

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Umumnya Dermatitis Kontak terjadi akibat kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap produk-produk obat, kosmetik dan deterjen maupun bahan-bahan alergen lainnya. Selain itu keterlambatan dalam mengenali gejala-gejala terutama pada Dermatitis Kontak Alergi juga merupakan salah satu faktor penyebab banyaknya kasus Dermatitis Kontak.

Banyaknya produk obat, kosmetik dan deterjen yang beredar saat ini dengan promosi besar-besaran dan disajikan dengan iklan yang menarik merupakan salah satu faktor pemicu keinginan-tahuan konsumen untuk mencoba produk tersebut tanpa meneliti dulu komposisinya.

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari penderita yang berobat di poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Surakarta selama enam (6) bulan, Dermatitis Kontak menempati urutan ketiga kasus terbanyak setelah skabies dan mikosis (*Karyasentono, 1985*).

Data dari poliklinik penyakit Kulit dan Kelamin di RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta selama tahun 1988 meunjukkan bahwa 7,95 % kasus Dermatitis Kontak disebabkan oleh kosmetik. Penderita Dermatitis Kontak akibat kosmetik ternyata dijumpai pada semua golongan umur, termuda pada usia 5 tahun dan tertua pada usia 70 tahun dengan jumlah kasus terbanyak pada golongan umur 21-30 tahun (43,1%). Seperti umumnya maka Dermatitis

Kontak akibat kosmetik ini lebih banyak diderita oleh perempuan (80,7%).(Etnawati, 1989).

Hand eczema adalah salah satu contoh Dermatitis Kontak yang sering terjadi terutama dikalangan ibu rumah tangga (Skellchock, 1999).

I.2. Kepentingan Masalah.

Penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai masukan bagi para pembaca, dokter dan tenaga paramedis lainnya mengenai distribusi Dermatitis Kontak berdasarkan etiologi, umur, jenis kelamin dan pekerjaan.

Lebih jauh diharapkan pula bahwa untuk masa yang akan datang pencegahan dan pengelolaan Dermatitis Kontak dapat dilaksanakan lebih baik lagi dengan mempertimbangkan faktor-faktor resikonya.

I.3. Tujuan Penelitian.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran tentang distribusi kasus Dermatitis Kontak baik Dermatitis Kontak Alergi (DKA) maupun Dermatitis Kontak Iritan (DKI) di RS PKU Muhammadiyah tahun 1998 – 2000 berdasarkan etiologi, umur, jenis kelamin dan pekerjaan serta faktor-faktor resikonya.

I.4. Perumusan Masalah.

Hasil survey kasus pada bangsal Kulit dan Kelamin yang menempatkan Dermatitis Kontak pada posisi ketiga terbanyak memberikan gambaran bahwa

kesadaran masyarakat dalam memilih dan menggunakan produk-produk obat, kosmetik dan deterjen sangat rendah. Pemilihan produk-produk tersebut disebabkan masyarakat lebih tertarik pada iklan dan promosi produsen, selain terdapat kemungkinan faktor ekonomi dan pekerjaan sebagai faktor resiko Dermatitis Kontak terutama Dermatitis Kontak Alergi (DKA).

I.5. Tinjauan Pustaka.

1. Definisi dan penggolongan Dermatitis Kontak.

Dermatitis Kontak adalah peradangan pada kulit (Dermatitis) yang disebabkan bahan-bahan dari luar tubuh yang berkontak langsung dengan kulit dan dapat bersifat toksik, alergis maupun keduanya. (*Tarigan, 1996*).

Penggolongan Dermatitis Kontak sangat banyak antara lain berdasarkan patogenesisnya yaitu:

a. Dermatitis Kontak Iritan (DKI)

Yaitu peradangan kulit yang non imunologis, disebabkan kontak langsung kulit dengan bahan kimiawi yang secara fisis merusak kulit.

b. Dermatitis Kontak Alergi (DKA)

Yaitu Dermatitis yang terjadi akibat terpajannya kulit dengan bahan dari luar tubuh dan kelainan yang terjadi merupakan hasil suatu proses imunologi.

Penggolongan Dermatitis Kontak yang lain yaitu berdasarkan penyebabnya, antara lain :

a. Dermatitis Foto Kontak (DFK)

Adalah Dermatitis yang terjadi bila kulit kontak dengan bahan pemeka sinar (*photosensitizer*) topikal sehingga terjadi reaksi abnormal kulit terhadap pajanan sinar matahari (*Wirohadijoyo cit. Groot et al, 1985*).

Reaksi yang mendasari timbulnya Dermatitis Foto Kontak (DFK) dapat berupa fototoksik (DFKT) maupun fotoalergik (DFKA)

b. Dermatitis Kontak akibat kosmetik.

Adalah Dermatitis Kontak dengan penyebab kosmetika.

