



Dermatitis Kontak Alergi

Ramadhina^{1*}, Malahayati²

^{1,2} Mahasiswa Profesi Dokter, Universitas Malikussaleh, Indonesia

*Penulis Korespondensi: Ramadhina.190610023@mhs.unimal.ac.id¹

Abstract. Allergic contact dermatitis (ACD) is an inflammatory skin process caused by specific allergens. ACD is classified as Type IV hypersensitivity, which is sensitive to allergens. A 57-year-old woman presented to the Dermatology and Venereology Clinic at Malahayati General Hospital in Bireun with complaints of red patches on her right and left legs and on her right and left elbows for approximately two months. According to the patient, the red patches initially appeared as circular patches with white scales the size of a coin on the elbows, accompanied by itching, which then spread. The itching worsened when the patient sweated, causing her to scratch, which enlarged the lesions and caused red wounds. The skin on the lesions tended to be dry with active edges and a calmer center. The itching improved after bathing. The patient is a housewife. The patient also said that she sweats frequently. According to the patient, the itching is not affected by the food she consumes every day. The patient was given steroid pharmacotherapy, namely 1% hydrocortisone cream, 0.1% mometasone furoate cream, and 10 mg cetirizine tablets once daily.

Keywords: Allergic Contact Dermatitis; Itching; Skin Lesions; Steroid; Topical Treatment.

Abstrak. Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah suatu proses peradangan kulit yang disebabkan oleh alergen tertentu. DKA termasuk dalam Hipersensitivitas tipe IV sebelumnya peka terhadap alergen. Perempuan berusia 57 tahun datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSU Malahayati Bireun dengan keluhan berupa bercak kemerahan di area kaki kanan dan kiri serta di siku tangan kanan dan kiri sejak $\pm$ 2 bulan yang lalu. Menurut pasien, awalnya muncul bercak kemerahan melingkar dengan sisik putih sebesar uang logam pada area siku tangan dan disertai dengan rasa gatal yang kemudian semakin meluas hingga. Rasa gatal semakin memberat ketika pasien berkeringat yang membuat pasien selalu menggaruk hingga ukuran lesi semakin membesar dan menimbulkan luka kemerahan serta kulit pada lesi cenderung kering dengan tepi lesi aktif dan bagian tengah yang tampak lebih tenang. Keluhan gatal dirasa membaik saat setelah mandi. Pasien merupakan seorang Ibu Rumah Tangga Pasien juga mengatakan sering berkeringat. Menurut pasien gatal tidak dipengaruhi makanan yang dikonsumsi setiap harinya. Pasien diberikan terapi farmakologi steroid yaitu Hydrocortisone cream 1%, Mometasone furoate 0.1% cream, dan cetirizine tab 1x10 mg.

Kata Kunci: Dermatitis Kontak Alergi; Gatal; Lesi Kulit; Pengobatan Topikal; Steroid.

1. LATAR BELAKANG

Dermatitis kontak merupakan istilah umum pada reaksi inflamasi akut atau kronis dari suatu zat yang bersentuhan dengan kulit. Ada dua jenis dermatitis kontak. Pertama, dermatitis kontak iritan (DKI) disebabkan oleh iritasi kimia, dermatitis kontak alergi (DKA) disebabkan oleh antigen (alergen) dimana memunculkan reaksi hipersensitivitas tipe IV (cell-mediated atau tipe lambat) (Wolff, 2009; Hadi, 2021). Dermatitis Kontak Alergi (DKA) adalah reaksi hipersensitifitas tipe lambat akibat kulit terpapar oleh alergen dalam lingkungan (Castanedo, 2012).

Dalam praktek klinis, kedua respon ini (antara iritan dan alergi) mungkin sulit untuk membedakan. Banyak bahan kimia dapat bertindak baik sebagai iritan maupun alergen. DKA adalah salah satu masalah dermatologi yang cukup sering, menjengkelkan, dan menghabiskan biaya. Perlu dicatat bahwa 80% dari dermatitis kontak akibat kerja (Occupational Contact

Dermatitis) adalah iritan dan 20% alergi. 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, sehingga meningkatkan dampak ekonomi dari kerja DKA (Marks, 2022; Belsito, 2003).

Ada banyak faktor risiko yang dapat memengaruhi terjadinya DKA. Faktor risiko tersebut terdiri dari faktor internal dan eksternal. Faktor eksternal dapat berupa suhu, kelembaban, lama dan frekuensi kontak. Sedangkan, faktor internal terdiri dari usia, riwayat atopi, riwayat penyakit kulit, dan pekerjaan (Wahyu, 2019).

