LAPORAN KASUS INTERNSIP

DERMATITIS VENENATA

Oleh:

dr. Rizqi Hendra Setiawan

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)

PERIODE AGUSTUS 2025 – AGUSTUS 2026

PUSKESMAS AMBAL II

KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH

LAPORAN KASUS INTERNSIP

DERMATITIS VENENATA

Oleh:

dr. Rizqi Hendra Setiawan

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)

PERIODE AGUSTUS 2025 – AGUSTUS 2026

PUSKESMAS AMBAL II

KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

DRMATITIS VENENATA

Disusun oleh:

dr. Rizqi Hendra Setiawan

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship
Dokter Indonesia Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Mei 2026
Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

DERMATITIS VENENATA

Disusun oleh:

dr. Rizqi Hendra Setiawan

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Mei 2026
Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi, M.M

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan kasus yang berjudul "Dermatitis Venenata" ini dapat diselesaikan dengan baik. Laporan ini disusun sebagai bagian dari pemenuhan syarat penyelesaian tugas dalam Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI). Laporan ini bertujuan untuk memberikan gambaran komprehensif kasus yang telah ditangani, termasuk diagnosis dan tatalaksana, serta membahas tinjauan literatur terkait sebagai upaya mendalami keilmuan dan meningkatkan kualitas pelayanan medis.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis menyadari bahwa tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Tyas Ratna Pangestika, dokter umum Puskesmas Ambal II sekaligus dokter pembimbing internsip, atas arahan, bimbingan, dan masukannya selama proses penyusunan laporan ini.
2. Teman-teman internsip Puskesmas Ambal II, atas diskusi dan masukannya selama penyusunan laporan ini.
3. Seluruh karyawan Puskesmas Ambal II, atas bantuannya selama proses internsip berlangsung

Penulis menyadari laporan kasus tidak lepas dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis terbuka untuk kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa mendatang. Dengan demikian, semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi pembaca serta membantu pelayanan pasien di Puskesmas Ambal II.

Ambal, Mei 2026

dr. Rizqi Hendra Setiawan

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
BAB I STATUS PASIEN 7
A. Identitas Pasien 7
B. Anamnesis 7
C. Pemeriksaan Fisik 8
D. Pemeriksaan Penunjang 10
E. Diagnosis Kerja 10
F. Tatalaksana 10
G. Prognosis 11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 12
A. Definisi 12
B. Etiologi 12
C. Epidemiologi 13
D. Patogenesis 13
E. Manifestasi Klinis 14
F. Histopatologi 15
G. Diagnosis Banding 15
H. Tatalaksana 18
I. Komplikasi 19
BAB III PEMBAHASAN 24
BAB IV KESIMPULAN 28
DAFTAR PUSTAKA 30

BAB I

STATUS PASIEN

A. Identitas Pasien

Nama	: An. MAA
TTL/Usia	: 30-09-2017/ 8 tahun 7 bulan
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	:Sinungrejo RT 1/RW 1
Poli	: MTBS
Tanggal Pemeriksaan	: 04/03/2026

B. Anamnesis

1. Keluhan Utama

Gatal di dahi sejak semalam.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang dengan keluhan muncul gatal pada dahi dan kelopak mata kiri sejak ±1 hari yang lalu. Keluhan muncul secara tiba-tiba, baru disadari pada pagi hari saat pasien bangun tidur. Sebelumnya, pada malam hari sebelum tidur, kulit wajah pasien dilaporkan dalam keadaan bersih dan normal. Pasien awalnya mengeluhkan rasa gatal yang sangat hebat pada dahi dan area mata kanan segera setelah terbangun. Pasien sempat menggaruk dan mengusap area tersebut secara berulang. Sekitar 30-60 menit kemudian, rasa gatal berubah menjadi sensasi panas seperti terbakar dan rasa perih disertai kemerahan yang berbentuk seperti garis pada dahi. Demam (-), mual/muntah (-), nyeri sendi (-). Tidak ditemukan bercak serupa di bagian tubuh lainnya.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

DM : (-)

HT : (-)

Asma : (-)

Stroke : (-)

Jantung: (-)

Paru : (-)

Alergi : (-)

Operasi: (-)

4. Riwayat Penyakit Keluarga

DM : (-)

HT : (-)

Asma : (-)

Stroke : (-)

Jantung: (-)

Paru : (-)

Alergi : (-)

Operasi: (-)

5. Riwayat Sosial Ekonomi dan Kebiasaan

Pasien merupakan anak Pertama dari 2 bersaudara yang tinggal bersama kedua orang tuanya. Rumah berada di sebelah sawah. Pencahayaan kurang dan lembab. Orang tua pasien bekerja sebagai petani dan pasien merupakan anak sekolah dasar.

C. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Tampak sakit ringan

Kesadaran : Compos mentis

Nadi : 84 kali/menit

Pernapasan : 20x/menit

Suhu : 36.9 Celsius

Tinggi Badan : 135 cm

Berat Badan : 28 kg

2. Pemeriksaan Sistematis

a. Pemeriksaan Kepala

Mata : konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-)

Leher : pembesaran tiroid (-), KGB (-)

b. Pemeriksaan Thoraks Paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, gerak napas tertinggal (-)

Palpasi : fremitus diseluruh lapang dada (+/+)

Perkusi : sonor diseluruh lapang paru (+/+)

Auskultasi : suara dasar vesikuler (+/+), rh (-/-), wh (-/-)

c. Pemeriksaan Thoraks Jantung

Inspeksi : iktus kordis tidak tampak

Palpasi : iktus kordis tidak teraba

Perkusi : batas jantung dalam batas normal

Auskultasi : BJ I-II reguler, murmur (-), gallop (-)

d. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : distensi (-), simetris (+), benjolan (-), striae (-)

Auskultasi : peristaltik (+) normal

Perkusi : timpani (+), ascites (-)

Palapasi : supel (+), hepatomegali (-), splenomegaly (-)

e. Pemeriksaan Ekstremitas

Ekstremitas atas : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)

Ekstremitas bawah : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)

f. Status Lokalis (Wajah) :



Pada regio **dahi kiri hingga temporal kiri** tampak lesi berupa plak eritematosa berbatas tidak tegas, bentuk tidak teratur, ukuran ± beberapa cm, disertai skuama halus dan area hiperpigmentasi ringan

Pada **palpebra superior sinistra** hingga regio **frontalis** tampak edema (+), plak eritematosa berbatas tidak tegas, bentuk membentuk seperti jalur ke dahi.

D. Pemeriksaan Penunjang

TDL

E. Diagnosis Kerja

Dermatitis Venenata

F. Tatalaksana

1. Non-Farmakologi

   Bersihkan area dengan air mengalir + sabun ringan (untuk menghilangkan toksin paederin)

   Kompres dingin 10–15 menit, 2–3x/hari → mengurangi nyeri & inflamasi

   Hindari garukan

   Jaga area tetap kering & bersih

2. Farmakologi

   Betason N salep, 2x1 ue

Paracetamol 500 mg 7

CTM 4 mg 7

puyer 10, 3x1

G. Prognosis

Ad Vitam : bonam

Ad Sanationam : bonam

Ad Functionam : bonam

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Dermatitis venenata, yang dalam literatur medis internasional lebih lazim dikenal sebagai dermatitis *Paederus* atau *blister beetle dermatitis*, merupakan suatu bentuk manifestasi klinis dari dermatitis kontak iritan (DKI) tipe akut lambat yang tidak melibatkan mekanisme reaksi imunologis tubuh. Kelainan kulit ini timbul bukan diakibatkan oleh gigitan atau sengatan langsung dari serangga, melainkan terjadi sebagai respons inflamasi kutaneus sekunder akibat kontak fisik kulit manusia dengan substansi toksik yang sangat iritatif, yaitu cairan hemolimfe yang dilepaskan oleh serangga dari genus *Paederus* ketika tubuh serangga tersebut secara tidak sengaja tertekan, tergilas, atau tersapu di atas permukaan epitel kulit.

B. Etiologi

Agen etiologi utama yang menjadi pemicu terjadinya dermatitis ini adalah serangga dari ordo *Coleoptera*, famili *Staphylinidae*, dan genus *Paederus*, di mana spesies yang paling sering dijumpai sebagai penyebab wabah di kawasan Asia Tenggara, termasuk Indonesia, adalah *Paederus fuscipes* (masyarakat awam sering menyebutnya sebagai serangga Tomcat). Serangga ini memiliki karakteristik fisik berupa tubuh yang memanjang, berukuran sekitar 7 hingga 10 milimeter, dengan pola warna belang khas hitam dan merah-oranye (sebagai warna aposematik atau peringatan alami). *Paederus* bersifat nokturnal dan memiliki sifat fototaksis positif yang sangat kuat, sehingga mereka akan secara masif tertarik untuk bermigrasi menuju sumber cahaya lampu buatan pada malam hari, yang kemudian secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya interaksi dan kontak yang tidak disengaja dengan manusia di dalam ruangan.

