



## Penatalaksanaan Holistik Pada Laki-Laki Usia 67 Tahun dengan Dermatitis Kontak Alergi Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Gedong Air

Salma Khairunnisa Hero<sup>1</sup>, Aila Karyus<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Salma Khairunnisa Hero, alamat Jl. Pagar Alam No. 46A, Bandar Lampung, e-mail [Salmakhaii02@gmail.com](mailto:Salmakhaii02@gmail.com)

Received: 17 Januari 2025

Accepted: 19 Maret 2025

Published: 20 Juni 2025

### ABSTRAK

Dermatitis kontak alergi adalah peradangan kulit yang disebabkan oleh kontak dengan antigen, yang mengakibatkan reaksi hipersensitivitas tipe IV. Perawatan utama untuk DKA adalah mengidentifikasi dan menghindari alergen yang menyebabkan dermatitis. Dilakukan pendekatan holistik dan komprehensif untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis dan manajemen pasien berdasarkan *evidence based medicine* dan bersifat *family-approached, patient-centered, dan community-oriented*. Analisis berupa laporan kasus. Data primer diperoleh melalui pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder bersumber dari rekam medis pasien yang tercatat di Pusat Kesehatan Masyarakat. Proses penilaian dilakukan secara menyeluruh menggunakan metode kuantitatif maupun kualitatif. Dari penelitian didapatkan hasil Tn. A, 67 tahun, datang ke Puskesmas Gedong Air dengan keluhan bercak merah dan gatal di kedua kaki, disertai kulit mengelupas, selama tujuh hari. Berdasarkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis menderita dermatitis kontak alergi. Selama tiga kali kunjungan rumah, pasien dan keluarganya diberikan tindakan farmakologis, nonfarmakologis, serta edukasi tentang penyakit pasien. Hasil evaluasi menunjukkan gejala pasien membaik dan pengetahuan pasien dan keluarganya tentang penyakit meningkat. Dilakukan perawatan secara holistik dan pendekatan kedokteran keluarga. Intervensi yang diterapkan memperluas pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarga mereka.

**Kata kunci:** Dermatitis Kontak Alergi, Kedokteran Keluarga

## HOLISTIC MANAGEMENT OF 67 YEAR-OLD MAN WITH ALLERGIC CONTACT DERMATITIS THROUGH A FAMILY MEDICAL APPROACH AT GEDONG AIR HEALTH CENTER

### ABSTRACT

Allergic contact dermatitis is an inflammation of the skin caused by contact with an antigen, resulting in a type IV hypersensitivity reaction. The primary treatment for ACD is to identify and avoid the allergen causing the dermatitis. General practitioners application of holistic strategy that is family-oriented, patient-centered, and community-oriented in order to identify risk factors, clinical issues, and patient management based on the principles of evidence-based medicine. The analysis in this study is a case report. Primary data were obtained through the physical examination and secondary data came from patient medical records recorded at the Community Health Center. The assessment process was carried out holistically using both quantitative and qualitative methods. Mr. A, 67 years old, came to the Gedong Air Health Center with complaints of red and itchy spots on both legs, accompanied by peeling skin, for seven days. Based on the medical history and physical examination, the patient was diagnosed with allergic contact dermatitis. During three home visits, the patient and his family were given pharmacological, non-pharmacological measures, and education about the disease. The evaluation results showed that the patient's symptoms improved and the patient and his family's knowledge increased. Holistic care was provided using a family medicine approach. The interventions implemented expanded the patient's knowledge and changed some of the patient's and their family's behaviors.

**Keyword:** Allergic Contact Dermatitis, Family Medicine.

DOI :

## PENDAHULUAN

Dermatitis merupakan reaksi kulit terkait paparan fisik suatu zat yang menimbulkan provokasi imunologis dan menghasilkan peradangan di epidermis kulit.<sup>1</sup> Salah satu bentuk dermatitis adalah peradangan kulit yang timbul akibat paparan zat eksogen, sehingga dikenal dengan sebutan Dermatitis Kontak. Dermatitis kontak terbagi ke dalam dua tipe diantaranya dermatitis kontak alergi dan dermatitis kontak iritan. Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah reaksi peradangan pada kulit yang tidak didahului adanya sensitisasi dan berifat non-imunologis. Di sisi lain, peradangan kulit yang terjadi dikarenakan adanya paparan antigen yang mengakibatkan reaksi hipersensitivitas tipe IV dikenal sebagai dermatitis kontak alergi.<sup>3</sup> Hanya area yang terpapar langsung dengan batas yang jelas yang mengalami reaksi peradangan pada dermatitis kontak iritan (DKI), dan reaksi ini tidak menyebar. Sebaliknya, dermatitis kontak alergi (DKA) adalah respons imun yang biasanya dapat terjadi pada kulit di sekitar area terpapar (fenomena penyebaran) dan berpotensi menyebar ke wilayah di luar area tersebut, sehingga menyebabkan lesi yang lebih luas.<sup>2</sup>

Munurut data dari World health Organization (WHO), 90% keluhan kesehatan yang bergubungan dengan kelainan kulit diakibatkan oleh dermatitis, dan 4-7% dari kesekuruhan tersebut diakibatkan oleh dermatitis kontak.<sup>2</sup> Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018, epidemiologi memperlihatkan bahwa 97% dari 389 kasus penyakit kulit yang dilaporkan merupakan dermatitis kontak, yang terdiri dari 66,3% kontak iritan dan 33,7% kontak alergi. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Lampung pada tahun 2016, Dermatitis kontak menempati urutan keenam dalam sepuluh penyakit yang paling banyak ditemukan di

Provinsi Lampung. Pada tahun 2018, dilaporkan bahwa kasus dermatitis kontak di Kota Bandar Lampung mencapai 63%. Data dari Survei Tahunan terkait dengan penyakit kulit menunjukkan bahwa dermatitis kontak sebagai yang paling sering dijumpai menurut Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2020.

