|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Volume 12 Issue 1, 2025, 52-62***  **Jurnal Kesehatan dan Agromedicine**  e-ISSN: 2655-7800 | p-ISSN: 2356-332X  <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/> |  |

**Penatalaksanaan Holistik pada Wanita 47 Tahun dengan Dermatitis Kontak Iritan dan Pityriasis Versicolor melalui Pendekatan Dokter Keluarga di Wilayah Puskesmas Rawat Inap Gedong Tataan**

**Khairunnisa Salsabila1, Sahab Sibuea2, Imelda Carolia3**

1,2,3 Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Khairunnisa Salsabila, alamat Jl. Onta No. 25, KotaBandar Lampung, e-mail khairunnisasalsabila123@gmail.com

*Received : 2 Januari 2025 Accepted : 20 Mei 2025 Published : 20 Juni 2025*

**ABSTRAK:** Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah peradangan pada kulit yang muncul akibat paparan zat atau bahan yang bersifat iritan. Kondisi ini dapat dialami oleh siapa saja, tanpa memandang usia, jenis kelamin, maupun ras. Penanganan utama DKI adalah dengan mengidentifikasi serta menghindari paparan terhadap zat iritan yang menjadi pemicunya. Menggunakan pendekatan kedokteran keluarga yang menyeluruh dan terpadu untuk mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis, serta melakukan penatalaksanaan pasien yang didasarkan pada evidence based medicine, dengan pendekatan yang berpusat pada pasien, melibatkan keluarga, dan berorientasi pada komunitas. Studi ini menggunakan pendekatan laporan kasus sebagai bentuk analisis. Data primer dikumpulkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder berasal dari rekam medis pasien di Puskesmas. Evaluasi dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan diagnosis holistik yang mencakup tahap awal, proses, hingga akhir studi. Ny. S usia 47 tahun datang ke Puskesmas Gedong Tataan dengan keluhan muncul bercak merah dan gatal pada kedua telapak tangan disertai kulit mengelupas sejak 2 minggu yang lalu, disertai keluhan lain muncul bercak putih pada kedua pipi wajah yang disertai rasa gatal. Pasien khawatir keluhan menetap dan dapat mengganggu aktivitas sehari-harinya. Pasien adalah seorang pedagang dawet. Pasien didiagnosis dengan dermatitis kontak iritan dan pityriasis versicolor berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dilakukan intervensi non-medikamentosa dan medikamentosa pada pasien dan keluarganya dengan edukasi terkait penyakit pasien dalam tiga kali kunjungan rumah. Penatalaksanaan menyeluruh dengan pendekatan kedokteran keluarga telah diterapkan pada Ny. S, 47 tahun, yang mengalami dermatitis kontak iritan dan pityriasis versicolor, sesuai dengan hasil diagnosis holistik awal. Intervensi yang diberikan berhasil meningkatkan pemahaman pasien serta mendorong perubahan perilaku pada pasien dan anggota keluarganya.

**Kata kunci:** Dermatitis Kontak Iritan, Pityriasis Versicolor, Kedokteran Keluarga.

**Holistic Management of 47 Year-Old Housewife with Irritant Contact Dermatitis and Pityriasis Versicolor through A Family Medical Approach at Gedong Tataan Health Center**

**ABSTRACT:** Irritant contact dermatitis (ICD) is an inflammation of the skin that occurs due to exposure to irritant substances or materials. This condition can be experienced by anyone, regardless of age, gender, or race. The main treatment for ICD is to identify and avoid exposure to the irritant that triggers it. Using a comprehensive and integrated family medicine approach to identify risk factors and clinical problems, and conducting patient management based on evidence-based medicine, with a patient-centered, family-involved, and community-oriented approach. This study uses a case report approach as a form of analysis. Primary data were collected through anamnesis and physical examination, while secondary data came from patient medical records at the Health Center. Evaluation was carried out quantitatively and qualitatively based on a holistic diagnosis that included the initial stage, process, and end of the study. Mrs. S, 47 years old, came to the Gedong Tataan Health Center with complaints of red and itchy spots on both palms accompanied by peeling skin since 2 weeks ago, accompanied by other complaints of white spots on both cheeks accompanied by itching. The patient was worried that the complaints would persist and could interfere with her daily activities. The patient is a dawet seller. The patient was diagnosed with irritant contact dermatitis and pityriasis versicolor based on anamnesis and physical examination. Non-drug and drug interventions were performed on the patient and her family with education related to the patient's disease in three home visits. Comprehensive management with a family medicine approach has been applied to Mrs. S, 47 years old, who experienced irritant contact dermatitis and pityriasis versicolor, according to the results of the initial holistic diagnosis. The interventions provided succeeded in increasing the patient's understanding and encouraging behavioral changes in the patient and her family members.

