

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Tidak sedikit penyakit kulit yang dialami seseorang terjadi akibat kontak dengan bahan-bahan iritan. Dermatitis merupakan salah satu penyakit kulit yang timbul gangguan pada sistem imun, dermatitis kontak diawali oleh kontak langsung dengan bahan allergik atau bahan iritan.

Dermatitis yang disebabkan oleh faktor eksogen berupa bahan atau substansi yang menempel pada kulit disebut dermatitis kontak. Dermatitis kontak terbagi menjadi dermatitis kontak iritan dan dermatitis kontak alergik, dimana keduanya dapat bersifat akut maupun kronis. dermatitis bisa terjadi di seluruh daerah kulit tetapi yang sering terjadi pada tangan dan kaki.

Tujuan penulisan makalah ini untuk mengetahui penyebab dan mekanisme terjadinya dermatitis kontak tersebut. Dalam makalah ini akan dibahas lebih jelas lagi tentang dermatitis kontak iritan.

1.2 Tujuan

- Mempelajari tentang penyebab dari dermatitis kontak iritan
- Mempelajari mekanisme terjadinya dermatitis kontak iritan
- Mempelajari bahan-bahan yang dapat menyebabkan dermatitis kontak iritan

BAB II

PEMBAHASAN

2.1 Definisi

Dermatitis adalah istilah kedokteran untuk kelainan kulit yang mana kulit tampak meradang dan iritasi sebagai respon terhadap faktor eksogen dan endogen.

2.2 Anamnesa

Secara umum untuk mendiagnosa suatu penyakit tentu diperlukan anamnesis terlebih dahulu. Anamnesis merupakan wawancara medis yang merupakan tahap awal dari rangkaian pemeriksaan pasien, baik secara langsung pada pasien atau secara tidak langsung. Tujuan dari anamnesis adalah mendapatkan informasi menyeluruh dari pasien yang bersangkutan. Informasi yang dimaksud adalah data medis organobiologis, psikososial, dan lingkungan pasien, selain itu tujuan yang tidak kalah penting adalah membina hubungan dokter pasien yang profesional dan optimal.¹ Anamnesis harus dilakukan dengan teliti, teratur dan lengkap karena sebagian besar data yang diperlukan dari anamnesis sangat berguna untuk menegakkan diagnosis yang tepat. Sistematika yang lazim dalam anamnesis, yaitu:

- Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, status perkawinan, pekerjaan, alamat rumah, pola makan, kebiasaan sehari-hari. Hal ini penting untuk mengetahui prevalensi penyakit yang berhubungan.
- Keluhan utama adalah keluhan terpenting yang membawa pasien minta pertolongan dokter atau petugas kesehatan lainnya. Keluhan utama biasanya dicetuskan secara singkat beserta lamanya. Dalam kasus dermatitis, bila pasien mengeluh gatal, bercak, bersisik ataupun baal, perlu ditanyakan sejak kapan dan lokasi keluhannya itu.
- Untuk gatal perlu juga ditanyakan apakah gatalnya bertambah ketika berkeringat, terus menerus atau tidak, apakah terdapat rasa nyeri dan kemerahan, apakah terdapat kekeringan pada kulit dan apakah terdapat lokasi lain dengan keluhan yang sama.
- Riwayat penyakit dahulu: apakah pasien pernah menderita penyakit yang sama atau punya riwayat penyakit tertentu.
- Tanyakan apakah rasa gatal itu pernah diobati sebelumnya dan apa obatnya, apakah keluarga mengalami keluhan yang sama, kebiasaan sehari-hari pasien (bahan apa yang biasa terekspose pada tubuhnya) dan bagaimanakah kondisi hygiene pasien. Adakah makanan yang membuat pasien alergi?

2.3 Pemeriksaan fisik

Teknik pemeriksaan yang digunakan pada pemeriksaan kulit adalah palpasi dan inspeksi. Diawali terlebih dahulu dengan pemeriksaan tanda – tanda vital untuk mengetahui keadaan umum pasien.²

Inspeksi Kulit

- Observasi tampilan keseluruhan pasien dari jarak 90 – 180 cm, perhatikan corak kulit, warna keseluruhan, variasi warna dan tampilan umum
- Perhatikan adanya bau badan, terutama bau yang tidak umum, seperti bau apek atau asam. Ingat selalu bahwa latar belakang budaya pasien dapat mempengaruhi standar hygiene dan kerapian
- Perhatikan adanya gangguan pigmentasi, bintik bintik, kutil, kulit terbakar.

