

TERAPI KORTIKOSTEROID PADA DERMATITIS KONTAK IRITAN BERULANG

Uliana Nur Melin

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Kota Bandar Lampung, Lampung 35141, Indonesia

[*uliananurmelin@gmail.com](mailto:uliananurmelin@gmail.com)

ABSTRAK

Kasus dermatitis kontak iritan dipicu oleh paparan iritan berupa bahan kimia atau pelarut. Peradangan dapat terjadi pasca satu atau lebih paparan yang terus berulang. Tujuan literature review ini adalah untuk menganalisis tentang terapi kortikosteroid pada dermatitis kontak iritan berulang. Penelitian ini merupakan literature review yang ingin menganalisis tentang terapi kortikosteroid pada dermatitis kontak iritan berulang. Database yang digunakan adalah Google Scholar dan PubMed. Kata kunci yang digunakan adalah “terapi kortikosteroid” dan “dermatitis kontak iritan berulang”. Hasil penelusuran dibatasi pada publikasi 10 tahun terakhir dan mendapatkan artikel yang berkaitan sebanyak 54 artikel. Dari 54 artikel tersebut, ada 12 artikel yang memenuhi syarat untuk dianalisis berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti yaitu mencakup kajian terapi kortikosteroid dan dermatitis kontak iritan berulang dalam waktu 10 tahun terakhir diseluruh dunia dan dapat diakses *full-paper*. Peneliti melakukan analisis pada hasil penelitian kemudian melakukan interpretasi dan kesimpulan pada artikel yang digunakan. Hasil penelitian mendapatkan bahwa terapi kortikosteroid efektif digunakan untuk penanganan dermatitis kontak iritan, tetapi tetap harus mengawasi dan memperhatikan kondisi pasien.

Kata kunci: berulang; dermatitis kontak iritan; terapi kortikosteroid

CORTICOSTEROID THERAPY IN RECURRENT IRRITANT CONTACT DERMATITIS

ABSTRACT

Cases of irritant contact dermatitis are triggered by exposure to irritants in the form of chemicals or solvents. Inflammation can occur after one or more repeated exposures. The purpose of this literature review is to analyze corticosteroid therapy in recurrent irritant contact dermatitis. This study is a literature review that aims to analyze corticosteroid therapy in recurrent irritant contact dermatitis. The databases used are Google Scholar and PubMed. The keywords used are ‘corticosteroid therapy’ and ‘recurrent irritant contact dermatitis’. The search results were limited to publications in the last 10 years and obtained 54 related articles. Of the 54 articles, 12 articles were eligible for analysis based on the criteria set by the researcher, namely covering studies of corticosteroid therapy and recurrent irritant contact dermatitis in the last 10 years worldwide and can be accessed in full-paper. The researcher analyzed the research results and then interpreted and concluded the articles used. The results of the study found that corticosteroid therapy is effective for treating irritant contact dermatitis, but still have to monitor and pay attention to the patient's condition.

Keywords: corticosteroid therapy; corticosteroid therapy; irritant contact dermatitis

PENDAHULUAN

Dermatitis Kontak Iritan (DKI) merupakan peradangan non imunologis pada kulit baik epidermis maupun dermis sebagai respons terhadap pengaruh faktor intrinsik dan atau ekstrinsik yang bersentuhan langsung dengan tubuh (Wu, 2019). Penyakit DKI dapat terjadi karena adanya paparan bahan kimia yang dapat memicu adanya kelainan klinis berupa eritema multiforme (seperti eritema, papula, edema, sisik, folikel, likenifikasi) dan pruritus (Patel & Nixon, 2022). Karakter polimorfik tidak selalu muncul bersama-sama, mungkin hanya beberapa saja yang tampak (Jacobsen et al., 2022). Penyakit DKI dapat dialami semua orang pada berbagai usia, jenis kelamin dan ras (Fortino et al., 2020).

Penelitian di Eropa ditemukan bahwa beberapa pekerjaan berisiko mengalami DKI, seperti penata rambut, pengerjaan logam, perawatan kesehatan. Prevalensi DKI berada pada rentang 20-30%, di Jerman terjadi berkisar 4,5 kasus per 10.000 pekerja, sedangkan dermatitis kontak alergi sebanyak 4,1 kasus per 10.000 pekerja. Angka kejadian DKI per 10.000 pekerja per tahun ditemukan pada penata rambut (46,9 kasus), pembuat roti (23,5 kasus) dan juru masak kue (16,9 kasus). Penyakit DKI lebih sering pada wanita dibandingkan pria, disebabkan faktor lingkungan, bukan faktor genetik (Y. Gunawan et al., 2022). Penyakit DKI akibat kerja dua kali lebih sering pada wanita dibandingkan pria (Hamidi, 2022), (McNichol et al., 2022).

