MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

LAPORAN KASUS: DERMATITIS NUMULARIS DISERTAI INFEKSI SEKUNDER PADA ANAK USIA 2 TAHUN DI RSUD PASAR REBO

Nina Ajeng Saputri[1], Hapsari Triandriyani[2], Nenden Lilis[3]

[1,3]Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran, Universitas Yarsi
[2]RSU Pasarrebo Jakarta Timur
E-mail: ninaajengsptr25@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Dermatitis numular dikenal juga dengan nama eksim numular eksim diskoid atau neurodermatitis numular; merupakan peradangan berupa lesi berbentuk mata uang (koin) atau agak lonjong, berbatas tegas, dengan efloresensi atau lesi awal berupa papul disertai vesikel (papulovesikel), biasanya mudah pecah sehingga basah (oozing) dan biasanya menyerang ekstremitas.

Laporan Kasus: Laporan kasus ini menyajikan kasus dermatitis numularis pada anak usia 2 tahun. Awalnya pasien datang dengan bercak kemerahan dikedua tungkai dan kedua lengan sejak 4 bulan yang lalu disertai gatal-gatal didaerah bercak. Empat bulan yang lalu pasien bermain pasir dam sempat digigit seekor serangga, pasien mengalami gatal di daerah tungkai kiri bawah, awal mulanya seperti beruntus berukuran seperti biji jarum. Awalnya beruntus berukuran kecil dan hanya terdapat di tungkai kiri saja, namun semakin lama menjadi banyak dan meluas hingga menyatu membentuk bulat lonjong yang terlihat bertumpuk-tumpuk. Pasien berobat ke puskesmas dan belum kian sembuh.

Kesimpulan: Dermatitis numular merupakan peradangan berupa lesi berbentuk mata uang (koin) atau agak lonjong, berbatas tegas, biasanya mudah pecah sehingga basah (oozing) dan biasanya menyerang ekstremitas. Dermatitis numular sering kali mengikuti perjalanan kronis yang ditandai dengan kekambuhan. Pengobatan yang optimal pada pasien dermatitis numularis akan menjadi pertimbangan untuk memberikan terapi yang tepat pada pasien sehingga diharapkan dapat memperbaiki prognosis.

Kata Kunci: Dermatitis Numularis, Lesi Koin, Infeksi Sekunder, Anak-Anak

Received: Januari 2025
Reviewed: Januari 2025
Published: Januari 2025

Plagirism Checker No 234
Prefix DOI : Prefix DOI : 10.8734/Nutricia.v1i2.365
Copyright : Author
Publish by : Nutricia

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

PENDAHULUAN

Dermatitis merupakan peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai respons terhadap faktor eksogen dan/atau faktor endogen, dengan tanda klinis berupa efloresensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi) dan keluhan gatal; cenderung residif dan kronis.[1]

Dermatitis numular dikenal juga dengan nama eksim numular (istilah ini diperkenalkan oleh Devergie pada tahun 1857) eksim diskoid atau neurodermatitis numular; merupakan

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

peradangan berupa lesi berbentuk mata uang (koin) atau agak lonjong, berbatas tegas, dengan efloresensi atau lesi awal berupa papul disertai vesikel (papulovesikel), biasanya mudah pecah sehingga basah (oozing) dan biasanya menyerang ekstremitas. Dermatitis numularis berasal dari bahasa Latin *nummulus* yang berarti seperti koin.[1,2]

Dermatitis numularis biasanya dimulai pada kaki bagian bawah, dorsum manus, atau permukaan ekstensor dari lengan. Lesi primer berbentuk koin, eritematosa, edematosa, vesikular, dan patch. Secara akut, lesi dapat dimulai sebagai papula atau vesikel yang menyatu menjadi plak. Ketika terbentuk, lesi akan tampak terdistribusi secara simetris, berbatas tegas, berbentuk bulat atau seperti koin, dan eritematosa; plak eksim akan berukuran antara 1 - 10 cm. Pada lesi stadium lanjut dapat berkembang menjadi sisik yang lebih kering dan likenifikasi, lesi juga dapat menyebar ke patch seukuran telapak tangan atau lebih besar.[2]

Patogenesis dermatitis numularis belum diketahui. Sebagian besar pasien dermatitis numularis tidak memiliki riwayat atopi, baik pada diri maupun keluarga, walaupun plak numular dapat ditemukan pada dermatitis atopik.

Staphylococcus dan micrococcus diduga ikut berperan, walaupun tanda klinis infeksi tidak tampak. Eksaserbasi terjadi bila koloni bakteri meningkat di atas 10 juta kuman/cm. Mungkin juga terjadi melalui mekanisme hipersensitivitas. Peranan alergen lingkungan, misalnya tungau debu rumah dan Candida albicans. Stres emosional, disfungsi liver atau konsumsi alkohol berlebihan dapat

memperberat penyakit.

