumkan pekerjaan sebagai belum atau tidak bekerja yang tidak dapat diketahui kegiatan rutin sehari-harinya, sehingga paparan bahan iritan ataupun alergen dapat berasal dari banyak tempat. Penelitian Noviandini pada tahun 2014 menunjukkan hasil serupa dengan penelitian ini bahwa pasien dermatitis kontak merupakan mayoritas pelajar, yang kemungkinan banyak menggunakan asesoris, kosmetik, parfum, dan bahan industri lainnya.<sup>14</sup> Studi yang dilakukan Witasari pada tahun 2014 menunjukkan hasil yang berbeda, yaitu mayoritas pekerjaan pasien dermatitis kontak adalah pekerja pabrik yang dicurigai banyak terpapar bahan kimia.<sup>13</sup> Penelitian oleh Sunaryo tahun 2014 juga menunjukkan hasil berbeda bahwa dermatitis kontak banyak terjadi pada ibu rumah tangga yang sekiranya sering berhubungan dengan bahan kimia seperti lateks dan deterjen. Pekerjaan atau kegiatan apapun dapat mencetuskan dermatitis kontak jika terdapat paparan dengan bahan kimia terus menerus sehingga menyebabkan kulit pekerja menjadi semakin rentan yang dipengaruhi juga dengan lama kontak dan penggunaan APD.<sup>15</sup>

**Tabel 4.** Distribusi Keluhan Utama Pasien Dermatitis Kontak

Keluhan Utama	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Gatal-gatal	107	89,16
Bintik-bintik	15	12,5
Bercak-bercak merah	9	10,8
Merah-merah	7	5,83
Bernanah	4	3,33
Bengkak	4	3,33
Bercak-bercak	4	3,33
Koreng	4	3,33
Demam	4	3,33
Nyeri	3	2,5
Perih	3	2,5
Bisul	2	1,66
Bentol	2	1,66
Biduran	1	0,83
Jerawat	1	0,83

Keterangan: Satu pasien dapat memiliki lebih dari satu keluhan utama, sehingga hasil perhitungan persentase didapatkan dari banyaknya pasien yang mengalami keluhan tersebut, lalu dibagi dengan jumlah total responden yaitu 120 pasien.

Setiap pasien cenderung memiliki beberapa keluhan utama saat berkonsultasi ke dokter, namun gatal menjadi keluhan utama yang paling sering menyebabkan pasien datang berobat yaitu sejumlah 107 pasien (89,16%). Hasil penelitian serupa ditemukan pada studi yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo, yaitu keluhan utama pasien dermatitis kontak adalah gatal.<sup>13</sup> Gatal atau pruritus menjadi salah satu gejala utama yang menyebabkan pasien melakukan konsultasi kepada dokter karena perasaan tidak nyaman yang dapat memengaruhi secara psikis maupun fisik.<sup>16</sup> Pruritus dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, pekerjaan, psikis, sehingga dapat mengganggu kuantitas dan kualitas tidur pasien.<sup>17</sup> Pruritus dapat menjadi tidak tertahankan sehingga untuk menghilangkan perasaan tidak nyaman tersebut, manusia cenderung menggaruk bagian yang gatal sehingga dapat menyebabkan kerusakan yang lebih parah pada kulit.<sup>18</sup> Kegiatan menggaruk yang awalnya

sudah dicetuskan oleh reaksi inflamasi dapat mengikis lapisan kulit sehingga menimbulkan infeksi sekunder.<sup>19</sup>

**Tabel 5.** Gambaran Riwayat Kontak Pasien Dermatitis Kontak

Riwayat Kontak	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak ada	114	96,7
Ada	6	3,3
Total	120	100

Data rekam medik hanya menyajikan 6 kasus (3,3%) yang disertai dengan catatan riwayat kontak, 6 kasus tersebut didapatkan 2 kasus disebabkan oleh obat, 1 kejadian pasca operasi, 2 kasus disebabkan oleh penggunaan krim wajah, dan 1 kejadian disebabkan oleh jarum. Riwayat kontak dianggap perlu diketahui dan dicantumkan pada rekam medik guna menegakkan diagnosis secara pasti dan mencegah keluhan semakin parah dan terjadi rekurensi.<sup>20</sup>