**Keyword:** Irritant Contact Dermatitis, Pityriasis Versicolor, Family Medicine.

DOI :

**PENDAHULUAN**

Dermatitis adalah kondisi peradangan pada lapisan kulit terluar (epidermis) yang dapat dipicu oleh paparan fisik atau reaksi imunologis.1  Jenisnya terbagi menjadi dua, yaitu dermatitis kontak iritan (DKI) yang timbul karena paparan zat iritan, dan dermatitis kontak alergi (DKA) yang disebabkan oleh paparan antigen yang memicu reaksi hipersensitivitas tipe IV. Pada DKI, peradangan bersifat lokal, terbatas pada area yang terpapar, dengan batas yang jelas dan tidak menyebar. Sebaliknya, DKA melibatkan respon imun yang bisa menyebabkan peradangan meluas ke area kulit di luar lokasi paparan awal.2

Dermatitis kontak iritan dapat menyerang individu dari semua kelompok usia, ras, dan jenis kelamin. Kasus DKI, khususnya yang berkaitan dengan aktivitas pekerjaan (DKI akibat kerja), diperkirakan cukup tinggi, meskipun angka pastinya sulit untuk ditentukan secara akurat. Hal ini disebabkan karena banyak pasien dengan kelainan ringan tidak datang berobat atau bahkan tidak mengeluh.3

Pityriasis versicolor adalah infeksi kulit kronis yang terjadi pada lapisan superfisial, disebabkan oleh jamur Malassezia spp yang merupakan flora normal kulit. Kondisi ini ditandai dengan bercak-bercak kulit yang mengalami depigmentasi atau perubahan warna dengan sisik halus, yang bisa menyatu atau berdiri sendiri, dan umumnya ditemukan pada bagian atas tubuh.5 Pityriasis versicolor sering ditemukan di daerah tropis karena kondisi kelembaban dan suhu yang tinggi. Diperkirakan sekitar 40-50% penduduk di wilayah tropis mengalami penyakit ini. 6

Keseimbangan kulit dapat terganggu oleh dua jenis faktor, yakni faktor internal (endogen) dan eksternal (eksogen). Faktor internal mencakup aspek keturunan, aktivitas berlebih dari kelenjar sebasea, kekurangan gizi, konsumsi obat tertentu, serta gangguan sistem kekebalan tubuh. Di sisi lain, faktor eksternal meliputi lingkungan yang lembap dan suhu yang panas. Produksi keringat dan sebum yang meningkat akibat aktivitas kelenjar sebasea menciptakan lingkungan yang ideal bagi pertumbuhan jamur. Kondisi seperti malnutrisi serta melemahnya imunitas juga berperan dalam memperparah infeksi. Selain itu, suhu dan kelembapan tinggi akan semakin menstimulasi produksi sebum dan keringat, yang akhirnya mempercepat pertumbuhan Malassezia furfur.6

Penanganan utama pada dermatitis kontak iritan (DKI) adalah dengan mengidentifikasi dan menghindari paparan terhadap zat iritan penyebabnya. Untuk meredakan peradangan, dapat digunakan kortikosteroid topikal. Bagi individu yang bekerja dengan paparan zat iritan, penggunaan alat pelindung diri yang memadai sangat dianjurkan. Sedangkan tatalaksana dari pytiriasis versicolor adalah dengan mengidentifikasi faktor predisposisi dan menyingkirkan penyebab yang dapat dihindari. Terapi medikamentosa dapat menggunakan terapi anti jamur topikal atau sistemik, tergantung dari luas lesi, biaya, kepatuhan pasien, efek samping, dan kontra indikasi.5

Pendekatan keluarga dalam tatalaksana DKI dan PV membantu menentukan faktor risiko dari dalam tubuh, faktor risiko dari lingkungan luar, serta masalah klinis yang dialami pasien. Penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan harapannya adalah meningkatkan kualitas hidup pasien.

**KASUS**

Ny. S, seorang wanita berusia 47 tahun, datang ke Puskesmas Gedong Tataan pada hari Selasa, 21 Mei 2024, dengan keluhan bercak merah yang terasa gatal di kedua telapak tangan disertai pengelupasan kulit selama dua minggu terakhir. Selain itu, pasien juga mengeluhkan adanya bercak putih yang gatal pada kedua pipi. Awalnya, pasien merasakan rasa gatal ringan pada punggung tangan disertai perubahan warna kemerahan dibandingkan dengan kulit di sekitarnya, terutama pada kedua tangan dan sela-sela jari, sehingga pasien sering menggaruk area tersebut. Lima hari kemudian, muncul lepuhan berisi cairan di telapak tangan dan sela jari yang kemudian menjadi luka akibat sering digaruk. Keluhan bercak putih yang terasa gatal di kedua pipi dirasakan sejak 2 minggu yang lalu, awalnya pasien tidak menyadari keluhan tersebut muncul hingga timbul rasa gatal yang terkadang dirasakan saat pasien berkeringat. Keluhan gatal pada kedua tangan dirasakan terus menerus dan terasa lebih gatal setelah terpapar air cucian daun suji dan pandan dalam proses pembuatan dawet. Pasien mengatakan sudah berpengalaman membuat dawet dalam 10 tahun terakhir namun keluhan ini baru muncul dalam 2 tahun terakhir. Pada awalnya, muncul lepuhan kemerahan yang gatal di kedua telapak tangan, kemudian seiring waktu jumlahnya bertambah, pecah, disertai pengelupasan kulit dan rasa gatal yang semakin parah.