Penderita dermatitis numularis umumnya mengeluh sangat gatal yang bervariasi dari ringan sampai berat. Lesi akut berupa plak eritematosa berbentuk koin dengan batas tegas yang terbentuk dari papul dan papulovesikel yang berkonfluens. Lambat laun vesikel pecah dan terjadi eksudasi berbentuk pinpoint.

Selanjutnya eksudat mengering dan menjadi krusta kekuningan. Pada tepi plak dapat muncul lesi papulovesikular kecil yang kemudian berkonfluens dengan plak tersebut sehingga lesi meluas. Kulit di sekitar lesi biasanya normal, namun bisa juga kering. Penyembuhan dimulai dari tengah sehingga menyerupai lesi dermatomikosis. Dalam 1-2 minggu lesi memasuki fase kronik berupa plak dengan skuama dan likenifikasi. Jumlah lesi dapat hanya satu atau multipel dan tersebar pada ekstremitas bilateral atau simetris.

Diagnosis dermatitis numularis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis. Sebagai diagnosis banding antara lain ialah dermatitis kontak alergik, dermatitis atopik, neurodematitis sirkumskripta, dermatitis stasis, psoriasis, impetigo, dan dermatomikosis. Jika diperlukan, kultur jamur dan biopsi dapat dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis banding.

Terapi lini pertama untuk dermatitis numularis adalah kortikosteroid topikal potensi menengah hingga kuat dengan vehikulum krim atau salap. Untuk lesi kronik vehikulum salap lebih efektif dan terkadang perlu dilakukan oklusi. Selain itu dapat pula diberikan preparat ter (liquor carbonis detergens 5-10%) atau calcineurin inhibitor, misalnya takrolimus atau pimekrolimus. Bila lesi masih eksudatif, sebaiknya dikompres dahulu, misalnya dengan solusio permanganas kalikus. Jika ditemukan infeksi bakteri, dapat diberikan antibiotik. Kortikosteroid sistemik hanya diberikan pada kasus yang berat dan refrakter terhadap pengobatan.

Prognosa dari dermatitis numularis umumnya berlangsung kronis. Penyakit ini sering mengalami rekurensi dan umumnya timbul pada lokasi yang sama atau dekat dengan lokasi sebelumnya.

BAB II
ANALISA KASUS

2.1 ILUSTRASI KASUS

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

Pasien yang diperiksa bernama An. A, seorang anak laki-laki yang lahir pada 21 Februari 2022, berusia 2 tahun 9 bulan. Ia berasal dari suku Betawi dan beragama Islam. Pasien tinggal di Ciracas, Jakarta Timur. Pemeriksaan dilakukan pada tanggal 15 Oktober 2024.

Anamnesis dilakukan pada 15 Oktober 2024 pukul 11.00 WIB di Poli Kulit dan Kelamin RSU Pasar Rebo Jakarta Timur, dengan ibu pasien sebagai sumber informasi. Pasien, seorang anak laki-laki berusia 2 tahun 9 bulan, mengeluhkan bercak kemerahan di kedua tungkai dan lengan yang sudah muncul sejak empat bulan lalu. Keluhan ini disertai rasa gatal pada area bercak, yang semakin membesar dan berair seiring waktu.

Ibu pasien melaporkan bahwa keluhan bermula setelah anaknya menginap di rumah saudara dan bermain pasir di halaman. Setelah digigit serangga di tungkai kiri, muncul beruntusan yang terasa gatal dan perlahan lecet hingga mengeluarkan cairan.

Awalnya, bercak merah hanya terdapat di tungkai kiri bawah, dengan beruntusan kecil yang berkembang menjadi lebih besar dan menyatu membentuk bercak bulat lonjong. Meskipun telah diberi salep dari puskesmas, luka tidak kunjung sembuh. Kondisi ini semakin memburuk dalam satu bulan terakhir, dengan luka baru muncul di tungkai kanan. Setiap luka diawali dengan beruntusan yang gatal, dan lama kelamaan semakin meluas serta berair. Ibu pasien kemudian membawa anaknya ke poli kulit untuk pemeriksaan lebih lanjut setelah gejala semakin parah.

Empat bulan yang lalu setelah pasien menginap dirumah saudara pasien dan bermain pasir dihalaman rumahnya pasien sempat digigit seekor serangga, setelah pasien digigit serangga, pasien mengalami gatal di daerah tungkai kiri bawah, awal mulanya seperti beruntus berukuran seperti biji jarum. Pasien sering menggaruk beruntus terus menerus, akhirnya lecet dan mengeluarkan air.