Kulit dapat bereaksi jika terkena paparan obat tertentu, reaksi kulit tersebut dapat bersifat ringan hingga berat dan mengancam nyawa. Identifikasi obat dapat diketahui melalui rekam medik dan menelusuri jejak penggunaan obat.<sup>21</sup> Sejumlah obat seperti neomisin, benzokain, dan klornitromisin juga diidentifikasi dapat menjadi bahan alergen.<sup>22</sup>

Dermatitis kontak setelah pembedahan dapat terjadi karena efek langsung dari penggunaan produk saat pembedahan atau hipersensitivitas tipe lambat, berbagai bahan seperti obat-obatan topikal, instrumen dan alat bedah, dan *surgical glue* sudah dilaporkan menjadi penyebab dermatitis kontak pasca operasi. Evaluasi dermatitis kontak pasca operasi membutuhkan pemahaman lebih dalam tentang tahapan prosedur dan kemungkinan paparan berbagai produk dalam pembedahan dan pengobatan.<sup>23</sup> Penggunaan krim dapat

menyebabkan dermatitis kontak karena berbagai kandungan contohnya seperti wewangian dan pengawet. Bahan alami dari ekstrak tumbuh-tumbuhan seperti almond, gandum, kedelai, dan kacang-kacangan juga disebutkan dapat menjadi bahan alergen namun seringkali tidak tercantum ke label produk. Dermatitis kontak akibat kontak dengan jarum biasanya terjadi akibat kontak dengan kandungan nikel yang menyebabkan reaksi alergi. Nikel dapat ditemukan pada berbagai benda lainnya seperti perhiasan, *zipper* pada pakaian, pisau, jam, dan lain-lain.<sup>24</sup> Bahan yang paling sering menjadi alergen adalah metal seperti nikel, krom, dan kobalt.<sup>22</sup> Penetrasi bahan iritan atau alergen ke dalam kulit seperti nikel pada perhiasan atau *chrome* pada jaket kulit atau jam tangan dengan tali kulit dapat difasilitasi oleh keringat.<sup>25</sup>

Bahan-bahan yang paling sering menyebabkan DKI adalah deterjen, sabun, bahan aditif pada karet, asam kuat, basa kuat, pelarut organik, dan larutan alkohol. DKA seringkali disebabkan oleh deterjen, metal, bahan aditif pada karet, paraben, antiseptik, formaldehid, dan pewangi.<sup>22</sup> Perbedaan bahan iritan kuat dan iritan lemah disebabkan oleh perbedaan konsentrasi bahan, ukuran molekul, dan daya larut.<sup>26</sup>

**Tabel 6.** Distribusi Lokasi Kelainan Kulit Pasien Dermatitis Kontak

Lokasi Lesi	Frekuensi	Persentase
Dermatitis Kontak	(n)	(%)
Seluruh tubuh	37	30,9
Kaki	22	18,3
Tangan dan kaki	17	14,2
Tangan	12	10
Wajah	11	9,2
Bokong	6	5
Dada	5	4,2
Selangkangan	4	3,3
Punggung	3	2,5
Perut	1	0,8
Tangan dan Selangkangan	1	0,8
Tangan dan perut	1	0,8

Total	120	100
-------	-----	-----

Lokasi kelainan kulit terbanyak terjadi pada seluruh tubuh yaitu dilaporkan sebanyak 37 kasus (30,9%). Hasil ini bertentangan dengan sejumlah penelitian, penelitian oleh Witasari dan penelitian oleh Chairunisa mendapatkan mayoritas kelainan kulit terdapat pada tangan.<sup>13,27</sup> Kelainan kulit yang menyebar ke seluruh tubuh disebabkan oleh kontak dengan bahan iritan ataupun alergen di seluruh tubuh atau bagian besar tubuh, hal ini biasanya disebabkan oleh bahan iritan atau alergen yang dapat berkontak dengan kulit melalui beberapa cara seperti kontak langsung, kontak dengan permukaan yang terpapar alergen atau iritan, kontak secara *airborne*, dan perpindahan bahan iritan serta alergen dari tangan ke bagian tubuh lain.<sup>27</sup> Hasil penelitian juga menemukan bagian tubuh lain yang kerap mengalami kelainan kulit yaitu tangan sejumlah 31 kasus (25,6%) dengan rincian keluhan kelainan kulit pada tangan saja sejumlah 11 kasus, tangan dan kaki sejumlah 17 kasus, tangan dan selangkangan sejumlah 1 kasus, tangan dan perut sejumlah 1 kasus.

