

LAPORAN KASUS: DERMATITIS KONTAK IRITAN

Amara Aurelia¹., Hapsari Triandriyani²., Hadi Firmansyah³

^{1,2}Departemen Ilmu Kulit dan Kelamin, RSUD Pasar Rebo, Jakarta, Indonesia

³Departemen Ilmu Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas YARSI, Indonesia

E-mail: amaraaurelia6557@gmail.com

ABSTRACT

Background: Contact dermatitis is an inflammatory skin condition caused by exposure to chemicals or irritants that damage the skin's protective barrier, divided into irritant contact dermatitis (ICD), which does not involve an immune response, and allergic contact dermatitis (ACD), which is mediated by an immune reaction, with ICD often being difficult to detect clinically and requiring avoidance of irritants as the primary treatment.

Objective: This case report aims to provide a diagnostic overview and management of a patient with Irritant Contact Dermatitis.

Method: A case is reported of a 33-year-old female patient presenting with peeling skin between her fingers accompanied by pain and itching. Examination, including anamnesis and dermatological status, was conducted to establish the diagnosis.

Results: The diagnosis of Irritant Contact Dermatitis relies on patient anamnesis, physical examination, and supporting tests to differentiate it from Allergic Contact Dermatitis.

Conclusion: The diagnosis of irritant contact dermatitis (ICD) in the patient was established through anamnesis, physical examination, and patch testing to rule out allergic contact dermatitis, with management including irritant avoidance, use of personal protective equipment, topical corticosteroids, systemic medications if necessary, and long-term education to prevent recurrence.

Keywords: Contact Dermatitis, Irritant Contact Dermatitis (ICD), Patch Test

ABSTRAK

Latar Belakang: Dermatitis kontak adalah penyakit kulit eksim inflamasi yang disebabkan oleh paparan bahan kimia atau iritan yang merusak lapisan pelindung kulit, terbagi menjadi dermatitis kontak iritan (DKI) yang tidak melibatkan respons imun dan dermatitis kontak alergi (DKA) yang dimediasi oleh reaksi imun,

Received: Januari 2025

Reviewed: Januari 2025

Published: Januari 2025

Plagiarism 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](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

dengan DKI sering kali sulit terdeteksi secara klinis dan memerlukan penghindaran bahan iritan sebagai terapi utama.

Tujuan: Laporan kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran diagnostik dan penatalaksanaan pada pasien Dermatitis Kontak Iritan.

Metode: Dilaporkan kasus seorang pasien Perempuan berusia 33 tahun dengan keluhan kulit pada sela jari yang terkelupas disertai perih dan gatal. Pemeriksaan seperti anamnesis serta status dermatologikus dilakukan untuk menegaskan diagnosis.

Hasil: Diagnosis Dermatitis Kontak Iritan tidak lepas dari anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien, serta pemeriksaan penunjang untuk membedakan dengan diagnosa Dermatitis Kontak Alergi.

Kesimpulan: Diagnosis dermatitis kontak iritan (DKI) pada pasien ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan uji tempel untuk menyingkirkan dermatitis kontak alergi, dengan penatalaksanaan meliputi penghindaran iritan, penggunaan alat pelindung diri, kortikosteroid topikal, serta obat sistemik jika diperlukan, dan edukasi jangka panjang untuk mencegah kekambuhan.

Kata kunci: Dermatitis Kontak, Dermatitis Kontak Iritan, DKI, Patch test

1. PENDAHULUAN

Dermatitis kontak ialah penyakit kulit eksim inflamasi yang disebabkan oleh bahan kimia atau ion logam yang memberikan efek toksik tanpa memicu respon sel T (pada dermatitis kontak iritan) atau disebabkan bahan kimia reaktif kecil yang memodifikasi protein dan memicu respon sel imun bawaan dan adaptif (pada dermatitis kontak alergi). Dermatitis kontak pertama kali dipahami dengan lebih dari satu mekanisme, dan saat ini secara keseluruhan dibagi menjadi dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA).

Dermatitis Kontak Iritan (DKI) merupakan inflamasi pada kulit yang disebabkan gangguan pada lapisan pelindung kulit, sering kali dikombinasikan dengan respons imun bawaan. DKI dapat terjadi akibat paparan bahan iritan, fisik, atau biologis yang kontak pada kulit, tanpa dimediasi oleh respons imunologis. DKI biasanya disebabkan oleh kerusakan lapisan kulit akibat bahan-bahan eksternal atau faktor lingkungan. Umumnya, DKI menyerang area tangan dan dapat mempengaruhi individu dari berbagai usia dan jenis kelamin.