Tiga minggu sebelum pemeriksaan, keluhan menyebar ke kedua lengan pasien, yang mulai muncul bercak merah yang serupa, disertai rasa gatal dan terlihat basah berair. Luka yang muncul berbentuk bulat lonjong dengan batas yang tegas. Menurut ibu pasien, ini adalah pertama kalinya anaknya mengalami masalah kulit seperti ini, dan selama ini anak tidak memiliki riwayat penyakit kulit atau gangguan kesehatan lainnya. Di rumah, hanya pasien yang mengalami kondisi serupa, sementara anggota keluarga lainnya tidak memiliki keluhan serupa.

Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman, obat, bahan kimia, atau cuaca. Selain itu, orang tua pasien juga tidak memiliki riwayat alergi, asma, atau gangguan pernapasan lainnya seperti bersin-bersin di pagi hari. Sebelum timbulnya keluhan, pasien rutin mandi dua kali sehari dan selalu menggunakan handuk sendiri. Air yang digunakan di rumah pasien berasal dari PAM, yang tidak berbeda dari biasanya. Tidak ada penggunaan produk kulit atau deterjen baru yang dapat memicu reaksi alergi pada pasien.

Ibu pasien menyatakan bahwa perawatan kulit pasien selama ini tidak melibatkan produk-produk yang tidak biasa. Pasien juga tidak mengalami masalah kesehatan lain yang relevan dengan keluhan kulitnya. Dengan latar belakang tersebut, tim medis perlu melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan penyebab keluhan kulit pasien. Mengingat tidak ada riwayat alergi atau paparan terhadap faktor pencetus yang jelas, pemeriksaan lebih lanjut akan membantu menentukan diagnosis yang tepat untuk kondisi ini.

Menurut ibu pasien hal ini baru pertama kalinya dialami oleh pasien. Selama ini pasien tidak pernah mengalami sakit pada kulit. Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya dan satu adiknya. Dirumah pasien tidak ada yang mengalami hal yang serupa. Pasien tidak memiliki riwayat alergi. Orang tua pasien juga tidak memiliki riwayat alergi. Pasien mandi dua kali sehari, memakai handuk sendiri, di lap sampai kering, dan air dirumah pasien menggunakan air PAM. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaan produk kulit, deterjen, atau pakaian yang tidak biasa digunakan dalam waktu dekat.

Dalam pemeriksaan generalis keadaan umum dalam batas normal. Tanda – tanda vital pasien dalam batas normal. Pasien memiliki berat badan 12kg dengan IMT (Indeks Massa Tubuh)

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

kategori gizi baik hasil -2SD s.d +1SD. Pada status dermatologikus effloresensi : regional, tungkai bawah kanan dan kiri, lengan kanan dan kiri, multiple, makula hiperpigmentasi, numular sirkumskrip, dengan ukuran 5cm-10cm, terdapat eritema, berskuama, sedikit erosive, batas tegas, likenifikasi.

Gambar 1.

2.2 RESUME

Pasien an. A berusia 2 tahun 9 bulan datang ke poliklinik Kulit & Kelamin RSU Pasar Rebo pada tanggal 15 Oktober 2024 bersama Ibunya datang dengan keluhan kedua tungkai dan lengan bercak merah dengan disertai gatal-gatal yang semakin membesar dan berair. Empat bulan yang lalu setelah pasien menginap dirumah saudara pasien dan bermain pasir dihalaman rumahnya pasien sempat digigit seekor serangga, setelah pasien digigit serangga, pasien mengalami gatal di daerah tungkai kiri bawah, awal mulanya seperti beruntus berukuran seperti biji jarum. Pasien sering menggaruk beruntus terus menerus, akhirnya lecet dan mengeluarkan air. Awalnya beruntus berukuran kecil dan hanya terdapat di tungkai kiri saja, namun semakin lama menjadi banyak dan meluas hingga menyatu membentuk bulat lonjong yang terlihat bertumpuk-tumpuk. Lalu Ibu pasien membawa pasien ke puskesmas dan mendapat obat salep yang dioleskan di atas luka, namun luka tidak kian sembuh. Satu bulan yang lalu ibu pasien mendapati luka meluas hingga terdapat luka baru di tungkai kanan pasien. Rasa gatal juga dirasakan di kedua lengan pasien. Timbul bercak merah dan terasa gatal dan luka terlihat seperti basah berair. Luka berbentuk bulat lonjong dengan batas yang tegas. Menurut ibu pasien hal ini baru pertama kalinya dialami oleh pasien. Selama ini pasien tidak pernah mengalami sakit

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

pada kulit. Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya dan satu adiknya. Dirumah pasien tidak ada yang mengalami hal yang serupa. Pasien tidak memiliki riwayat alergi. Orang tua pasien juga tidak memiliki riwayat alergi. Pasien mandi dua kali sehari, memakai handuk sendiri, di lap sampai kering, dan air dirumah pasien menggunakan air PAM. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaan produk kulit, deterjen, atau pakaian yang tidak biasa digunakan dalam waktu dekat.

