

# Penatalaksanaan Holistik Pasien Perempuan Dewasa Usia 54 Tahun Dengan Dermatitis Kontak Alergi Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Inas Dzakhirah<sup>1</sup>, Aila Karyus<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

## Abstrak

Dermatitis kontak alergi ialah dermatitis yang terjadi akibat paparan dengan bahan alergen di luar tubuh, dipicu reaksi hipersensitivitas tipe 4. Penyakit ini umumnya identik dengan kelainan klinis berupa gatal dan eritema (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi). Penyakit ini menghasilkan tingkat morbiditas yang tinggi dan prevalensinya meningkat dalam beberapa dekade terakhir. Artikel ini merupakan bentuk dari penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Studi ini adalah Case Report. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis, pemeriksaan fisik, kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga dan psikososial, serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien perempuan dewasa usia 54 tahun dengan dermatitis kontak alergi. Pada faktor internal pada kasus seperti faktor genetik, usia, dan ketidaktahuan mengenai faktor pencetus. Faktor eksternal kurangnya pengetahuan keluarga mengenai dermatitis kontak alergi, komplikasinya dan lingkungan yang memiliki banyak alergen. Dilakukan intervensi farmakologis dan non farmakologis berupa edukasi dalam mencegah kambuhnya gejala dermatitis kontak alergi pada pasien. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien dan keluarga sudah mencapai tahap *adoption*.

**Kata kunci:** Dermatitis kontak alergi, penatalaksanaan kedokteran keluarga.

## Holistic Management of A 54 Years Old Female Patient with Allergic Contact Dermatitis through A Family Medicine Approach

### Abstract

Allergic contact dermatitis is dermatitis that occurs due to exposure to allergens outside the body, mediated by a type 4 hypersensitivity reaction. This disease is generally synonymous with pruritus, erythema, oedema. This disease results in a high rate of morbidity and its prevalence has increased in recent decades. This article is a form of application of evidence-based medicine-based family doctor services to patients by identifying risk factors, clinical problems, and management based on a problem-solving framework with a patient-centered and family-centered approach. This study is a Case Report. Primary data were obtained through autoanamnesis, physical examination, home visits to complete family and psychosocial data, as well as the environment. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end of the study quantitatively and qualitatively. Adult female patient aged 54 years with allergic contact dermatitis. On internal factors in cases such as genetic factors, age factors, and ignorance of the originator. External factors are the lack of family knowledge about allergic contact dermatitis, its complications and the environment that has many allergens. Pharmacological and non-pharmacological interventions were carried out in the form of education in preventing the onset of symptoms of allergic contact dermatitis in patients. Diagnosis and management of these patients has been carried out in a holistic, patient-centered, family approach and based on several theories and recent research. In the process of change, patients and families have reached the adoption stage.

**Keywords:** allergic contact dermatitis, family medicine management

Korespondensi: Inas Dzakhirah, alamat Jl. W. Mongonsidi Bandar Lampung, HP 081271482688, e-mail [97inasdzakhirah@gmail.com](mailto:97inasdzakhirah@gmail.com)

### Pendahuluan

Dermatitis adalah peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai respons terhadap pengaruh faktor eksogen dan atau faktor endogen, menyebabkan kelainan klinis berupa eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi dan keluhan gatal. Tanda polimorfik tidak selalu terjadi bersamaan, bahkan mungkin hanya satu jenis misalnya hanya berupa papula (oligomorfik). Dermatitis cenderung residif dan menjadi kronis. Dermatitis kontak ialah dermatitis yang disebabkan oleh

bahan/substansi yang menempel pada kulit. Dermatitis kontak dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu dermatitis kontak alergi (DKA) dan dermatitis kontak iritan (DKI). Dermatitis kontak alergi ialah dermatitis yang terjadi akibat paparan dengan bahan alergen di luar tubuh, dipicu reaksi hipersensitivitas tipe 4.<sup>1,2</sup>

Badan dunia Organization International Labour (ILO) 2013, menyebutkan bahwa 80% penyakit kulit akibat kerja adalah dermatitis kontak, dermatitis kontak iritan menduduki urutan pertama dengan 80% dan dermatitis

kontak alergi menduduki urutan kedua dengan 14%-20%. Namun, data terakhir dari Inggris dan Amerika Serikat menunjukkan bahwa persentase dermatitis kontak akibat kerja karena alergi mungkin jauh lebih tinggi, berkisar antara 50 dan 60 persen. Selama 30 tahun terakhir, peningkatan prevalensi dari penyakit DKA mencapai 7% dari populasi umum, diantaranya 3-24% pada anak-anak dan 33-64% pada lansia. Informasi mengenai prevalensi dan insidensi DKA di masyarakat sangat sedikit, sehingga angka yang mendekati kebenaran belum didapat.<sup>2</sup>