Observasi dan dokumentasikan adanya lesi berdasarkan pertimbangan berikut:

- Morfologi (deskripsi klinis), lesi : perhatikan ukuran, bentuk atau konfigurasi, warna, elevasi dan depresi, dan tekstur. Catat bau, warna, konsistensi, dan jumlah eksudat. Gunakan senter untuk mengkaji warna lesi dan elevasi garis batasnya. Gunakan Transiluminator untuk mengkaji cairan didalam lesi dengan menggelapkan ruangan dan menempatkan ujung iluminator sejajar dengan sisi lesi; lesi yang berisi cairan akan bersinar merah. Gunakan lampu woods untuk mengkaji lesi jamur dan kaca pembesar untuk mngekaji lesi yang kecil.
- Distribusi dapat bervariasi sesuai dengan perkembangan penyakit atau faktor eksternal. Perhatikan pola inspeksi pertama; banyak gangguan putih yang melibatkan area kulit tertentu. Pengkajian distribusi termasuk meluasnya gangguan, pola penyebaran dan karakteristik lokasi.
- Lokasi (berhubungan dengan area kulit total). Perhatikan apakah pola lesi adalah lokal, regional atau umum. Perhatikan juga area mana yang terkena, seperti permukaan fleksor atau ekstensor.
- Konfigurasi atau pola : Konfigurasi dapat membantu menentukan penyebab. Perhatikan apakah lesi tersebut bersifat diskret (terpisah dan jelas), coalesced (menyatu atau bercampur), bergerombol, difusi, linear, anuler atau arciform (bersusun berbentuk kurva atau lengkungan).

Ketika menginspeksi kulit klien, ingat variasi normal budaya dan perkembangan pasien sebagai berikut :

- Pasien dengan kulit gelap dapat mempunyai garis fletcher (garis diagonal berpigment dari bahu sampai ke siku) dan garis pigmentasi dalam pada telapak tangan dan kaki.
- Bayi dengan lemak subkutan yang sedikit dapat tampak lebih merah daripada bayi dengan lemak subkutan yang lebih banyak. Bayi berkulit gelap tampak lebih terang pada saat lahir daripada setelah berusia 2 atau 3 bulan.
- Pasien remaja sering mengalami lesi jerawat atau peningkatan bau badan.

Palpasi Kulit

- Perhatikan tekstur umum kulit dan lokasi perubahan, seperti kekasaran.
- Kaji suhu dengan menggunakan permukaan dorsal jari jari atau tangan yang paling sensitif terhadap persepsi suhu.
- Kaji kelembaban dengan permukaan dorsal tangan dan jari jari yang relatif kering untuk mencegah kelembaban pasien dengan perawat. Kelembaban terbesar terdapat di telapak tangan, telapak kaki, dan lipatan kulit.
- Kaji turgor kulit dengan menggenggam dan menarik lipatan kulit dengan perlahan, dan melepaskannya, observasi berapa cepat kulit kembali ke bentuk normalnya.
- Yang di palpasi pada kulit, pertama-tama dirasakan kehangatan kulit, (dingin-hangat-demam), kemudian kelembabannya, pasien dehidrasi terasa kering dan pasien hipertiroidisme berkeringat terlalu banyak.
- Texture kulit : Dirasakan halus, lunak, lentur, pada kulit normal.
- Turgor : Dinilai pada kulit perut dengan cubitan ringan. Bila lambat kembali ke keadaan semula, menunjukkan turgor turun pada pasien dehidrasi.
- Edema : Adalah terkumpulnya cairan tubuh di jaringan tubuh lebih daripada jumlah semestinya.