Keluhan gatal pada pipi dirasakan hilang timbul, terutama terasa gatal saat pasien berkeringat. keluhan dirasakan kurang lebih sejak 2 minggu yang lalu namun pasien tidak menyadari adanya bercak putih sampai berobat ke Puskesmas Gedong Tataan. Pasien tidak pernah mengalami gejala serupa sebelumnya. Dalam 2 tahun terakhir pasien sudah pernah berobat ke dokter spesialis kulit dan kelamin terkait keluhan di tangan dan keluhan dirasakan membaik dengan obat salep yang diberikan dokter kulit, pasien tidak rutin kontrol untuk mengambil obat hanya jika keluhan gatal dirasakan sangat berat. Pasien akhirnya memutuskan untuk memeriksakan diri ke puskesmas karena merasa keluhan tidak ada perubahan dari tempat berobat yang sebelumnya.

Pasien sehari-hari bekerja sebagai pedagang es dawet. Saat melakukan proses pembuatan es dawet pasien tidak menggunakan alat penlindung diri berupa sarung tangan. Pasien pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya dengan sifat yang kambuh dan hilang. Tidak terdapat riwayat penyakit kulit lain pada pasien. Selain itu, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, maupun debu. Pasien merupakan ibu rumah tangga yang hidup bersama suami dan 2 anaknya. Pasien memiliki hubungan yang baik dengan suami dan anaknya. Pasien memiliki interaksi yang harmonis dengan lingkungan sekitarnya. Namun, upaya yang dilakukan dalam menjaga kesehatannya masih berfokus pada pengobatan setelah sakit (kuratif), bukan pada pencegahan. Pasien merasa cemas keluhannya akan terus berlanjut dan memburuk hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Ia berharap gejala yang dialami bisa berkurang bahkan sembuh total. Sumber penghasilan keluarga berasal dari pekerjaan suami sebagai pedagang. Menurut pasien, pendapatan tersebut telah mencukupi untuk memenuhi kebutuhan utama, tambahan, hingga kebutuhan tersier keluarga.

**HASIL**

Keluhan utama selama dua minggu terakhir, muncul bercak merah yang gatal pada kedua telapak tangan serta sela-sela jari, disertai pengelupasan kulit. Selain itu, pasien juga mengeluhkan bercak putih yang terasa gatal pada kedua pipi sejak dua minggu lalu. Hasil pemeriksaan fisik keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 128/86 mmHg, suhu 36,80C, frekuensi nadi 99x/menit, frekuensi napas 20x/menit, SpO2 99%, berat badan 60 kg, tinggi badan 155 cm, IMT 25 kg/m2 (normal). Rambut, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Pemeriksaan leher dalam batas normal, pemeriksaan paru dan jantung inspeksi normochest, ictus cordis tidak terlihat; palpasi tidak ada nyeri tekan, ekspansi dinding dada simetris; perkusi sonor pada kedua lapang paru, batas jantung tidak melebar; auskultasi vesikuler, bunyi jantung I dan II reguler. Pemeriksaan abdomen inspeksi abdomen datar; auskultasi bising usus 6 kali per menit; perkusi timpani seluruh lapang abdomen; palpasi nyeri tekan dan pembesaran hepar juga limpa tidak ada. Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior (dextra dan sinistra) didapatkan akral teraba hangat, CRT <2 detik, dan tidak ada edema. Status neurologis dalam batas normal. Status Dermatologis :

- Pada regio interdigiti manus dekstra et sinistra ditemukan adanya papul eritema, jumlah multipel, batas tegas, konsistensi lunak, bentuk ireguler, numular, distribusi regional disertai skuama selapis berwarna putih.

- Pada regio buccal dekstra et sinistra ditemukan adanya makula hipopigmentasi, jumlah multipel, batas tegas, bentuk ireguler, lentikular, susunan tersebar, konfluens, distribusi simetrik.