Banyak faktor, seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, predisposisi genetik, dan penyakit penyerta lainnya, yang mampu menyebabkan dermatitis kontak alergi.<sup>2</sup> Bahan kimia yang sering kali sederhana, berbobot molekul rendah, lipofilik, dan sangat reaktif bertanggung jawab atas dermatitis kontak alergi karena bahan kimia tersebut dapat menembus lapisan stratum korneum dan mencapai sel epidermis. Respons imun yang diperantarai sel, seperti reaksi imunologi tipe IV atau hipersensitivitas tipe lambat, merupakan mekanisme yang mendasari penyakit kulit pada DKA. Proses reaksi DKA berlangsung dalam dua tahapan, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi.<sup>3</sup>

Dermatitis kontak alergi dapat didiagnosis dengan gejala klinis akut yang biasanya berupa bercak eritema pada kulit yang kemudian diikuti dengan papulovesikel, vesikel, atau bula. Sedangkan pada fase kronik, gejala klinis biasanya berupa kulit kering, berskuama, papul, ataupun likenifikasi yang berbatas tidak tegas. Untuk mendukung gejala klinis, dapat pula dilakukan pemeriksaan lebih lanjut berupa Patch Test pada pasien yang dicurigai DKA.<sup>4</sup>

Perawatan dermatitis kontak yang tepat diperlukan untuk menghindari keluhan yang dapat mengganggu produktivitas sehari-hari serta kesejahteraan emosional, sosial, dan finansial pasien. Selain itu, ada kemungkinan dermatitis kontak dapat kambuh dan menimbulkan masalah, seperti infeksi

sekunder, yang dapat memperburuk kondisi klinis pasien.

Penanganan pasien dengan dermatitis kontak bertujuan untuk mengurangi dan mencegah kekambuhan serta menurunkan tingkat keparahan gejala yang dialami.<sup>3</sup> Tatalaksana definitif adalah dengan menemukan dan menghindari paparan ulang dari alergen penyebab. Pasien juga harus diberikan pengobatan terkait inflamasi yang terjadi pada kulit. Prognosis DKA umumnya baik, tergantung dengan kemampuan individu untuk menghindari bahan penyebab. Hal ini menegaskan pentingnya pendekatan tatalaksana dermatitis kontak alergi yang bersifat holistik dan komprehensif.<sup>4</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan pengenalan terhadap permasalahan klinis yang dialami pasien beserta penyebab dan faktor risiko yang berhubungan dengan keluhan serta melaksanakan pelayanan perawatan primer berbasis *Evidence Based Medicine* bagi pasien dan merawat pasien dengan pendekatan kedokteran keluarga. Penelitian ini disusun dalam bentuk laporan kasus. Dilakukan pengumpulan riwayat medis dan pemeriksaan fisik di puskesmas, serta pelengkapan data keluarga, psikososial, dan komunitas melalui riwayat medis dan pemeriksaan lanjutan saat kunjungan rumah untuk mendapatkan data primer pasien. Sedangkan data sekunder bersumber dari rekam medis pasien yang tercatat di Puskesmas Kalirejo. Penilaian bersifat kuantitatif dan kualitatif berdasarkan penilaian diagnostik holistik dari awal, kemajuan penelitian, dan penyelesaian penelitian.

#### ILUSTRASI KASUS

Pada hari Senin, 20 Mei 2024 Pasien Tn. A yang berusia 67 tahun, datang ke Puskesmas Rawat Inap Gedong Air pada hari. Pasien

mengeluhkan munculnya bercak merah dengan adanya rasa gatal pada kedua kaki sejak tujuh hari terakhir. Pada awalnya, pasien merasakan gatal yang kemudian diikuti dengan perubahan warna kulit menjadi kemerahan dibandingkan dengan area sekitarnya. Keluhan bercak kemerahan awalnya berukuran seperti biji jagung hingga seukuran koin, pasien mengeluhkan bercak terasa sangat gatal sehingga pasien terus menerus menggaruknya. Menurut pengakuan pasien, 2 hari sebelum keluhan muncul, pasien baru saja membersihkan kakinya dengan sabun mandi yang baru saja dibelinya. Sabun mandi tersebut mengandung antiseptik dan bahan tradisional dari ekstrak daun jepang. Pasien baru pertama kali menggunakan sabun tersebut.

