

Penatalaksanaan Holistik Pada Ibu Rumah Tangga Usia 52 Tahun dengan Dermatitis Kontak Iritan melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Kalirejo

Malyca Rachmaniar Dita Rifzian¹, Dian Isti Angraini²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Dermatitis kontak iritan (DKI) merupakan peradangan kulit yang disebabkan oleh bahan atau substansi yang bersifat iritan dan dapat dialami oleh semua orang dari berbagai golongan umur, ras, dan jenis kelamin. Tatalaksana definitif DKI yaitu menemukan dan menghindari bahan iritan yang menjadi penyebab. Menerapkan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *Evidence Based Medicine* dan bersifat *Family-approached*, *Patient-centered*, dan *Community-oriented*. Studi ini merupakan sebuah laporan kasus dengan data primer diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Pasien Ny. P usia 52 tahun datang dengan keluhan muncul bercak merah dan gatal pada kedua telapak kaki disertai kulit mengelupas sejak dua minggu yang lalu. Pasien khawatir keluhan dapat mengganggu aktivitas sehari-harinya. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang baru saja mengganti cairan pembersih lantai kamar mandi. Pasien didiagnosis dengan DKI berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga kepada Ny. P usia 52 tahun dengan dermatitis kontak iritan yang disesuaikan berdasarkan diagnostik holistik awal. Intervensi yang dilakukan telah meningkatkan pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya.

Kata kunci: Dermatitis kontak iritan, holistik, kedokteran keluarga

Holistic Management of 52 Year-Old Woman with Irritant Contact Dermatitis through a Family Medical Approach at Kalirejo Health Center

Abstract

Irritant contact dermatitis (ICD) is an inflammatory skin disease caused by irritant materials or substances and can be found in everyone from all age groups, races, and genders. The definitive management is to find and avoid the cause (irritants). Applying a holistic and comprehensive family doctor approach in detecting risk factors, clinical problems, and patient management based on evidence based medicine through family-approached, patient-centered, and community-oriented. This is a case report study, which the primary data were obtained through anamnesis, physical examination, home visits. The secondary data were obtained through patient's medical records. Mrs. P, 52 years old, presents redness and itchy spots on both soles of the feet and peeled skin since two weeks ago. The patient is worried that the complaints may interfere her daily activities. The patient is a housewife who has just replaced the bathroom floor cleaning fluid. Patient was diagnosed with ICD based on history and physical examination. The intervention results were patient complaints' were reduced, knowledge of patients and her family regarding ICD increased, and some behaviours of the patients and family changed.

Keywords: Family medicine, holistic, irritant contact dermatitis

Korespondensi: Malyca Rachmaniar Dita Rifzian, alamat Jl. Sam Ratulangi No.48, Penengahan, Bandar Lampung, HP 082112606502, e-mail malycarachmaniar02@gmail.com

Pendahuluan

Dermatitis merupakan peradangan pada kulit (epidermis) yang berhubungan dengan paparan fisik maupun provokasi imunologis.¹ Dermatitis kontak merupakan dermatitis yang disebabkan oleh bahan atau substansi yang menempel pada kulit. Terdapat dua jenis dermatitis yaitu dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA). DKI disebabkan oleh bahan iritan dan merupakan

reaksi inflamasi kulit non-imunologis (kerusakan kulit terjadi secara langsung tanpa didahului proses sensitisasi). Sebaliknya, DKA disebabkan oleh alergen yang telah tersensitisasi sehingga menyebabkan reaksi hipersensitivitas tipe IV (lambat).² Pada DKI, reaksi inflamasi hanya terbatas pada daerah yang terkena paparan, terbatas tegas, dan tidak menyebar. Sementara DKA reaksi inflamasi menyebar dari daerah yang terkena paparan hingga ke perifer dan dapat

menyeluruh.¹

Dermatitis kontak iritan dapat dialami oleh semua orang dari berbagai golongan umur, ras, dan jenis kelamin. Jumlah orang yang mengalami DKI diperkirakan cukup banyak, terutama yang berhubungan dengan pekerjaan (DKI akibat kerja), namun angka secara tepat sulit diketahui. Hal ini disebabkan karena banyak pasien dengan kelainan ringan tidak datang berobat atau bahkan tidak mengeluh.²