Pasien memiliki seorang suami berusia 44 tahun dan enam orang anak. Saat ini pasien tinggal dengan Suaminya (Tn. L 44 tahun) dan 2 anaknya (An. IS 23 tahun dan An. Z 14 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Kondisi psikologis pasien dalam keluarga tergolong baik, dengan hubungan antar anggota keluarga yang harmonis. Keluarga pasien juga rutin menjalankan ibadah di rumah dan memberikan dukungan penuh saat ada anggota keluarga yang sakit dengan selalu mendampingi saat berobat. Pola perilaku berobat yang diterapkan lebih menekankan pada tindakan kuratif, yakni memeriksakan kesehatan bila keluhan sudah mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien belum menyadari bahwa rasa gatal di tangannya disebabkan oleh paparan zat iritan dari air cucian daun suji dan daun pandan, sedangkan gatal di wajahnya disebabkan oleh infeksi jamur. Pasien tetap mampu menjalankan aktivitas sehari-hari seperti sebelum mengalami keluhan, sehingga derajat fungsionalnya dinilai pada tingkat 1.

Diagnosis pasien adalah Dermatitis Kontak Iritan serta Pityriasis Versicolor. Penatalaksanaan holistik pada pasien ini berupa patioent center yang mencakup intervensi medikamentosa dan non-medikamentosa yang disesuaikan dengan kondisi penyakitnya, family focused dan community oriented. Terapi medikamentosa berupa Hidrocortison cream 1% dioleskan 2 kali sehari pada lesi dermatitis di tangan. Ketokonazol cream 2% dioleskan 2x sehari pada bagian yang terkena pityriasis versicolor di kedua pipi selama 2 minggu. Cetirizine 10mg 1 kali sehari bila muncul gatal. Obat tersebut diberikan untuk meredakan gejala serta mencegah kekambuhan, dengan tujuan akhir meningkatkan kualitas hidup pasien. Sementara itu, intervensi non-medikamentosa dilakukan melalui edukasi terkait penyakit yang diderita, mencakup pengetahuan tentang kondisi tersebut dan penerapan perilaku perawatan kulit yang sehat. Family focused yang berorientasi pada keluarga seperti dilakukan konseling kepada keluarga pasien terkait penyakit Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan pityriasis versicolor, termasuk faktor penyebab serta langkah-langkah penanganannya, mencakup pentingnya dukungan keluarga dalam mendorong pengobatan sejak dini, guna mencegah perburukan kondisi pada anggota keluarga yang mengalami keluhan dan community oriented tatalaksana yang berorientasi kepada komunitas dengan Menyampaikan informasi terkait dermatitis kontak iritan dan pityriasis versicolor, meliputi definisi, faktor penyebab, serta pilihan penatalaksanaan yang dapat diterapkan.

**PEMBAHASAN**

Pembinaan ini dilakukan sebagai  bentuk pelayanan kedokteran keluarga  kepada Ny. S berusia 47 tahun dengan  diagnosis dermatitis kontak iritan dan pityriasis versicolor. Pembinaan dilakukan secara menyeluruh dengan tiga kali kunjungan. Dari anamnesis didapatkan keluhan munculnya bercak merah disertai rasa gatal pada kedua telapak tangan dan sela-sela jari tangan yang juga mengalami pengelupasan kulit sejak dua minggu terakhir. Pasien juga mengeluhkan bercak putih dengan rasa gatal pada kedua pipi yang muncul dalam kurun waktu yang sama.

Pasien menyatakan bahwa rasa gatal pada kedua tangannya berlangsung secara terus-menerus dan semakin parah setelah terpapar air cucian daun suji dan pandan saat membuat dawet. Pasien mengatakan sudah berpengalaman membuat dawet dalam 10 tahun terakhir namun keluhan ini baru muncul dalam 2 tahun terakhir. Keluhan bercak putih yang terasa gatal di kedua pipi dirasakan sejak 2 minggu yang lalu, awalnya pasien tidak menyadari keluhan tersebut muncul hingga timbul rasa gatal yang terkadang dirasakan saat pasien berkeringat. Dalam 2 tahun terakhir pasien sudah pernah berobat ke dokter spesialis kulit dan kelamin terkait keluhan di tangan dan keluhan dirasakan membaik dengan obat salep yang diberikan dokter kulit, pasien tidak rutin kontrol untuk mengambil obat hanya jika keluhan gatal dirasakan sangat berat. Tidak ditemukan riwayat alergi sebelumnya pada pasien, baik terhadap makanan, obat, maupun debu.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 128/86 mmHg, suhu 36,80C, frekuensi nadi 99x/menit, frekuensi napas 20x/menit, SpO2 99%, berat badan 60 kg, tinggi badan 155 cm, IMT 25 kg/m2 (normal). Status generalis kesan dalam batas normal. Status dermatologis pada regio interdigiti manus dekstra et sinistra ditemukan adanya papul eritema, jumlah multipel, batas tegas, konsistensi lunak, bentuk ireguler, numular, distribusi regional disertai skuama selapis berwarna putih; Pada regio buccal dekstra et sinistra ditemukan adanya makula hipopigmentasi, jumlah multipel, batas tegas, bentuk ireguler, lentikular, susunan tersebar, konfluens, distribusi simetrik.