2. METODE PENELITIAN

Laporan kasus ini dilakukan dengan mengumpulkan data pasien berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Identitas Pasien

- | | |
|----------------------|---------------|
| a. Nama | : Ny. N |
| b. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| c. No. Rekam Medis | : 14.41.31 |
| d. Umur | : 57 thn |
| e. Alamat | : Desa Gedong |
| f. Agama | : Islam |
| g. Status perkawinan | : Menikah |
| h. Suku | : Aceh |
| i. Pekerjaan | : IRT |

Anamnesis

Perempuan berusia 57 tahun datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Malahayati Bireun dengan keluhan berupa bercak kemerahan di area kaki kanan dan kiri serta di siku tangan kanan dan kiri sejak $\pm$ 2 bulan yang lalu. Menurut pasien, awalnya muncul bercak kemerahan melingkar dengan sisik putih sebesar uang logam pada area siku tangan dan disertai dengan rasa gatal yang kemudian semakin meluas hingga. Rasa gatal semakin memberat ketika pasien berkeringat yang membuat pasien selalu menggaruk hingga ukuran lesi semakin membesar dan menimbulkan luka kemerahan serta kulit pada lesi cenderung kering dengan tepi lesi aktif dan bagian tengah yang tampak lebih tenang. Keluhan gatal dirasa membaik saat setelah mandi.

Pasien merupakan seorang Ibu Rumah Tangga Pasien juga mengatakan sering berkeringat. Menurut pasien gatal tidak dipengaruhi makanan yang dikonsumsi setiap harinya.

Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi.

Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada riwayat keluarga dengan keluhan yang sama.

Riwayat Penggunaan Obat

Pasien dahulu sering minum obat tradisional untuk membantu meredakan rasa sakit yang dirasakan pasien.

Riwayat Kebiasaan

Kebiasaan merokok : disangkal

Kebiasaan konsumsi alkohol : disangkal

Kebiasaan minum : Air putih

Kebiasaan makan : Sering mengonsumsi makanan manis.

Pemeriksaan Fisik

a. Vital Sign

Kesadaran : Compos mentis

Tekanan Darah : 120/90 mmHg

Frekuensi Nadi : 77 x/i

Frekuensi Napas: 22 x/i

Temperatur : 36,4 °C

b. Status Dermatologis

Status dermatologis didapatkan pada regio ekstremitas atas dan bawah, tampak makula hiperpigmentasi disertai dengan papul eritema, polisiklik, irreguler, berukuran plak, berbatas tegas, dengan tepi aktif berwarna kemerahan dan, sebagian ditutupi skuama halus



Gambar 1. Status Dermatologis.

c. Status Generalis

1) Kulit

Warna : Sawo matang
 Turgor : Kembali dengan cepat
 Sianosis : tidak ada
 Ikterus : tidak ada
 Oedema : tidak ada

2) Kepala

Bentuk : Normocephali,
 Rambut : Hitam, tidak mudah putus
 Mata : Edema palpebra (-/-), ptosis (-/-), konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-).
 Telinga : Normoaurikula
 Hidung : Tidak tampak deviasi septum, sekret (-/-), mukosa hiperemis (-/-),
 Mulut : Sianosis (-), lidah kotor (-)

3) Leher

Trakea : Terletak ditengah
 Kelenjar tiroid : Tidak teraba pembesaran
 KGB : Tidak ditemukan pembesaran pada KGB

4) Thorax

a) Pulmo

Inspeksi : Simetris pada keadaan statis, dinamis
 Palpasi : stem fremitus kanan sama dengan kiri
 Perkusi : sonor di seluruh lapang paru

Auskultasi: vesikuler di seluruh lapang paru, wheezing (-/-)

b) Cor

Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS V linea midclavícula sinistra

Perkusi : Batas kiri kanan jantung normal

Auskultasi: BJ I > BJ II, reguler (+), regurgitasi (-), gallop (-)

c) Abdomen

Inspeksi : simetris, distensi abdomen (-)

Auskultasi : peristaltik dalam batas normal

Palpasi : nyeri tekan (-)