Keluhan gatal masih terus-menerus dirasakan tanpa dipengaruhi waktu dan aktifitas. Pasien mengeluhkan bercak terasa lebih gatal saat kedua kaki pasien berkeringat. Pasien juga terus menggaruk bercak tersebut sehingga terdapat beberapa kulit yang terkelupas. Dari hasil anamnesis tidak ditemukan adanya riwayat alergi terhadap obat-obatan, makanan, atau debu. Pasien tidak pernah memiliki riwayat atopi dalam keluarganya. Pasien tidak pernah memiliki keluhan seperti itu sebelumnya. Pasien tidak pernah memiliki kondisi sistemik atau kulit apa pun. Tidak terdapat keluarga ataupun orang disekitar pasien yang memiliki keluhan serupa. Pasien belum mencari pengobatan terkait keluhan tersebut dikarenakan pasien mengira keluhan akan berkurang dengan sendirinya, namun sering berjalannya waktu tidak ada perbaikan pada keluhan sehingga pasien memeriksakan dirinya ke puskesmas.

Pasien merupakan seorang pensiunan PNS yang beraktivitas dirumah. Pasien sudah tidak bekerja dan tidak melakukan aktivitas yang membutuhkan banyak energi. Pasien memiliki kebiasaan makan sehari 3 kali dan mandi 2 kali

sehari. Pasien memiliki riwayat merokok sejak berusia 30 tahun dan saat ini sudah berhenti. Pasien tidak memiliki kebiasaan menggunakan *lotion* dan pelembab pada tangan ataupun kaki. Pasien berobat ke puskesmas ketika ada keluhan. Pasien memiliki jaminan kesehatan BPJS. Pasien merasa cemas bahwa gejala yang dialaminya akan semakin parah dan mengganggu kegiatan hariannya. Ia berharap kondisi tersebut bisa mereda atau bahkan sembuh sepenuhnya.

### HASIL DATA KLINIS

Dilakukan pemeriksaan di Poli Lansia Puskesmas Gedong Air pada 20 Mei 2024.

#### Keluhan Utama

Sejak tujuh hari yang lalu, muncul ruam kemerahan disertai rasa gatal pada kedua kaki, dan kulit tampak mengelupas.

#### Pemeriksaan Fisik

Secara keseluruhan, pasien tampak dalam kondisi sadar dan sedikit sakit. Pemeriksaan vital menunjukkan suhu tubuh 36,8°C, denyut nadi 88 kali per menit, laju pernapasan 20 kali per menit, tekanan darah 136/85 mmHg, serta saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) 97%. Berat badan pasien tercatat 66 kg dengan tinggi badan 172 cm, menghasilkan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 22,3 kg/m<sup>2</sup>, yang berada dalam kategori normal.

#### Status Generalis

Pemeriksaan pada rambut, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan menunjukkan hasil yang masih dalam batas normal. Evaluasi leher juga tidak menunjukkan kelainan. Pada pemeriksaan sistem respiratori dan kardiovaskular, inspeksi thoraks menunjukkan bentuk dada normal (*normochest*), *ictus cordis* tidak tampak. Pada palpasi, tidak ditemukan nyeri tekan dan ekspansi dinding dada simetris. Perkusi menunjukkan bunyi sonor pada kedua

lapang paru dengan batas jantung tidak melebar. Auskultasi paru menunjukkan suara napas vesikuler, dan bunyi jantung I dan II terdengar reguler. Pemeriksaan abdomen menunjukkan dinding perut datar saat inspeksi. Pada auskultasi terdengar bising usus sebanyak 8 kali per menit. Perkusi abdomen menghasilkan bunyi timpani merata, dan pada palpasi tidak ditemukan nyeri tekan maupun pembesaran hepar atau lien. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah, baik kanan maupun kiri, menunjukkan akral teraba hangat, waktu pengisian kapiler (CRT) kurang dari 2 detik, serta tidak ditemukan edema. Status neurologis berada pada batas normal.

#### Status Dermatologis

Pada regio cruris 1/3 inferior dextra at sinistra dorsum pedis dextra et sinistra, terdapat plak eritem hingga hiperpigmentasi, batas tegas, berjumlah multiple, bentuk ireguler, berukuran numular hingga plak, terdistribusi regional disertai skuama selapis berwarna putih dengan permukaan kering.

#### Data Keluarga

Pasien, Tn. A, adalah seorang pensiunan pegawai negeri sipil yang berusia 67 tahun. Pasien merupakan anak keempat dari tujuh bersaudara yang mana orang tua dari pasien tersebut telah meninggal dunia. Ia memiliki dua orang anak, seorang putra berusia 32 tahun dan seorang putri berusia 37 tahun, dan istrinya berusia 60 tahun. Pasien saat ini tinggal bersama putra dan istrinya. Struktur keluarga pasien adalah inti.

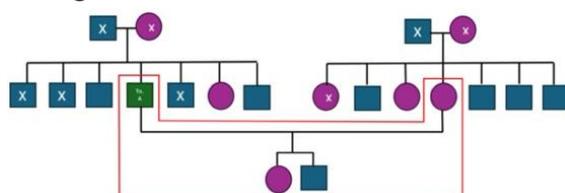
Setiap keputusan yang berkaitan dengan permasalahan keluarga didiskusikan secara bersama, dengan pasien berperan sebagai pengambil keputusan utama selaku kepala keluarga. Kondisi kesehatan mental pasien dalam lingkungan keluarga tampak cukup stabil. Anggota keluarga rukun satu sama lain,

dan mereka sering menyisihkan waktu untuk berkumpul di malam hari.