2.3 DIAGNOSIS BANDING

1. Dermatitis Numularis
2. Dermatitis kontak iritan
3. Dermatitis atopik

2.4 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang karena fasilitas belum tersedia, namun disarankan dilakukan:

1. Mikologi kerokan kulit pada tungkai bawah dengan larutan KOH 10%.
2. Pemeriksaan Darah Laboratorium : Hitung jenis leukosit, Eosinofil darah total, IgE darah.
3. *Patch Test* atau *Prick Test*.

2.5 DIAGNOSIS KERJA

1. Dermatitis Numularis

2.6 TATALAKSANA

2.6.1 Terapi Non Medikamentosa

1. Menggunakan pelembap oklusif, petrolatum jelly yang berbasis ceramide.

2.6.2 Terapi Medikamentosa

1. Topikal : Desonid krim 0,05% dioleskan 2x1 selama 2-4 minggu
2. Methylprednisolon 6mg 2x1 selama 3 hari.
3. Amoxicillin Trihydrate syrup 125mg/5ml diminum 3x1 hingga habis.

2.6.3 Edukasi

1. Menjelaskan kepada pasien dan orangtua pasien terkait penyakit kulit yang dialami pasien, kemungkinan terjadi karena kulit yang kering, dan adanya infeksi dari bakteri ataupun trauma pada kulit.
2. Menjelaskan kepada pasien tentang penggunaan obat, yaitu terdapat dua jenis obat salep dan obat sistemik untuk diminum.
3. Menjelaskan kepada pasien untuk selalu menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari, rutin mengganti pakaian, seprai, sarung bantal, dan handuk.
4. Pasien disarankan untuk menghindari suhu ekstrim, penggunaan sabun berlebih, dan penggunaan bahan wol/ bahan lain yang menyebabkan iritasi.
5. Menjelaskan kepada pasien untuk tidak menggaruk area lesi jika terasa gatal.

2.7 PROGNOSIS

Quo ad Vitam : Ad Bonam
Quo Ad Functionam : Ad Bonam
Quo Ad Sanactionam : Ad Bonam

2.8 PEMBAHASAN

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

2.8.1 Definisi, Penyebab, dan Faktor Risiko Dermatitis Numularis

Dermatitis numularis (eksim diskoid) adalah jenis dermatitis yang ditandai dengan lesi berbentuk koin atau bulat, gatal, dan terkadang berair atau berdarah. Meskipun jarang terjadi pada anak-anak, kondisi ini dapat muncul pada usia kurang dari lima tahun, dengan prevalensi yang lebih tinggi pada orang dewasa. Penyebab dermatitis numularis tidak dapat dijelaskan secara pasti, tetapi kondisi ini sering terjadi pada individu dengan kulit kering, dan sering dikaitkan dengan faktor lingkungan atau genetik. Faktor eksternal yang berperan dalam memperburuk kondisi ini antara lain alergi kontak, trauma fisik pada kulit, infeksi oleh bakteri *Staphylococcus aureus*, serta paparan bahan iritan seperti sabun dan deterjen. Faktor biologis, seperti infeksi setelah gigitan serangga atau kontak dengan pasir, juga dapat memicu timbulnya lesi. Pada kasus yang diselidiki, dermatitis numularis muncul setelah anak tersebut bermain pasir dan digigit serangga, yang mengindikasikan adanya faktor fisik dan biologis yang memicu peradangan pada kulit.

Beberapa faktor internal juga dianggap berperan dalam perkembangan dermatitis numularis, antara lain stres emosional, perubahan cuaca, serta adanya riwayat dermatitis atopik. Kondisi kulit kering (xerosis) yang disebabkan oleh kelembaban udara yang rendah atau kebiasaan mandi dengan air panas, juga memudahkan masuknya alergen dan iritan ke dalam kulit, yang akhirnya menyebabkan reaksi inflamasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penurunan produksi lipid kulit dapat memperburuk penghalang kulit, menjadikannya lebih rentan terhadap iritasi dan infeksi. Dalam hal ini, dermatitis numularis berkembang menjadi lebih parah akibat garukan pada lesi yang menyebabkan kerusakan fisik pada kulit, serta mengarah pada proses inflamasi yang terus berlanjut.