Kosmetika menurut permenkes RI No.220/Menkes/per/IX/76 adalah bahan atau campuran bahan untuk digosokkan, dilekatkan, dituangkan, dipercikkan atau disemprotkan pada, dimasukkan dalam, dipergunakan dengan maksud membersihkan, memelihara, menambah daya tarik dan mengubah rupa dan tidak termasuk golongan obat.

c. Dan lain-lain.

2. Etiologi

a. Dermatitis Kontak Iritan;

1. Iritan kuat

Misalnya asam kuat dan basa kuat.

2. Iritan lemah

Misalnya air, sabun, asam lemah dan basa lemah.

3. Rangsangan mekanik

Misalnya serbuk kaca dan fiberglass.

4. Bahan Biologik

Misalnya sekret serangga, getah buah dan bahan nylon.

(Harahap, 1990).

b. Dermatitis Kontak Alergi (DKA)

Bahan-bahan yang menyebabkan Dermatitis Kontak Alergi (DKA) adalah bahan kimia yang asing bagi tubuh dengan syarat:

- 1) Mempunyai berat molekul rendah (500-1000 dalton)
- 2) Dapat berdifusi melalui epidermis.
- 3) Dapat membentuk molekul yang beratnya > 5000 dalton.

(Tarigan, 1996)

Contoh alergen tersebut antara lain :

- 1) Logam, misalnya pada perhiasan dan jam tangan
- 2) Wangi-wangian yang terdapat pada produk perawatan tubuh, parfum dan kosmetik
- 3) Makanan, misalnya bawang putih dan merah
- 4) Bahan dari karet, misalnya sarung tangan
- 5) Obat topikal, misalnya kortikosteroid
- 6) Tumbuhan, misalnya tulip.

3. Patogenesis

a. Dermatitis Kontak Iritan (DKI)

DKI akut terjadi bila kulit kontak dengan iritan kuat sehingga terjadi kerusakan kulit berupa terkurasnya lapisan tanduk, denaturasi

keratin dan pembengkakan sel. Sedangkan DKI kronis terjadi bila kulit sering kontak dengan iritan lemah misalnya air, deterjen atau sabun.

Mekanisme kerja DKI adalah non imunologis yaitu bahan-bahan iritan melarutkan lapisan lemak kulit (membran sel dan lisosom) sehingga kulit mengering dan keratinosit rusak kemudian terjadi pengendapan protein kulit.

b. Dermatitis Kontak Alergi (DKA)

Proses imunologis DKA termasuk dalam reaksi hipersensitivitas tipe lambat /tipe IV (*delayed hypersensitivity*) yang terbagi atas 2 fase yaitu:

1) Fase Induksi/Fase Sensitisasi.

Yaitu saat kontak pertama alergen dengan kulit sampai limfosit mengenal dan memberi respon. Pada fase ini hapten (protein tak lengkap) berpenetrasi kedalam kulit dan berikatan dengan protein karier membentuk antigen yang lengkap. Antigen ini ditangkap dan diproses lebih dahulu oleh makrofag dan sel langerhans kemudian memacu reaksi limfosit T yang belum tersensitisasi dikulit sehingga terjadi sensitisasi limfosit T melalui saluran limfe. Limfosit ini kemudian bermigrasi ke daerah parakortikal kelenjar limfe regional untuk berdiferensiasi dan berproliferasi membentuk sel T efektor yang tersensitisasi secara spesifik dan sel memori. Kemudian sel-sel tersebut masuk kedalam sirkulasi dan sebagian kembali kekulit dan sistem limfoid yang tersebar diseluruh tubuh sehingga menyebabkan keadaan

sensitivitas yang sama diseluruh kulit tubuh. Fase ini memerlukan waktu 5-7 hari.

2) Fase elisitasi/Fase efektor.

Yaitu saat terjadi pajanan ulang dengan bahan yang sama atau serupa sampai timbul gejala klinis. Pada fase ini terjadi kontak ulang dengan hapten yang sama atau serupa. Sel efektor yang telah tersensitisasi mengeluarkan limfokin yang mampu menarik berbagai sel radang sehingga terjadi gejala klinis berupa Dermatitis. Fase ini memerlukan waktu 1-2 hari.

4. Gambaran Klinis

a. Dermatitis Kontak Iritan (DKI)

Pada DKI akut sangat tergantung pada bahan iritan, konsentrasi dan lamanya kontak. Gejalanya dapat berupa lesi merah/coklat, edematous dan panas atau berupa papula, vesikula, pustula dan bula. Pada DKI kronis terbagi atas dua stadium :

Stadium I : Kulit kering dan pecah-pecah. Stadium ini dapat sembuh dengan sendirinya.

Stadium II : Kulit merah, bengkak, panas, mudah terangsang, kadang-kadang timbul papula, vesikula dan krusta. Dapat timbul likenifikasi dan ekskoriiasi. Keadaan ini menyebabkan retensi keringat dan perubahan flora normal kulit.