Perkusi : timpani di keempat kuadran abdomen

Ekstremitas : Akral hangat, edema tungkai (-/-), sianosis (-/-), keterbatasan anggota gerak (-/+), luka anggota gerak (-/+)

d. Diagnosis

Dermatitis Kontak Alergi

e. Diagnosis Banding

- 1) Dermatitis Kontak Alergi
- 2) Dermatitis Kontak Iritan
- 3) Tinea Corporis

Penatalaksanaan

a. Edukasi Pasien:

- 1) Menjelaskan kepada pasien dan/atau orang tua bahwa dermatitis kontak alergi merupakan reaksi alergi kulit akibat paparan zat tertentu (alergen), bukan penyakit menular.
- 2) Menyampaikan bahwa gejala akan mereda bila alergen dihindari, dan dapat kambuh bila terpapar kembali.

b. Anjuran:

- 1) Mengidentifikasi dan menghindari kontak dengan alergen penyebab (misalnya: logam, parfum, lateks, deterjen, kosmetik, dsb.).
- 2) Menjaga kebersihan kulit, hindari menggaruk area yang gatal.
- 3) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar, berbahan katun, dan menyerap keringat.
- 4) Tidak menggunakan sabun atau produk pembersih yang mengandung bahan iritan (gunakan sabun hipoalergenik).

c. Topikal:

- 1) Salep Kortikosteroid ringan hingga sedang
- 2) Hydrocortisone cream 1% (untuk area sensitif seperti wajah)
- 3) Mometasone furoate 0.1% cream (untuk area tubuh lainnya)
- 4) Emolien/moisturizer: digunakan untuk menjaga kelembapan kulit dan memperbaiki skin barrier (contoh: petrolatum jelly, krim pelembap non-parfum).

d. Sistemik:

- 1) Antihistamin oral untuk mengurangi gatal
- 2) Cetirizine tab 10 mg 1x1

Pembahasan

Dermatitis kontak alergi (DKA) merupakan bentuk reaksi hipersensitivitas tipe IV (tertunda) akibat paparan zat alergenik yang berulang pada kulit individu yang telah tersensitisasi. Reaksi ini tidak terjadi pada paparan pertama, tetapi memerlukan proses sensitisasi imunologis. Setelah sensitisasi terjadi, paparan berikutnya akan menimbulkan reaksi inflamasi kulit yang ditandai dengan gejala seperti eritema, vesikel, edema, dan gatal hebat. Lokasi lesi biasanya sesuai dengan area kontak langsung dengan alergen, dan dapat menyebar lebih luas jika paparan berulang atau terdapat autoeksematisasi (Basketter, 2004).

Pada kasus ini, pasien perempuan usia 57 tahun datang dengan keluhan bercak kemerahan disertai gatal dan sisik pada tangan kanan dan kiri, serta kaki kanan dan kiri. Keluhan telah berlangsung sekitar dua bulan dan berkembang secara bertahap. Pasien menyatakan bahwa lesi awal muncul di tangan, yang kemudian meluas ke area kaki. Lokasi awal di tangan mengarah pada kemungkinan kontak langsung dengan bahan alergenik, seperti deterjen, sabun, atau produk rumah tangga lainnya yang sering digunakan pasien sebagai ibu rumah tangga.

Gatal atau pruritus menjadi salah satu gejala utama yang menyebabkan pasien melakukan konsultasi kepada dokter karena perasaan tidak nyaman yang dapat memengaruhi secara psikis maupun fisik (Song, 2018). Pruritus dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, pekerjaan, psikis, sehingga dapat mengganggu kuantitas dan kualitas tidur pasien (Zachariae, 2012). Pruritus dapat menjadi tidak tertahankan sehingga untuk menghilangkan perasaan tidak nyaman tersebut, manusia cenderung menggaruk bagian yang gatal sehingga dapat menyebabkan kerusakan yang lebih parah pada kulit (Tivoli, 2009). Kegiatan menggaruk yang awalnya sudah dicetuskan oleh reaksi inflamasi dapat mengikis lapisan kulit sehingga menimbulkan infeksi sekunder (Harrison, 2019). Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang menyatakan gatal tak tertahankan menyebabkan kebiasaan menggaruk hingga lesi membesar dan tampak luka serta kering.