Pasien dan istri pasien sudah tidak bekerja dan hanya mendapatkan pemasukkan dari tunjangan pensiunan. Pasien membiayai kebutuhan dirinya dan istrinya sehari-hari. Anak Perempuan pasien sudah menikah dan tinggal dengan suami di rumahnya sendiri. Anak laki-laki pasien sudah bekerja dan belum menikah, sehingga masih tinggal dengan pasien dan istri pasien. Keluarga pasien memiliki hubungan yang baik dengan tetangga disekitar rumahnya. Keluarga pasien selalu melaksanakan ibadah di rumah.

Jika ada anggota keluarga yang sakit, keluarga pasien saling membantu selama perawatan, dan selalu ada satu anggota keluarga yang hadir. Fokus utama pengobatan medis tetap pada pengobatan kuratif, yaitu pengobatan mandiri di fasilitas kesehatan ketika gejala mengganggu aktivitas sehari-hari. Jarak dari rumah pasien ke Puskesmas Gedong Air kurang lebih 2 km. Biaya pengobatan pasien ditanggung oleh BPJS.

### Genogram

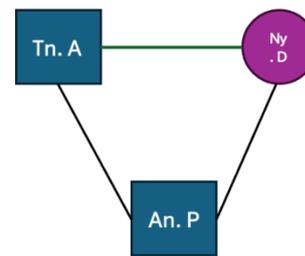


Keterangan :  
 ■ = Laki-laki  
 ● = Perempuan  
 X = Meninggal  
 □ = Tinggal serumah

**Gambar 1.** Genogram Keluarga Tn.A

### Family Mapping

Hubungan antar keluarga Tn. A dapat dilihat pada gambar 2.



Keterangan :

— = Sangat dekat  
 — = Dekat

**Gambar 2.** Family Mapping

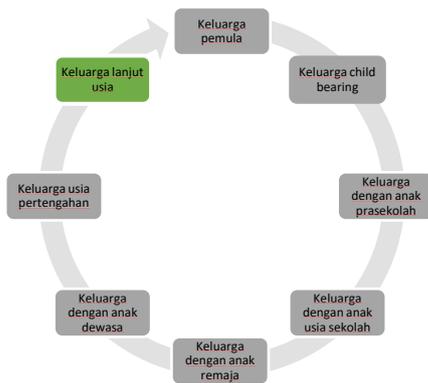
### Family APGAR Score

**Tabel 1.** Family APGAR Score

	APGAR	Skor
<i>Adaptation</i>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
<i>Partnership</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
<i>Growth</i>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
<i>Affection</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
<i>Resolve</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
	<b>Total</b>	<b>9</b>

Total Family Apgar Score yaitu 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

### Family Lifecycle



Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga Tn.A

Berdasarkan siklus kehidupan keluarga menurut Duvall, keluarga Tn. A saat ini berada pada tahap kedelapan, yaitu tahap keluarga lanjut usia..

### Family SCREEM

Skor SCREEM dapat digunakan untuk menilai fungsi dari sebuah keluarga, pada penelitian ini didapatkan hasil 25, yang dapat mengasumsikan bahwa keluarga Tn. A memiliki sumber daya yang cukup untuk berfungsi.

Ketika seseorang didalam anggota keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	√			
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	√			
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	√			
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		√		
E1 Tabung keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		√		
E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			√	
E'2 Pengetahuan dan pendidikan kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit kita anggota keluarga			√	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		√		
M2 Dokter, perawat dan/ atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		√		
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>		

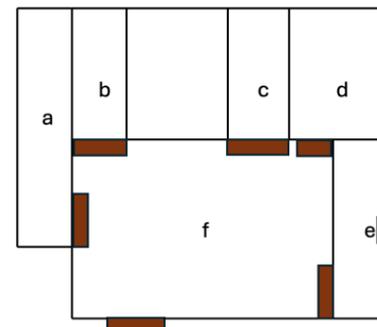
Tabel 2. Family SCREEM Keluarga Tn.A

### Data Lingkungan Rumah

Pasien menetap di sebuah rumah subsidi milik pemerintah, yang dihuni oleh tiga orang, yaitu

pasien sendiri, istri pasien, dan anak laki-lakinya. Rumah pasien berukuran 20 x10 m<sup>2</sup> dengan dinding tembok dan lantai keramik. Kamar tidur terdiri dari 3 ruangan, satu ruang tamu yang juga mencakup ruang keluarga, satu ruang makan dan dapur, dan toilet di masing-masing kamar dengan wc jongkok. Pasien mencuci baju-bajunya di kamar mandi. Terdapat balkon untuk menjemur pakaian disamping ruang keluarga. Rumah keluarga memperoleh pencahayaan alami yang memadai, dilengkapi dengan ventilasi dan jendela di setiap ruangnya. Fasilitas rumah ini meliputi listrik, sumur untuk persediaan air, dapur dengan kompor gas, dan air minum yang dibuat dengan cara direbus.