Kasus DKI banyak dipicu oleh paparan iritan berupa bahan kimia atau pelarut. Peradangan dapat terjadi pasca satu atau lebih paparan yang terus berulang. Kelainan yang terjadi pada kulit tergantung pada molekul, konsentrasi bahan paparan, kelarutan, dan waktu kontak. DKI kumulatif umumnya disebabkan oleh iritasi lemah seperti air, deterjen, sabun dan lainnya yang terjadi berulang kali (Shrotriya et al., 2018). Gangguan kulit muncul dapat berhari-hari, berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bertahun-tahun. Oleh sebab itu, waktu paparan merupakan faktor yang penting pada kejadian DKI, utamanya DKI kronis yang merupakan gejala paling umum muncul seperti kulit kering, skuama dan eritema yang bertahap menjadi hiperkeratosis dan fisura (Tramontana et al., 2023). Menghindari kontak kulit dengan bahan iritan merupakan salah satu upaya untuk penatalaksanaan DKI (Loman et al., 2021).

Gejala klinis pasien tidak menunjukkan adanya infeksi bakteri sekunder, sehingga tidak dilakukan pengobatan antibiotik. Antibiotik sistemik dapat diberikan bila terdapat infeksi sekunder yang meluas atau tidak responsif terhadap antibiotik topikal. Pilihan antibiotik lini pertama adalah amoxicillin clavulanate, cephalexin. Jika seseorang alergi terhadap penisilin, maka dapat diberikan eritromisin. Baris kedua adalah eritromisin, sefalosporin generasi ke-2, Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) (Azizi & Maibach, 2020). Penelitian mengenai pengobatan untuk DKI menyimpulkan bahwa terapi yang paling umum adalah kortikosteroid topikal dan terapi kombinasi yang paling umum adalah kortikosteroid dengan antibiotik (Azizi & Maibach, 2020). Sedangkan menurut penelitian sebelumnya bahwa kortikosteroid sistemik tidak diberikan pada pasien karena lesi tidak luas (Widipriyatama et al., 2023). Kortikosteroid sistemik seperti prednison, metilprednisolon, dan triamsinolon dapat diberikan dalam waktu singkat (sampai 1 minggu) selama eksaserbasi dermatitis atopik akut/kronis/berat/menyeluruh (Wu, 2019).

Penelitian (Sugino & Sawada, 2022) di Jepang, pada pasien yang mengalami dermatitis kontak akibat gel ultrasonografi. Erupsi kulitnya membaik dengan cepat dengan aplikasi topikal salep betametason butirat propionat. Kekambuhan erupsi kulitnya dapat dihindari dengan menghilangkan gel setelah pemeriksaan ultrasonografi. Penelitian (Salawati & Abbas, 2022) di Indonesia, mendapatkan bahwa terapi pada dermatitis kontak akibat kerja iritan pekerja pada sektor konstruksi, bila didapati lesinya kering dapat diberikan hidrokortison topikal ringan seperti hidrokortison 12,5%. Sedangkan lesi kronik dibutuhkan kortikosteroid topikal, seperti krim betamethasone valerat 0,01% dengan oklusi (1-3 minggu) atau kelompok kortikosteroid topikal yang sangat kuat seperti salep betametason dipropionat 0,05% tanpa oklusi. Pada lesi kering dapat juga diberikan hidrokortison topikal yang ringan (hidrokortison 1-2,5% atau dexametason krim 0,1%). Sedangkan lesi kronis dibutuhkan kortikosteroid topikal kuat (seperti krim betamethasone valerat 0,01% dengan oklusi selama 1-3 minggu sampai peradangannya hilang atau menggunakan salep betametason dipropionat 0,05% tanpa oklusi). Tujuan literature review ini adalah untuk menganalisis tentang terapi kortikosteroid pada dermatitis kontak iritan berulang.

METODE

Penelitian ini merupakan *literature review* yang ingin menganalisis tentang terapi kortikosteroid pada dermatitis kontak iritan berulang. *Database* yang digunakan adalah *Google Scholar* dan *PubMed*. Kata kunci yang digunakan adalah “terapi kortikosteroid” dan “dermatitis kontak iritan berulang”. Hasil penelusuran dibatasi pada publikasi 10 tahun terakhir dan mendapatkan artikel yang berkaitan sebanyak 54 artikel. Dari 54 artikel tersebut, ada 12 artikel yang memenuhi syarat untuk dianalisis berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti yaitu mencakup kajian terapi kortikosteroid dan dermatitis kontak iritan berulang dalam waktu 10 tahun terakhir diseluruh dunia. Peneliti melakukan analisis pada hasil penelitian kemudian melakukan interpretasi dan kesimpulan pada artikel yang digunakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1.
Hasil Penelitian