Dermatitis kontak yang tidak mendapatkan tatalaksana secara adekuat dapat mempengaruhi produktivitas kerja hingga kualitas hidup termasuk aspek emosional, sosial, dan ekonomi, menyebabkan kekambuhan hingga komplikasi berupa infeksi sekunder yang dapat memperburuk keadaan pasien.³

Tatalaksana definitif dari DKI adalah menemukan dan menghindari bahan iritan yang menjadi penyebab.⁴ Kortikosteroid topikal dapat diberikan untuk mengatasi inflamasi. Pemakaian alat pelindung diri yang adekuat diperlukan bagi pekerja yang kontak dengan bahan iritan. Evaluasi mengenai tatalaksana yang diberikan juga perlu dilakukan untuk mengetahui kemungkinan timbulnya penyakit penyerta akibat tatalaksana.²

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko internal, faktor risiko eksternal, dan masalah klinis pada pasien, melakukan intervensi, dan mengevaluasi hasil intervensi. Diharapkan dengan adanya intervensi masalah klinis pasien dan keluarga dapat diselesaikan.

Kasus

Pasien Ny. P usia 52 tahun, datang ke Puskesmas Kalirejo pada hari Rabu, 31 Mei 2023 dengan keluhan muncul bercak merah dan gatal pada kedua telapak kaki yang disertai dengan kulit mengelupas sejak dua minggu yang lalu. Pada awalnya (dua minggu sebelum ke puskesmas) pasien merasakan sedikit gatal disertai perubahan warna menjadi kemerahan dibandingkan dengan kulit sekitar pada kedua telapak kaki dan sela-sela jari kaki, sehingga pasien sering menggaruknya. Dua hari setelahnya muncul lenting-lenting berisi air pada kedua telapak kaki dan sela-sela jari kaki tersebut dan menjadi luka akibat digaruk oleh

pasien. Beberapa hari kemudian pasien merasa keluhan gatal semakin terasa dan pasien mengatakan dua hari sebelum ke Puskesmas keluhan gatal semakin memberat dan tidak dapat ditahan karena gatal hampir muncul setiap saat dan dikhawatirkan akan mengganggu aktivitas pasien, kulit pasien juga terus menerus mengelupas disertai rasa perih sampai akhirnya pasien memutuskan untuk berobat ke Puskesmas. Pasien mengaku keluhan gatal pertama kali muncul setelah mengganti cairan pembersih lantai kamar mandi.

Pasien dalam sehari-harinya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Saat membersihkan lantai kamar mandi, pasien menggunakan sikat dengan gagang panjang dan pasien tidak menggunakan alas kaki. Pasien belum pernah mengalami keluhan ini sebelumnya. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kulit lain. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat, atau debu.

Pasien merupakan ibu rumah tangga yang hidup berdua dengan suaminya. Pasien memiliki satu anak laki-laki dan dua anak perempuan yang sudah menikah dan tinggal di luar kota. Hubungan pasien dengan suaminya terjalin baik. Hubungan pasien dengan lingkungan sekitar terjalin baik. Upaya menjaga kesehatan pasien masih bersifat kuratif.

Pasien khawatir keluhan yang dirasakan akan memburuk dan dapat mengganggu aktivitas sehari-harinya. Pasien berharap keluhan tersebut dapat berkurang dan bahkan hilang.