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, prevalensi nasional dermatitis adalah 6,8%. Beberapa provinsi dengan tingkat prevalensi dermatitis kontak alergik di atas tingkat prevalensi nasional adalah Jakarta, Jawa Barat, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Nusa Tenggara Timur, DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Aceh, dan Sumatera Barat.<sup>3</sup>

Pasien umumnya mengeluh gatal. Kelainan kulit bergantung pada tingkat keparahan dan lokasi dermatitisnya. Pada stadium akut dimulai dengan bercak eritematosus berbatas tegas kemudian diikuti edema, papulovesikel, vesikel atau bula. Vesikel atau bula dapat pecah menyebabkan erosi dan eksudasi (basah). Pada

DKA kronis terlihat kulit kering, berskuama, papul, likenifikasi dan mungkin juga fisur, berbatas tidak tegas. Kelainan ini sulit dibedakan dengan dermatitis kontak iritan kronis; dengan kemungkinan penyebab campuran.<sup>4</sup>

Penatalaksanaan dermatitis kontak alergi bertujuan untuk mengurangi/mencegah kekambuhan, dan mengurangi derajat keparahan gejala bila terjadi kekambuhan. Dalam hal ini terdapat 4 komponen utama, yaitu menghindari pencetus, perawatan kulit, terapi antiinflamasi, dan modalitas terapi lain. Pada kasus dermatitis kontak alergi ringan, prognosis sangat bergantung pada kemampuan menghindari bahan iritan penyebab. Pada kasus dermatitis kontak yang berat diakibatkan pekerjaan keluhan dapat bertahan hingga 2 tahun walaupun sudah berganti pekerjaan. Hal ini menunjukkan pentingnya tatalaksana

dermatitis kontak alergi secara holistik dan menyeluruh. Diperlukan ketepatan diagnosis, tatalaksana, dan edukasi kepada pasien dan keluarganya.<sup>5</sup>

### Kasus

Pasien Ny. E usia 54 tahun, datang ke klinik umum Puskesmas Way Kandis dengan keluhan muncul bercak merah gatal pada telapak tangan kanan pasien. Keluhan dirasakan hilang timbul sejak tiga tahun lalu. Pasien mengatakan keluhan muncul ketika pasien memakai cincin oleh-oleh dari ibu mertuanya yang pulang dari haji..

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kulit lain. Pasien memiliki riwayat alergi memakai aksesoris. Terdapat keluhan serupa pada keluarga yakni pada anak pasien. Pasien sudah menikah dan memiliki dua orang anak. Pasien tinggal bersama suami dan kedua anaknya. Hubungan pasien dengan seluruh anggota keluarga cukup baik. Psikologis pasien baik. Hubungan pasien dengan lingkungan sekitar cukup baik.

### Hasil

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,8<sup>0</sup>, frekuensi nadi 81 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, SpO2 99%, berat badan 57 kg, tinggi badan 158 cm, status gizi normal (IMT 22,8 kg/m<sup>2</sup>).

Pada status generalis kepala normocephal, mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal, bibir tidak sianosis. Pada pemeriksaan thoraks tidak terdapat retraksi intercostal, pergerakan dinding dada simetris, taktil fremitus simetris kanan dan kiri, perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi terdengar vesikuler (+/+) tanpa suara *wheezing* ataupun ronki. Pemeriksaan jantung, batas jantung tidak melebar, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen datar, bising usus 12x/menit, tidak ada nyeri tekan dan organomegali, perkusi timpani. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, tidak ada sianosis, CRT <2". Pada regio manus dextra digiti 2,3,4,5 tampak plak eritem berbatas tegas difus ukuran numuler, kulit tampak kering.



**Gambar 1.** *Regio Manus Dextra*  
(Sumber gambar: dokumentasi pribadi)

## Pembahasan

Diagnosis penyakit pada pasien ini adalah dermatitis kontak alergi. Di anamnesis didapatkan keluhan berupa bercak merah gatal pada kulit yang terjadi secara kronik dan hilang timbul. Pasien juga memiliki riwayat alergi memakai aksesoris, serta terdapat riwayat kontak alergi pada keluarga. Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya kulit kemerahan disekitar sela sela jari.