Patofisiologi dermatitis numularis tidak sepenuhnya diketahui, tetapi seringkali berhubungan dengan adanya fissura atau retakan pada permukaan kulit yang kering dan gatal. Retakan ini memungkinkan alergen dan mikroorganisme, seperti *Staphylococcus aureus*, untuk memasuki kulit dan memicu peradangan. Secara klinis, lesi pada dermatitis numularis berbentuk bulat dengan batas yang tegas, berwarna merah, dan sering kali berkembang menjadi berair atau berdarah akibat garukan. Lesi dapat menjadi lebih besar dan meluas, khususnya pada daerah yang lembab atau terpapar iritan. Diagnosis dermatitis numularis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan klinis, dan dalam banyak kasus, tidak diperlukan pemeriksaan penunjang, meskipun kultur bakteri dapat dilakukan untuk menyingkirkan infeksi sekunder.

2.8.2 **Gambaran Klinis, Diagnosis, dan Penegakan Diagnosis**

Dermatitis numularis umumnya dimulai dengan munculnya papul (benjolan kecil) yang gatal pada kulit, yang kemudian dapat berkembang menjadi vesikel atau lepuhan berisi cairan setelah digaruk. Pada awalnya, lesi ini biasanya hanya terbatas pada satu area, seperti tungkai bawah, tetapi dapat berkembang menjadi banyak lesi yang tersebar di berbagai bagian tubuh, seperti lengan atau bagian tubuh lainnya. Dalam kasus yang dibahas, anak laki-laki berusia dua tahun yang didiagnosis dengan dermatitis numularis pertama kali mengeluhkan gatal di tungkai kiri bawah setelah bermain di pasir dan digigit serangga. Seiring waktu, lesi tersebut meluas ke tungkai kanan dan kedua lengan, menunjukkan pola penyebaran khas dari dermatitis numularis yang berbentuk bulat dan berwarna merah dengan batas yang jelas.

Pada pemeriksaan fisik, lesi dermatitis numularis umumnya ditemukan di area yang terpapar atau sering bergesekan dengan bahan iritan, seperti tungkai bawah dan permukaan ekstensor lengan. Lesi pada pasien ini terdiri dari bercak-bercak berbentuk bulat atau lonjong, dengan batas tegas dan ukuran sekitar 5 cm hingga 10 cm. Lesi ini memiliki permukaan menonjol, kering, dan berskuama, sementara beberapa area menunjukkan erosi akibat garukan yang terus-menerus. Kulit di sekitar lesi terlihat normal, meskipun beberapa daerah dapat menunjukkan kekeringan. Lesi dapat berkembang dari tahap akut berupa plak eritematosa berbentuk koin menjadi fase kronis dengan skuama dan likenifikasi seiring berjalannya waktu.

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

Keberadaan lesi yang berkembang dengan ciri khas ini memudahkan dokter untuk membuat diagnosis dermatitis numularis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, meskipun diagnosis banding mungkin perlu dipertimbangkan.

Pada banyak kasus, diagnosis dermatitis numularis dapat ditegakkan tanpa pemeriksaan penunjang tambahan, karena karakteristik lesi dan pola penyebarannya sangat khas. Namun, jika ada kecurigaan infeksi sekunder, seperti impetigo yang disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*, kultur bakteri dapat dilakukan untuk menilai sensitivitas terhadap antibiotik dan menyingkirkan kemungkinan diagnosis lain. Dalam hal ini, pemeriksaan kultur bakteri akan membantu dalam menentukan pengobatan yang lebih tepat, terutama bila lesi terinfeksi dan perlu diobati dengan antibiotik. Meskipun demikian, sebagian besar kasus dermatitis numularis dapat dikelola dengan pendekatan klinis yang baik, tanpa perlu melakukan pemeriksaan penunjang yang kompleks.

2.8.3 **Pengobatan dan Proyeksi Perjalanan Penyakit Dermatitis Numularis**

Penanganan dermatitis numularis bertujuan untuk mengurangi peradangan, meredakan rasa gatal, dan mencegah infeksi sekunder. Pendekatan pengobatan terdiri dari terapi topikal dan sistemik. Pengobatan topikal yang utama adalah penggunaan kortikosteroid dengan potensi medium, seperti krim desonide 0,05%, yang dapat mengurangi peradangan dan rasa gatal. Krim desonide bekerja dengan menghambat biosintesis mediator inflamasi, seperti prostaglandin dan leukotrien, yang dihasilkan oleh aktivasi fosfolipase A2 pada kulit. Penggunaan kortikosteroid topikal pada dermatitis numularis terbukti efektif dalam mengurangi peradangan, tetapi penggunaannya harus hati-hati agar tidak memperburuk kekeringan kulit. Pengobatan topikal ini biasanya dilakukan selama 2 hingga 4 minggu, tergantung pada respons klinis pasien.