### Denah Rumah



Keterangan :

- = Pintu
- a = Ruang makan
- b, c, d = Kamar tidur
- e = Balkon
- f = Ruang keluarga/tamu

Gambar 4. Denah Rumah Tn. A

Berdasarkan hasil kunjungan, rumah tersebut dinilai cukup bersih. Tiga kamar tidur, ruang keluarga dan ruang tamu, ruang makan, dan kamar mandi dalam dengan toilet jongkok semuanya ada di dalam rumah tersebut. Lantai keramik dan dinding batu bata membentuk struktur bangunan. Secara keseluruhan,

properti tersebut tertata dengan baik, dan ventilasi udaranya tampak cukup memadai.

## DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

### 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Keluhan bercak merah terasa gatal dan juga kulit mengelupas pada kedua kaki.
- Kekhawatiran: Pasien mengkhawatirkan keluhan semakin memberat sehingga kegiatan sehari-hari dapat terganggu.
- Harapan: Keluhan pasien mengalami penurunan hingga hilang, sehingga pasien mampu menjalankan aktivitas sehari-hari secara normal.

### 2. Aspek Klinis

Dermatitis Kontak Alergi (ICD 10: L23)

### 3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan pasien terhadap pencegahan dan penyebab penyakit DKA yang dideritanya masih terbatas.
- Pasien baru saja mencoba sabun mandi baru yang berbeda dari sebelumnya saat di rumah.

### 4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga : Keluarga pasien masih belum tahu banyak tentang penyakit yang diderita pasien.
- Petugas Puskesmas : Terbatasnya penyuluhan terkait penyakit dermatitis kontak alergi.

### 5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional dari pasien dapat dikategorikan ke dalam derajat 1 karena pasien masih memiliki kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari seperti sebelum mengalami penyakit.

## RENCANA INTERVENSI

Intervensi yang diberikan kepada pasien ini berupa pengobatan disertai perawatan nonfarmakologis, tergantung pada kondisi pasien. Tujuan intervensi farmakologis adalah untuk meredakan gejala dan mencegah kekambuhan, yang juga akan berefek kepada peningkatan kualitas hidup pasien. Intervensi nonfarmakologis melibatkan edukasi pasien tentang kondisi tersebut menggunakan poster yang berisi informasi tentang kondisi tersebut, faktor risikonya, dan perilaku untuk menjaga kesehatan kulit.

Pasien diedukasi untuk menghindari faktor alergen yang dapat memicu kekambuhan, tidak menggaruk lesi, memberikan motivasi untuk menggunakan obat yang diresepkan dokter secara benar dan teratur, memakai pelembap kulit secara kontinu, menggunakan sabun dengan pH netral dan hipoalergik. Beritahukan keluarga tentang penyakit pasien, selalu ingatkan pasien tentang faktor risiko alergen yang dapat menyebabkan kekambuhan, dan pantau pasien, serta selalu memberikan dukungan pada pasien, dan berperan mengingatkan pasien untuk selalu menggunakan obat yang diberikan dan menjaga kesehatan kulit. Memberikan masukan kepada puskesmas untuk memberikan promosi kepada masyarakat tentang penyakit dermatitis kontak, dan melakukan manajemen risiko penyakit dermatitis kontak alergi selain mengatasi keluhan klinis pasien.

Selain itu, juga dapat mengedukasi mengenai kebersihan diri terutama merawat bagian kaki yang mengalami keluhan antara lain dengan menerapkan penggunaan pelembab untuk menghidrasi kulit serta menghindari faktor alergen seperti sabun yang mengandung antiseptik untuk mencegah kekambuhan penyakit.

Pasien menerima tiga kali kunjungan rumah. Tujuan dari kunjungan awal adalah melengkapi data pasien. Tindakan tersebut dilakukan selama kunjungan kedua. Tujuan dari kunjungan ketiga adalah untuk menilai tindakan yang telah dilakukan. Kegiatan dibagi menjadi tiga kategori: *patient-centered*, *family focused*, dan *community oriented*.

**Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal**

Diagnosis Holistik	Target Terapi
Dermatitis Kontak Alergi	Mengurangi gejala dan keluhan dengan menyarankan penggunaan obat yang telah diberikan, memakai pelembap kulit, dan menghindari paparan jenis sabun yang menimbulkan gejala serta penggantian jenis sabun yang menjadi penyebab gejala.
Persepsi pasien mengenai penyebab penyakit dermatitis kontak alergi	Perubahan persepsi bahwa penyakit pada kakinya bukan disebabkan oleh kurang baiknya hygiene kaki dan penyakit akibat jamur melainkan pajanankontak dengan bahan alergen.

Kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit dermatitis kontak alergi yang dialaminya	Pasien menunjukkan pemahaman yang baik dan meningkatnya kesadaran terhadap penyakit yang dialaminya.
--	--

**Patient Centered**

**Non-Medikamentosa**

1. Pemberian edukasi mengenai DKA, termasuk penyebab serta langkah-langkah penanganan dan pengobatannya.
2. Pelajari cara merawat kulit dengan benar dengan menghindari menggaruk dan menjaga kelembapan kulit.
3. Edukasi tentang penggantian sabun mandi yang dapat menimbulkan masalah kulit pada pasien.
4. Meningkatkan kesadaran akan pentingnya memulai pengobatan pertama sedini mungkin untuk menghindari perburukan penyakit.