No	Penulis	Judul	Hasil
1	(Lurati, 2015)	Occupational Risk Assessment and Irritant Contact Dermatitis	Kortikosteroid sistemik dan imunomodulator dipertimbangkan bagi pekerja yang memiliki riwayat dermatitis. Penggunaan statin sedang dievaluasi sebagai terapi pencegahan topikal untuk dermatitis iritan kontak, karena memiliki efek antiinflamasi; mampu memblokir induksi sintase oksida nitrat dan memblokir sekresi interleukin-1 beta dan faktor nekrosis tumor.
2	(Gyeltshen et al., 2023)	Clinical description and treatment outcomes of Paederus dermatitis in Phuentsholing, Bhutan in 2021: A cross-sectional study	Semua pasien DKI menerima beberapa bentuk terapi steroid topikal atau oral dan tingkat pemulihannya adalah 100%.
3	(Jiamton et al., 2021)	Clinical manifestations and progression, seasonal variation, and environmental factors associated with Paederus dermatitis among patients attending the outpatient dermatology clinic of Thailand's largest national tertiary referral center: a prospective cohort study.	Sebanyak 25 pasien Paederus dermatitis yang juga disebut DKI, semuanya (100%) mendapat pengobatan steroid topikal.
4	(Isaacs et al., 2016)	Pediatric positional sitting dermatitis: a new form of pediatric contact dermatitis	Pada kasus DKI, pasien menunjukkan resolusi setelah menggunakan kortikosteroid topikal jangka pendek.
5	(Rosenbaum et al., 2017)	Dermatology in Ghana: a retrospective review of skin disease at the Korle Bu Teaching Hospital Dermatology Clinic	Pasien DKI yang paling banyak diresepkan adalah dengan antihistamin (47,8%) dan steroid topikal (38,4%).
6	(Pandit & Glass, 2019)	Non-glaucoma periocular allergic, atopic, and irritant dermatitis at an academic institution: A retrospective review	Terapi kombinasi steroid/antibiotik digunakan untuk mengobati pasien dermatitis iritan. Perawatan yang lebih sering digunakan dalam rejimen terapi kombinasi meliputi antihistamin oral, krim hidrokortison, emolien, dan steroid oral.
7	(Contestable, 2017)	Jet Fuel-Associated Occupational Contact Dermatitis	Pasien yang didiagnosis dengan dermatitis kontak, baik ICD atau ACD, akibat paparan bahan bakar jet. Perawatan terdiri dari salep betametason valerat 0,1% dua kali sehari. Setelah 2 minggu, pasien diinstruksikan untuk menghentikan steroid topikal dan mengoleskan Hydrophor setidaknya tiga kali sehari ke area yang terkena. Pasien diberikan salep Triamcinolone

			0,05% untuk digunakan sesuai kebutuhan 1 hingga 2 kali sehari jika ruam kambuh.
8	(Lara-Esqueda et al., 2023)	Potassium permanganate use in the management of a wound induced by contact with Paederus: A case report	Pada kasus pasien yang telah bersentuhan dengan serangga Paederus sp. dan mengalami lesi ulseratif. Awalnya, pasien tersebut diobati dengan steroid topikal, sebagai bagian dari penanganan konvensional, dan setelah tidak ada respons terhadap pengobatan, pasien diobati secara lokal dengan larutan kalium permanganat 5%, bersamaan dengan terapi antibiotik sistemik, dan memperoleh respons yang baik dalam proses penyembuhan. Secara keseluruhan, studi ini menunjukkan bahwa larutan kalium permanganat, bersamaan dengan antibiotik dan antiinflamasi, dapat bermanfaat dalam pengobatan dermatitis atau lesi ulseratif yang disebabkan oleh serangga genus Paederus.
9	(Toyoda et al., 2021)	Topical Management of Peristomal Pyoderma Gangrenosum A Report of 3 Case Studies	Pasien dermatitis kontak mendapatkan pengobatan steroid topikal.
10	(Ottoman et al., 2019)	Karakteristik Dermatitis Kontak Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB	Terapi yang paling banyak digunakan untuk penderita dermatitis kontak adalah kortikosteroid topikal yaitu sebanyak 49 kasus dermatitis kontak (92,45%) menggunakan terapi ini, sedangkan terapi yang paling sedikit digunakan pada penderita dermatitis kontak adalah keratolitik.
11	(Y. D. Gunawan et al., 2022)	Dermatitis Kontak Iritan	Pengobatan DKI secara topikal dapat menggunakan kortikosteroid dimana sediaan yang tersedia berupa losion atau krim, pemberian salep pelembap apabila pada efloresensi di temukan likenifikasi dan hiperkeratosis. Jenis kortikosteroid yang diberikan adalah hidrokortison 2,5% dan flucinolol asetonide 0,025%. Antibiotik topikal diberikan pada kasus yang terdapat tanda infeksi staphylococcus aureus dan streptococcus beta hemolyticus.
12	(Mayasari & Ramadhan, 2017)	Dermatitis Kontak Iritan Et Causa Asam Salisilat Pada Lesi Post Herpes Zoster Thoracalis Sinistra	Pemberian kortikosteroid topikal efektif untuk sebagian besar pasien dermatitis kontak, individu dengan keterlibatan lebih dari 25% area permukaan tubuh yang bertahan secara lokal dalam kulit selama berminggu-minggu setelah pajanan. Pengobatan sistemik yang diberikan dapat berupa antihistamin yang bertindak sebagai antipruritus, seperti cetirizine dan loratadine.