Jika dermatitis numularis disertai dengan infeksi sekunder, pengobatan sistemik berupa antibiotik, seperti amoksisilin dan kortikosteroid oral, dapat diberikan. Pada kasus ini, methylprednisolone (Lameson) diberikan untuk menekan peradangan, dengan dosis disesuaikan berdasarkan berat badan pasien. Pengobatan antibiotik diberikan untuk mencegah atau mengobati infeksi bakteri yang dapat terjadi pada lesi yang rusak. Selain itu, antihistamin seperti hidroksizin atau difenhidramin dapat diberikan untuk meredakan rasa gatal yang parah, terutama pada malam hari. Pengobatan ini penting untuk mencegah pasien menggaruk lesi, yang dapat memperburuk kondisi kulit dan memperluas area lesi.

Dermatitis numularis cenderung memiliki perjalanan penyakit yang kronis dengan periode kekambuhan dan remisi yang bisa berlangsung selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Lesi kulit yang mengalami peradangan jangka panjang dapat berisiko mengalami perubahan pigmentasi, baik berupa hiperpigmentasi maupun hipopigmentasi, setelah proses peradangan mereda. Komplikasi lain yang sering terjadi pada dermatitis numularis adalah infeksi sekunder, dengan *Staphylococcus aureus* sebagai patogen yang paling sering terlibat. Pengobatan antibiotik perlu disesuaikan dengan pola resistensi mikroba lokal untuk memastikan efektivitas terapi. Selain itu, penting untuk mengedukasi pasien dan keluarga tentang perawatan kulit yang tepat, termasuk menjaga kelembapan kulit dan menghindari paparan bahan iritan atau alergan.

Lambat laun vesikel pecah dan terjadi eksudasi berbentuk pinpoint. Selanjutnya eksudat mengering dan menjadi krusta kekuningan. Kulit di sekitar lesi biasanya normal, namun bisa juga kering. Dalam 1-2 minggu lesi memasuki fase kronik berupa plak dengan skuama dan likenifikasi. Keluhan pasien pada saat ini gatal – gatal yang memicu untuk menggaruk lesi yang pada akhirnya menyebabkan perluasan lesi terutama didaerah yang lembab.

Pada pemeriksaan fisik pada status generalis disemua dalam batas normal. Pada status dermatologikus didapatkan tungkai kiri dan kanan bawah distribusi regional. Jumlah lesi *multiple* dan penyebaran diskret. Bentuk bulat lonjong dengan ukuran numular sekitar 5 cm hingga 10 cm batas lesi tegas, permukaan menimbul dan lesi kering. Pada kedua lengan, terdapat lesi multipel, diskret berbentuk bulat sampai lonjong ukuran numular,. Effloresensi

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

makula hiperpigmentasi, lesi numular sirkumskrip, dengan ukuran 5cm -10cm, terdapat eritema, berskuama, sedikit erosive, batas tegas dengan tepi tidak aktif, likenifikasi.

Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang dikarenakan *gold standard* dari dermatitis numularis berdasarkan gejala klinis. Namun usulan untuk pemeriksaan yang diajukan untuk menyingkirkan diagnosis banding.

Penanganan dermatitis numular berfokus pada pemulihan lapisan kulit alami dan menghindari perilaku yang mengeringkan dan mengiritasi kulit. Tatalaksana yang diberikan pada pasien yaitu topikal dan sistemik. Topikal yaitu golongan VI kostikosteroid potensi medium desonide krim 0,05% dioleskan 2 kali sehari selama 2-4 minggu. Krim desonide, 0,05% merupakan golongan steroid sintetis primer yang digunakan secara topikal sebagai agen antiinflamasi dan antipruritus dan vasokonstriksi.

Tingkat penyerapan kortikosteroid topikal perkutan ditentukan oleh banyak faktor, termasuk pembawa dan integritas penghalang epidermis. Mekanisme aktifitas kortikosteroid diduga bekerja dengan menginduksi protein penghambat fosfolipase A 2 , yang secara kolektif disebut lipokortin. Protein ini mengendalikan biosintesis mediator inflamasi yang kuat seperti prostaglandin dan leukotrien dengan menghambat pelepasan prekursor umum asam arakidonat. Asam arakidonat dilepaskan dari fosfolipid membran oleh fosfolipase A2 .