Literatur menyatakan bahwa tangan secara aktif terpapar bahan iritan atau alergen yang berhubungan dengan aktivitas sehari-hari dan pekerjaan.<sup>28</sup> Hal ini juga selaras dengan penelitian Nofiyanti tahun 2017 yang menyebutkan bahwa prevalensi dermatitis kontak pada tangan cukup tinggi, dikarenakan hubungan dengan pekerjaan dan intensitas mencuci tangan yang tinggi. Intensitas mencuci tangan yang tinggi dapat menyebabkan pajanan berulang terhadap deterjen, air, sabun, dan lain-lain sehingga menurunkan kelembaban alami kulit dan juga merusak lapisan tanduk pada kulit.<sup>29</sup>

Tatalaksana utama dari dermatitis kontak adalah menghindari kontak dengan bahan iritan atau alergen, tidak ada tatalaksana simptomatik yang dapat memberikan hasil maksimal jika tetap terpapar dengan bahan iritan ataupun alergen. Upaya menghindari kontak dapat dilakukan dengan penggunaan APD dan memodifikasi atau menambah alat bantu kerja jika diharuskan berkontak dengan bahan iritan atau alergen.<sup>30</sup>

**Tabel 7.** Distribusi Tatalaksana Pasien Dermatitis Kontak

Tatalaksana Dermatitis Kontak	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Antihistamin	104	86,66
Kortikosteroid oral	87	72,5
Kortikosteroid topikal	61	50,83
Antibiotik oral	25	20,83
Keratolitik	15	12,5
Antipiretik	11	9,16
Antifungal	7	5,83
Antibiotik topikal	5	4,16
Anti-inflamasi non steroid	1	0,83

Keterangan: Setiap pasien bisa mendapatkan lebih dari satu jenis tatalaksana, sehingga hasil perhitungan persentase didapatkan dari jumlah pasien yang mendapatkan tatalaksana tersebut lalu dibagi dengan jumlah total responden yaitu 120 pasien.

Tatalaksana dapat diberikan beberapa jenis sekaligus terhadap satu pasien, baik tatalaksana simptomatis, tatalaksana kausatif, dan tatalaksana suportif guna mencapai hasil pengobatan yang optimal. Tatalaksana dermatitis kontak yang paling banyak digunakan adalah antihistamin sebanyak 104 kasus (86,66%) dan penggunaan kortikosteroid oral sebanyak 87 kasus (72,5%). Terdapat golongan obat lain yang diberikan pada kasus dermatitis kontak yaitu kortikosteroid topikal, antibiotik oral, antibiotik topikal, keratolitik, antifungal, antipiretik, dan anti-inflamasi non steroid. Jenis bahan aktif antihistamin yang paling sering diberikan adalah

klorpeniramin maleat dalam sediaan tablet, sedangkan jenis bahan aktif kortikosteroid oral yang paling sering diberikan adalah deksametason. Tatalaksana medika mentosa yang paling banyak diberikan secara topikal yaitu kortikosteroid berupa betametason.

Hasil penelitian serupa ditemukan pada penelitian Witasari di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yaitu terapi yang paling banyak diberikan adalah antihistamin.<sup>13</sup> Hasil berbeda ditemukan pada studi yang dilakukan oleh Prabowo di Rumah Sakit Indera Denpasar yaitu manajemen yang paling sering diberikan adalah kortikosteroid topikal.<sup>10</sup> Antihistamin per-oral banyak diberikan karena pemilihan bentuk sediaan disesuaikan dengan gejala dan lokasi kelainan kulit yang paling sering dikeluhkan yaitu gatal dan pada seluruh tubuh.<sup>31</sup> Menurut literatur, histamin bukan merupakan zat utama yang memicu respon inflamasi dan juga tidak berhubungan dengan sel-sel yang memicu inflamasi pada dermatitis kontak.<sup>32</sup> Antihistamin seringkali digunakan walaupun secara umum tidak efektif dalam mengurangi gatal, namun diperkirakan efek sedasi pada antihistamin mungkin dapat memberikan rasa nyaman bagi pasien.<sup>33</sup>