Dermatitis kontak dapat muncul karena sesuatu bahan yang menempel pada kulit. Ada 2 macam dermatitis kontak yaitu dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA), yang dapat bersifat akut atau kronik. DKI merupakan reaksi peradangan kulit yang non-imunologik, sehingga kerusakan kulit terjadi secara langsung tanpa proses sensitasi. Sedangkan DKA terjadi setelah mengalami sensitasi. Beberapa bahan iritan yang dapat memicu DKI, yaitu: asam kuat seperti hidroklorida, hidroflorida, asam nitrat, asam sulfat; basa kuat seperti Natrium hidroksida, Kalsium Hidroksida, Kalium Hidroksida); resin epoksi; detergen; fiberglas; etilen oksida; minyak atau lubrikan; agen oksidator; pelarut organik; serpihan kayu dan plasticizer (Isaacs et al., 2016).

Gejala klinis dari DKI dapat dibedakan berdasarkan pada klasifikasi yaitu DKI akut dan kronik. Pada DKI akut akan muncul karena paparan bahan kimia asam atau basa kuat, paparan singkat serial bahan kimia, atau adanya kontak fisik. Sebagian kasus DKI akut diakibatkan karena kecelakaan kerja. Kelainan kulit yang muncul antara lain eritema, edema, vesikel, dapat disertai eksudasi, pembentukan bula dan nekrosis jaringan pada kasus yang berat. Pada DKI kronis disebabkan karena kontak dengan

iritan lemah secara berulang-ulang, juga dapat terjadi karena berbagai macam faktor atau multifaktor. Suatu bahan secara sendiri tidak cukup menyebabkan dermatitis iritan, tetapi karena adanya faktor lain maka dapat menimbulkan gejala munculnya DKI. Gejala berupa kulit kering, eritema, skuama, akan berkembang menjadi kulit tebal dan adanya proses likenifikasi, dengan batas kelainan yang tidak tegas. Kontak yang terus menerus dapat menimbulkan retak pada kulit (fisura). Kelainan kulit kering dan skuama tanpa eritema, banyak diabaikan penderita, ketika sudah mengganggu, baru akan mendapat perhatian khusus (Y. D. Gunawan et al., 2022).

Diagnosis DKI ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pengamatan gambaran klinis. Pada DKI akut lebih mudah diketahui karena lebih cepat munculnya sehingga penderita pada umumnya mengetahui yang menjadi penyebabnya. Sedangkan DKI kronis muncul secara lambat dan bervariasi pada gambaran klinis yang luas, sehingga tidak mudah untuk membedakan dengan DKA. Perbedaan DKI dan DKA membutuhkan uji tempel dengan bahan yang dicurigai. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan untuk melihat lokalisasi dan pola kelainan kulit. Misalnya, ketiak oleh deodoran, pergelangan tangan oleh jam tangan, kaki oleh sepatu. Pemeriksaan fisik akan menemukan eritema, edema, papula dan pembentukan vesikel jikalau pecah akan membentuk dermatitis yang basah. Lesi timbul pada area kontak, tidak berbatas tegas dan dapat meluas ke sekitarnya. Penegakan diagnosis penyakit ini dapat dilakukan *patch test* (Pravitasari et al., 2023).