Dermatitis adalah inflamasi pada kulit, meliputi epidermis dan dermis, yang terjadi sebagai respons terhadap faktor eksternal maupun internal. Kondisi ini menimbulkan berbagai perubahan klinis seperti eritema, pustula, vesikel, pengelupasan kulit (skuama), likenifikasi, dan rasa gatal. Tanda-tanda tersebut tidak selalu muncul bersamaan, bisa hanya beberapa saja (oligomorfik). Dermatitis biasanya bersifat berulang (residif) dan dapat berkembang menjadi kondisi kronis.7

Setiap orang, terlepas dari usia, ras, atau jenis kelaminnya, berisiko mengalami dermatitis kontak iritan. Penyebabnya adalah kontak dengan bahan iritan seperti pelarut, deterjen, minyak pelumas, asam, alkali, dan serbuk kayu. Beberapa faktor tambahan yang turut memengaruhi meliputi lamanya paparan, seberapa sering kontak terjadi (baik secara kontinu maupun periodik), serta adanya trauma akibat gesekan berulang, khususnya gaya geser horizontal pada permukaan kulit. Faktor lingkungan seperti suhu dan tingkat kelembaban juga berperan dalam munculnya dermatitis kontak iritan.8 Pada beberapa individu, gejala yang muncul hanya berupa sensasi subjektif seperti rasa terbakar atau tersengat. Sensasi nyeri juga dapat muncul beberapa menit setelah terpapar bahan iritan.9 Pada pemeriksaan fisik pasien ini, didapatkan adanya papul eritema, jumlah multipel, batas tegas, konsistensi lunak, bentuk ireguler, numular, distribusi regional disertai skuama selapis berwarna putih.. Lesi pada umumnya timbul pada tempat kontak, berbatas tegas dan dapat meluas ke daerah sekitarnya.10

Manifestasi lesi pada dermatitis kontak bergantung pada luas permukaan kulit yang terpapar bahan iritan. Pada fase akut, lesi dapat berupa eritem, edema, dan vesikula. Seiring berjalannya waktu, paparan kronik terhadap iritan dapat menyebabkan perubahan morfologis berupa skuamasi, fisura, serta likenifikasi akibat proses inflamasi yang berlangsung terus-menerus.11,12 Predileksi umumnya terjadi pada area kulit yang tidak terlindungi oleh pakaian dan sering terpapar selama aktivitas harian atau pekerjaan, seperti pergelangan tangan, bagian depan pergelangan kaki, dan punggung kaki.13,14 Lokasi yang paling sering terkena adalah pada tangan dan kaki.15,16 Hal ini sesuai dengan keluhan pasien yang terdapat pada sela-sela jari kedua tangan yang merupakan area predileksi umum dari dermatitis kontak iritan akibat terpapar air cucian daun suji dan pandan saat pasien bekerja membuat dawet.

Penanganan utama pada dermatitis kontak iritan (DKI) adalah mengeliminasi paparan terhadap bahan iritan penyebab, baik yang bersifat mekanis, fisik, maupun kimia, serta menghilangkan faktor-faktor yang dapat memperburuk kondisi.17 Dalam kasus ini, pasien harus menghindari paparan dari sabun colek dan melakukan penggantian jenis sabun untuk mencuci piring yang menjadi bahan iritan penyebab timbulnya dermatitis kontak iritan. Jika upaya ini dilakukan dengan tepat dan tidak muncul komplikasi, dermatitis kontak iritan (DKI) biasanya dapat sembuh. Untuk mengatasi peradangan, dapat diberikan kortikosteroid topikal seperti hidrokortison, sedangkan pada kasus kronis dapat digunakan kortikosteroid dengan potensi lebih tinggi seperti betametason atau desoksimetason.8 Pada keadaan DKI, disarankan untuk digunakan pengobatan kortikosteroid topikal potensi sedang dengan jenis kelas II, IV dan V seperti Betametason valerate 0.1%, Flutikason propionat 0.05% atau Hidrokortison butirat 0.1%.20 Pada kasus ini, Ny. R diberikan terapi berupa Hidrokortison 1% cream yang merupakan salah satu jenis dari kortikosteroid topikal potensi rendah yang tersedia di Puskesmas Gedong Tataan.