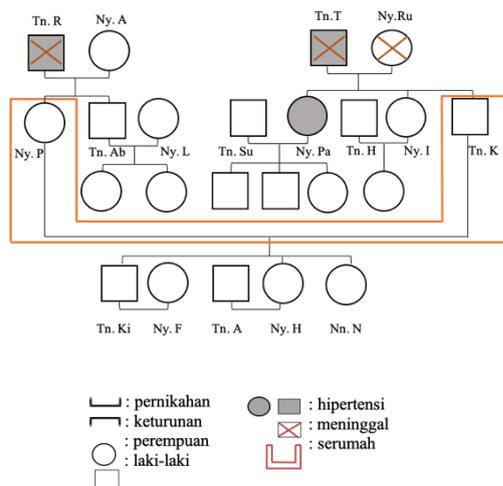
Pendapatan dalam keluarga berasal dari penghasilan suaminya bekerja sebagai pedagang. Pasien mengatakan bahwa pendapatan tersebut cukup untuk digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer, sekunder, dan tersier.

Pasien Ny. P usia 52 tahun merupakan seorang ibu rumah tangga. Kedua orang tua pasien telah meninggal. Pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Pasien memiliki seorang suami berusia 58 tahun, satu anak laki-laki (Tn. Ki 30 tahun) yang sudah menikah dan satu orang anak perempuan (Ny.H 27 tahun) yang sudah menikah juga satu orang anak perempuan yang masih kuliah (Nn.N 21 tahun). Saat ini pasien tinggal dengan Suaminya (Tn.K

58 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga usia pertengahan (*middle age*).

Pendapatan per bulan Tn.K ±6.000.000 rupiah yang didapatkan dari hasil berdagang. Pendapatan tersebut digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga diputuskan secara bersama-sama. Hubungan pasien dengan suaminya harmonis. Anak-anak pasien rutin mengunjungi pasien. Tn.K dan Ny.P selalu beribadah di masjid. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan seperti Puskesmas Kalirejo yang berjarak ± 4 km dari rumah pasien. Pasien dan keluarga hanya berobat jika muncul keluhan. Biaya berobat pasien diperoleh dari BPJS.

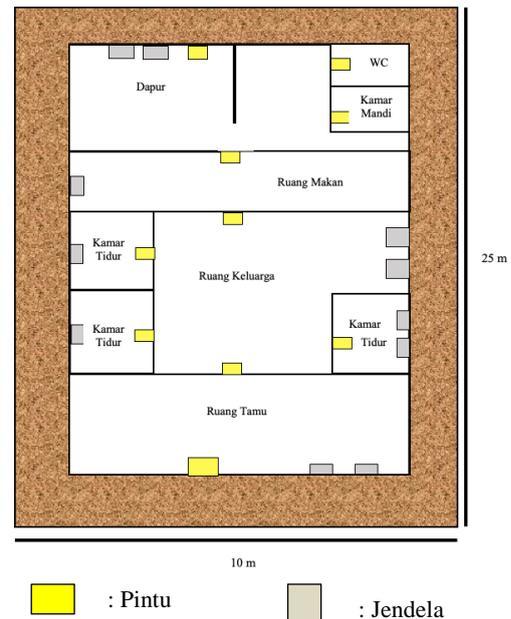
Fungsi keluarga dinilai dengan menggunakan *family APGAR score* didapatkan hasil 9 yang berarti fungsi keluarga baik dan berdasarkan *family SCREEM* didapatkan hasil 25 yang berarti fungsi keluarga adekuat.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. P

Pasien tinggal di rumah permanen milik diri sendiri dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak dua orang terdiri dari pasien dan suami. Rumah pasien berukuran 25x10 m². Terdapat tiga kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, satu ruang makan, satu toilet dengan wc jongkok, dan satu kamar mandi tanpa wc. Terdapat tempat untuk mencuci baju di depan kamar mandi dengan dinding semen dan lantai semen. Terdapat halaman untuk jemuran pada bagian belakang rumah. Dinding tembok, lantai keramik, dapur berada di dalam rumah dengan lantai semen.

Sinar matahari cukup masuk ke dalam rumah, ada ventilasi dan jendela di setiap kamar. Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari sumur, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air yang dimasak.