Anamnesis dibutuhkan untuk diagnosis DKI terkait pajanan yang berulang. Pada DKI kumulatif terjadi akibat pajanan berulang dari bahan iritan yang dapat merusak kulit. Rasa sakit, rasa tersengat, rasa tidak nyaman, rasa terbakar akibat pruritus akan dirasakan oleh pasien. Mekanisme yang terjadi pada DKI adalah hilangnya jaringan lemak dan substansi penahan air, rusaknya membran sel, denaturasi keratin epidermis, dan efek langsung sitotoksik. Banyak bahan iritan mampu merusak membran lemak keratinosit, dan sebagian dapat menembus membran sel, merusak lisosom dan mitokondria atau komponen inti. Kerusakan membrane keratinosit mengaktifkan fosfolipase dan melepaskan asam arakidonat (AA), diasilgliserida (DAG), platelet activating factor (PAF), dan fosfodilinositol. AA dirubah menjadi eicasanoid yaitu prostaglandin (PG) dan leukotriene (LT). PG dan LT menginduksi vasodilatasi, dan meningkatkan permeabilitas vaskular sehingga mempermudah transudasi komplemen dan kinin. PG dan LT juga bertindak sebagai kemoatraktan kuat untuk limfosit dan neutrophil, serta mengaktifasi sel mast melepaskan histamine, LT, PG, dan PAF, sehingga memperkuat perubahan vaskular. DAG dan second messenger lain menstimulasi ekspresi gen dan sintesis protein. Pada kontak dengan bahan iritan, keratinosit juga melepaskan faktor nekrosis alfa (TNF α) merupakan sitokin utama pada DKI yang mengarah pada peningkatan histokompatibilitas kompleks kelas II mayor dan adesi intraseluler molekul 1 pada keratosit. Rangkaian kejadian tersebut menimbulkan gejala peradangan klasik di tempat terjadinya kontak di kulit. Bahan iritan yang lemah akan menimbulkan kelainan kulit setelah kontak berulang kali dimulai dengan kerusakan stratum korneum oleh delipidasi yang menyebabkan desikasi dan kehilangan fungsi sawarnya sehingga mempermudah kerusakan sel dibawahnya oleh iritan. Pada dermatitis kontak iritan terjadi kerusakan keratosit dan keluarnya mediator-mediator inflamasi (Ottoman et al., 2019).

Pengobatan DKI pada pasien secara topikal dapat menggunakan kortikosteroid dengan sediaan berupa krim atau salep, pemberian salep pelembap apabila pada efloresensi ditemukan likenifikasi dan hiperkeratosis. Jenis kortikosteroid yang diberikan adalah hidrokortison 2,5% dan flucinolol asetonide 0,025%. Pengobatan sistemik diberikan untuk mengurangi rasa gatal dan pada kasus gejala dermatitis yang berat. Kortikosteroid oral diberikan pada kasus akut dengan intensitas gejala sedang hingga berat serta pada DKA yang sulit disembuhkan. Pilihan terbaik adalah prednisone dan metilprednisolon. Dosis awal pemberian prednisone 30 mg pada hari pertama, kemudian diturunkan secara berkala sebanyak 5 mg setiap harinya. Antihistamin diberikan untuk mendapatkan efek sedatif guna mengurangi gejala

gatal, dosis dan jenis antihistamin yang diberikan ialah cetirizine 10 mg 1 kali sehari. Pasien juga diberikan edukasi agar menggunakan sarung tangan saat berkerja agar tidak terpapar bahan iritan. Prognosis pada pasien ini baik apabila tidak terpapar bahan iritan dan pengobatan diberikan secara teratur namun prognosisnya akan menjadi kurang baik jika bahan iritan penyebab dermatitis tersebut tidak dapat disingkirkan dengan sempurna. Keadaan ini sering terjadi pada DKI kronis yang penyebabnya multifaktor (Dickel, 2023). Sebagai penyakit yang tersebar luas, dermatitis kontak menyerang semua kelompok usia dengan prevalensi dan insidensi yang tinggi. Selain mengurangi kualitas hidup, dermatitis kontak juga menimbulkan biaya kesehatan dan sosial ekonomi yang cukup besar. Terapi simtomatik dermatitis kontak harus selalu bersifat individual dan berdasarkan stadium eksim. Glukokortikoid topikal dianggap sebagai terapi lini pertama untuk dermatitis kontak iritan dan alergi. Terapi sistemik dipertimbangkan ketika terapi topikal tidak efektif atau tidak memungkinkan untuk digunakan (Dickel, 2023).

Penanganan lain untuk DKI adalah mengidentifikasi dan menyingkirkan semua agen penyebabnya. Reaksi peradangan dari dermatitis kontak iritan akut yang tertunda terhadap agen seperti benzalkonium klorida (misalnya, zephiran) jarang memerlukan penanganan dan biasanya sembuh dengan penghentian paparan. Terapi simtomatik lebih lanjut bergantung pada tingkat keterlibatan dan ada atau tidaknya infeksi sekunder. Anjurkan individu untuk menggunakan krim yang mengandung ceramide atau emolien setelah mencuci tangan dengan sabun dan sebelum tidur. Rekomendasikan pembersih kulit ringan (misalnya, Aquanil, pembersih Cetaphil, pembersih Neutrogena) sebagai pengganti sabun pada area yang terkena paparan. Instruksikan individu untuk menghindari pelarut yang tidak tepat (misalnya, bensin) atau bahan abrasif lainnya karena dapat membuat luka di kulit (Fathiani et al., 2023). Untuk pengobatan farmakologi pada DKI, dapat diberikan obat krim hidrocortisone 2,5% dioleskan pada lesi setiap pagi dan sore selama dua minggu. Pengobatan secara topikal dapat menggunakan kortikosteroid dengan sediaan berupa krim atau salep, pemilihan salep pelembap apabila pada efloransi ditemukan likenifikasi dan hiperkeratosis. Pengobatan sistemik diberikan untuk mengurangi rasa gatal dan pada kasus gejala dermatitis yang berat. Antihistamin diberikan untuk mendapatkan efek sedatif guna mengurangi gejala gatal, dosis dan jenis antihistamin yang diberikan ialah CTM 4mg yang diberikan 3 kali sehari bila muncul gatal (Prastiwi et al., 2023).