Pityriasis versicolor (PV), atau yang juga disebut tinea versicolor, merupakan infeksi jamur superfisial yang bersifat ringan, kronis, dan tidak menular. Penyakit ini disebabkan oleh jamur Malassezia, yaitu jenis jamur mirip ragi yang memerlukan lipid untuk tumbuh. PV ditandai dengan munculnya bercak bersisik yang berubah warna, dengan batas tegas, yang bisa berwarna merah muda, putih, atau coklat, dan umumnya menyerang bagian batang tubuh serta lengan. Pityriasis versicolor merupakan penyakit yang tersebar secara global, namun prevalensinya lebih tinggi di wilayah tropis dengan iklim lembap dan suhu hangat.18

Pityriasis versicolor disebabkan oleh jamur yang termasuk flora normal kulit, yakni Pityrosporum ovale atau Pityrosporum orbiculare. Jamur ini dapat berperan sebagai patogen apabila terjadi perubahan pada kondisi lingkungan tempat tumbuhnya. Selain itu, penyakit ini dapat timbul akibat ketidakseimbangan antara populasi flora jamur dan respons imun inang (host). Ada dua faktor utama yang memengaruhi ketidakseimbangan tersebut, yaitu faktor dari luar tubuh (eksogen) dan faktor dari dalam tubuh (endogen).19 Faktor dari dalam tubuh (endogen) yang berperan meliputi faktor genetik, produksi minyak kulit (sebum) yang berlebihan, malnutrisi, penggunaan obat-obatan, dan kondisi sistem imun. Sedangkan faktor dari luar tubuh (eksogen) meliputi kelembaban kulit dan suhu yang tinggi. Selain itu, suhu dan tingkat kelembaban yang tinggi dapat merangsang kelenjar sebasea untuk menghasilkan lebih banyak minyak dan keringat, sehingga menciptakan kondisi yang mendukung pertumbuhan jamur Malassezia furfur secara berlebihan.19

Secara umum, pasien dengan pityriasis versicolor melaporkan keberadaan bercak atau makula dengan warna putih (hipopigmentasi) maupun cokelat (hiperpigmentasi), yang biasanya disertai pruritus ringan, terutama saat berkeringat. Variasi dalam ukuran dan bentuk lesi bergantung pada lamanya penyakit dan seberapa luas area yang terlibat. Pada tahap awal, biasanya ditemukan makula folikular yang bersisik, sedangkan lesi yang lebih luas berbentuk makula dengan batas tegas dan dilapisi skuama halus. Makula umumnya berbentuk bulat atau oval dan tersebar di area tubuh yang lembap seperti dada. Dalam beberapa kasus, batas lesi dan sisiknya tampak kabur.20

Diagnosis PV dapat dicurigai apabila ditemukan lesi khas di lokasi predileksi, berupa makula berbatas tegas dengan warna bervariasi dari putih, kemerahan, hingga hitam, serta berskuama halus. Pemeriksaan dengan lampu Wood yang memperlihatkan fluoresensi berwarna kuning keemasan dapat membantu memperkuat diagnosis klinis. Diagnosis juga dapat dipastikan melalui hasil positif pada pemeriksaan mikologis dari sampel kerokan kulit.21 Langkah awal dalam pengobatan pityriasis versicolor adalah dengan mengidentifikasi dan menghindari faktor-faktor yang dapat memicu timbulnya penyakit, karena hal ini sangat penting dalam penatalaksanaan, selain pemberian terapi. Terapi sendiri bisa dilakukan secara topikal maupun sistemik, dengan mempertimbangkan berbagai faktor seperti luasnya area lesi, biaya, kepatuhan pasien, kontraindikasi, dan potensi efek samping.

Pada lesi yang terbatas, dapat digunakan krim antijamur dari golongan azol seperti mikonazol, klotrimazol, isokonazol, dan ekonazol, serta obat topikal lain seperti krim tolsiklat, tolnaftat, siklopiroksolamin, dan haloprogin. Penggunaan obat topikal disarankan untuk diteruskan selama dua minggu setelah pemeriksaan dengan lampu Wood dan mikologis langsung menunjukkan hasil negatif. Terapi sistemik dapat dipertimbangkan apabila lesi pityriasis versicolor meluas, sering kambuh, atau tidak merespons pengobatan topikal. Pilihan obat sistemik meliputi ketokonazol dosis 200 mg per hari selama 5–10 hari, atau itrakonazol 200 mg per hari selama 5–7 hari. Untuk mencegah kekambuhan, terutama pada pasien yang sulit menghindari faktor pencetus, dapat diberikan pengobatan rumatan (maintenance). Salah satunya dengan menggunakan sampo selenium sulfida secara berkala, atau melalui terapi sistemik seperti ketokonazol 400 mg sekali dalam sebulan, atau 200 mg per hari selama 3 hari setiap bulan.21

Pembinaan terhadap pasien dilakukan melalui tiga kali kunjungan rumah. Kunjungan pertama pada 21 Mei 2024 bertujuan untuk membangun hubungan awal dengan pasien, menjelaskan maksud kunjungan, serta melakukan anamnesis terkait kondisi keluarga dan penyakit yang diderita. Berdasarkan hasil kunjungan dan pendekatan komprehensif sesuai dengan konsep Mandala of Health yang mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial, teridentifikasi masalah tambahan yang berhubungan dengan kondisi penyakit pasien setelah dilakukan evaluasi secara menyeluruh.