**Medikamentosa**

- Hidrocortisone cream 1% dioleskan 2 kali sehari pada lesi.
- Cetirizine tablet 10 mg 1 kali sehari hanya saat gatal.
- Urea cream 10% 2 kali sehari setelah mandi

**Family Focused**

1. Dilakukan edukasi serta bimbingan konseling terhadap keluarga pasien mengenai kondisi DKA termasuk penjelasan mengenai faktor penyebab serta langkah-langkah penatalaksanaan dan pengobatannya.
2. Dilakukan konseling kepada keluarga agar senantiasa mengingatkan dan memantau pasien terhadap paparan faktor risiko alergen yang berpotensi memicu kekambuhan, khususnya penggunaan sabun mandi yang mengandung antiseptic.

3. Dilakukan konseling mengenai pentingnya memberikan dukungan terhadap penerapan pola pengobatan awal secara tepat waktu guna mencegah perburukan kondisi penyakit yang dialami oleh anggota keluarga.

#### **Community Oriented**

1. Menyampaikan informasi terkait penyakit dermatitis kontak alergi, meliputi definisi, faktor penyebab, serta langkah-langkah pengobatan yang dapat diterapkan.
2. Menyampaikan informasi mengenai pentingnya perawatan kulit yang baik untuk mencegah terjadinya penyakit kulit.

#### **DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR**

##### **1. Aspek Personal**

- Alasan kedatangan: Berkurangnya keluhan gatal dan kemerahan pada kaki pasien.
- Kekhawatiran: Berkurangnya rasa khawatir pasien terhadap penyakitnya.
- Harapan: Keluhan pada pasien hilang dan penyakit tidak kambuh kembali.

##### **2. Aspek Klinis**

Dermatitis Kontak Alergi (ICD 10: L23.8)

##### **3. Aspek Risiko Internal**

- Pasien telah memahami penyebab munculnya penyakit yang diakibatkan oleh paparan alergen dari sabun mandi yang mengandung antiseptik.
- Pasien menyadari pentingnya menggunakan pelembab untuk menjaga kulit tetap terhidrasi dan menghindari goresan.
- Pasien telah memahami faktor risiko dan berusaha menghindari paparan alergen.
- Pasien telah memahami pentingnya bagaimana pengobatan pertama yang

harus dilakukan untuk mengurangi keparahan penyakit yang diderita.

#### **4. Aspek Risiko Eksternal**

- Istri pasien : Meningkatnya pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien dan dukungan dalam pola pengobatan pertama.
- Lingkungan sosial : Memberikan informasi mengenai penyakit dermatitis kontak alergi (DKA) meliputi jenis-jenis alergen yang dapat menimbulkan DKA juga upaya pengobatannya.
- Petugas Puskesmas : Petugas berencana untuk melaksanakan program penjangkauan masyarakat yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan mendidik masyarakat tentang dermatitis kontak, termasuk penyebabnya, strategi pencegahan, gejala, dan pilihan pengobatan yang tersedia.

#### **5. Derajat Fungsional**

Derajat 1 yaitu kemampuan untuk melakukan tugas seperti sebelum sakit (tanpa kesulitan apapun).

#### **PEMBAHASAN**

Kunjungan ini dilakukan sebagai salah satu bentuk layanan medis keluarga bagi Tn. A, 67 tahun, yang didiagnosis menderita dermatitis kontak alergi, beserta keluarganya. Kunjungan ini dilakukan secara holistik selama total tiga kali kunjungan. Pada kunjungan pertama pada tanggal 25 Mei 2024, pasien dan istrinya diperkenalkan satu sama lain, serta dijelaskan tujuan kunjungan. Setelah memperoleh persetujuan, langkah selanjutnya adalah mengambil riwayat medis dari pasien dan anggota keluarganya terkait penyakit pasien dan keadaan keluarganya.

Diagnosis penyakit ditegakkan melalui riwayat medis dan pemeriksaan fisik pasien. Riwayat medis menunjukkan bahwa pasien mengalami bercak merah dan gatal di kedua kaki serta kulit mengelupas selama 7 hari terakhir.

Pasien mengaku keluhan muncul setelah pasien membersihkan kakinya dengan sabun mandi baru yang memiliki kandungan antiseptic dan ekstrak daun tradisional Jepang. Pasien dalam sehari-harinya bekerja sebagai pensiunan dan hanya berkegiatan di dalam rumah. Tidak ditemukan riwayat penyakit kulit lainnya. Tidak ditemukan adanya riwayat alergi baik terhadap obat ataupun makanan dan debu pada pasien.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien tampak dengan tingkat sakit ringan dan kesadaran dalam kondisi *compos mentis*. Tekanan darah tercatat sebesar 136/85 mmHg, suhu tubuh 36,8°C, frekuensi nadi 88 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, dan saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) sebesar 97%. Berat badan pasien 66 kg dengan tinggi badan 172 cm, menghasilkan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 22,3 kg/m<sup>2</sup> yang termasuk dalam kategori normal. Status generalis menunjukkan kesan dalam batas normal. Status dermatologis Pada regio *cruris 1/3 inferior dextra at sinistra dorsum pedis dextra et sinistra*, terdapat plak eritem hingga hiperpigmentasi, batas tegas, berjumlah multiple, bentuk ireguler, berukuran numular hingga plak, terdistribusi regional disertai skuama selapis berwarna putih dengan permukaan kering.