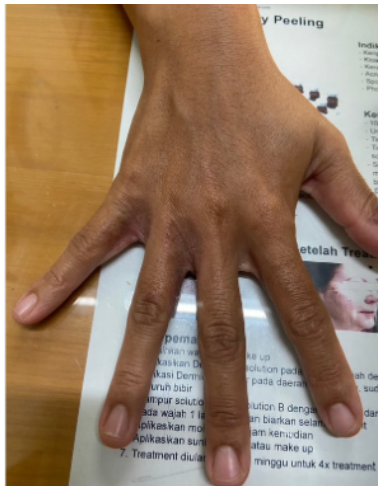
Dermatitis kontak iritan lebih sering tidak terdeteksi secara klinis diakibatkan penyebabnya yang bermacam-macam dan interval waktu yang tidak dapat diprediksi antara kontak dengan bahan iritan serta muncul gejala ruam. Pengobatan dermatitis kontak tidak semudah yang dibayangkan karena banyak dan seringnya faktor-faktor tumoang tindh yang memicu gejala pada kasus dermatitis kontak. Menghindari bahan-bahan yang mengiritasi kulit menjadi strategi terapi yang paling utama.

Berikut ini dilaporkan suatu kasus seorang pasien berusia 33 tahun datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Pasar Rebo. dengan keluhan kulit pada sela-sela jari tangan kanan dan kiri terkelupas hingga terasa perih dan gatal sejak 1 bulan yang lalu.

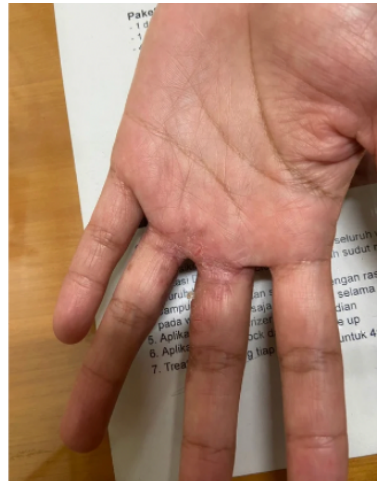
2. LAPORAN KASUS

Seorang Perempuan berinisial Ny. Y berusia 33 tahun, datang ke poli kulit dan kelamin

RSUD Pasae Rebo dengan keluhan Kulit sela-sela jari kiri dan kanan terkelupas hingga luka disertai rasa gatal dan perih. Berdasarkan autoanamnesis, keluhan juga disertai rasa gatal dan perih ketika digaruk. Pasien mengatakan kulit terkelupas timbul setelah mencuci baju yang diawali dengan rasa gatal. Lalu, pasien sering menggaruknya hingga menyebabkan luka. Pasien pernah mengobatinya dengan salep 88 namun tidak membaik. Pada pemeriksaan status dermatologikus didapatkan hasil berikut :



Gambar 1. Pada regio dorsum manus



Gambar 2. Pada regio palmar manus

Pada regio proksimal digiti 3 dan 2 sinistra, regio proksimal digii 3, 4, 5 dextra, tampak makula hiperpigmentasi, difus, bilateral, dan terdapat erosi.

3. PEMBAHASAN

Diagnosis dermatitis kontak iritan didapatkan dengan cara eklusi, dikarenakan tidak ada tes diagnosis spesifik untuk DKI. Tes yang dapat dilakukan ialah dengan uji tempel untuk menyingkirkan DKA. Pada pasien ini ditegakkan dengan anamnesis serta pemeriksaan fisik. Riwayat lengkap mengenai paparan bahan iritan pada tempat kerja maupun rumah menjadi hal yang penting untuk digali, serta informasi yang relevan seperti frekuensi, intensitas, dan durasi paparan iritan terhadap kulit dan area mana yang kena.

Dari anamnesis, didapatkan adanya kulit pada sela-sela jari yang terkelupas sejak 1 bulan yang lalu disertai rasa perih yang dominan dan gatal. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa gejala subjektif yang didapatkan pada pasien dermatitis kontak iritan berupa kulit yang terasa panas seperti terbakar terasa lebih dominan dibandingkan rasa gatal. Gejala tersebut juga dapat membedakan antara DKI dan DKA dikarenakan pada pasien DKA akan merasa lebih dominan rasa gatal daripada perih. Pada pemeriksaan fisik terutama status dermatologikus pada regio proximal manus dextra dan sinistra ditemukan macula hiperpigmentasi, difus, bilateral, dan terdapat erosi. Menurut kepustakaan, lesi timbul dalam hitungan menit setelah terpapar bahan iritan atau bahkan hingga lebih dari 24 jam. Lesi berkisar dari eritematosa hingga vesikulasi serta menyebabkan kulit terasa panas dan perih seperti terbakar. Lesi hanya timbul pada area yang terkena bahan iritan. Pola dan distribusi dermatitis memegang peranan penting dalam diagnosis. ICD selalu dimulai pada lokasi kontak kulit dengan iritan dan umumnya tidak menyebar. Lokasi yang umum meliputi tangan, wajah, dan area perineum, terutama pada bayi dan orang dewasa yang mengalami inkontinensia.