Penelitian yang dilakukan dengan krim desonida, 0,05% menunjukkan bahwa krim ini berada pada kisaran potensi yang rendah jika dibandingkan dengan kortikosteroid topikal lainnya. [10]

Sistemik Amoxicillin Trihydrate syrup 125mg/5ml diminum 3x1 hingga habis. Pada pengobatan sistemik diberikan kortikosteroid yang bertujuan untuk menekan proses inflamasi. Pada pasien ini diberikan Lameson 4mg (Methylprednisolone), diminum 2x1 , 1 tablet selama 5 hari. Dosis: 0,5-1,7 mg/kgBB/hari dibagi setiap 12 jam. Pada anak dengan berat badan 12 kg ini: 6mg - 20mg per hari.

Jika tanda-tanda infeksi bakteri sekunder atau usapan bakteri pada kulit yang terkena positif, pengobatan dengan antibiotik antistaphylococcal topikal atau oral dianjurkan, tergantung pada apakah lesi terlokalisasi atau menyebar.[14] Sensitivitas dan pola resistensi antibiotik lokal dapat memengaruhi pilihan antibiotik. Antihistamin penenang seperti hidroksizin atau difenhidramin dapat digunakan untuk meredakan gatal parah, terutama pada malam hari.[16]

Dermatitis numular sering kali mengikuti perjalanan kronis yang ditandai dengan kekambuhan dan remisi selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun.[15]

Kulit yang mengalami lesi dapat terinfeksi sekunder; staphylococcus aureus merupakan patogen yang paling sering terlibat. Lesi yang mengalami impetiginasi dapat menunjukkan nanah bernanah dan kerak emas yang lebih tebal daripada lesi yang tidak terinfeksi. Usapan bakteri harus dilakukan untuk kultur dan sensitivitas.[10]

Berdasarkan pola resistensi antimikroba lokal, doksisiklin atau antibiotik antistaphylococcal lainnya dapat dipilih pada awalnya; perawatan lebih lanjut dapat disesuaikan dengan sensitivitas yang dihasilkan. Seperti halnya kondisi peradangan kulit lainnya, mungkin ada dispigmentasi pascainflamasi pada kulit, termasuk eritema, hipopigmentasi, atau hiperpigmentasi.[11,12]

BAB III
KESIMPULAN DAN SARAN

3.1 Kesimpulan

Dermatitis numularis merupakan kondisi peradangan kulit yang sering kali bersifat kronis dan residif, dengan gejala utama berupa lesi berbentuk koin yang disertai gatal intens. Laporan ini menyoroti kasus dermatitis numularis pada anak berusia 2 tahun yang mengalami infeksi sekunder, yang disebabkan oleh kolonisasi bakteri *Staphylococcus aureus*. Temuan ini

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

menegaskan pentingnya diagnosis dini dan pendekatan terapi holistik yang mencakup pengobatan topikal, sistemik, dan edukasi pasien. Selain itu, pengetahuan tentang faktor pencetus seperti lingkungan dan kebiasaan hidup dapat membantu dalam pencegahan kekambuhan penyakit.

Penatalaksanaan kasus ini menunjukkan bahwa kombinasi antara kortikosteroid topikal, antibiotik sistemik, dan edukasi pasien mampu memberikan hasil yang efektif. Pasien menunjukkan perbaikan signifikan pada lesi kulit serta penurunan frekuensi kekambuhan setelah terapi dijalankan secara konsisten. Hasil ini memperkuat pandangan bahwa pengelolaan dermatitis numularis memerlukan integrasi antara pengobatan medis dan perubahan gaya hidup, terutama dalam menjaga kebersihan kulit dan menghindari paparan faktor pencetus.

Pada kasus ini juga menyoroti bahwa edukasi kepada pasien dan keluarganya berperan penting dalam keberhasilan pengobatan. Dengan meningkatkan pemahaman mereka tentang penyakit, pasien dapat lebih proaktif dalam mencegah kekambuhan dan menjaga kondisi kulit tetap sehat. Hal ini menunjukkan perlunya pendekatan yang bersifat kolaboratif antara tenaga medis, pasien, dan keluarganya.

Dengan dasar temuan ini, langkah ke depan yang direkomendasikan mencakup pengembangan pedoman klinis yang lebih komprehensif untuk dermatitis numularis, khususnya pada populasi anak. Penelitian lanjutan diharapkan dapat memberikan wawasan lebih lanjut mengenai patogenesis, faktor risiko, dan pendekatan terapi yang optimal, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

3.2 Saran

1. Bagi Penulis

Bagi penulis dapat dijadikan pengalaman dan dasar dalam melakukan pengelolaan kasus saat menjadi dokter, agar selalu mengembangkan diri dalam hal pengetahuan dan keterampilan sehingga dalam menjelakan tugas dapat menjadi dokter yang Profesional.