Sedangkan diagnostik holistik pada pasien terdiri dari beberapa aspek yaitu:

### 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: bercak merah gatal pada telapak tangan kanan sudah hilang
- Kekhawatiran: kekhawatiran sudah berkurang
- Persepsi: Bercak merah gatal muncul akibat memakai cincin
- Harapan: keluhan hilang dan penyakit tidak sering kambuh

### 2. Aspek Klinik

Dermatitis kontak alergi (ICD X: L23.89)

### 3. Aspek Risiko Internal

- Keluarga memahami dermatitis kontak alergi yang terjadi pada pasien .
- Pasien sudah menghindari faktor pencetus.
- Pasien mulai melakukan upaya untuk menjaga kelembaban kulitnya.

### 4. Aspek Risiko Eksternal

Pengetahuan keluarga meningkat mengenai faktor-faktor pencetus yang

dapat memicu timbulnya dermatitis kontak alergi dan dampak akibat dermatitis kontak alergi yang kambuh.

### 5. Derajat Fungsional

Derajat 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

Penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah penerapan pelayanan dokter keluarga yang berbasis bukti, *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*. Penatalaksanaan terdiri dari tatalaksana medikamentosa dan non-medikamentosa. Tatalaksana medikamentosa adalah dengan krim Bethamethasone dipropionate 0,05% 2x/hari dioleskan pada lesi kulit.

Kortikosteroid topikal sering digunakan pada DKA di Amerika Serikat untuk DKA fase akut. Terapi kortikosteroid untuk DKA bersifat efektif, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan, dan harganya tidak semahal terapi alternatif lainnya. Digunakan kortikosteroid golongan III karena pasien dewasa serta lesinya terletak pada lokasi yang memiliki lapisan kulit yang tebal. Cetirizine 10 mg 1 kali 1 tablet bila muncul gatal. Pemberian antihistamin bertujuan untuk mengatasi rasa gatal sehingga mencegah terjadinya garukan yang dapat memperparah kondisi lesi. Cetirizine merupakan antihistamin non-sedatif. Obat ini dipilih karena tidak bersifat kantuk sehingga pasien tetap dapat beraktifitas secara produktif walaupun setelah konsumsi obat. Dosis cetirizine untuk pasien dewasa adalah 10 mg/hari.<sup>6</sup>

Pada pasien ini tidak diberikan kortikosteroid sistemik karena pertimbangan luas lesinya. Kortikosteroid sistemik seperti prednison jarang digunakan sebagai terapi primer pada DKA , namun terkadang dapat digunakan pada masa akut sementara transisi ke agen lain. Prednisolon 40-60 mg 1-2 kali per hari dapat digunakan pada pasien dewasa, namun sebaiknya tidak lebih dari 1 atau 2 minggu. Penggunaan kortikosteroid jangka waktu lama tidak dianjurkan.<sup>7</sup>

Gejala klinis pasien tidak menunjukkan adanya infeksi sekunder, sehingga pada pasien tidak diberikan terapi antibiotik. Bila terdapat tanda infeksi sekunder oleh kolonisasi *Staphylococcus aureus* (madidans, krusta, pustul,

pus) yang luas dapat diberikan antibiotik sistemik misalnya sefalosporin atau penisilin yang resisten terhadap penisilinase (dikloksasilin, kloksasilin, flukloksasilin). Bila lesinya tidak luas dapat dipakai antibiotik topikal, misalnya asam fusidat atau mupirosin. Eritromisin atau makrolid lainnya dapat diberikan pada pasien yang alergi terhadap penisilin. Antijamur topical atau sistemik dapat diberikan bila ada komplikasi infeksi jamur. Tatalaksana non medikamentosa berupa komunikasi serta edukasi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah. Pada kunjungan rumah pertama juga dicari faktor – faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien berupa DKA. Diantaranya, mengidentifikasi penyebab yang memungkinkan terjadinya kekambuhan DKA. Dilakukan identifikasi kemungkinan adanya pencetus yang mendasari terjadinya kekambuhan.<sup>8</sup>

Kemudian pada kunjungan kedua dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal. Pada kunjungan kedua penulis menjelaskan kepada anggota keluarga pasien yang tinggal serumah mengenai penyakit pasien berupa DKA. Intervensi dilakukan dengan metode diskusi bersama anggota keluarga pasien menggunakan media gambar terkait penyakit pasien. Mengedukasi keluarga tentang hal-hal yang dapat mencetuskan kambuhnya DKA, hal ini bertujuan agar penyakit pasien dapat dikontrol sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan. Memotivasi keluarga untuk bersama-sama memantau pemicu penyakit pasien.

Kemudian dilakukan evaluasi pada kunjungan ketiga, didapatkan hasil berupa bercak gatal pada kulit yang sudah hilang. Pengetahuan keluarga pasien sudah meningkat saat dilakukan evaluasi mengenai penyakit DKA, cara mencegah perburukan penyakitnya dan cara mencegah kekambuhan penyakit DA. Sebelumnya keluarga pasien tidak tahu bahwa penyakit DKA merupakan penyakit eksim yang dipicu oleh faktor internal dan eksternal.