Ibu rumah tangga sering berhubungan dengan bahan-bahan iritan ringan seperti sabun, deterjen dan air sehingga sering menderita DKI kronis

pada stadium I. Lokasinya sering pada tangan dan lengan yang disebut *hand eczema*.

b. Dermatitis Kontak Alergi (DKA)

Pada fase akut kelainan kulit biasanya berupa eritema, edema, papula, vesikula dan krusta. Bila kronis maka kulit berubah menjadi kering, bersisik, menebal, mungkin dijumpai likenifikasi, fisura dan hiperpigmentasi.

Lokasi lesi biasanya pada bagian yang lapisan kulitnya tipis. Pada bagian dengan lapisan kulit tebal agak sulit terjadi DKA.

5. Diagnosis

Sebenarnya tidak ada gambaran klinik yang tepat untuk Dermatitis Kontak karena terjadinya melalui berbagai cara sehingga klinisnya juga bervariasi. Untuk mendiagnosis dapat dipertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

- a. Bila Dermatitis timbul hebat dan tiba-tiba maka dapat dipertimbangkan Dermatitis kontak
- b. Bila ada riwayat atopik maka cenderung menderita DKI.
- c. Bila terjadi perbaikan pada waktu libur dan kambuh sewaktu bekerja maka faktor penyebabnya kemungkinan berhubungan dengan pekerjaan.
- d. Bila gambaran klinik menjadi jelek (eksaserbasi) pada waktu libur maka penyebabnya kemungkinan berhubungan dengan hobi pasien.

Selain itu untuk membedakan antara DKI dan DKA dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

NO	Jenis Perbedaan	DKI	DKA
1.	Etiologi	Iritan Primer	Sensitizer
2.	Gejala klinis	Kontak pertama	Kontak ulangan
3.	Individu yang terkena	Semua orang	Orang dengan bakat alergi
4.	Keluhan subyek	Panas dan sakit	Gatal
5.	Ujud kelainan kulit	Eritematosi hebat, dapat berbentuk bula. Berbatas tegas	Eritema tidak begitu merah, biasanya tidak disertai bula dan edema. Berbatas tegas
6.	<i>Patch test</i> /uji tempel	Lesi berbatas tegas Bila uji diangkat reaksi akan berkurang	Lesi berbatas tidak tegas. Bila uji diangkat reaksi menetap/bertambah
7.	Reaksi silang	(-)	(+)
8.	Histopatologis	Sel infiltrat terutama leukosit disertai kerusakan sel	Sel infiltrat disertai spongiosis

Lokasi lesi kadang-kadang dapat membantu untuk menentukan penyebabnya misalnya:

a. Kelopak mata

Penyebabnya kosmetik (maskara), obat tetes mata, *air borne alergen* (serbuk sari, debu dan *hair spray*) dan alergen yang terbawa oleh tangan (cat kuku).

b. Leher

Penyebabnya berupa kosmetik, parfum, obat jerawat, kalung (menyebabkan "*coin shape dermatitis*").

c. Genital

Benda-benda dari karet seperti kondom, pesarium, pakaian serta obat-obat topikal merupakan "*causative agent*" yang sering ditemukan.

d. Lengan dan tangan.

"*Hand eczema*" biasanya akibat air, sabun dan deterjen. Pada pekerja yang menggunakan sarung tangan karet Dermatitis biasanya mulai dari sisi atas sarung tangan.

e. Regio anal

Supositoria untuk hemoroid yang mengandung *benzocain* atau *dibucaïn* dan obat-obat anti bakterial (*neomicyn*) serta antifungal (*clotrimazole*) dapat menjadi penyebab Dermatitis Kontak.

f. Paha dan tungkai bawah

"*Clothing dermatitis*" terdapat pada sebelah dalam dan bagian belakang paha dengan penyebab benda-benda yang terdapat dalam kantong rok/celana seperti kunci dan uang .

g. Kaki

Penyebabnya kaos kaki, antifungi, antiprespiran dan antihyperhidrosis.

6. Terapi

1. Hindari pasien dari faktor penyebab yang berada disekitarnya.
2. Hindarkan lesi dari air panas, sabun, deterjen dan udara panas.
3. Kortikosteroid peroral diberikan selama 2 minggu dimulai dengan dosis 30-50 mg perhari.

4. Bila akut dapat dikompres dengan larutan kalium permanganat sampai dermatitis kering kemudian dilanjutkan dengan kortikosteroid topikal.
5. Jangan mengoleskan alkohol atau krim antiseptik pada lesi.
6. Bila sub akut dan kronis dengan distribusi yang terlokalisasi dapat diberikan kortikosteroid topikal dalam bentuk salep atau krim.
7. Penggunaan krim kortikosteroid harus sesuai anjuran (jangan menggunakan secara berlebihan).
8. Antibiotika bila diperkirakan ada infeksi sekunder.
9. Antihistamin sebagai antipruritus dan memberikan efek sedatif.
10. Bila dermatitisnya akut dan luas perlu dirawat dirumah sakit.