Gambar 2. Denah Rumah Ny. P

Pada hasil pemeriksaan fisik pasien didapatkan hasil keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: *compos mentis* dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif; tekanan darah: 130/85 mmHg; suhu: 36,70C; frekuensi nadi: 78x/menit; frekuensi napas: 18x/menit; SpO₂: 98%; berat badan: 54 kg; tinggi badan: 155 cm; IMT: 22,47 kg/m² (normal). Rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Faring dan tonsil dalam batas normal. Pemeriksaan leher dalam batas normal, pemeriksaan paru dan jantung inspeksi gerakan dada simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, batas jantung tidak melebar, auskultasi vesikuler, bunyi jantung I dan II reguler. Dari inspeksi abdomen datar, bising usus (+) 6 kali permenit, nyeri tekan abdomen tidak ada dan tidak ditemukan pembesaran hepar dan limpa, perkusi timpani seluruh lapang abdomen. Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior (*dextra* dan *sinistra*) didapatkan akral teraba hangat, CRT <2s, dan tidak ada edema. Status neurologis dalam batas normal.

Status dermatologis didapatkan pada ekstremitas inferior pars plantar bilateral dan interdigitalis pedis dextra et sinistra ditemukan adanya patch eritema, batas tegas, jumlah multiple, bentuk ireguler, ukuran plak, distribusi bilateral disertai skuama selapis berwarna putih, vesikel (-), pustule (-), central healing (-).

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini dengan aspek personal alasan kedatangan yaitu muncul bercak merah dan gatal serta kulit mengelupas pada kedua telapak kaki juga sela-sela jari kaki, pasien khawatir keluhan yang dirasakan akan semakin memberat dan dapat menghambat kegiatan sehari-hari, serta harapan pasien yaitu keluhan berkurang dan hilang sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa. Aspek klinis didapatkan berupa dermatitis Kontak Iritan (ICD 10: L24). Aspek risiko internal meliputi pasien kurang mengetahui mengenai penyebab penyakit DKI serta pencegahannya, pendidikan terakhir pasien SMP, usia pasien sudah memasuki usia pertengahan (52 tahun), pengalaman dalam mengelola penyakit yang selalu terlambat, dan pasien tidak menggunakan alas kaki saat membersihkan lantai kamar mandi. Aspek risiko eksternal meliputi suami pasien yang kurang memiliki pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien juga kurangnya dukungan dalam pola pengobatan pertama di keluarga, lingkungan sosial yang mempengaruhi pasien untuk mencoba berbagai macam cairan pembersih lantai kamar mandi, media yang mempromosikan jenis cairan pembersih lantai kamar mandi mempengaruhi pasien untuk mencobanya, juga petugas puskesmas yang jarang melakukan sosialisasi mengenai penyakit dermatitis kontak iritan. Derajat fungsional pasien yaitu 1, pasien masih bisa melakukan pekerjaan sehari-hari seperti sebelum sakit.

Intervensi yang diberikan kepada pasien melalui kunjungan ke rumah pasien ini terbagi menjadi *patient-centered*, *family-approached* dan *community-based*. Intervensi secara *patient-centered* meliputi edukasi mengenai penyakit DKI berikut penyebab dan upaya pengobatannya, edukasi perilaku perawatan kulit dengan menghindari garukan dan

menjaga kelembapan kulit, edukasi untuk mengganti cairan pembersih lantai kamar mandi yang menjadi penyebab keluhan kulit pada pasien, edukasi mengenai pentingnya pola pengobatan pertama sedini mungkin agar tidak memperparah penyakit yang diderita, edukasi penggunaan APD berupa alas kaki atau sepatu tahan air saat hendak membersihkan lantai kamar mandi, dan pemberian obat Betametason valerate *cream* 0.1% dioleskan 2 kali sehari pada lesi juga pemberian obat minum Cetirizine 10mg 1 kali sehari bila muncul gatal.

Intervensi *family-approached* yang dilakukan berupa konseling kepada keluarga pasien mengenai penyakit DKI berikut penyebab dan upaya pengobatannya dan konseling mengenai pentingnya mendukung pola pengobatan pertama sedini mungkin agar tidak memperparah penyakit yang diderita anggota keluarga.