2.4 Pemeriksaan penunjang

➤ Periksa darah

Pengkajian pasien gangguan alergik umumnya mencakup pemeriksaan darah, sediaan apus sekresi tubuh test kulit dan RAST (Radioallergosorbent test). Hasil pemeriksaan darah akan memberikan data-data yang suportif untuk berbagai kemungkinan diagnostik, walaupun demikian tes darah hasil laboratorium bukan kriteria utama dalam pemeriksaan gangguan alergik.³

- **Patch test**

Tempat untuk melakukan uji tempel biasanya di punggung. Untuk melakukan uji tempel diperlukan antigen, biasanya antigen standar buatan pabrik misalnya Finn Chamber System Kit dan T.R.U.E Test.⁴

Bahan yang secara rutin dan dibiarkan menempel di kulit, misalnya kosmetik, pelembab, bila dipakai untuk uji tempel, dapat langsung digunakan apa adanya. Bila menggunakan bahan yang secara rutin dipakai dengan air untuk membilasnya, misalnya shampo, pasta gigi, maka harus diencerkan terlebih dahulu. Bahan yang tidak larut dalam air diencerkan atau dilarutkan dalam vaselin atau minyak mineral. Produk yang diketahui bersifat iritan, misalnya deterjen, hanya boleh diuji bila diduga karena penyebab alergi. Apabila pakaian, sepatu, sendal, atau sarung tangan yang dicurigai penyebab alergi, maka uji tempel dilakukan dengan potongan kecil bahan tersebut yang direndam dalam air garam yang tidak dibubuhi bahan pengawet/air. Lalu ditempelkan di kulit dengan memakai Finn chamber, dibiarkan sekurang-kurangnya 48 jam. Yang perlu diingat bahwa hasil positif dengan alergen bukan standar perlu kontrol (5-10 orang), untuk menyingkirkan kemungkinan iritasi.

Hal yang harus diperhatikan dalam uji tempel adalah :

- Dermatitis harus sudah tenang (sembuh). Bila masih dalam keadaan akut atau berat maka dapat terjadi reaksi "angry back" atau "excited skin", reaksi positif palsu, dapat juga menyebabkan penyakit yang sedang dideritanya makin memburuk.
- Tes dilakukan sekurang-kurangnya satu minggu setelah pemakaian kortikosteroid sistemik dihentikan, sebab dapat menghasilkan reaksi negatif palsu. Sedangkan antihistamin sistemik tidak mempengaruhi hasil tes kecuali karena diduga urtikaria kontak.
- Uji tempel dibuka setelah 2 hari, kemudian dibaca; pembacaan kedua dilakukan pada hari ke-3 sampai ke-7 setelah aplikasi.
- Penderita dilarang melakukan aktivitas yang menyebabkan uji tempel menjadi longgar, karena memberikan hasil negatif palsu. Penderita juga dilarang mandi sekurang-kurangnya dalam 48 jam, dan menjaga agar punggung selalu kering, setelah dibuka uji tempelnya sampai pembacaan terakhir selesai.
- Uji tempel dengan bahan standar jangan dilakukan terhadap penderita yang mempunyai riwayat urtikaria dadakan, karena dapat menimbulkan urtikaria generalisata bahkan reaksi anafilaksis.

Setelah dibiarkan menempel selama 48 jam, uji tempel dilepas. Pembacaan pertama dilakukan 15-30 menit setelah dilepas, agar efek tekanan bahan yang diuji telah menghilang atau minimal. Hasilnya dicatat seperti berikut : ⁴

1 = reaksi lemah (nonvesikuler) : eritema, infiltrat, papul (+)

2 = reaksi kuat : edema atau vesikel (++)

3 = reaksi sangat kuat (ekstrim) : bula atau ulkus (++++)

4 = meragukan : hanya makula eritematosa (?)

5 = iritasi : seperti terbakar, pustul atau purpura (IR)

6 = reaksi negatif (-)

7 = excited skin

8 = tidak dites (NT = Not Tested)

Pembacaan kedua perlu dilakukan sampai satu minggu setelah aplikasi, biasanya 72 atau 96 jam setelah aplikasi. Pembacaan kedua ini penting untuk membantu membedakan antara respon alergik atau iritasi, dan juga mengidentifikasi lebih banyak lagi respon positif alergen.