Dermatitis kontak pada umumnya timbul akibat paparan berbagai substansi eksternal yang memicu proses inflamasi pada kulit. Zat penyebab tersebut dapat berupa bahan kimia yang terdapat dalam benda-benda sehari-hari, seperti aksesoris, kosmetik, obat topikal, logam, serta pakaian. Selain itu, bahan yang berkaitan dengan lingkungan kerja misalnya semen, deterjen atau sabun cuci, pestisida, cat, dan berbagai zat kimia lainnya juga sering menjadi faktor pencetus terjadinya dermatitis kontak (Kang, 2019). Pasien tidak melaporkan pengaruh makanan terhadap rasa gatal, namun merasakan perbaikan setelah mandi. Hal ini mendukung dugaan bahwa penyebabnya adalah faktor eksternal lokal yang berkaitan dengan permukaan kulit, seperti alergen atau iritan dari lingkungan, bukan faktor sistemik. Mandi bisa membantu mengurangi iritasi dengan membersihkan alergen dari permukaan kulit serta melembapkan kulit kering yang sedang mengalami inflamasi.

Berdasarkan gejala, lokasi, dan perjalanan penyakit, dermatitis kontak alergi dapat menjadi salah satu penyebab atau penyerta dari kondisi pasien ini. Karena itu, pendekatan penatalaksanaan yang tepat mencakup edukasi mengenai kemungkinan pencetus alergen, anjuran menghindari paparan, serta pemberian terapi topikal seperti kortikosteroid dan emolien. Jika diperlukan, pemeriksaan *patch test* dapat dilakukan untuk memastikan zat alergen spesifik yang menyebabkan reaksi, sehingga mencegah kekambuhan di masa mendatang. Diagnosis dermatitis kontak ditegakkan berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis, kemudian dapat dikonfirmasi melalui pemeriksaan *patch test*. Dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA) perlu dibedakan karena keduanya memiliki pendekatan penatalaksanaan yang berbeda (Boone, 2015). Anamnesis dilakukan secara komprehensif, meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, serta riwayat paparan atau kontak dengan bahan yang dicurigai sebagai alergen atau iritan. Selain itu, pemeriksaan fisik berupa inspeksi diperlukan untuk menilai lokasi dan distribusi kelainan kulit. Pemeriksaan penunjang berupa *patch test* dianjurkan apabila secara klinis sulit membedakan antara DKI dan DKA (Sularsito, 2015).

Pasien diberikan terapi kortikosteroid seperti hydrocortisone salep. Kortikosteroid topikal adalah obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan pasien dengan penyakit kulit inflamasi. Risiko yang terkait dengan penggunaan kortikosteroid lebih ditujukan dari manfaat terapeutik, dan tergantung dari potensi steroid dan kapasitas penetrasi perkutan. Pasien tidak dapat diberikan kortikosteroid oral dengan pertimbangan pasien memiliki riwayat hipertensi, dan ukuran lesi yang tidak luas (Taslim, 2020). Pasien juga diberikan cetirizine untuk mengurangi gatal. Antihistamin generasi kedua juga banyak digunakan, karena sifatnya yang kurang lipofilik, tidak mempengaruhi sistem saraf pusat, dan memiliki keunggulan adanya efek anti inflamasi. Loratadin mengatur pelepasan sitokin, khususnya IL-6 dan IL-8, sedangkan

cetirizin memiliki efek menghambat kemotaksis eosinofil, pelepasan, dan ekspresi molekul adesi endotelial. Penelitian ini menunjukkan bahwa loratadin dan cetirizin merupakan golongan antihistamin generasi kedua yang sering digunakan (Yuri, 2015).

4. KESIMPULAN

Dermatitis kontak alergi (DKA) merupakan peradangan kulit akibat reaksi hipersensitivitas tipe IV yang terjadi karena kontak berulang dengan zat alergenik pada individu yang telah tersensitisasi. Penyakit ini ditandai dengan munculnya gejala seperti bercak kemerahan, gatal, vesikel atau sisik, serta dapat berkembang menjadi lesi yang luas dan menahun bila paparan terus berlanjut. Lokasi lesi biasanya sesuai dengan area paparan langsung terhadap alergen dan sering disertai rasa gatal yang berat, terutama pada kondisi lembap atau saat berkeringat.

Pada kasus ini, pasien perempuan usia 57 tahun datang dengan keluhan bercak kemerahan bersisik disertai gatal pada tangan dan kaki yang telah berlangsung selama dua bulan. Lesi awal muncul di tangan, kemudian menyebar ke area lain dan memburuk saat pasien berkeringat. Riwayat sebagai ibu rumah tangga yang berisiko terpapar bahan pembersih atau deterjen tanpa pelindung mendukung kemungkinan adanya paparan alergen berulang pada kulit. Gatal yang mereda setelah mandi dan tidak dipengaruhi makanan juga menguatkan bahwa pencetus berasal dari faktor eksternal.