Kortikosteroid oral 87 (72,5%) menempati posisi kedua dalam manajemen dermatitis kontak, kortikosteroid oral yang paling sering digunakan adalah deksametason dalam sediaan tablet. Kortikosteroid secara umum digunakan untuk mengontrol respon inflamasi sehingga meredakan gejala inflamasi.<sup>13</sup> Penggunaan kortikosteroid oral digunakan untuk pengobatan simptomatik bagian tubuh yang meluas.<sup>34</sup> Pemilihan jenis kortikosteroid harus berdasarkan lokalisasi dan tingkat keparahan lesi kulit.<sup>30</sup> Hasil penelitian menemukan banyak pemberian tatalaksana kortikosteroid oral dan kortikosteroid topikal bersamaan yaitu sebanyak 48

kasus (40%). Kortikosteroid topikal juga digunakan untuk mengatasi proses inflamasi pada bagian tubuh yang terlokalisasi. Belum ada studi yang secara pasti menjelaskan mengenai efikasi pemberian kortikosteroid oral dan topikal secara bersamaan, namun prinsipnya pemberian kortikosteroid harus diberikan dengan dosis yang sesuai dengan pertimbangan mengenai potensi, bentuk sediaan, jumlah, aplikasi, dan lama pemakaian agar tidak memicu efek samping.<sup>35</sup> Hasil tinjauan pustaka menyebutkan bahwa kortikosteroid potensi rendah merupakan agen yang paling aman pada penggunaan jangka panjang dengan area permukaan yang besar. Pemakaian kortikosteroid jangka panjang dapat menyebabkan efek takifilaksis yang menyebabkan kulit menjadi toleran terhadap efek vasokonstriksi.<sup>30</sup>

Tatalaksana suportif dapat diberikan antibiotik dan pelembab untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder dan mendukung tatalaksana.<sup>30</sup> Penggunaan antibiotik oral maupun topikal digunakan untuk mengatasi dan mencegah terjadinya komplikasi terutama infeksi bakteri, penggunaan antipiretik dan anti inflamasi non-steroid juga digunakan untuk meredakan gejala dari komplikasi lainnya. Pada penelitian ini belum ditemukan penggunaan pelembab dalam tatalaksana medikamentosa yang sebenarnya berfungsi penting dalam menjaga kulit tidak semakin dehidrasi jika ditemukan efloresensi likenifikasi dan hiperkeratosis. Penggunaan kortikosteroid dan pelembab dianjurkan diberikan bersamaan dengan interval beberapa menit sejak pengolesan obat yang pertama, namun masih diperdebatkan dan belum ada panduan pasti mana yang diberikan terlebih dahulu, terdapat anggapan yang menyebutkan jika kortikosteroid topikal dioleskan setelah pelembab akan menyebabkan

kortikosteroid tidak dapat berdifusi dengan baik.<sup>31</sup>

**Tabel 8.** Gambaran Rekurensi Pasien Dermatitis Kontak

Rekurensi Dermatitis Kontak	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak terjadi rekurensi	116	96,7
Terjadi rekurensi	4	3,3
Total	120	100

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 4 pasien (3,3%) yang mengalami rekurensi ataupun kunjungan berulang dengan keluhan dermatitis kontak. Rendahnya gambaran kunjungan ulang dapat menyulitkan evaluasi terhadap penyakit, uji tempel seharusnya dapat dilakukan setelah lesi mereda untuk mengetahui pasti bahan penyebab. Informasi mengenai bahan penyebab dapat memudahkan edukasi pasien dermatitis kontak agar mempercepat penyembuhan serta mencegah terjadinya rekurensi.<sup>13</sup> Pasien tidak melakukan kunjungan kembali dapat pula diakibatkan karena sudah sembuh total ataupun terjadi rekurensi dengan tingkat keparahan yang lebih ringan dibanding penyakit sebelumnya, hanya sedikit pasien yang mengalami rekurensi setelah menghindari bahan iritan atau alergen.<sup>36</sup>

