

DERMATITIS KONTAK IRITAN PADA IBU RUMAH TANGGA: LAPORAN KASUS

Wizar Putri Mellaratna¹, Chataya Syah Dhafa Siregar²

¹SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, Indonesia

²Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, Indonesia
syahdhafa.chataya@gmail.com

ABSTRAK

Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah peradangan pada kulit (epidermis dan dermis) sebagai respons terhadap pengaruh faktor ekstrinsik dan/atau intrinsik langsung dengan tubuh. DKI dapat terjadi karena paparan bahan kimia yang menyebabkan kelainan berupa eritema multiforme (eritema, edema, papula, folikel, sisik, likenifikasi) dan pruritus. Dilaporkan kasus seorang wanita berusia 37 tahun, seorang ibu rumah tangga, didiagnosis sebagai DKI kronis. Pada pemeriksaan klinis, terdapat makula difus hiperpigmentasi multipel dengan bentuk tidak teratur, ukuran plak, likenifikasi, dan sisik putih pada kedua kaki. Kombinasi terapi topikal diberikan dexosimetason 2,5% dan salep fusilex dua kali sehari. Cetrizin 2x10 mg per hari dan Metilprednisolone 8 mg 2 tablet pada pagi hari sebagai pengobatan sistemik. Komunikasi, informasi dan pendidikan diperlukan untuk mengobati DKI kronis.

Kata kunci: Dermatitis, Eritema, Ibu rumah tangga, Iritan.

PENDAHULUAN

Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah peradangan non imunologis pada kulit (epidermis dan dermis) sebagai respons terhadap pengaruh faktor ekstrinsik dan/atau intrinsik yang bersentuhan langsung dengan tubuh. DKI dapat terjadi akibat paparan bahan kimia yang menimbulkan kelainan klinis berupa eritema multiforme (eritema, edema, papula, folikel, sisik, likenifikasi) dan pruritus. Karakter polimorfik tidak selalu ditampilkan bersama-sama, dan mungkin hanya beberapa yang muncul.

DKI dapat dialami oleh semua orang tanpa memandang usia, jenis kelamin, dan ras. Dalam beberapa penelitian di Eropa ditemukan terdapat beberapa pekerjaan berisiko tinggi mengalami DKI, seperti penata rambut, perawatan kesehatan, dan pengerjaan logam. Prevalensi dalam 1 tahun antara 20% dan 30%. Tingkat kejadian dermatitis kontak iritan di Jerman adalah 4,5 kasus per 10.000 pekerja, dibandingkan dengan 4,1 kasus per 10.000 pekerja untuk dermatitis kontak alergi. Angka kejadian tahunan dermatitis kontak iritan tertinggi ditemukan pada penata rambut (46,9 kasus per 10.000 pekerja per tahun), pembuat roti (23,5 kasus per 10.000 pekerja per tahun), dan juru masak kue (16,9 kasus per 10.000 pekerja per tahun). Dermatitis kontak iritan secara signifikan lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria. Tingginya frekuensi dermatitis pada wanita dibandingkan dengan pria disebabkan oleh faktor lingkungan, bukan faktor genetik. Dermatitis kontak iritan akibat kerja mempengaruhi wanita hampir dua kali lebih sering daripada pria, berbeda dengan penyakit akibat kerja lainnya yang lebih banyak menyerang pria. Kasus DKI banyak disebabkan oleh paparan iritan berupa bahan kimia atau pelarut. Peradangan dapat terjadi setelah satu atau paparan yang berulang. Kelainan kulit yang terjadi tergantung pada molekul, kelarutan dan konsentrasi bahan paparan, serta waktu kontak.

DKI kumulatif biasanya disebabkan oleh iritasi lemah (seperti air, sabun, deterjen, dll) dengan paparan berulang kali. Gangguan kulit baru muncul setelah sehari-hari, berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bahkan bertahun-tahun. Oleh karena itu, waktu dan urutan paparan adalah faktor yang paling penting. DKI kronis adalah DKI yang paling umum. Gejalanya meliputi kulit kering, eritema dan skuama, yang secara bertahap menjadi hiperkeratosis dan

fisura dapat terbentuk dengan kontak terus-menerus. Mengatasi dermatitis kontak tidak selalu mudah, karena faktor penyebab setiap dermatitis banyak dan sering tumpang tindih. Menghindari kontak kulit dengan bahan iritan adalah strategi pengobatan utama untuk DKI.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kasus

Pasien perempuan berusia 37 tahun datang ke Poli Kulit Kelamin Rumah Sakit Cut Meutia dengan keluhan penebalan kulit dan mengelupas yang disertai rasa gatal, perih, dan kering di kaki kanan dan kiri sejak 1 bulan yang lalu. Awalnya pasien merasakan gatal, perih, dan panas pada kedua kakinya, disertai perubahan warna kulit menjadi lebih merah dibandingkan kulit sekitarnya serta terbentuk lenting-lenting berisi air. Keluhan gatal cukup mengganggu aktivitas sehari-hari, karena keluhan tersebut pasien mengatakan sering menggaruk sehingga menyebabkan penebalan serta pembengkakan pada kulit. Keluhan ini bertambah berat jika pasien mencuci pakaian dengan menggunakan detergen.