Berdasarkan gambaran klinis dan perjalanan penyakit, kasus ini menunjukkan kemungkinan kuat sebagai dermatitis kontak alergi yang bersifat kronik akibat paparan alergen yang terus terjadi. Penatalaksanaan yang tepat meliputi identifikasi dan eliminasi alergen penyebab, edukasi pasien, penggunaan emolien untuk menjaga kelembapan kulit, serta pemberian terapi topikal antiinflamasi. Pemeriksaan penunjang seperti patch test dapat dipertimbangkan untuk memastikan diagnosis dan mencegah kekambuhan jangka panjang.

DAFTAR REFERENSI

- Basketter, D. A., et al. (2004). Occupational contact dermatitis and the biphasic ACD process. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 4(2), 59–66.
- Belsito, D. V. (2003). Allergic contact dermatitis. Dalam I. M. Freedberg, A. Z. Eisen, K. Wolff, K. F. Austen, L. A. Goldsmith, & S. I. Katz (Eds.), *Fitzpatrick's dermatology in general medicine* (6th ed., pp. 1164–1179). McGraw-Hill.
- Boone, M. A., Jemec, G. B., & Marmol, V. D. (2015). Differentiating allergic and irritant contact dermatitis by high-definition optical coherence tomography: A pilot study. *Archives of Dermatological Research*, 307(1), 11–22. <https://doi.org/10.1007/s00403-013-1387-9>
- Castanedo-Tardan, M. P., & Zug, K. A. (2012). Allergic contact dermatitis. Dalam L. A. Goldsmith, S. I. Katz, B. A. Gilchrest, A. S. Paller, D. J. Leffell, & K. Wolff (Eds.), *Fitzpatrick's dermatology in general medicine* (8th ed., pp. 152–164). McGraw-Hill.
- Hadi, A., Pamudji, R., & Rachmadianty, M. (2021). Hubungan faktor risiko kejadian dermatitis kontak tangan pada pekerja bengkel motor di Kecamatan Plaju. *Okupasi: Scientific Journal of Occupational Safety & Health*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.32502/oku.v1i1.3154>
- Harrison, I. P., & Spada, F. (2019). Breaking the itch–scratch cycle: Topical options for the management of chronic cutaneous itch dermatitis. *Dermatopathology*, 6(3), 76. <https://doi.org/10.3390/medicines6030076>
- Kang, S., Amagai, M., Bruckner, A. L., Enk, A. H., Margolis, D. J., McMichael, A. J., et al. (2019). *Fitzpatrick's dermatology* (9th ed.). McGraw-Hill Education.
- Marks, J. G., Elsner, P., & DeLeo, V. A. (2002). *Contact & occupational dermatology* (3rd ed.). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-01473-1.50005-X>
- Song, J., Xian, D., Yang, L., Xiong, X., Lai, R., & Zhong, J. (2018). Pruritus: Progress toward pathogenesis and treatment. *BioMed Research International*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2018/6015243>
- Sularsito, S., & Soebaryo, R. W. (2015). *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Taslim, T., Nurhidayat, & Munir, M. A. (2020). Dermatitis kontak alergi. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(2).
- Tivoli, Y. A., & Rubenstein, R. M. (2009). Pruritus: An updated look at an old problem. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 2(7), 30–36.
- Wahyu, A., Salamah, A. U., Fauziah, A. R., Angaradipta, M. A., & Russeng, S. S. (2019). Faktor dominan yang mempengaruhi kejadian dermatitis kontak dan dampaknya terhadap kualitas hidup pada petani rumput laut di Dusun Puntondo Takalar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 1(1). <https://doi.org/10.30597/jkmm.v1i1.8703>
- Widia, M. H. Y. (2015). Studi retrospektif: Pengobatan oral pada dermatitis atopik. *E-Journal Universitas Airlangga*, 27(2).

Wolff, K., & Johnson, R. A. (2009). *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (6th ed.). McGraw-Hill.

Zachariae, R., Haedersdal, M., Lei, U., & Zachariae, C. (2012). Itch severity and quality of life in patients with pruritus: Preliminary validity of a Danish adaptation of the Itch Severity Scale. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(5), 508–514.
<https://doi.org/10.2340/00015555-1221>