Terapi medikamentosa yang diberikan pada pasien berupa terapi topikal dan sistemik. Obat topikal yang diberikan kombinasi antibiotik dan kortikosteroid, yaitu kombinasi Fucilex dan Desoksimeson 2,5% *cream* dengan pemakaian 2 kali sehari. Ketika pertahanan kulit rusak, hal tersebut berpotensi terjadinya infeksi sekunder oleh bakteri. Sehingga, diberikan topikal antibiotik untuk mencegah hal tersebut. Pada pasien juga diberikan pengobatan sistemik yaitu cetirizine 10 mg 2 kali sehari dan Metilprednisolon tablet 8 mg, diminum 2 tablet pada pagi hari. Pemberian cetizine untuk mengurangi rasa gatal pada kasus gejala dermatitis yang disebabkan oleh bahan iritan tersebut. Antihistamin diberikan untuk mendapatkan efek sedatif guna mengurangi gejala gatal. Kortikosteroid oral diberikan pada kasus akut dengan intensitas gejala sedang hingga berat serta pada DKI yang sulit disembuhkan. Prognosis pada pasien ini baik apabila tidak terpapar bahan iritan dan pengobatan diberikan secara teratur namun prognosisnya akan menjadi kurang baik jika bahan iritan penyebab dermatitis tersebut tidak dapat disingkirkan dengan sempurna (Mellaratna & Siregar, 2023).

Upaya pengobatan terpenting pada DKI adalah menghindari pajanan 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 (Mehta et al., 2016).

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. 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 0.05%, 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% (Gabros et al., 2024).

Kortikosteroid sistemik dan imunomodulator dapat dipertimbangkan bagi pekerja yang memiliki DKI (Tan et al., 2014). Krim pimekrolimus 1%, obat nonsteroid yang menghambat proliferasi limfosit T, terbukti efektif dalam kasus dermatitis iritan di sekitar area periokular, wajah, dan leher (Mensing, Mensing, & Mensing, 2008). Statin saat ini sedang dievaluasi sebagai terapi pencegahan topikal untuk DKI. Statin memiliki efek antiinflamasi; misalnya, statin memiliki kemampuan untuk memblokir induksi sintase oksida nitrat dan memblokir sekresi interleukin-1 beta dan faktor nekrosis tumor (Lurati, 2015). Hasil penelitian Aulia (2014) mendapatkan bahwa terapi yang paling banyak digunakan pada kasus DKI adalah kortikosteroid topikal yaitu sebanyak 124 kasus (71,3%) di ikuti dengan antihistamin oral sebanyak 114 kasus (65,51%). Hasil yang sama juga di dapat pada penelitian Pratama (2014) penggunaan kortikosteroid topikal pada pasien dermatitis kontak yaitu sebanyak 105 kasus (99,06%) dan di ikuti dengan antihistamin oral yaitu 100 kasus (94,34%). Penggunaan kortikosteroid topikal ini dapat dikatakan sebagai terapi definitif, dikarenakan kortikosteroid topikal digunakan untuk mengatasi proses radang yang terjadi secara langsung, Anti-histamin oral menempati posisi pertama dalam manajemen per-oral. Hal ini mungkin disebabkan oleh penggunaan antihistamin oral sebagai terapi simptomatis, yakni untuk menghilangkan rasa gatal yang sering menjadi keluhan utama pasien.

SIMPULAN

Dermatitis kontak iritan merupakan kondisi umum akibat pekerjaan, khususnya di antara pekerja yang terpapar zat berbahaya. Bagi pekerja yang berisiko, menghindari zat berbahaya adalah upaya pencegahan terbaik, tetapi jika menghindarinya tidak memungkinkan, menggunakan peralatan pelindung diri sangat dianjurkan. Pengobatan DKI dapat dilakukan dengan pemberian kortikosteroid yang dapat digunakan untuk mengatasi proses radang yang terjadi secara langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizi, N., & Maibach, H. I. (2020). Are Topical Corticoids Efficacious in Acute Irritant Dermatitis: The Evidence. In *Dermatitis* (Vol. 31, Issue 4). <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000574>
- Contestable, J. J. (2017). Jet fuel-associated occupational contact dermatitis. *Military Medicine*, 182(3), e1870–e1873. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00217>
- Dickel, H. (2023). Management of contact dermatitis. *Allergo Journal International*, 32(3), 57–76. <https://doi.org/10.1007/s40629-023-00246-9>
- Fathiani, R., Oktarika, S., Larasati, T. A., Djausal, A. N., Praktis, P., Kontak, D., & Kerja, A. (2023). Pendekatan Praktis Dermatitis Kontak Akibat Kerja. *Journal of Medula*, 13(April), 569–574.
- Fortino, V., Wisgrill, L., Werner, P., Suomela, S., Linder, N., Jalonen, E., Suomalainen, A., Marwah, V.,