Masalah yang dimaksud tersebut mencakup faktor internal dan faktor eksternal yang mempengaruhi penyakit DKI dan PV pada pasien. Dari hasil kunjungan, ditemukan bahwa pasien dan keluarga masih memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai penyakit Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan Pityriasis Versicolor (PV), khususnya terkait penyebab dan upaya pencegahannya agar keluhan tidak berulang di kemudian hari. Pasien juga tidak menggunakan APD berupa sarung tangan saat bekerja mencuci daun suji dan daun pandan untuk membuat dawet sehingga memungkinkan air cucian tersebut menjadi penyebab dari penyakit pasien.

Berdasarkan permasalahan yang ditemukan, maka dipilih pendekatan penyelesaian melalui terapi farmakologis dan non-farmakologis yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan memberikan edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya, yaitu Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan Pityriasis Versicolor (PV), yang mencakup pengertian, penyebab, faktor risiko, serta upaya pengobatannya. Penyuluhan ini disampaikan melalui media PowerPoint. Selain itu, pasien juga diedukasi untuk menghindari paparan faktor pencetus dan pemberat keluhan, menggunakan alat pelindung diri (APD) saat bekerja, menjaga kebersihan diri, serta rutin menggunakan pelembap dan tabir surya.

Sementara itu, terapi farmakologis yang diberikan kepada pasien meliputi pemberian krim Hidrokortison 1% yang dioleskan dua kali sehari pada lesi dermatitis di tangan, serta krim Ketokonazol 2% yang dioleskan dua kali sehari pada lesi pityriasis versicolor di kedua pipi. Penatalaksanaan Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan Pityriasis Versicolor (PV) bertujuan untuk mengurangi reaksi peradangan yang timbul akibat pajanan bahan iritan maupun infeksi jamur, serta meminimalkan risiko luka sekunder yang disebabkan oleh garukan atau gesekan akibat rasa gatal. Penanganan ini mencakup penghindaran faktor pencetus, pengobatan topikal atau sistemik sesuai indikasi, serta edukasi pasien untuk menjaga kebersihan dan kesehatan kulit secara menyeluruh.

Pada kunjungan rumah kedua tanggal 10 Juni 2024, pasien mengaku bahwa gejala yang dialami sudah berkurang dibandingkan sebelum mendapatkan pengobatan di puskesmas, dan pasien telah mematuhi penggunaan obat sesuai petunjuk dokter. Pada kunjungan ini, diberikan intervensi non-farmakologis berupa edukasi tentang Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan Pityriasis Versicolor (PV), mencakup definisi, faktor risiko, pemicu, pencegahan, serta cara pengobatannya dengan menggunakan media presentasi powerpoint. Selain itu, pasien juga diberikan pengarahan untuk menghindari kontak dengan bahan iritan yang memicu keluhan, memakai alat pelindung diri (APD) saat bekerja, menjaga kebersihan tubuh, dan rutin memakai pelembap serta tabir surya.

Kunjungan rumah ketiga dilakukan pada tanggal 13 Juni 2024 dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik ulang terhadap pasien. Dari anamnesis, didapati bahwa keluhan pada sela-sela jari tangan sudah mulai mereda. Pasien telah menggunakan obat sesuai petunjuk dan telah menghindari kontak dengan bahan iritan yang diduga menjadi penyebab keluhan. Pada kunjungan ini juga dilakukan evaluasi terhadap pasien dan keluarga mengenai perubahan perilaku, seperti menghindari paparan bahan iritan serta menjaga kebersihan dan kelembapan kulit.

Terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui seseorang sebelum mengadopsi perilaku baru sesuai model Precaution Adoption Process Model.22 Tahap pertama adalah kesadaran, yaitu saat individu mulai menyadari adanya suatu rangsangan. Selanjutnya, orang tersebut menunjukkan minat (interest) dan kemudian melakukan penilaian (evaluation) terhadap manfaat atau dampak rangsangan tersebut. Setelah itu, individu akan mencoba perilaku baru tersebut (trial). Tahap terakhir adalah adopsi, yaitu ketika perilaku baru diterapkan secara konsisten berdasarkan pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terbentuk.23,24 Dalam kasus ini, pasien sudah berada pada tahap adopsi karena mulai menerapkan pola pengobatan preventif dan menghindari bahan yang dapat memicu reaksi iritasi.