Peradangan kulit yang timbul akibat paparan zat eksogen, yang memicu hipersensitivitas tipe IV dikenal dengan sebutan Dermatitis Kontak Alergi. DKA memiliki bentuk lesi yang khas berupa penyebaran sehingga melibatkan kulit di sekitarnya.

Dermatitis kontak alergi dapat memiliki berbagai penyebab, termasuk kecenderungan genetik, usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan penyakit penyerta lainnya.<sup>3</sup> Penyebab dermatitis kontak alergi adalah zat kimia sederhana, lipofilik, dan sangat reaktif dengan berat molekul rendah yang dapat menembus *stratum korneum* ke sel-sel epidermis.<sup>3</sup> Patofisiologi penyakit kulit pada dermatitis kontak alergi (DKA) melibatkan respons imun yang dimediasi oleh sel, berupa reaksi imun tipe IV atau hipersensitivitas tertunda.

Paparan sebelumnya terhadap alergen yang sering ditemui pada kehidupan sehari-hari, baik di tempat kerja maupun di rumah, juga dapat menyebabkan reaksi kulit yang bermanifestasi sebagai lesi pada bagian tubuh yang terpapar.<sup>4</sup>

Pengakkan diagnosis dermatitis kontak alergi dapat dilakukan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Didapatkan adanya lesi plak plak hiperpigmentasi hingga eritem disertai rasa gatal sejak 7 hari terakhir dari anamnesis pada pasien. 2 hari sebelum keluhan muncul pasien baru saja mengganti sabun mandinya dengan sabun mandi yang mengandung antiseptik. Keluhan pada kulit terasa sangat gatal sehingga pasien terus menggaruk area lesi hingga lesi melebar. Menurut Menaldi (2016), gejala klinis pada pasien dermatitis kontak alergi (DKA) berupa lesi yang disertai rasa gatal. Rasa gatal ini bersifat intermiten dan biasanya muncul selama serta setelah terpapar alergen. Ketika rasa tidak nyaman muncul, pasien sering mengalami kesulitan untuk menahan diri dari menggaruk. Meskipun menggaruk dapat memberikan rasa lega sementara, dalam waktu singkat rasa gatal akan meningkat kembali sehingga pasien terjebak dalam siklus gatal-garuk yang berkelanjutan.<sup>3</sup> Selain gejala klinis, riwayat

paparan berulang terhadap alergen di tempat kerja juga menjadi faktor pemicu kulit bereaksi dan menimbulkan lesi pada area yang terkena. Keparahan bentuk reaksi peradangan yang muncul pada kulit bergantung pada jenis alergen dan durasi kontak antara kulit dengan alergen.<sup>7</sup>

Pada pemeriksaan fisik lokalis didapatkan pada regio cruris 1/3 inferior dextra et sinistra dorsum pedis dextra et sinistra, terdapat plak eritem hingga hiperpigmentasi, batas tegas, berjumlah multiple, bentuk ireguler, berukuran numular hingga plak, terdistribusi regional disertai skuama selapis berwarna putih dengan permukaan kering. Lesi pada DKA bergantung seberapa luas bahan alergen mengenai kulit. Predileksi dapat dimana saja tergantung bagian tubuh yang berkontak dengan alergen, tetapi predileksi tersering ditemukan pada tangan dan kaki.

Pengobatan utama untuk DKA adalah menghindari kontak dengan alergen penyebab (mekanik, fisik, atau kimia) dan menghilangkan faktor-faktor yang memperburuk. Jika hal ini tercapai dengan sempurna dan tidak timbul komplikasi, DKA dapat disembuhkan. Jika perlu, kortikosteroid topikal dengan potensi ringan hingga sedang dapat digunakan untuk mengobati peradangan. Badan Pengawas Obat dan Makanan Amerika Serikat (US FDA) telah menyetujui kortikosteroid topikal dalam upaya mengobati dermatitis yang merespons terapi kortikosteroid dengan mengurangi berbagai gejala peradangan dan gatal. Ketebalan aplikasi obat, kondisi kulit pasien (seperti kadar air atau adanya luka), dan lamanya penggunaan adalah beberapa elemen utama yang memengaruhi seberapa efektif pengobatan ini. Oleh karena itu, untuk mengoptimalkan manfaat terapeutik dan mengurangi risiko efek samping, pengobatan kortikosteroid topikal perlu

dilakukan dengan benar dan sesuai dengan anjuran medis.<sup>6</sup>

Potensi kortikosteroid topikal diklasifikasikan berdasarkan tingkat kekuatannya beserta durasi penggunaan maksimal sebagai berikut:

1. **Kelas I (sangat tinggi, penggunaan maksimal 3 minggu):**
  - Halobetasol propionat 0,05%
  - Klobetasol propionat 0,05%
  - Betametason dipropionat 0,05%
2. **Kelas II (tinggi, penggunaan maksimal 12 minggu):**
  - Diflorason diasetat 0,05%
  - Desoximetason 0,25% dan 0,05%
  - Amcinonide 0,1%
3. **Kelas III, IV, dan V (sedang, penggunaan maksimal 12 minggu):**
  - Flutikason propionat 0,05%
  - Betametason valerate 0,1%
  - Mometasone furoate 0,1%
4. **Kelas VI dan VII (rendah, tanpa batasan durasi penggunaan spesifik):**
  - Triamsinolon asetonid 0,025%
  - Hidrokortison 2,5%
  - Alclometason dipropionat 0,05%

Pembinaan pasien ini dilakukan melalui tiga kali kunjungan ke rumah pasien. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 25 Mei 2024. Pasien diperkenalkan dan dijelaskan tujuan kunjungan, diikuti dengan riwayat keluarga dan penyakit pasien saat ini. Hasil kunjungan mengungkapkan bahwa, melalui pengamatan menyeluruh terhadap pasien dari sudut pandang biologis, psikologis, dan sosial, dan setelah peninjauan holistik terhadap masalah-masalahnya, masalah-masalah lain yang terkait dengan penyakitnya teridentifikasi.

Masalah yang dibahas meliputi faktor internal dan eksternal yang memengaruhi dermatitis kontak alergi (DKA) pada pasien. Penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan pasien dan keluarganya mengenai DKA masih kurang, terutama terkait penyebab dan upaya pencegahan agar kekambuhan dapat dihindari. Pasien menggunakan jenis sabun yang berbeda dengan yang biasa digunakan. Oleh karena itu, ada kemungkinan sabun tersebut menjadi penyebab kondisi pasien.

Berdasarkan permasalahan tersebut, dipilihlah solusi berupa terapi farmakologis dan nonfarmakologis yang dianggap tepat bagi pasien. Pasien diberikan edukasi dan penjelasan mengenai kondisi yang dideritanya, yaitu dermatitis kontak alergi. Definisi, penyebab, faktor risiko, dan tindakan penanganan dijelaskan melalui poster. Pasien juga diinstruksikan untuk menghindari penggunaan sabun yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman, selalu menjaga kebersihan diri, dan rutin menggunakan pelembap kulit.

Pengobatan farmakologis untuk pasien meliputi krim hidrokortison 1% yang dioleskan dua kali sehari pada kulit yang terkena, tablet cetirizine 10 mg sekali sehari untuk mengatasi rasa gatal, dan krim urea 10% yang dioleskan dua kali sehari setelah mandi untuk melembabkan kulit. Tujuan pengobatan dermatitis kontak alergi adalah untuk mengurangi kerusakan jaringan akibat gesekan atau garukan, meredakan pruritus, dan mengurangi respons peradangan yang ditimbulkan oleh paparan alergen.<sup>7</sup>

Pada tanggal 29 Mei 2024 dilakukan kunjungan rumah untuk kedua kalinya. Intervensi nonfarmakologis dilakukan dengan menggunakan media poster untuk memberikan informasi tentang KAD, meliputi pemahaman, faktor risiko dan pemicu, upaya

pencegahan, dan pengobatan. Pasien juga diinstruksikan untuk tidak mengganti sabun, mengikuti aturan minum obat yang telah diresepkan, dan pemakaian pelembab pada kulit dengan teratur.

Pada tanggal 7 Juni 2024 Pada tanggal 29 Mei 2024 dilakukan kunjungan rumah untuk kedua kalinya. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pasien kembali dilakukan. Riwayat kesehatan menunjukkan bahwa bercak merah yang gatal di kedua kaki telah berkurang. Pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa lesi di sepertiga bagian bawah daerah crural di kedua sisi, serta di sisi punggung kaki kanan dan kiri, telah mulai mengering. Obat-obatan diminum sesuai petunjuk, dan kontak dengan alergen yang diduga dihindari.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th ed. United States: McGraw-Hill Education; 2019.
2. Wolff K, Johnson RA. 2009. *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*. 6th Ed. New York: The McGraw Hill Companies.
3. Menaldi SLS, Bramono K, Lndriatmi W. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.
4. Higaki Y, Tanaka M, Futei Y, Kamo T, Basra M, Finlay A. Japanese version of the Family Dermatology Life Quality Index: Translation and Validation. *Japanese Dermatological Assoc*. 2017;44(8):914–9.
5. Hairil N, Pratiwi D, Nasution SH. Penatalaksanaan Holistik Laki-Laki Usia 22 Tahun dengan Dermatitis Kontak Alergi. *Jurnal Medula*. Vol 14.No.4
6. Taslim W, Nurhidayat, Munir MA.

- Dermatitis Kontak Alergi. Jurnal Medical Profession. Vol 2.No.2
7. Pratiwi NK, Saftarina F. Penatalaksanaan Holistik Pasien Tn.A Usia 42 Tahun dengan Dermatitis Kontak Akibat Kerja. Jurnal Medula. Vol 13. No.3 Maret 2023