C. Epidemiologi

Secara epidemiologis, dermatitis venenata merupakan entitas penyakit yang bersifat kosmopolitan namun memiliki tingkat prevalensi tertinggi di wilayah dengan iklim tropis dan subtropis yang memiliki tingkat kelembapan udara yang tinggi. Lonjakan insiden atau kejadian luar biasa (KLB) dari penyakit ini sangat berkorelasi dengan perubahan musim dan aktivitas agrikultur, di mana kasus-kasus umumnya meledak pada saat musim penghujan, pasca-banjir, atau bertepatan dengan siklus panen padi, yang menyebabkan rusaknya habitat alami serangga ini (seperti tanah berumput lembap dan rawa) dan memicu migrasi paksa kawanan serangga menuju area pemukiman penduduk.

D. Patogenesis

Mekanisme kerusakan kulit pada dermatitis venenata diorkestrasi secara langsung oleh senyawa toksik spesifik yang disebut **Paederin**. Paederin adalah sebuah senyawa amida kompleks yang memiliki tingkat toksisitas yang sangat tinggi—bahkan diklaim lebih poten dibandingkan bisa ular kobra jika dibandingkan dalam konsentrasi yang setara—yang disintesis oleh bakteri endosimbiotik (dari genus *Pseudomonas*) di dalam sistem hemolimfe kumbang betina.

Ketika paederin berpenetrasi ke dalam lapisan stratum korneum, toksin ini bekerja pada tingkat seluler dengan memblokir ribosom sehingga secara efektif menghambat proses sintesis protein dan DNA tanpa secara langsung mempengaruhi sintesis RNA. Penghambatan mematikan terhadap metabolisme seluler basal ini akan menghentikan proses mitosis secara absolut, yang pada akhirnya akan bermuara pada kematian sel (nekrosis epidermal). Karena proses penghentian mitosis dan kematian sel ini membutuhkan waktu, reaksi peradangan kulit tidak muncul secara instan saat paparan terjadi, melainkan membutuhkan fase inkubasi laten yang berkisar antara 12 hingga 48 jam sebelum bermanifestasi menjadi lesi klinis yang terlihat secara kasat mata.

E. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis dermatitis venenata memiliki pola evolusi yang sangat khas, yang umumnya dikeluhkan pasien saat mereka bangun tidur pada pagi hari tanpa menyadari adanya riwayat kontak dengan serangga pada malam sebelumnya.

- **Fase Awal dan Lesi Khas:** Pasien akan mengeluhkan sensasi terbakar (pruritus dan rasa perih yang intens), yang segera diikuti oleh munculnya makula eritematosa yang bentuknya sangat linier atau seperti bekas cambukan (*whiplash appearance*), yang secara langsung merepresentasikan arah gerakan serangga saat tergilas di atas kulit.

- **Fase Akut:** Dalam waktu 24 hingga 48 jam, di atas dasar lesi eritematosa tersebut akan berkembang edema fokal yang kemudian bermutasi menjadi vesikel yang berkelompok, bula, dan terkadang pustula yang dapat menyatu dengan bagian tengah yang mengalami nekrosis.

- ***Kissing Phenomenon* (Fenomena Ciuman):** Salah satu tanda patognomonik (khas) dari penyakit ini adalah terbentuknya lesi sekunder yang identik pada area kulit sehat yang secara anatomis saling bersentuhan dengan lesi primer akibat melipatnya anggota tubuh (misalnya pada area fleksural seperti fosa kubiti lutut bagian belakang, atau lipatan paha), di mana toksin paederin ditransfer dari satu permukaan epitel ke permukaan epitel yang berlawanan.

- **Keterlibatan Ekstrakutan:** Apabila jari tangan yang telah terkontaminasi oleh paederin menyentuh area periorbital atau mata, hal ini dapat menginduksi terjadinya konjungtivitis toksik parah atau keratokonjungtivitis *Paederus*, yang dalam literatur Afrika sering disebut sebagai kondisi *Nairobi Eye*.