Intervensi dengan *community-based* yang dilakukan berupa memberikan informasi mengenai penyakit dermatitis kontak iritan mencakup pengertian, penyebab, dan upaya pengobatan yang dapat dilakukan dan memberikan informasi tentang pentingnya menjaga kesehatan kulit agar terhindari dari penyakit kulit.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien Ny. P, 52 tahun dengan diagnosis dermatitis kontak iritan. Pembinaan ini dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga kepada pasien dan keluarga yang dilakukan secara holistik dengan jumlah kunjungan sebanyak tiga kali. Pada kunjungan pertama, tanggal 8 Juni 2023, dilakukan perkenalan dengan pasien dan suami pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kunjungan. Setelah melakukan *informed consent*, berikutnya dilakukan anamnesis kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien serta keadaan keluarga.

Diagnosis penyakit pada pasien ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesis, pasien mengatakan muncul bercak merah dan gatal pada kedua telapak kaki yang disertai dengan kulit mengelupas sejak dua minggu yang lalu. Pasien mengaku keluhan

muncul setelah pasien mengganti cairan pembersih lantai kamar mandi. Pasien dalam sehari-harinya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Saat membersihkan lantai kamar mandi, pasien menggunakan sikat dengan gagang panjang dan pasien tidak menggunakan alas kaki. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kulit lain. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat, maupun debu sebelumnya.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/85 mmHg, suhu 36,7°C, frekuensi nadi 78x/menit, frekuensi napas 18x/menit, SpO2 98%, berat badan 54 kg, tinggi badan 155 cm, IMT 22,47 kg/m² (normal). Status generalis kesan dalam batas normal. Status dermatologis pada ekstremitas inferior pars plantar bilateral dan interdigitalis pedis dextra et sinistra ditemukan adanya patch eritema, batas tegas, jumlah multiple, bentuk ireguler, ukuran plak, distribusi bilateral disertai skuama selapis berwarna putih, vesikel (-), pustule (-), *central healing* (-).

Dermatitis kontak iritan (DKI) merupakan peradangan pada kulit (epidermis) yang disebabkan oleh bahan iritan, fisik, atau biologis yang kontak pada kulit dan merupakan reaksi inflamasi kulit non-imunologis (kerusakan kulit terjadi secara langsung tanpa didahului proses sensitisasi). Pada DKI, reaksi inflamasi hanya terbatas pada daerah yang terkena paparan, berbatas tegas, dan tidak menyebar.¹

DKI dapat dialami oleh semua orang dari berbagai golongan umur, ras, dan jenis kelamin.² DKI dapat disebabkan oleh adanya paparan dengan bahan yang bersifat iritan, seperti bahan pelarut, deterjen, minyak pelumas, asam, alkali, dan serbuk kayu. Terdapat juga pengaruh faktor lain, yaitu lama kontak terhadap paparan, kekerapan paparan (terus menerus atau berselang), dan trauma gesekan berulang, khususnya gaya geser yang bekerja secara horizontal pada permukaan kulit. Suhu dan kelembaban lingkungan juga turut berperan.⁵

Riwayat kontak dengan suatu bahan iritan yang sering dipakai dalam kegiatan sehari-hari, baik di pekerjaan ataupun rumah tangga juga menjadi faktor yang memicu timbulnya

reaksi pada kulit berupa lesi pada lokasi tubuh yang terpajan.⁴ Reaksi kulit yang timbul bergantung pada sifat bahan iritan yang mengiritasi kulit serta durasi paparan antara kulit dengan bahan iritan. Sifat bahan kimia yang bersifat iritan bisa berupa asam kuat, basa kuat, asam lemah, dan basa lemah. Reaksi akut terjadi ketika kontak dengan suatu bahan iritasi yang bersifat kuat dalam sekali paparan, seperti asam pekat, alkali kuat, dan pelarut seperti akrilonitril. Sedangkan reaksi kronik terjadi ketika kontak dengan suatu bahan iritan yang bersifat lemah (asam atau basa) dan digunakan setiap hari sehingga menimbulkan reaksi lambat namun progresif.⁵