Penderita DKA pada umumnya memiliki kulit yang relatif kering baik di daerah lesi maupun non lesi karena peningkatan kehilangan air transepidermal, dengan mekanisme yang kompleks dan terkait erat dengan kerusakan sawar kulit. Hal ini merupakan *port d'entry* untuk

terjadinya penetrasi alergen, iritasi, bakteri dan virus. Selain itu, faktor luar (eksogen) yang dapat memperberat keringnya kulit adalah suhu panas, kelembaban yang tinggi, serta keringat berlebih. Demikian pula penggunaan sabun yang bersifat lebih alkalis dapat mengakibatkan gangguan sawar kulit. Gangguan sawar kulit tersebut meningkatkan rasa gatal, terjadilah garukan berulang (siklus gatal-garuk-gatal) yang menyebabkan kerusakan sawar kulit. Dengan demikian penetrasi alergen, iritasi, dan infeksi menjadi lebih mudah.<sup>9</sup>

Penderita dermatitis kontak alergik memiliki respons terhadap iritan kulit lebih besar dibandingkan dengan individu non kontak alergik. Bahan iritan tersebut antara lain sabun, deterjen, kontak dengan jus buah, sayuran, daging, bahan kimia dan asap. Sebagai pemicu gatal, bahan iritan mampu mencetuskan DKA. Sabun yang bersifat iritan adalah sabun dengan sifat alkalis, untuk itu pada pasien ini dianjurkan menggunakan sabun bayi karena memiliki pH netral sehingga tidak iritatif. Prognosis ditegaskan berdasarkan dari peran multifaktorial. Faktor yang berhubungan dengan prognosis kurang baik, yaitu berdasarkan luas alergen dan penghindaran pemicu.<sup>10</sup>

## Simpulan

Faktor risiko internal terjadinya pada pasien Ny. E 54 tahun adalah adanya faktor riwayat penyakit dermatitis kontak alergi dan alergi dalam keluarga. Faktor eksternal yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor pencetus dermatitis kontak alergi. Telah dilakukan penatalaksanaan non medikamentosa dan medikamentosa secara holistik dan komprehensif terhadap pasien. Keluarga pasien dalam kasus ini telah diintervensi, telah berada pada tahap adopsi, yaitu pasien dan keluarga telah menerapkan gaya hidup sehat sebagai upaya pengobatan dan pencegahan penyakit yang diderita.

## Daftar Pustaka

1. Kaplan DH, Igyártó BZ and Gaspari AA. Early Immune Events in the Induction of Allergic Contact Dermatitis. *Nature Reviews Immunology*. [Internet]. 2012. [Diperbarui Februari 2012 ; disitasi 9 Desember 2013 ]. 12: 114-24. Tersedia

- pada <http://www.nature.com/nri/journal/v12/n2/abs/nri3150.html>
2. PERDOSKI. Kategori Galeri Kesehatan: Dermatitis Kontak. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit & Kelamin Indonesia. 2009.
  3. Riskesdas. Hasil Utama Riskesdas 2013. Kementerian Kesehatan RI. 2013.
  4. Soebaryo RW. Etiologi dan Patogenesis DA. Dalam: Boediardja SA, Sugito TL, Rihatmadja R, editor. Dermatitis pada bayi dan anak. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2004. p. 1-8.
  5. Natalia, Sri LM, Triana A. Perkembangan Terkini pada Terapi DA. Jakarta : Jurnal Medis Indonesia Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2011; 61(7).
  6. Djuanda A, Sulasito SA. Dermatitis Kontak Alergika. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S ed. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Ke-5. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
  7. Adiani, Aulia Dian. Karakteristik Dermatitis Kontak Alergi (DKA) di RSUP DR KARIADI. Jurnal Media Medika Muda. 2014.
  8. Shahbazian JH, Hartzell TL, Pandey AK and Azari KK. Allergic Dermatitis Due to Topical Antibiotics. Western Journal of Emergency Medicine. [Internet]. 2012. [Diperbarui 6 September 2011; disitasi 9 Desember 2013]; 13(4):380–382. Tersedia pada : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3421979/>
  9. Cohen DE, Jacob SE. Allergic Contact Dermatitis. Dalam: Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DA, ed. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine Edisi Ke-7. USA: The McGraw-Hill Companies, Inc, 2008. h. 136-44.
  10. PERDOSKI. Panduan Praktik Klinis: Dermatitis Kontak Alergi. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia. 2017.