F. Histopatologi

Meskipun biopsi kulit jarang diindikasikan untuk penegakan diagnosis, pemeriksaan histopatologis pada fase akut akan menunjukkan gambaran spongiosis epidermal yang sangat berat, terbentuknya vesikel intraepidermal yang mengandung infiltrat neutrofil, serta area nekrosis epidermal yang konfluen. Pada lapisan dermis, akan terlihat adanya edema papilaris dan infiltrat sel inflamasi campuran yang terdiri atas limfosit, eosinofil, dan neutrofil di sekitar area pembuluh darah superfisial.

G. Diagnosis Banding

1. Herpes Zoster (Cacar Ular)

Penyakit ini sering keliru didiagnosis sebagai dermatitis venenata karena sama-sama menimbulkan lesi berair dan rasa nyeri, namun patofisiologi dan polanya sangat berbeda.

1. **Etiologi:** Reaktivasi virus *Varicella-Zoster* (VZV) yang laten di ganglion radiks dorsalis saraf.

2. **Ujud Kelainan Kulit (UKK):** Makula eritematosa yang di atasnya terdapat vesikel (lenting berair) yang bergerombol/berkelompok (*herpetiformis*). Vesikel ini bisa menjadi keruh (pustul) dan kemudian pecah menjadi krusta.

3. **Gejala Lainnya:**

    a. **Distribusi Lesi:** Unilateral (hanya di satu sisi tubuh) dan secara ketat mengikuti jalur persarafan kulit (dermatom). Tidak menyeberangi garis tengah tubuh.

    b. **Anamnesis:** Didahului oleh gejala prodromal sistemik (demam ringan, malaise/lemas, sakit kepala) 1-3 hari sebelum lesi muncul.

c. **Sensasi:** Nyeri neuropatik yang dominan (seperti ditusuk-tusuk, berdenyut, atau tersetrum listrik), bukan sekadar rasa perih/terbakar superfisial seperti dermatitis venenata.

2. Fitofotodermatitis (Margarita Dermatitis)

Kondisi ini sangat mirip dengan dermatitis venenata karena bisa membentuk pola garis lurus (linier) yang melepuh, namun pemicunya sangat berbeda.

1. **Etiologi:** Reaksi fototoksik (non-imunologis) akibat kontak kulit dengan senyawa *furocoumarin* (psoralen) yang terdapat pada tumbuhan tertentu (seperti jeruk nipis, lemon, seledri, atau wortel liar), yang kemudian terpapar radiasi sinar ultraviolet A (UVA) dari matahari.

2. **Ujud Kelainan Kulit (UKK):** Makula eritematosa hingga bula (lepuh besar) yang bentuknya sering linier atau tidak beraturan (sesuai percikan atau usapan getah tanaman). Setelah peradangan akut mereda, lesi ini akan meninggalkan hiperpigmentasi pasca-inflamasi (bercak kehitaman) yang sangat khas dan menetap berbulan-bulan.

3. **Gejala Lainnya:**

    a. **Anamnesis:** Riwayat memeras jeruk nipis, berkebun, atau kontak dengan tanaman di bawah sinar matahari langsung.

    b. **Tanda Khas:** Tidak ada *kissing phenomenon* (lesi menular ke area lipatan yang bersentuhan) seperti pada gigitan Tomcat.

3. Dermatitis Kontak Alergi (DKA) Akut

Meskipun sama-sama dermatitis kontak, DKA melibatkan sistem imun, sedangkan venenata adalah iritasi toksik murni.

1. **Etiologi:** Reaksi hipersensitivitas tipe lambat (Tipe IV) akibat paparan alergen eksogen. Pemicu umum yang sering membentuk lesi linier adalah getah tanaman dari famili *Anacardiaceae* (misalnya *poison ivy*, mangga) atau kontak dengan bahan logam/kimia.

2. **Ujud Kelainan Kulit (UKK):** Plak eritematosa, edema, papul, dan vesikel yang batasnya sering kali **kurang tegas** (menyebar lebih luas dari area kontak awal). Jika disebabkan oleh goresan daun/ranting, lesinya bisa linier.

3. **Gejala Lainnya:**

    a. **Sensasi Utama:** Pruritus (gatal yang sangat hebat) lebih mendominasi dibandingkan rasa perih atau panas.

    b. **Anamnesis:** Membutuhkan fase sensitisasi (riwayat paparan alergen sebelumnya). Pada paparan pertama kali, tidak langsung muncul gejala. Lesi baru muncul 24-72 jam setelah paparan ulang.