Tes provokasi, tes provokasi meliputi pemberian allergen secara langsung pada mukosa respiratorius dengan mengamati respon target tersebut. Tipe pengujian ini sangat membantu dalam mengenai allergen yang bermakna secara klinis pada pasien-pasien dengan hasil positif, kekurangan yang utama pada tipe pengujian ini adalah keterbatasan satu antigen persepsi dan risiko timbulnya gejala yang berat, khususnya bronkospasme pada pasien asma.

- **Kerokan kulit⁵**

Pemeriksaan kultur bakteri bisa dilakukan apabila ada komplikasi infeksi sekunder bakteri. Pemeriksaan KOH bisa dilakukan bergantung pada tempat dan bentuk lesi.

- Bersihkan kulit yang akan dikerok dengan kapas alkohol 70% untuk menghilangkan lemak, debu dan kotoran lainnya.
- Keroklah bagian kulit yang lesi
- Letakkan hasil kerokan kulit pada kaca objek
- Teskan 1-2 tetes larutan KOH 10% pada kaca objek.
- Letakkan bahan yang akan diperiksa pada tetesan tersebut dengan menggunakan pinset yang sebelumnya dibasahi dahulu dengan larutan KOH tersebut. Kemudian tutup dengan kaca penutup.

- Biarkan ± 15 menit atau dihangatkan diatas nyala api selama beberapa detik untuk mempercepat proses lisis.
- Periksa dibawah mikroskop.

2.5 Working diagnosis

Diagnosis dermatitis kontak iritan didasarkan atas anamnesis yang cermat dan pengamatan gambaran klinis yang akurat, DKI akut lebih mudah diketahui karena munculnya lebih cepat sehingga penderita lebih mudah mengingat penyebab terjadinya, DKI kronis timbul lambat serta mempunyai gambaran klinis yang luas.

2.6 Different diagnosis

1. Dermatitis kontak alergi

- ❖ Etologi : Penyakit ini timbul akibat terjadinya reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap suatu alergen yang berasal dari luar tubuh yang kontak dengan kulit sehingga mengaktifkan reaksi alergi.^{4,6}
- ❖ Patogenesis : Mekanisme terjadinya kelainan kulit pada dermatitis kontak alergi adalah mengikuti respons imun yang diperantarai oleh sel (cell-mediated immune respons) atau reaksi hipersensitivitas tipe IV. Reaksi hipersensitivitas di kulit timbul secara lambat (delayed hypersensitivity), umumnya dalam waktu 24 jam setelah terpajan dengan alergen. Patogenesis hipersensitivitas tipe IV ini sendiri dibagi menjadi dua fase, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi. Sebelum seorang pertama kali menderita dermatitis kontak alergik, terlebih dahulu mendapatkan perubahan spesifik reaktivitas pada kulitnya. Perubahan ini terjadi karena adanya kontak dengan bahan kimia sederhana yang disebut haptan (alergen yang memiliki berat molekul kecil yang dapat menimbulkan reaksi antibodi tubuh jika terikat dengan protein untuk membentuk antigen lengkap). Antigen ini kemudian berpenetrasi ke epidermis dan ditangkap dan diproses oleh antigen presenting cells (APC), yaitu makrofag, dendrosit, dan sel langerhans (Hogan, 2009; Crowe, 2009). Selanjutnya antigen ini dipresentasikan oleh APC ke sel T. Setelah kontak dengan antigen yang telah Universitas Sumatera Utaradiproses ini, sel T menuju ke kelenjar getah bening regional untuk berdeferensiasi dan berproliferasi membentuk sel T efektor yang tersensitisasi secara spesifik dan sel memori. Sel-sel ini kemudian tersebar melalui sirkulasi ke seluruh tubuh, juga sistem limfoid, sehingga menyebabkan keadaan

sensitivitas yang sama di seluruh kulit tubuh. Fase saat kontak pertama alergen sampai kulit menjadi sensitif disebut fase induksi atau fase sensitisasi. Fase ini rata-rata berlangsung selama 2-3 minggu.⁴