Dermatitis kontak iritan memiliki beberapa manifestasi klinis yang terbagi dalam 10 tipe klinis berdasarkan bahan iritan dan pola paparan⁵ yaitu (1) Dermatitis kontak iritan akut, terjadi ketika kulit sering terpapar iritasi kuat dalam sekali paparan, seperti asam pekat, alkali kuat, dan pelarut seperti akrilonitril. Reaksi iritasi dengan cepat mencapai puncaknya dan kemudian mulai sembuh, biasanya digambarkan sebagai “fenomena *decrecendo*” dengan gejala yang muncul meliputi rasa terbakar, menyengat, dan nyeri pada kulit yang terkena dengan tanda-tanda klinis yang bervariasi meliputi eritema, edema, bula, dan nekrosis; (2) Dermatitis kontak iritan akut yang tertunda, bentuk DKI yang paling umum, bahan kimia seperti benzalkonium klorida, anthralin, kalsipotriol, dan tretinoin dapat menyebabkan respon inflamasi tertunda, tidak terlihat sampai 8-24 jam setelah paparan primer. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan diagnosis sebagai DKA. Gejala klinisnya mirip dengan DKI akut dengan kulit menjadi sensitif terhadap sentuhan dan air; (3) Reaksi iritan, bentuk DKI subklinis yang biasanya memengaruhi individu yang terpapar pekerjaan basah. Gambaran klinis bersifat monomorfik, ditandai dengan eritema, *scaling*, vesikel, pustula, dan erosi. Lesi muncul dimulai pada jari di bawah perhiasan seperti cincin dan menyebar melibatkan tangan dan lengan bawah. Kondisi ini dapat sembuh secara spontan dengan penghentian paparan, atau juga dapat berkembang menjadi DKI kumulatif; (4) Iritasi subjektif/sensoris, bentuk ini ditandai sebagai ketidaknyamanan sensorik dalam bentuk menyengat, terbakar, atau sensasi gatal,

tanpa adanya gambaran klinis atau histologis iritasi kulit. Dalam hal ini, dicurigai terdapat keterlibatan jaras saraf; (5) Iritasi non-eritematosa, Iritasi non-eritematosa mengacu pada iritasi kulit dini tanpa tanda klinis peradangan namun terlihat secara histologis. Gejala yang sering timbul berupa rasa terbakar, gatal, dan nyeri; (6) Dermatitis kontak iritan kumulatif (kronik), merupakan jenis DKI yang paling sering ditemukan. Jenis terjadi akibat adanya paparan berulang pada kulit, dimana bahan kimia yang sering terpapar lebih dari satu jenis dan bersifat lemah karena dengan paparan tunggal tidak akan mampu menimbulkan DKI. Sabun, deterjen, surfaktan, pelarut organik dan minyak merupakan beberapa contoh dari bahan iritan. Gejala awal dapat muncul rasa gatal, nyeri, dan kulit kering di beberapa tempat, kemudian timbul eritema, hiperkeratosis, dan bahkan dapat timbul fisura. Gejala ini tidak timbul setelah kontak dengan paparan, tetapi muncul setelah beberapa hari, bulan, atau bahkan beberapa tahun; (7) Dermatitis akibat gesekan, iritasi mekanik dapat timbul akibat mikrotrauma dan gesekan berulang. Tipe ini biasanya menimbulkan kulit kering, hiperkeratosis pada kulit yang terabrasi, dan membuat kulit lebih rentan terhadap terjadinya iritasi; (8) Dermatitis traumatik, dapat timbul setelah trauma akut kulit seperti terbakar atau laserasi dan paling sering timbul pada tangan, serta dapat bertahan 6 minggu atau lebih. Proses pembengkakan pada dermatitis jenis ini memanjang. Eritema, kulit bersisik, papul atau vesikel juga dapat timbul; (9) Dermatitis pustular dan akneiformis, sering timbul setelah terpapar bahan kimia saat bekerja, seperti minyak, tar, logam berat dan halogen, serta dapat pula setelah penggunaan kosmetik. Lesi berupa pustul dan dapat timbul beberapa hari setelah kontak; (10) Dermatitis iritan asteatotik, sering ditemukan pada usia tua yang sering mandi tanpa mengoleskan pelembab pada kulit setelah mandi. Gejala klinis yang ditimbulkan ialah gatal, kulit kering, dan bersisik.