Riwayat menderita keluhan serupa sebelumnya disangkal. Pasien juga tidak memiliki riwayat alergi maupun penyakit lainnya. Riwayat keluarga yang memiliki riwayat alergi dan keluhan serupa seperti pasien disangkal. Pasien mengaku sudah 3 kali mengunjungi puskesmas untuk berobat dan diberi obat tablet serta salap namun dirasa tidak terdapat perbaikan. Pasien seorang ibu rumah tangga, rutin melakukan kegiatan rumah tangga salah satunya mencuci. Pasien mengatakan sering mencuci dengan berbagai merek secara berganti-ganti dan saat mencuci tidak menggunakan sarung tangan dan alas kaki.

Pemeriksaan fisik pada pasien ini didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran komposmentis, frekuensi nadi 82 kali/menit dan frekuensi napas 18 kali/menit. Status dermatologis pasien saat dilakukan pemeriksaan pada regio pedis dextra et sinistra didapatkan makula eritematosa, bentuk tidak khas, ukuran plakat, distribusi regional, berbatas tidak jelas, skuama, erosi, dan likenifikasi. Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.



Gambar 1. DKI pada regio pedis dextra et sinistra

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dermatitis kontak iritan. Pada pasien diberikan terapi non medikamentosa berupa edukasi untuk menghindari kontak dengan bahan iritan dengan cara menggunakan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan

sandal, menjaga kebersihan badan, jangan menggaruk lesi, dan menggunakan pelembab secara teratur. Terapi medikamentosa topikal yang diberikan krim kombinasi antara Desoksimeson 2,5% dan Fusilex, dioleskan 2 kali sehari. Terapi sistemik berupa Cetirizine tablet 2×10 mg dan Metilprednisolon tablet 8 mg, diminum 2 tablet pada pagi hari. Prognosis pada pasien ini quo ad vitam: bonam, quo ad functionam: dubia ad bonam, quo ad sanactionam: dubia ad bonam.

Diskusi

Pasien perempuan (37 tahun) datang ke poli kulit dan kelamin dengan keluhan penebalan kulit dan mengelupas yang disertai rasa gatal, perih, dan kering di kaki kanan dan kiri sejak 1 bulan yang lalu. Beberapa penelitian mendapatkan bahwa prevalensi terjadinya dermatitis kontak lebih tinggi pada jenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki, namun belum dapat dipahami secara pasti penyebabnya. Meskipun pengaruh jenis kelamin dalam gangguan ini tidak sepenuhnya dipahami, alasan yang umum diterima untuk dominasi perempuan diakibatkan oleh perempuan lebih banyak terpapar produk kosmetik atau perawatan pribadi selain itu pekerjaan sehari-hari di rumah seperti mencuci pakaian dan lain-lain banyak dilakukan oleh perempuan. Sesuai dengan rutinitas yang dilakukan oleh pasien pada kasus ini yaitu mencuci pakaian. Kemudian lebih umum bagi perempuan untuk membuat janji medis dengan tenaga kesehatan dan memiliki kontrol kesehatan yang lebih baik dibandingkan laki-laki. Oleh karena itu, kondisi ini lebih sering didiagnosis pada perempuan.

Dermatitis kontak iritan dapat menyerang semua usia. Namun, seperti yang kita ketahui kulit manusia mengalami degenerasi seiring bertambahnya usia. Sehingga kulit kehilangan lapisan lemak di atasnya dan menjadi lebih sensitif dan kering. Kekeringan pada kulit ini memudahkan bahan kimia untuk menginfeksi kulit, sehingga kulit menjadi lebih mudah terkena dermatitis. Selain itu produksi sebum juga menurun tajam, sehingga banyak sel mati yang menumpuk karena pergantian sel menurun. Dengan bertambahnya usia maka elemen-elemen yang menahan air dan menjaga tekstur pada struktur interselular semakin berkurang dan tidak dihasilkan lagi. Struktur penyokong kulit seperti kolagen dan elastin, mengalami deteriorasi atau rusak.