- ❖ Klinis : Pada yang akut dimulai dengan bercak eritema berbatas jelas, kemudian diikuti edema, papulovesikel, vesikel atau bula. Vesikel atau bula dapat pecah menimbulkan erosi dan eksudasi (basah). Pada yang kronis terlihat kulit kering, berskuama, papul, likenifikasi dan mungkin juga fisur, batasnya tidak jelas. Kelainan ini sulit dibedakan dengan dermatitis kontak iritan kronis; mungkin penyebabnya juga campuran.⁴

2. Dermatitis Atopik⁴

- ❖ Penyebab dermatitis kontak alergik adalah alergen, paling sering berupa bahan kimia dengan berat molekul kurang dari 500-1000 Da, yang juga disebut bahan kimia sederhana. Dermatitis yang timbul dipengaruhi oleh potensi sensitisasi alergen, derajat pajanan, dan luasnya penetrasi di kulit.
- ❖ Mekanisme terjadinya kelainan kulit pada dermatitis kontak alergi adalah mengikuti respons imun yang diperantarai oleh sel (cell-mediated immune respons) atau reaksi hipersensitivitas tipe IV. Reaksi hipersensitivitas di kulit timbul secara lambat (delayed hypersensitivity), umumnya dalam waktu 24 jam setelah terpajan dengan alergen. Patogenesis hipersensitivitas tipe IV ini sendiri dibagi menjadi dua fase, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi. Sebelum seorang pertama kali menderita dermatitis kontak alergik, terlebih dahulu mendapatkan perubahan spesifik reaktivitas pada kulitnya. Perubahan ini terjadi karena adanya kontak dengan bahan kimia sederhana yang disebut haptan (alergen yang memiliki berat molekul kecil yang dapat menimbulkan reaksi antibodi tubuh jika terikat dengan protein untuk membentuk antigen lengkap.

2.7 Epidemiologi

Dermatitis kontak iritan merupakan kelainan sebagai akibat pajanan dengan berupa bahan kimia dan pelarut yang merusak epidermis atau sampai ke dermis. Pada umumnya semua orang dapat mengalami dermatitis kontak iritan (DKI) bergantung dengan kapasitas toleransi kulitnya terhadap bahan-bahan toksik tersebut juga dipengaruhi oleh umur, ras dan

jenis kelamin. Jumlah penderita DKI diperkirakan cukup banyak, terutama yang berhubungan dengan pekerjaan.⁴ Tempat-tempat yang mengalami kelainan bisa dimana saja, tergantung daerah mana yang terpajan oleh benda-benda iritan.

2.8 Etiologi

Penyebab timbulnya dermatitis kontak iritan cukup rumit dan biasanya melibatkan gabungan berbagai iritan. Iritan adalah substansi yang akan menginduksi dermatitis pada setiap orang jika terpapar pada kulit dalam konsentrasi, waktu dan frekuensi yang cukup. Iritasi pada kulit merupakan sebab terbanyak dari dermatitis kontak. Faktor predisposisinya mencakup keadaan panas dan dingin yang ekstrim, kontak yang frekuen dengan sabun serta air, dan penyakit kulit yang sudah ada sebelumnya.

Penggunaan berulang dari sabun basa kuat dan produk industri dapat merusak struktur lunak pada sel. Asam dapat larut pada air dan menyebabkan dehidrasi pada kulit. Ketika kulit telah mengalami gangguan, pajanan dari bahan iritan lemah pun dapat menyebabkan inflamasi pada kulit. Besar intensitas dari inflamasi bergantung pada konsentrasi dari iritan dan lamanya terpajan dari bahan iritan tersebut. Iritan yang lembut dapat menyebabkan kulit kering, fissura, dan eritema. Zat kimia kuat dapat menyebabkan reaksi yang berat.

Masing-masing individu memiliki predisposisi yang berbeda terhadap berbagai iritan. Fungsi pertahanan dari kulit akan rusak baik dengan peningkatan hidrasi dari stratum korneum (oklusi, suhu dan kelembaban tinggi, bilasan air yang sering dan lama) dan penurunan hidrasi (suhu dan kelembaban rendah).