Secara umum, penatalaksanaan dermatitis kontak iritan (DKI) dan pityriasis versicolor meliputi penghindaran faktor risiko penyebab, serta pengobatan topikal dan sistemik.25 Pencegahan dermatitis kontak iritan dapat dilakukan dengan menggantikan penggunaan air dan sabun untuk membersihkan tangan dengan desinfektan berbasis alkohol, rutin memakai pelembap untuk merawat kulit, menghindari penggunaan body lotion, tidak mengenakan perhiasan saat bekerja, serta meminimalkan kontak dengan air sebisa mungkin.25 Sedangkan pencegahan pityriasis versicolor meliputi menjaga kelembapan kulit, menghindari keringat berlebih akibat paparan sinar matahari yang terlalu lama, serta menjaga kebersihan kulit dan diri.

**SIMPULAN**

Pasien Ny.S usia 47 tahun didapatkan beberapa faktor internal dan eksternal yang memengaruhi timbulnya penyakit dermatitis kontak iritan dan ptyriasis versicolor yang dialaminya diantaranya faktor resiko pekerjaan,higiene, penggunaan APD, pengetahuan pasien dan keluarga. Penatalaksanaan telah dilaksanakan secara menyeluruh dan komprehensif dengan pendekatan yang berfokus pada pasien, keluarga, serta komunitas. Kondisi klinis pasien membaik setlah diintervensi.

**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. Menaldi SL, Bramono K, Indriatmi W, editors. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.

6. Pramono, A. S. & Soleha, T. U., 2018. Pitiriasis Versikolor : Diagnosis dan Terapi. Agromedicine, 5(1), pp. 449-453.

7. Sularsito SA and Djuanda S. Dermatitis; in: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editors. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, ed 5. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2009:148-50.

8. Aneja S. Irritant Contact Dermatitis. Medscape. 2020

9. Kartowigno, S. Sepuluh Besar Kelompok Penyakit Kulit. Palembang: Unsri Press. 2012:9-24.

10. Ayu LN, Dwi IA, Antony M. Dermatitis Kontak Iritan Kronis pada Pegawai Laundry. Jurnal Medula. Lampung: Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. 2017;7(3):3.

11. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Dermatologi Dan Venereologi Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI); 2021.

12. Chern A, Chern CM, Lushniak BD. Occupatinal Skin Disease. Dalam: Fitzpatrick’s Dermatology. Edisi Ke-9. New York: McGraw Hill Education; 2019.

13. Milam EC, Nassau S, Banta E, Fonacier L, Cohen DE. Occupational Contact Dermatitis: An Update. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(10):3283-93

14. Rahmatika A, Saftarina F, Anggraini DI, Mayasari D. Hubungan Faktor Risiko Dermatitis Kontak pada Petani. J Kesehatan. 2020;11(1):101-7.

15. Filon FL, Delneri A, Rui F, Bovenzi M, Mauro M. Contact Dermatitis in Northeast Italy Mechanics (1996-2016). Dermatitis. 2019;30(2):150-4.

16. Rubins A, Romanova A, Septe M, Maddukuri S, Schwartz RA, Rubins S. Contact dermatitis: Etiologies of The allergic and Irritant Type. Acta Dermatovenerol APA.2020;25(4):181-4.

17. Rycroft, RJ, Menne, T, and Frosch, PJ. Textbook of Contact Dermatitis. 2nd Edition. Germany: Springer-Verlag; 1995.

18. Labędź N, Navarrete-Dechent C, Kubisiak-Rzepczyk H, Bowszyc-Dmochowska M, Pogorzelska-Antkowiak A, Pietkiewicz P. 2023.Pityriasis Versicolor-A Narrative Review on the Diagnosis and Management. Life (Basel). 22;13(10):2097. doi: 10.3390/life13102097.

19. Januwarsih S, Firda FA, Putri NM, Cahyono A. 2022. Pitiriasis Versikolor. Continuing MedicalEducation. 15(1): 349-358

20. Damayanti I. 2021. Gambaran keberadaan Pityriasis versicolor pada santri di pondok pesantren kiai marogan kota palembang tahun 2021. Palembang: Politeknik Kesehatan Palembang

21. Menaldi SL, Bramono K, Indriatmi W, editors. 2016. Ilmu Penyakit Kulit dan. Kelamin. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.

22. English JS. Current Concepts Of Irritant Contact Dermatitis. Occup Environ Med. 2018;61:722–726

23. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.

24. Lampel HP, Powell HB. Occupational and Hand Dermatitis : a Practical Approach. Clin Revi Aller Immunol. 2018;56(1):60-7.

25. Jungbauer F H W, PiebengaWP, ten Berge EE et. al. NVAB- richtlijn: Preventie Contacteczeem [NVAB guideline: prevention of contact dermatitis]; 2006.

26. S. Al-otaibi, H. Alqahtani. Management of Contact Dermatitis. J Dermatology Dermatologic Surg. 2015;19(2):86-91**.**