4. Herpes Simpleks

Jika dermatitis venenata muncul di area wajah atau sekitar mulut, sering dikira sebagai herpes simpleks.

1. **Etiologi:** Infeksi *Herpes Simplex Virus* (HSV) tipe 1 (umumnya di area wajah/oral) atau tipe 2 (genital).

2. **Ujud Kelainan Kulit (UKK):** Vesikel kecil-kecil yang berkelompok erat di atas dasar kulit yang eritematosa.

3. **Gejala Lainnya:**

    a. **Lokasi:** Sangat spesifik, biasanya di area perbatasan mukokutan (seperti bibir, sudut mulut, atau nostril hidung).

b. **Anamnesis:** Sering bersifat rekuren (kambuh-kambuhan di lokasi yang sama persis) saat daya tahan tubuh menurun.

5. Luka Bakar (Combustio) Termal atau Kimia

Karena manifestasinya sama-sama nekrosis epidermis dan lepuhan, luka bakar superfisial bisa menyerupai dermatitis paederus.

1. **Etiologi:** Trauma fisik akibat agen termal (api, cairan mendidih, setrika panas) atau agen kimia korosif (asam/basa kuat).

2. **Ujud Kelainan Kulit (UKK):** Makula eritematosa berbatas tegas, bula kendur atau tegang, erosi, hingga nekrosis/eskar (tergantung kedalaman luka).

3. **Gejala Lainnya:**

    a. **Anamnesis:** Sangat jelas dan definitif. Pasien menyadari secara langsung kapan dan bagaimana kecelakaan atau paparan panas/kimia itu terjadi, berbeda dengan dermatitis venenata yang sering disadari tiba-tiba saat bangun tidur.

H. Tatalaksana

1. **Tindakan Profilaksis Segera:** Apabila kontak dapat diidentifikasi secara instan, mencuci area epitel yang terpapar menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun secara intensif dapat mengangkat paederin sebelum sempat berikatan dengan sel-sel epidermal, sehingga dapat menggagalkan atau secara signifikan meminimalkan keparahan dermatitis.
2. **Farmakoterapi Topikal:** Pada lesi eksudatif yang mengeluarkan cairan, kompres terbuka menggunakan larutan antiseptik ringan (seperti kalium permanganat atau larutan natrium klorida fisiologis 0,9%) sangat direkomendasikan. Aplikasi agen kortikosteroid topikal dengan potensi

menengah hingga kuat (misalnya *Mometasone furoate* atau *Betamethasone valerate*) merupakan pilar utama terapi untuk menekan respons peradangan akut secara progresif.

3. **Farmakoterapi Sistemik:** Obat golongan antihistamin oral generasi kedua yang non-sedatif dapat diresepkan untuk memodulasi reseptor histamin dan meringankan keluhan pruritus. Penggunaan antibiotik, baik dalam sediaan topikal (seperti *Mupirocin*) maupun sistemik, tidak diindikasikan secara rutin dan hanya direservasi untuk kasus-kasus di mana terdapat bukti klinis yang kuat mengenai adanya impetiginisasi atau infeksi bakteri sekunder.

I. Komplikasi

Dermatitis Venenata (Dermatitis *Paederus*) pada dasarnya merupakan kondisi yang bersifat *self-limiting* atau dapat sembuh dengan sendirinya dalam waktu 1 hingga 2 minggu. Namun, paparan toksin (paederin) dalam konsentrasi tinggi, penanganan awal yang kurang tepat, serta garukan mekanis akibat rasa gatal yang hebat dapat memicu berbagai komplikasi yang merugikan. Berikut adalah komplikasi Dermatitis Venenata yang dilaporkan dalam literatur klinis terkini:

1. Komplikasi Kutaneus (Kulit)

a. **Infeksi Bakteri Sekunder (Impetiginisasi):** Ini merupakan komplikasi akut yang paling sering terjadi. Vesikel (lenting air) yang pecah—baik karena garukan maupun gesekan pakaian—akan menciptakan portal *entry* (pintu masuk) hilangnya sawar kulit pelindung. Hal ini sangat rentan diinvasi oleh flora normal kulit atau bakteri patogen seperti *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes*. Infeksi sekunder ini bermanifestasi sebagai pembentukan pus (nanah), peningkatan rasa nyeri, pembengkakan lokal (selulitis),

pembentukan abses, dan secara signifikan memperlambat proses penyembuhan luka.