Upaya pengobatan terpenting pada DKI adalah menghindari paparan bahan iritan yang menjadi penyebab, baik yang bersifat mekanik, fisis, maupun kimiawi, serta menyingkirkan faktor yang memperberat. Bila hal ini dapat dilaksanakan dengan sempurna, dan tidak

terjadi komplikasi, maka DKI tersebut akan sembuh. Apabila diperlukan, untuk mengatasi peradangan dapat diberikan kortikosteroid topikal, misalnya hidrokortison, atau untuk kelainan yang kronis dapat diawali dengan kortikosteroid potensi kuat seperti betametason dan desoximetason.⁴

Kortikosteroid topikal disetujui oleh *US Food and Drug Administration* (US FDA) untuk menghilangkan manifestasi inflamasi dan pruritus dari dermatitis yang responsif terhadap kortikosteroid. Efektivitas kortikosteroid mungkin berbeda tergantung pada ketebalan aplikasi, kondisi kulit, dan durasi pengobatan.⁶

Tabel 1. Kondisi Kulit yang Responsif terhadap Pengobatan Kortikosteroid Topikal⁷

Potensi Tinggi (Kelas I dan II)	Potensi Sedang (Kelas III, IV, dan V)	Potensi Rendah (Kelas VI dan VII)
<ul style="list-style-type: none"> • Alopesia areata • Dermatitis atopi • Pemfigoid bulosa • Lupus diskoid • Eksim dishidrotik • Eksim hiperkeratotik • Adesi labium • Liken planus • Liken sklerosus (kulit) • Liken simplek kronis • Melasma • Dermatitis numular • Poison ivy yang parah • Psoriasis • Vitiligo 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamasi anal yang parah • DKI asteatotik • Dermatitis atopi • Dermatitis kronis / DKI kumulatif • Liken sklerosus (vulva) • Dermatitis numular • Skabies • Dermatitis seboroik • Dermatitis statis 	<ul style="list-style-type: none"> • Diaper rash • Dermatitis pada kelopak mata • Dermatitis pada wajah • Inflamasi perianal • Fimosis

Tingkat potensi dari kortikosteroid topikal dibagi berdasarkan beberapa kelas, Kelas I (sangat tinggi, durasi maksimum penggunaan 3 minggu), obat-obat yang termasuk kedalam kelas I yaitu betametason dipropionat 0.05%, klobetasol propionat 0.05%, dan halobetasol propionat 0.05%; kelas II (tinggi, durasi maksimum penggunaan 12 minggu), meliputi amcinonide 0.1%, desoximetason 0.25% dan 0.0.5%, dan diflorason diasetat 0.05%; kelas III, IV, dan V

(sedang, durasi maksimum penggunaan 12 minggu), meliputi betametason valerate 0.1%, flutikason propionat 0.05%, dan hidrokortison butirat 0.1%; dan kelas VI, VII (rendah, tidak durasi maksimum penggunaan yang spesifik), meliputi hidrokortison 2.5%, alclometason dipropionat 0.05% dan triamsinolon asetonid 0.025%⁸.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 8 Juni 2023, dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health* dengan mengamati pasien secara menyeluruh baik dari aspek biologis, psikologis dan sosial⁹ sehingga setelah dilakukan telaah masalah pasien secara holistik, didapatkan masalah lain terkait dengan penyakit yang diderita.