Pada kasus ini pasien mengalami DKI kronis (kumulatif). DKI adalah peradangan kulit non imunologik sebagai respons terhadap pengaruh faktor eksogen dan atau faktor endogen yang berkontak langsung dengan tubuh. Iritan tersebut merusak lapisan tanduk, denaturasi keratin, menyingkirkan lemak pada lapisan tanduk, dan mengubah kelembapan kulit.

Sebagian besar iritan dapat merusak membran lemak keratinosit, tetapi juga dapat menembus membran sel dan merusak lisosom mitokondria. Kerusakan pada membran keratinosit mengaktifkan *fosfolipase* dan melepaskan asam arakidonat (AA), diasilgliserida (DAG), *platelet activating factor* (PAF), dan fosfodilinositol. AA diubah menjadi eikasanoid, *prostaglandin* (PG) dan *leukotriene* (LT). PG dan LT menginduksi vasodilatasi, meningkatkan permeabilitas vaskular, dan meningkatkan permeabilitas komplemen dan kinin. PG dan LT juga bertindak sebagai atraktan kimia yang kuat untuk limfosit dan neutrofil, mengaktifkan sel mast untuk melepaskan histamin, LT, PG, dan PAF, sehingga mendorong perubahan pada pembuluh darah. Urutan kejadian ini mengarah pada gejala khas peradangan di tempat kontak kulit. Iritasi ringan dimulai dengan kerusakan pada stratum korneum dan hilangnya fungsi penghalang, menyebabkan kerusakan kulit setelah paparan berulang, membuat iritan lebih rentan terhadap kerusakan sel-sel di bawahnya. Selain paparan berulang, DKI dapat terjadi sebagai akibat dari kombinasi beberapa faktor. Hal ini dikarenakan, zat itu sendiri mungkin tidak cukup kuat untuk menyebabkan dermatitis iritan, tetapi bila dikombinasikan dengan faktor lain dapat menyebabkan DKI. Penyebab umum DKI adalah sabun, deterjen, surfaktan, pelarut organik, dan minyak. Dalam kasus ini, pasien sering dan

berulang kali bersentuhan dengan bahan detergen. Gejala dan tanda klasik muncul setelah beberapa hari sampai bulan maupun tahunan setelah kontak dengan bahan iritan.

Diagnosis DKI dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat. Informasi yang harus diketahui anamnesis meliputi keluhan utama, onset keluhan, riwayat alergi, riwayat pekerjaan, riwayat keluarga, riwayat paparan iritan, dan riwayat pengobatan yang telah dilakukan. Pemeriksaan fisik sangat penting karena seringkali dimungkinkan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebabnya dengan memeriksa lokasi dan pola kelainan kulit. Misalnya, ketiak dengan deodoran, pergelangan tangan dengan jam tangan, dan kaki dengan sepatu.

Pasien dalam hal ini memiliki faktor risiko tinggi terpapar iritan penyebab DKI, dengan keluhan utama gatal-gatal, rasa terbakar, dan penebalan kulit kering serta pengelupasan kulit kaki kanan dan kiri tanpa riwayat alergi. Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan status dermatologis pasien berupa pada regio pedis dextra et sinistra didapatkan makula eritematosa, bentuk tidak khas, ukuran plak, distribusi regional, berbatas tidak jelas, skuama, erosi, dan likenifikasi. Berdasarkan gejala dan tanda klinis tersebut, diagnosis praktis pada kasus ini adalah dermatitis kontak iritan kronis (kumulatif). Selain pentingnya sejarah, ada tes lain yang dapat membantu untuk mengkonfirmasi diagnosis penyakit kulit akibat kerja. Salah satu yang paling umum digunakan adalah *patch test*. Namun, itu tidak dilakukan pada pasien ini.

Diagnosis banding DKI yang paling umum adalah dermatitis kontak alergi dan dermatitis atopik. Berbeda dengan DKI, DKA bersifat sensitivitas dari pajanan. Gambaran klinis lesi muncul pada paparan berikutnya setelah reinterpretasi antigen oleh sel T (*memory*), dan keluhan utama pasien DKA adalah gatal pada daerah yang terkena. Uji tempel memberikan hasil positif untuk alergen yang diuji, dengan sensitivitas 70-80%. Dermatitis atopik, di sisi lain, adalah gangguan kulit inflamasi kronis dan menetap dengan rasa gatal yang umumnya berkembang pada masa bayi dan masa kanak-kanak. Hal ini sering dikaitkan dengan peningkatan kadar IgE serum dan riwayat keluarga atopik. Oleh karena itu, untuk mengurangi kemungkinan diagnosis dermatitis atopik, tes IgE dapat dilakukan pada pasien suspek DKI, tetapi pasien ini tidak memiliki riwayat dermatitis atopik.