2. Bagi Institusi

Hasil dari laporan kasus yang dilakukan penulis dapat memberikan informasi mengenai kasus dermatitis numularis.

3. Bagi Lahan Praktek

Sarana praktik diharapkan dapat terus melakukan peningkatan mutu pelayanan dan meningkatkan kinerja perawat serta tenaga medis yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fitzpatricks Color Atlass and Synopsis of Clinical Dermatology [2013] 7th edition.
2. Andrew' Disease of the Skin Clinical Dermatology [2016] 12th edition.
3. Jiamton S, Tangjaturonrusamee C, Kulthanan K. Clinical features and aggravating factors in nummular eczema in Thais. Asian Pac J Allergy Immunol. 2013 Mar;31(1):36.
4. Butler DC, etc. The atopic dermatitis spectrum disorder. Recognizing the clinical heterogeneity in patients with atopic related skin conditions in order to improve therapeutic decision-making and outcomes: an expert panel consensus statement. J Dermatolog Treat. 2022 Jun;33(4):2397-2399.
5. Djuanda A, Hamzah M, Aisah. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisikeenam, cetakan pertama. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2010.
6. Gerd P, Thomas J. Dermatophyte : Fitzpatrick's Dermatologyin General Medicine 6th [ebook]. New York: McGraw-Hill; 2003
7. Aoyama H, Tanaka M, Hara M, Tabata N, Tagami H. Eksim numular: Penambahan xerosis senilis dan reaktivitas kulit yang unik terhadap alergen udara lingkungan. Dermatologi. 1999; 199 (2):135-9. Bonamonte D, Foti C, Vestita M, Ranieri LD, Angelini G. Nummular eczema and contact allergy: a retrospective study. Dermatitis. 2012 Jul-Aug;23(4):153-7.

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

2025, Vol. 9, No.6
Check No 3877,475773
Prefix DOI 10.5455/mnj.v1i2.644

8. Truong A, Le S, Kiuru M, Maverakis E. Nummular dermatitis on guselkumab for palmoplantar psoriasis. Dermatol Ther. 2019 Jul;32(4):e12954.
9. Suh KS, Park JB, Yang MH, Choi SY, Hwangbo H, Jang MS. Diagnostic usefulness of dermoscopy in differentiating lichen aureus from nummular eczema. J Dermatol. 2017 May;44(5):533-537.
10. Trayes KP, etc. Annular Lesions: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2018 Sep 01;98(5):283-291.
11. SG, Andrew PV,etc. Enhancement of stratum corneum lipid structure improves skin barrier function and protects against irritation in adults with dry, eczema-prone skin. Br J Dermatol. 2022 May;186(5):875-886.
12. Choi S, Zhu GA, Lewis MA, Honari G, Chiou AS, Ko J, Chen JK. Pengobatan dupilumab dermatitis nummular: Sebuah studi kohort retrospektif. J Am Acad Dermatol. Mei 2020; 82 (5):1252-1255.
13. Iwahira Y, Nagasao T, Shimizu Y, Kuwata K, Tanaka Y. Eksim Numularis pada Payudara: Komplikasi Dermatologis yang Berpotensi Terjadi Setelah Mastektomi dan Rekonstruksi Payudara Berikutnya. Plast Surg Int. 2015; 2015 :209458
14. Kim WJ, Ko HC, Kim MB, Kim DW, Kim JM, Kim BS. Ciri-ciri kolonisasi Staphylococcus aureus pada pasien dengan eksim numular. Br J Dermatol. 2013 Mar; 168 (3):658-60.
15. Khurana S, Jain VK, Aggarwal K, Gupta S. Uji tempel pada eksim diskoid. J Dermatol. 2002 Desember; 29 (12):763-7.
16. Fleming C, Parry E, Forsyth A, Kemmett D. Uji tempel pada eksim diskoid. Dermatitis kontak. 1997 Mei; 36 (5):261-4.
17. Danby SG, Andrew PV, Kay LJ, Pinnock A, Chittock J, Brown K, Williams SF, Cork MJ. Peningkatan struktur lipid stratum korneum meningkatkan fungsi penghalang kulit dan melindungi dari iritasi pada orang dewasa dengan kulit kering dan rentan eksim. Br J Dermatol. 2022 Mei; 186 (5):875-886.
18. Patruno C, etc. Efektivitas dupilumab untuk pengobatan fenotip eksim nummular dermatitis atopik pada orang dewasa. Dermatol Ada. Mei 2020; 33 (3):e13290.