Masalah yang dimaksud tersebut mencakup faktor internal dan faktor eksternal yang mempengaruhi penyakit DKI pada pasien. Didapatkan hasil yaitu kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit DKI terutama penyebab dan cara pencegahannya agar keluhan tidak berulang; pasien mengganti jenis cairan pembersih lantai yang berbeda dari yang biasa digunakan sehingga memungkinkan cairan pembersih tersebut menjadi penyebab dari penyakit pasien; serta pasien tidak menggunakan alat pelindung diri seperti alas kaki saat membersihkan lantai kamar mandi.

Berdasarkan masalah tersebut maka dipilih cara penyelesaian berupa terapi farmakologi dan non farmakologi yang dianggap sesuai dengan pasien. Pasien diedukasi dan diberikan penjelasan mengenai penyakit yang dideritanya yaitu dermatitis kontak iritan yang meliputi pengertian, penyebab, faktor risiko, dan upaya pengobatan dengan media poster serta mengedukasi kepada pasien untuk mulai menggunakan alat pelindung diri seperti alas kaki saat membersihkan lantai kamar mandi, mengganti cairan pembersih lantai kamar mandi yang sedang digunakan, selalu menjaga kebersihan diri, serta menggunakan pelembap secara teratur.

Pengobatan farmakologi yang diberikan kepada pasien berupa betametason *cream*¹⁰ yang dioleskan 2x1 pada kulit yang terkena dan cetirizine tablet 10mg 1x1 yang dikonsumsi bila muncul keluhan gatal. Penatalaksanaan dermatitis kontak iritan bertujuan untuk mengurangi reaksi peradangan akibat adanya kontak dengan bahan iritan, mengurangi gejala gatal, dan memperkecil luka akibat garukan atau gesekan.

Kunjungan rumah yang kedua kalinya dilakukan pada tanggal 03 Juli 2023. Dilakukan intervensi non farmakologis dengan memberikan informasi mengenai DKI meliputi pengertian, faktor risiko dan pencetus, pencegahan, dan upaya pengobatan menggunakan media poster. Selain itu, dilakukan juga edukasi kepada pasien untuk menggunakan alat pelindung diri saat membersihkan lantai kamar mandi, mengganti cairan pembersih lantai kamar mandi, aturan penggunaan obat yang telah diberikan oleh dokter, dan menggunakan pelembap secara teratur.

Kunjungan rumah yang ketiga dilakukan pada tanggal 10 Juli 2023. Dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik kembali kepada pasien. Pada anamnesis didapatkan bahwa bercak merah gatal pada kedua kaki sudah mulai berkurang. Pemeriksaan fisik didapatkan pada ekstremitas bawah pars plantar bilateral dan interdigitalis pedis dextra et sinistra, lesi sudah mulai mengering. Penggunaan obat sudah sesuai aturan dan pencegahan kontak dengan bahan iritan yang dicurigai juga sudah dilakukan.

Daftar Pustaka

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. United States: McGraw-Hill Education; 2019.
2. Menaldi SLS, Bramono K, Lndriatmi W. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.
3. Higaki Y, Tanaka M, Futei Y, Kamo T, Basra M, Finlay A. Japanese version of the Family Dermatology Life Quality Index: Translation and Validation. Japanese Dermatological Assoc. 2017;44(8):914–9.
4. Aneja S. Irritant Contact Dermatitis.

- Medscape. 2020;
5. Patel K, Nixon R. Irritant Contact Dermatitis — a Review. *Curr Dermatol Rep [Internet]*. 2022;11(2):41–51.
 6. Stacey SK, McEleney M. Topical Corticosteroids: Choice and Application. *Am Fam Physician*. 2021;103(6):337–43.
 7. Ference J. Choosing Topical Corticosteroids. *Am Fam Physician*. 2019;79(2):135–40.
 8. Gabros S, Nessel T, Zito P. Topical Corticosteroids. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.*
 9. Hancock T. The mandala of health: A model of the human ecosystem. *J Heal Promot Maint*. 2017;15(2).
 10. Litchman G, Nair P, Atwater A, Bhutta B. Contact Dermatitis. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.*