Penatalaksanaan DKI pada pasien ini berupa terapi non-medikamentosa dan medikamentosa berupa topikal dan sistemik. Pada pasien diberikan edukasi untuk menghindari kontak dengan bahan iritan dengan cara menggunakan alat pelindung diri, menjaga kebersihan badan, jangan menggaruk lesi agar tidak terjadi infeksi sekunder, dan apabila kulit kering dapat menggunakan pelembab secara teratur. Terapi medikamentosa yang diberikan pada pasien berupa terapi topikal dan sistemik.

Obat topikal yang diberikan kombinasi antibiotik dan kortikosteroid, yaitu kombinasi Fucilex dan Desoksimeseton 2,5% *cream* dengan pemakaian 2 kali sehari. Ketika pertahanan kulit rusak, hal tersebut berpotensi terjadinya infeksi sekunder oleh bakteri. Sehingga, diberikan topikal antibiotik untuk mencegah hal tersebut. Pada pasien juga diberikan pengobatan sistemik yaitu cetirizine 10 mg 2 kali sehari dan Metilprednisolon tablet 8 mg, diminum 2 tablet pada pagi hari. Pemberian cetirizine untuk mengurangi rasa gatal pada kasus gejala dermatitis yang disebabkan oleh bahan iritan tersebut. Antihistamin diberikan untuk mendapatkan efek sedatif guna mengurangi gejala gatal. Kortikosteroid oral diberikan pada kasus akut dengan intensitas gejala sedang hingga berat serta pada DKA yang sulit disembuhkan. Prognosis pada pasien ini baik apabila tidak terpapar bahan iritan dan pengobatan diberikan secara teratur namun prognosinya akan menjadi kurang baik jika bahan iritan penyebab dermatitis tersebut tidak dapat disingkirkan dengan sempurna.

PENUTUP

Telah dilaporkan pasien jenis kelamin perempuan usia 37 tahun didagnosis menderita DKI kronis (kumulatif). Pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Diduga paparan deterjen menjadi agen iritan penyebab DKI pada pasien. Pasien diberikan edukasi berupa untuk menghindari kontak dengan bahan iritan dengan cara menggunakan alat pelindung diri, menjaga kebersihan badan, jangan menggaruk lesi, dan menggunakan pelembab secara teratur. Terapi kombinasi topikal steroid dengan antibiotik, selain itu diberikan terapi sistemik berupa antihistamin dan kortikosteroid pada kasus ini. Prognosis dari kasus ini adalah dubia ad bonam.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tate B. Irritant Contact Dermatitis (ICD). The Australasian College of Dermatologists. 2020.
2. Houle M-C, Holness DL, DeKoven J. Occupational Contact Dermatitis: An Individualized Approach to the Worker with Dermatitis. *Current Dermatology Reports*. 2021;10(4):182–91.
3. Savina Aneja. Irritant Contact Dermatitis. Medscape. 2020.
4. Widaty S, Soebono H, Nilasari H, Listiawan MY, Siswati AS, Triwahyudi D et. al. Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). 2017. p. 207–12.
5. Djuanda A, Hamzah M AS. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 6th ed. Jakarta: Badan Penerbit FK UI; 2010. p. 130-133.
6. Sedó-Mejía G, Soto-Rodríguez A, Pino-García C, Sanabria-Castro A, Monge-Ortega OP. Contact Dermatitis: Clinical Practice Findings from a Single Tertiary Referral Hospital, a 4-Year Retrospective Study. *World Allergy Organization Journal*. 2020;13(7).
7. PeranginAngin VMB. Literature Review : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Dermatitis Kontak Iritan. Poltekkes Kemenkes Medan; 2021.
8. Denig NI, Hoke AW, Maibach HI. Irritant Contact Dermatitis. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*. 2019;103(5):199–213.
9. Seyfarth F, Elsner P. Irritant Contact Dermatitis. In: *Textbook of Aging Skin*. 2017. p. 825–32.
10. Nofiyanti AL, Anggraini DI, Miftah A. Dermatitis Kontak Iritan Kronis pada Pegawai Laundry. *Jurnal Medula Unila*. 2017;7(3):1–5.
11. Nedorost ST. Irritant Dermatitis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, Michael AJ, et al., editors. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th ed. Chicago: Mc Graw-Hill Company; 2019. p. 414–27.
12. Dr. dr. Ago Harlim, MARS Sp.KK. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin - Alergi Kulit. 1st ed. Buku Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia; 2016. p. 51-58.
13. Litchman G, Nair PA, Atwater AR, Bhutta. BS. Contact Dermatitis. *NCBI StatPearls*. 2022.