Pemeriksaan penunjang yang disarankan pada pasien ini ialah uji tempel (patch test) untuk menyingkirkan diagnosis banding dermatitis kontak alergi. Hasil uji tempel pada dermatitis kontak iritan ialah decrescendo, dimana area yang awalnya merah akan memudar ketika dicek kembali (sekitar 3 - 4 hari). Pemeriksaan histopatologi juga bisa digunakan pada dermatitis

kontak iritan, dimana untuk DKI akut akan terdapat sel epidermal nekrosis, neutrophil, vesikulasi, serta nekrosis. Sedangkan hasil histopatologi DKI kronik berupa akantosis, hyperkeratosis, dan infiltrate limfosit.

Diagnosis banding pada pasien ini adalah dermatitis kontak alergi karena memiliki Gambaran efloresensi yang sama serta pada area serta pola yang sangat mirip. Dermatitis kontak alergi dapat disingkirkan pada gejala ini yaitu dari keluhan pasien berupa lesi terasa dominan perih yang sampai panas dibandingkan gatal, dimana jika itu dermatitis kontak alergi yang dominan ialah rasa gatal.

Terapi pada Dermatitis Kontak Iritan berupa nonmedikamentosa dan medikamentosa. Terapi medikamentosa seperti menghindari bahan iritan yang memunculkan gejala atau ruam, menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan atau sepatu bot, serta edukasi mengenai prognosis, penyakit, dan perjalanan penyakit yang lumayan memakan waktu.

Terapi medikamentosa dengan penggunaan kortikosteroid topikal yang diberikan sesuai lesi. Lesi yang basah (madidans) dapat dikompres terbuka (2 - 3 lapis kain kassa) dengan larutan NaCl 0.9%, apabila lesi kering diberikan kompres kortikosteroid potensi sedang seperti flusinolone asetonid, serta jika dermatitis berjalan kronis dapat diberikan mometasone furoate intermiten. Pemberian obat sistemik juga dapat diberikan sesuai gejala klinis yang ditemukan, misalnya untuk mengurangi rasa gatal dapat diberikan cetirizine.

Pada dermatitis yang cukup berat dan kronis atau tidak merespons kortikosteroid dapat diberikan inhibitor kalsineurin atau foto terapi dengan BB/NB UVB. Obat sistemik yang dapat diberikan berupa azatioprin atau siklosporin. Bila sudah terjadi infeksi dapat diberikan antibiotik topikal atau sistemik.

4. KESIMPULAN

Diagnosis dermatitis kontak iritan (DKI) pada pasien ini ditegakkan melalui pendekatan eksklusi, mengingat tidak ada tes diagnostik spesifik untuk DKI. Pemeriksaan anamnesis dan fisik yang cermat, termasuk riwayat paparan bahan iritan dan pola gejala perih yang dominan, membantu membedakan DKI dari dermatitis kontak alergi (DKA). Gejala pasien yang berupa kulit terkelupas, perih, dan gatal pada area yang terpapar bahan iritan mendukung diagnosis DKI, yang ditandai dengan makula hiperpigmentasi dan erosi pada pemeriksaan fisik. Pemeriksaan penunjang seperti uji tempel (patch test) dapat dilakukan untuk menyingkirkan DKA, dan hasilnya akan menunjukkan reaksi decrescendo pada DKI. Terapi utama pada DKI meliputi penghindaran bahan iritan, penggunaan alat pelindung diri, serta pemberian kortikosteroid topikal sesuai dengan lesi. Jika diperlukan, obat sistemik seperti antihistamin untuk mengurangi gatal, atau terapi lain seperti inhibitor kalsineurin dan fototerapi dapat diberikan. Edukasi kepada pasien tentang penghindaran iritan dan penatalaksanaan jangka panjang sangat penting untuk mencegah kekambuhan.

5. DAFTAR PUSTAKA

1. Apriliani, R., Suherman, S., Ernyasih, E., Romdhona, N., & Fauziah, M. (2022). Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Iritan Pada Pemulung Di Tpa Bantargebang. *Environmental Occupational Health and Safety Journal*, 2(2), 221-234.
2. Ridley, D. S., & Jopling, W. H. (1966). Classification of leprosy according to immunity: A five-group system. *International Journal of Leprosy*, 34(3), 255-273.
3. Litchman G, Nair PA, Atwater AR, dkk. Dermatitis Kontak. [Diperbarui 4 September 2023]. Dalam: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459230/> Britton, W. J., & Lockwood, D. N. J. (2004). Leprosy. *The Lancet*, 363(9416), 1209-1219. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15952-7)
3. Patel K, Nixon R. Irritant Contact Dermatitis - a Review. *Curr Dermatol Rep*. 2022;11(2):41-51. doi: 10.1007/s13671-021-00351-4. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35433115;

PMCID: PMC8989112. Mayasari, R., Reza, et al. (2019). Diagnosis klinis Morbus Hansen tipe mid borderline (BB) dengan gambaran histopatologis Morbus Hansen tipe borderline tuberculoid (BT). *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*, 6(2), 57-62. Diakses

4. PERDOSKI. (2017). *Panduan praktik klinis bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia*. Jakarta: Perdoski.
5. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. (2013). *Fitzpatrick dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Professional.