- Kero, M., Pesonen, M., Lundin, J., Lauerma, A., Aalto-Korte, K., Greco, D., Alenius, H., & Fyhrquist, N. (2020). Machine-learning–driven biomarker discovery for the discrimination between allergic and irritant contact dermatitis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *117*(52). <https://doi.org/10.1073/PNAS.2009192117>
- Gabros, S., Nessel, T. A., & Zito, P. M. (2024). *Topical Corticosteroids*. StatPearls Publishing.
- Gunawan, Y. D., Setyawati, T., & Sofyan, A. (2022). Dermatitis Kontak Iritan: Laporan Kasus Iritant Contact Dermatitis: Case Report. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, *4*(2), 119–127.
- Gunawan, Y., Setyawati, T., & Sofyan, A. (2022). Irritant contact dermatitis: Case report. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, *4*(2).
- Gyeltshen, K., Sangye, N., Tenzin, K. C., & Dorji, T. (2023). Clinical description and treatment outcomes of Paederus dermatitis in Phuentsholing, Bhutan in 2021: A cross-sectional study. *Skin Health and Disease*, *3*(4), 1–8. <https://doi.org/10.1002/ski2.223>
- Hamidi, I. (2022). Description of Physical Environmental Factors, Characteristics Of Individuals, Use Of Ppe And Irritant Contact Dermatitis In Bratang Compost Houses. *Indonesian Journal of Public Health*, *17*(3). <https://doi.org/10.20473/ijph.v17i3.2022.418-428>
- Isaacs, M. J., Strausburg, M. B., & Mousdicas, N. (2016). Pediatric positional sitting dermatitis: a new form of pediatric contact dermatitis. *Pediatric Dermatology*, *33*(3).
- Jacobsen, G., Rasmussen, K., Bregnhøj, A., Isaksson, M., Diepgen, T. L., & Carstensen, O. (2022). Causes of irritant contact dermatitis after occupational skin exposure: a systematic review. In *International Archives of Occupational and Environmental Health* (Vol. 95, Issue 1). <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01781-0>
- Jiamton, S., Jantanapornchai, N., Nokdhes, Y. N., Patthamalai, P., Tantrapornpong, P., Limpoka, P., Phonarsa, P., & Pochanapan, O. (2021). Clinical manifestations and progression, seasonal variation, and environmental factors associated with Paederus dermatitis among patients attending the outpatient dermatology clinic of Thailand’s largest national tertiary referral center: a prospective co. *Rural and Remote Health*, *21*, 4–8. <https://doi.org/10.22605/RRH6378>
- Lara-Esqueda, A., Martinez-Gomez, Y., Lara-Basulto, A., Mendoza-Hernandez, M., Llerenas-Aguirre, K., Guzman-Esquivel, J., Martinez-Fierro, M., Rodriguez-Sanchez, I., & Delgado-Enciso, I. (2023). Potassium permanganate use in the management of a wound induced by contact with Paederus: A case report. *Medicine International*, *3*(2), 2–5. <https://doi.org/10.3892/mi.2023.81>
- Loman, L., Uter, W., Armario-Hita, J. C., Ayala, F., Balato, A., Ballmer-Weber, B. K., Bauer, A., Bircher, A. J., Buhl, T., Czarnecka-Operacz, M., Dickel, H., Fuchs, T., Giménez Arnau, A., John, S. M., Kränke, B., Kręcis, B., Mahler, V., Rustemeyer, T., Sadowska-Przytocka, A., ... Navarini, A. (2021). European Surveillance System on Contact Allergies (ESSCA): Characteristics of patients patch tested and diagnosed with irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis*, *85*(2). <https://doi.org/10.1111/cod.13833>
- Lurati, A. R. (2015). Occupational risk assessment and irritant contact dermatitis. *Workplace Health and Safety*, *63*(2), 81–87. <https://doi.org/10.1177/2165079914565351>
- Mayasari, D., & Ramadhan, A. Y. (2017). Dermatitis Kontak Iritan Et Causa Asam Salisilat pada Lesi Post Herpes Zoster Thoracalis Sinistra. *Jurnal Agromed Unila*, *4*(1), 114–119.