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, diantaranya penelitian ini hanya menggunakan data sekunder yang yang didapatkan melalui rekam medis dan register sehingga tidak dapat melakukan observasi dan wawancara langsung kepada pasien yang terdiagnosa dermatitis kontak. Data rekam medik mengenai pekerjaan dan riwayat kontak cenderung kurang lengkap, sehingga sulit mengidentifikasi penyebab dermatitis kontak. Data mengenai keluhan utama dan lokasi kelainan kulit juga hanya mengandalkan catatan rekam medik

sehingga peneliti tidak dapat memastikan kondisi aktual pasien.

## SIMPULAN

Kelompok usia pasien dermatitis kontak yang terbanyak dalam klasifikasi berdasarkan rentang usia adalah kategori usia anak-anak dengan rentang usia 6-11 tahun (26,7%). Kelompok pasien dermatitis kontak usia terbanyak dalam klasifikasi produktifitas adalah kelompok usia produktif (55%). Pasien dermatitis kontak didominasi pasien perempuan (63,4%). Pekerjaan pasien dermatitis kontak yang paling banyak adalah pelajar (42,5%). Gatal menjadi keluhan utama yang paling sering menyebabkan pasien dermatitis kontak berkonsultasi ke dokter (89,16%). Hanya sedikit catatan rekam medik yang mencantumkan riwayat kontak (3,3%). Lokasi kelainan kulit dermatitis kontak paling sering pada seluruh tubuh (30,9%). Tatalaksana dermatitis kontak yang paling sering diberikan adalah antihistamin (86,66%). Sejumlah kasus dermatitis kontak dengan rekurensi ataupun kunjungan berulang (3,3%).

## DAFTAR PUSTAKA

- Hutagalung AL and Hazlianda CP. Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pekerja Binatu terhadap Dermatitis Kontak di Kelurahan Padang Bulan Tahun 2017. *MDVI*. 46 (3) 2019; 116-66.
- Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. *PM. Fitzpatrick's Dermatology*. 9 ed. McGraw-Hill Education. United States of America. 2019.
- Sularsito S dan Soebaryo RW. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. FKUI. Jakarta. 2015.
- Boone MA, Jemec GB, dan Marmol VD. Differentiating Allergic and Irritant Contact Dermatitis by High-definition Optical Coherence Tomography: A Pilot Study. *Arch. Derm. Res*. 2015; 307 (1) :11-22.
- KKI (Konsil Kedokteran Indonesia). *Standar Kompetensi Dokter Indonesia, Sistem Integumen, Bagian 12, Nomor 34 dan 35, tentang kompetensi dokter pada penyakit Dermatitis Kontak Iritan dan Dermatitis Kontak Alergika*. 2012.
- Higaki Y, Tanaka M, Futei Y, Kamo T, Basra MK, dan Finlay AY. Japanese version of the Family Dermatology Life Quality Index: Translation and Validation. *JDA*. 2017; 44(8) :1-6.
- Maiti R, Sirka CS, Shaju N, dan Hota D. Halometasone monohydrate (0.05%) in Occupational Contact Dermatitis. *Indian. J. Pharmacol*. 2016; 48 (2) :128-33.
- Simpson EL. Comorbidity in Atopic Dermatitis. *Curr. Derm. Rep*. 2012; 1 (1) :29-38.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, dan Lwanga SK. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. WHO. Chichester. 1990.
- Prabowo PY. Karakteristik dan Manajemen Dermatitis Kontak Alergi Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Indera Denpasar Periode Januari-Juli 2014. *OJS Unud*. 2017; 6 (8) :1-6.
- Pigatto P, Martelli A, Marsili C, dan Fiocchi A. Contact dermatitis in children. *Ital. J. Pediatr*. 2010; 36 (2).
- Sulistyaningrum SK, Widaty S, Triestianawati W, dan Daili ES. Dermatitis Kontak Iritan dan Alergik pada Geriatri. *MDVI*. 2011; 38 (1) :29-40.
- Witasari D dan Sukanto H. Dermatitis Kontak Akibat Kerja. *BIKKK*. 2014; 26 (3) :161-7.
- Noviandini A dan Prakoeswa CR. Profil Uji Tempel pada Pasien Dermatitis Kontak. *BIKKK*. 2014; 26 (2) :109-15.
- Sunaryo Y, Pandaleke HE, dan Kapantow MG. Profil Dermatitis Kontak di Poliklinik Kulit dan Kelamin BLU RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari-Desember 2012. *ECL*. 2014; 2 (1).
- Song J, Xian D, Yang L, Xiong X, Lai R, dan Zhong J. Pruritus: Progress toward Pathogenesis and Treatment. *Biomed. Res. Int*. 2018;1-12. <https://doi.org/10.1155/2018/9625936>