b. **Hiperpigmentasi Pasca-Inflamasi (PIH):** Setelah fase inflamasi akut mereda dan lesi mengering, mayoritas pasien akan mengalami perubahan pigmen kulit menjadi lebih gelap (hiperpigmentasi) di area bekas lesi. Berdasarkan riset terbaru, komplikasi kosmetik ini sangat lazim dijumpai, terutama pada individu dengan fenotipe kulit berwarna gelap (tipe kulit Fitzpatrick III-VI, seperti mayoritas populasi di Indonesia), dan noda hitam ini dapat menetap selama berbulan-bulan.

c. **Ulserasi Luas dan Skar Atrofik:** Pada kasus di mana jumlah paederin yang terpapar sangat masif atau pasien memiliki toleransi jaringan yang buruk, nekrosis epidermis dapat meluas dan menembus lapisan dermis yang lebih dalam. Kondisi ini menyebabkan ulserasi nekrotik yang membutuhkan waktu pemulihan sangat panjang dan pada akhirnya dapat meninggalkan bekas luka permanen (jaringan parut atau skar atrofik) maupun bercak hipopigmentasi (kehilangan pigmen kulit).

2. Komplikasi Regional (Ekstrakutan)

a. **Keratokonjungtivitis *Paederus* (*Nairobi Eye*):** Ini adalah komplikasi okular (mata) yang sangat diwaspadai klinisi. Komplikasi ini tidak terjadi karena serangga terbang ke arah mata, melainkan akibat perpindahan toksin sekunder. Ketika jari tangan pasien tanpa sengaja menyentuh atau menggaruk lesi awal (yang masih mengandung paederin aktif), kemudian jari tersebut digunakan untuk mengucek mata, toksin akan memicu reaksi inflamasi hebat pada mukosa okular. Gejalanya meliputi mata merah akut (hiperemia

konjungtiva), pembengkakan kelopak mata parah (edema periorbital), nyeri terbakar, mata berair (lakrimasi), fotofobia (silau), hingga pada kasus terberat dapat menyebabkan kerusakan kornea yang membutuhkan intervensi oftalmologis segera.

b. **Keterlibatan Genital:** Serupa dengan mekanisme *Nairobi Eye*, toksin paederin dapat ditransfer dari jari tangan yang terkontaminasi ke area genitalia saat pasien buang air kecil atau mandi. Mengingat kulit di area genitalia sangat tipis dan sensitif, paparan paederin akan menimbulkan reaksi edema dan lesi ulseratif yang jauh lebih nyeri dan intens.

3. Komplikasi Sistemik (Sangat Jarang namun Signifikan)

Meskipun toksin bekerja secara topikal di permukaan epitel, paparan luas yang melibatkan berbagai area tubuh secara simultan dilaporkan dalam beberapa jurnal dapat memicu sindrom respons inflamasi sistemik ringan, yang bermanifestasi sebagai:

a. Demam derajat rendah (*low-grade fever*) dan malaise (perasaan lemas/tidak enak badan).

b. Limfadenopati (pembengkakan kelenjar getah bening) regional, yang sering kali muncul beriringan dengan terjadinya infeksi bakteri sekunder.

c. Neuralgia (nyeri saraf), artralgia (nyeri sendi), dan dalam beberapa kasus luar biasa disertai gejala gastrointestinal seperti mual dan muntah.

J. Prognosis

Secara umum, prognosis Dermatitis Venenata (Dermatitis *Paederus*) adalah sangat baik (Bonam). Penyakit ini pada dasarnya bersifat *self-limiting* (dapat sembuh dengan sendirinya) seiring dengan pergantian sel kulit mati, asalkan tidak terjadi komplikasi berat atau re-eksposur (paparan ulang) terhadap racun paederin.

1. **Quo ad Vitam (Kelangsungan Hidup) : *Bonam***

   Penjelasan: Dermatitis venenata adalah kondisi lokal pada area kutaneus (kulit) yang sama sekali **tidak mengancam jiwa**. Reaksi sistemik yang fatal (seperti syok anafilaktik pada alergi berat) tidak terjadi pada kondisi toksik ini.

2. **Quo ad Functionam (Fungsi Anatomi/Organ) : *Bonam***

   Penjelasan: Penyakit ini umumnya tidak menimbulkan gangguan fungsi tubuh jangka panjang atau kecacatan. Organ kulit yang terkena akan berfungsi normal kembali setelah lesi sembuh.