- McNichol, L., Bliss, D. Z., & Gray, M. (2022). Moisture-Associated Skin Damage: Expanding Practice Based on the Newest ICD-10-CM Codes for Irritant Contact Dermatitis Associated with Digestive Secretions and Fecal or Urinary Effluent from an Abdominal Stoma or Enterocutaneous Fistula. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 49(3). <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000873>
- Mehta, A. B., Nadkarni, N. J., Patil, S. P., Godse, K. V., Gautam, M., & Agarwal, S. (2016). Topical corticosteroids in dermatology. In *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* (Vol. 82, Issue 4). <https://doi.org/10.4103/0378-6323.178903>
- Mellaratna, W. P., & Siregar, C. S. D. (2023). Dermatitis Kontak Iritan pada Ibu Rumah Tangga: Laporan Kasus. *Jurnal Ilmiah Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial Dan Budaya*, 7(1), 23–27.
- Ottoman, A., Nababan, K. A., & Situmorang, N. M. (2019). Karakteristik Dermatitis Kontak Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumkit Tk Ii Putri Hijau Kesdam I/Bb. *Jurnal Kedokteran Methodist*, 12(2), 34. <https://ejurnal.methodist.ac.id/index.php/jkm/article/view/670>
- Pandit, S. A., & Glass, L. R. D. (2019). Non-glaucoma periocular allergic, atopic, and irritant dermatitis at an academic institution: A retrospective review. *Orbit (London)*, 38(2), 112–118. <https://doi.org/10.1080/01676830.2018.1490442>
- Patel, K., & Nixon, R. (2022). Irritant Contact Dermatitis — a Review. In *Current Dermatology Reports* (Vol. 11, Issue 2). <https://doi.org/10.1007/s13671-021-00351-4>
- Prastiwi, M. H., Sibuea, S. H., Putri, G. T., Kedokteran, F., Lampung, U., Ilmu, B., Komunitas, K., Kedokteran, F., Lampung, U., Biokimia, B. I., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2023). *Penatalaksanaan Holistik Pasien Perempuan Dengan Dermatitis Kontak Iritan Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Holistic Management Of Dermatitis Contact Iritant In A Woman Through Family Medicine Approach*. 13, 83–89.
- Pravitasari, D. N., Nurainiwati, S. A., Armyati, E. O., & Devi, R. F. (2023). Pengaruh Jenis Pekerjaan, Alat Pelindung Diri Dan Riwayat Atopi Terhadap Dermatitis Kontak Iritan Pada Petugas *Cleaning Service*. *Herb-Medicine Journal: Terbitan Berkala Ilmiah Herbal, Kedokteran Dan Kesehatan*, 5(4), 5. <https://doi.org/10.30595/hmj.v5i4.16600>
- Rosenbaum, B. E., Klein, R., Hagan, P. G., Seadey, M. Y., Quarcoo, N. L., Hoffmann, R., Robinson, M., Lartey, M., & Leger, M. C. (2017). Dermatology in Ghana: A retrospective review of skin disease at the Korle Bu Teaching Hospital Dermatology Clinic. *Pan African Medical Journal*, 26, 1–9. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.125.10954>
- Salawati, L., & Abbas, I. (2022). Pencegahan Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Sektor Konstruksi. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(2), 122–125. <https://doi.org/10.24815/jks.v22i2.22740>
- Shrotriya, S., Ranpise, N., Satpute, P., & Vidhate, B. (2018). Skin targeting of curcumin solid lipid nanoparticles-encapsulated topical gel for the treatment of pigmentation and irritant contact dermatitis. *Artificial Cells, Nanomedicine and Biotechnology*, 46(7). <https://doi.org/10.1080/21691401.2017.1373659>
- Sugino, H., & Sawada, Y. (2022). A Case of Contact Dermatitis Due to Ultrasonography Gel. *J UOEH*, 44(4), 379–383.
- Toyoda, T., Mitsuyama, S., Nagao, E., Abe, F., Kimura, M., Seido, Y., & Higuchi, T. (2021). Topical

Management of Peristomal Pyoderma Gangrenosum A Report of 3 Case Studies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(4).

Tramontana, M., Hansel, K., Bianchi, L., Sensini, C., Malatesta, N., & Stingeni, L. (2023). Advancing the understanding of allergic contact dermatitis: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. In *Frontiers in Medicine* (Vol. 10). <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1184289>

Widipriyatama, Dewanti, L., & Anggraeni, S. (2023). Clinical Profile of Contact Dermatitis Patients at the Allergy-Immunology Division of Dermatology and Venereology Outpatient Clinic. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 35(2). <https://doi.org/10.20473/bikk.v35.2.2023.100-106>

Wu, Q. (2019). Andrews' diseases of the skin: Clinical dermatology, 13th edition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(6). <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.041>