17. Zachariae R, Haedersdal M, Lei U, dan Zachariae C. Itch Severity and Quality of Life in Patients with Pruritus: Preliminary Validity of a Danish Adaptation of the Itch Severity Scale. *Acta. Derm. Venereol.* 2012; 92 (5): 508-14.
18. Tivoli YA dan Rubenstein RM. Pruritus: an Updated Look at an Old Problem. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2009; 2 (7) :30-6.
19. Harrison IP dan Spada F. Breaking the Itch-Scratch Cycle: Topical Options for the Management of Chronic Cutaneous Itch Dermatitis. *MDPI.* 2019; 6 (3) :76.
20. Lestari F dan Utomo HS. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Dermatitis Kontak pada Pekerja di PT Inti Pantja Press Industri. *Makara.* 2007; 11 (2) :61-8.
21. Gates A, Cullen S, dan Nykamp D. Drug-Induced Hypersensitivity Reactions: Cutaneous Eruptions. *US Pharm.* 2017; 42 (6) :32-6.
22. Racheva S. Etiology of Common Contact Dermatitis. *J of IMAB.* 2006; 12 (1) :22-5.
23. Jithpratuck W, Kays D, Sriaroon P. A Mysterious Rash Around Surgical Wounds. *J. Anai.* 2019; 124 (1) :106-7.
24. Rubianti MA dan Prakoeswa CR. Profil Pasien Dermatitis Kontak Alergi Akibat Kosmetik. *BIKKK.* 2019; 31 (1) :35-40.
25. Mehta V, Vasanth V, dan Balachandran C. Nickel Contact Dermatitis from Hypodermic Needles. *Indian. J. Dermatol.* 2011; 56 (2) :237-8.
26. Illiev E. *Handbook of Occupational Skin Dermatology.* Berlin. 2000.
27. Chairunisa T, Thaha A, dan Nopriyanti N. Angka Kejadian Dermatitis Kontak Alergi di Poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2009-2012. *MKS.* 2014; 46 (4) :282-8.
28. Slowdonik D, Adriene L, dan Rosemary N. Irritant Contact Dermatitis: A Review. *Austr. J. Derm.* 2008; 49 (4) :1-11.
29. Nofiyanti AL, Anggraini DI, Miftah A. Dermatitis Kontak Iritan Kronis Pada Pegawai Laundry. *Medula.* 2017; 7 (3) :1-5.
30. Brasch J, Becker D, Aberer W, Bircher A, Kranke B, Jung K, et al. Guideline Contact Dermatitis. *Allergo. J. Int.* 2014; 23 (4) :126-38.
31. Johan R. Penggunaan Kortikosteroid Topikal yang Tepat. *CDK.* 2015; 42 (4) :308-12.
32. Weintraub GS, Lai IN, dan Kim CN. Review of Allergic Contact Dermatitis; Scratching the Surface. *World. J. Dermatol.* 2015; 4 (2) :95-102.
33. Usatine RP dan Riojas M. Diagnosis and Management of Contact Dermatitis. *Am. Fam. Phys.* 2010; 82 (3) :249-55.
34. Tersinanda TY dan Rusyati LM. Allergic Contact Dermatitis. *OJS Unud.* 2013; 2 (8) :1446-61.
35. Azis AL. *Penggunaan Kortikosteroid di Klinik.* Unpad. Surabaya. 2011.
36. Fonacier L, Bernstein DI, Pacheco K, Holness DL, Blessing-Moore J, Khan D, et al. Contact Dermatitis: A Practice Parameter. *JACI.* 2015; 3 (3) :1-39.