   Pengecualian: Prognosis fungsi bisa menjadi *dubia* (ragu-ragu) jika toksin mengenai mata secara masif (keratokonjungtivitis parah) dan terlambat ditangani, yang berisiko mengganggu fungsi penglihatan.

3. **Quo ad Sanationam (Kesembuhan & Kekambuhan) : *Bonam***

   Penjelasan: Lesi kulit akan sembuh total secara epitelisasi dalam waktu 1 hingga 2 minggu dengan tata laksana yang tepat. Penyakit ini tidak bersifat kronis. Kekambuhan (rekurensi) hanya akan terjadi apabila pasien kembali berkontak atau terpapar oleh serangga Tomcat di masa mendatang.

4. **Quo ad Kosmetikam (Estetika/Penampilan) : *Dubia ad Bonam***

Penjelasan: Aspek yang paling sering dikeluhkan pasien. Setelah fase penyembuhan, dermatitis venenata hampir selalu meninggalkan **hiperpigmentasi pasca-inflamasi (PIH)** berupa bercak kehitaman pada kulit. Meskipun bercak ini akan memudar secara perlahan (bisa memakan waktu berminggu-minggu hingga berbulan-bulan), hal ini sangat mengganggu secara kosmetik sementara waktu. Jika terjadi garukan kuat atau infeksi bakteri sekunder, risiko terbentuknya jaringan parut (skar) permanen akan meningkat.

BAB III

PEMBAHASAN

Pada pasien anak usia Sekolah Dasar (SD) dalam kasus ini, keluhan utama yang mendasari kunjungan adalah munculnya rasa panas dan gatal yang intens di area dahi dan sekitar mata, yang baru disadari oleh pasien sesaat setelah bangun tidur. Berdasarkan definisi Dermatitis Venenata pada tinjauan pustaka, kondisi ini merupakan bentuk dermatitis kontak iritan tipe akut lambat yang timbul akibat paparan toksin serangga tanpa didahului oleh proses sensitisasi. Riwayat pasien yang tidak menyadari adanya gigitan atau kontak dengan serangga pada malam hari, dan lesi yang baru bermanifestasi di pagi hari, sangat khas dan sesuai dengan konsep teoretis mengenai masa inkubasi toksin paederin yang membutuhkan waktu 12 hingga 24 jam untuk memicu nekrosis epidermal. Oleh karena itu, diagnosis kerja Dermatitis Venenata (*Dermatitis Paederus*) pada pasien ini dapat ditegakkan secara klinis.

Ditinjau dari aspek epidemiologi dan faktor risiko, pasien memiliki kerentanan paparan yang sangat tinggi. Tempat tinggal pasien yang berdekatan dengan area persawahan, serta profesi ayah sebagai petani, sangat mendukung penegakan diagnosis. Tinjauan pustaka secara tegas menyebutkan bahwa habitat alami kumbang *Paederus fuscipes* (Tomcat) adalah ekosistem agrikultur seperti sawah berair. Serangga ini memiliki sifat fototaksis positif sehingga cenderung bermigrasi ke area pemukiman yang memiliki sumber cahaya di malam hari. Lokasi rumah yang dekat dengan sawah memfasilitasi kontak yang tidak disengaja antara pasien dengan serangga tersebut saat pasien sedang tertidur.

Berdasarkan lokasi predileksi anatomis, lesi pada pasien ditemukan di area terbuka yaitu dahi dan area periorbital (sekitar mata). Temuan ini sangat relevan dengan literatur yang menyebutkan bahwa serangga Tomcat umumnya hinggap pada area tubuh yang tidak tertutup pakaian saat tidur. Keterlibatan area sekitar

mata memerlukan perhatian khusus, karena mengindikasikan kemungkinan terjadinya perpindahan toksin (paederin) secara tidak langsung melalui jari tangan pasien yang menggaruk lesi primer di dahi kemudian tanpa sadar mengucek mata saat masih tertidur.

Secara patofisiologis, keluhan rasa panas (seperti terbakar) dan gatal pada pasien dapat dijelaskan oleh mekanisme kerja paederin. Toksin ini menghambat sintesis protein dan DNA seluler, yang kemudian memicu lisis sel dan respons inflamasi akut lokal di epidermis. Fase inflamasi inilah yang merangsang ujung-ujung saraf nosiseptif dan pruriseptif bebas di kulit, sehingga menghasilkan sensasi perih, panas, dan gatal yang dikeluhkan oleh pasien sesaat setelah bangun tidur.