Tabel 1. iritan yang sering menimbulkan DKI⁷

Asam kuat (Hidroksida, hidroflorida, asam nitrat, asam sulfat)
Basa kuat (Kalsium hidroksida, natrium hidroksida, kalium hidroksida)
Detergen
Resin epoksi
Etilen oksida
Fiberglass
Minyak (lubrikan)
Pelarut-pelarut organik
Aen oksidator

plasticizer

Serpihan kayu

Kefner, K.P., 2004



Gambar 1: Dermatitis kontak iritan

2.9 Patofisiologi

Pada dermatitis kontak iritan kelainan kulit timbul akibat kerusakan sel yang disebabkan oleh bahan iritan melalui kerja kimiawi maupun fisik. Bahan iritan merusak lapisan tanduk, dalam beberapa menit atau beberapa jam bahan-bahan iritan tersebut akan berdifusi melalui membran untuk merusak lisosom, mitokondria dan komponen-komponen inti sel. Dengan rusaknya membran lipid keratinosit maka fosfolipase akan diaktifkan dan membebaskan asam arakidonat akan membebaskan prostaglandin dan leukotrin yang akan menyebabkan dilatasi pembuluh darah dan transudasi dari faktor sirkulasi dari komplemen dan sistem kinin. Juga akan menarik neutrofil dan limfosit serta mengaktifkan sel mast yang akan membebaskan histamin, prostaglandin dan leukotrin. PAF akan mengaktifkan platelets yang akan menyebabkan perubahan vaskuler. Diasil gliserida akan merangsang ekspresi gen dan sintesis protein. Pada dermatitis kontak iritan terjadi kerusakan keratinosit dan keluarnya mediator- mediator. Sehingga perbedaan mekanismenya dengan dermatitis kontak alergi sangat tipis yaitu dermatitis kontak iritan tidak melalui fase sensitisasi. Ada dua jenis bahan iritan yaitu : iritan kuat dan iritan lemah. Iritan kuat akan menimbulkan kelainan kulit pada pajanan pertama pada hampir semua orang, sedang iritan lemah hanya pada mereka yang paling rawan atau mengalami kontak berulang-ulang. Faktor kontribusi, misalnya kelembaban udara, tekanan, gesekan dan oklusi, mempunyai andil pada terjadinya kerusakan tersebut.^{8,9}

2.10 Gejala klinis

Dua jenis bahan iritan, maka dermatitis kontak iritan juga ada dua macam yaitu dermatitis kontak iritan akut dan dermatitis kontak iritan kronis.

1. DKI akut

Dermatitis kontak iritan akut penyebabnya iritan kuat (larutan asam sulfat, asam hidroklorid, natrium hidroksida), biasanya karena kecelakaan. Kulit terasa pedih atau panas, eritema, vesikel, atau bula. Luas kelainan umumnya sebatas daerah yang terkena, berbatas tegas dan asimetris.

Pada umumnya kelainan kulit muncul segera, tetapi ada sejumlah bahan kimia yang menimbulkan reaksi akut lambat misalnya podofilin, antralin, asam fluorohidrogenat, sehingga dermatitis kontak iritan akut lambat. Kelainan kulit baru terlihat setelah 12-24 jam atau lebih. Contohnya ialah dermatitis yang disebabkan oleh bulu serangga yang terbang pada malam hari (dermatitis venenata); penderita baru merasa pedih setelah esok harinya, pada awalnya terlihat eritema dan sorenya sudah menjadi vesikel atau bahkan nekrosis.

2. DKI kronik

Dermatitis kontak iritan kronis atau dermatitis iritan kumulatif, disebabkan oleh kontak dengan iritan lemah yang berulang-ulang (oleh faktor fisik, misalnya gesekan, trauma mikro, kelembaban rendah, panas atau dingin; juga bahan contohnya detergen, sabun, pelarut, tanah, bahkan juga air). Dermatitis kontak iritan kronis mungkin terjadi oleh karena kerjasama berbagai faktor. Bisa jadi suatu bahan secara sendiri tidak cukup kuat menyebabkan dermatitis iritan, tetapi bila bergabung dengan faktor lain baru mampu. Kelainan baru nyata setelah berhari-hari, berminggu atau bulan, bahkan bisa bertahun-tahun kemudian. Sehingga waktu dan rentetan kontak merupakan faktor paling penting. Dermatitis iritan kumulatif ini merupakan dermatitis kontak iritan yang paling sering ditemukan.

Gejala klasik berupa kulit kering, eritema, skuama, lambat laun kulit tebal (hiperkeratosis) dan likenifikasi, batas kelainan tidak tegas. Bila kontak terus berlangsung akhirnya kulit dapat retak seperti luka iris (fisur), misalnya pada kulit tumit tukang cuci yang mengalami kontak terus menerus dengan deterjen. Ada kalanya kelainan hanya berupa kulit kering atau skuama tanpa eritema, sehingga diabaikan oleh penderita. Setelah kelainan dirasakan mengganggu, baru mendapat perhatian. Banyak pekerjaan yang beresiko tinggi yang memungkinkan terjadinya dermatitis kontak iritan kumulatif, misalnya : mencuci, memasak, membersihkan lantai, kerja bangunan, kerja di bengkel dan berkebun.^{4,10}

2.11 Penatalaksanaan

Terapi yang tepat didasarkan kausa yaitu menyingkirkan penyebabnya, namun karena penyebabnya multifaktor dan kadang juga tidak diketahui dengan pasti maka pengobatannya bersifat simptomatis yaitu dengan menghilangkan/mengurangi keluhan dan gejala dan menekan peradangan.

1. Non medika mentosa

- Jangan menggaruk / menggosok karena akan memperburuk penyakit
- Bila gatal cukup ditekan-tekan atau kompres dingin mengandungmentol/ fenol (bukan air panas).
- Kurangi kontak dengan bahan iritan misalnya dengan menggunakan sarung tangan

2. Medika mentosa¹¹

a. Sistemik :

- Kasus ringan : anti histamin untuk mengurangi rasa gatal
- Kasus akut dan berat : kortikosteroid (mis: hidrokortison, betametason valerat, fluokinolon)

Steroid kuat seperti klobetasol dipropionat harus dihindari atau hanya dipakai dalam jangka waktu yang pendek karena terdapat kemungkinan efek samping obat.

- Antibiotik oral harus diberikan apabila ada kecurigaan infeksi bakteri sekunder

b. Topikal :

- Dermatitis akut/basah (madidans) : kompres terbuka dengan kalium permanganas 1:10000
- Dermatitis subakut : losio (bedak kocok), krim, pasta, linimentum (pasta pendingin)
- Dermatitis kronik : salep

2.12 Prognosis

Bila bahan iritan penyebab dermatitis tersebut tidak dapat disingkirkan dengan sempurna, maka prognosinya kurang baik. Keadaan ini sering terjadi pada dermatitis kontak iritan kronis yang penyebabnya multifaktor, juga pada penderita atopi.

BAB III

PENUTUP

3.1 Ringkasan

- Dermatitis kontak iritan adalah efek sitotoksik lokal langsung dari bahan iritan pada sel-sel epidermis, dengan respon peradangan pada dermis (reaksi peradangan setempat yang non-imunologik pada kulit sesudah mendapat paparan iritan baik satu kali maupun berulang).
- Kelainan kulit timbul akibat kerusakan sel yang disebabkan oleh bahan iritan melalui kerja kimiawi atau fisis. Bahan iritan merusak lapisan tanduk, denaturasi keratin, menyingkirkan lemak lapisan tanduk dan mengubah daya ikat air kulit.
- Terapi yang tepat didasarkan kausa yaitu menyingkirkan penyebabnya, namun karena penyebabnya multifaktor dan kadang juga tidak diketahui dengan pasti maka pengobatannya bersifat simptomatis.

3.2 Kesimpulan

Wanita usia 25 tahun yang bekerja sebagai tukang cuci piring mengalami gatal pada kedua tangannya yang disertai dengan perih dan kemerahan disebabkan oleh kontak terhadap bahan iritan secara berulang-ulang akibat kebiasaan ataupun pekerjaannya tanpa melalui proses sensitisasi terlebih dahulu dan tidak dipengaruhi oleh faktor genetik mengalami dermatitis kontak iritan tipe kronis. Hal ini dapat diterapi terutama dengan menghindari pajanan yang menyebabkan iritan tersebut. Hipotesis diterima.