Penegakan diagnosis pada pasien ini murni dilakukan secara klinis melalui anamnesis (riwayat bangun tidur, faktor lingkungan) dan pemeriksaan fisik kelainan kulit (UKK), tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang lanjutan seperti laboratorium atau biopsi. Pendekatan ini sangat tepat dan efisien, mengingat pola lesi akibat Tomcat sangat khas dan pemeriksaan penunjang tidak memberikan nilai tambah yang signifikan pada kasus tanpa komplikasi sistemik.

Pada proses evaluasi, beberapa diagnosis banding seperti Herpes Simplex, Herpes Zoster, maupun Dermatitis Kontak Alergi sempat dipertimbangkan. Namun, tidak adanya gejala prodromal (seperti demam sebelumnya atau nyeri saraf/neuralgia), lesi yang tidak mengikuti jalur dermatom saraf, serta tidak adanya riwayat kontak dengan alergen spesifik, membuat kemungkinan diagnosis tersebut dapat disingkirkan. Riwayat lingkungan persawahan dan *onset* mendadak di pagi hari menjadikan Dermatitis Venenata sebagai diagnosis yang paling absolut.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini sangat komprehensif, mencakup terapi medikamentosa simptomatik dan pencegahan komplikasi. Pemberian salep **Betason-N** (kombinasi kortikosteroid *Betamethasone* dan antibiotik *Neomycin*) 2 kali sehari; kortikosteroid topikal berfungsi menekan badai inflamasi akut di kulit,

sedangkan antibiotik topikal berperan sebagai profilaksis (pencegahan) terhadap infeksi bakteri sekunder, mengingat lesi berada di sekitar mata dan pasien adalah anak-anak yang rentan menggaruk. Pemberian **CTM** (*Chlorpheniramine maleate*) ditujukan sebagai agen antihistamin sistemik untuk memblokir reseptor H1 sehingga menurunkan keluhan gatal secara signifikan. Sementara itu, **Paracetamol** diberikan sebagai analgesik untuk meredakan keluhan nyeri dan rasa panas berlebih pada lesi.

Selain terapi kuratif, edukasi menjadi pilar krusial dalam penatalaksanaan kasus ini, terutama karena lesi berada di area wajah. Pasien dan orang tua diberikan edukasi ketat agar anak tidak menggaruk atau mengucek mata guna mencegah komplikasi keratokonjungtivitis *Paederus* (*Nairobi Eye*). Pendekatan preventif juga ditekankan kepada keluarga, seperti imbauan untuk menutup jendela/ventilasi dengan kawat nyamuk, mematikan atau meredupkan lampu kamar saat tidur, dan anjuran untuk menyingkirkan serangga dengan cara ditiup atau disingkirkan menggunakan kertas alih-alih dipukul, guna memutus rantai kejadian serupa di masa mendatang.

Adapun ditinjau dari segi prognosis, kondisi pasien secara umum dievaluasi sebagai bonam. *Quo ad vitam* pasien adalah bonam, mengingat dermatitis venenata merupakan lesi inflamasi kutaneus superfisial murni yang tidak memiliki risiko kegawatan sistemik maupun ancaman jiwa. *Quo ad functionam* dinilai bonam, karena fungsi anatomis kulit pasien diyakini akan pulih sepenuhnya. Meskipun lesi saat ini melibatkan area periorbital (sekitar mata), selama pasien mematuhi anjuran untuk tidak mengucek mata dan mencegah perpindahan toksin lebih lanjut ke dalam konjungtiva, fungsi penglihatan tidak akan terganggu.

Sementara itu, untuk *Quo ad sanationam*, prognosis dinilai bonam. Lesi diekspektasikan akan mengalami proses epitelisasi dan penyembuhan klinis dalam waktu 7 hingga 14 hari seiring dengan penggunaan kortikosteroid topikal yang diresepkan. Risiko kekambuhan hanya akan terjadi apabila pasien kembali terpapar

toksin dari lingkungan yang sama di kemudian hari. Namun, terkait *Quo ad kosmetikam*, prognosis dievaluasi sebagai *dubia ad bonam*. Hal ini dikarenakan setelah fase peradangan akut usai, lesi pada dahi dan area mata sangat mungkin meninggalkan komplikasi berupa makula hiperpigmentasi pasca-inflamasi (bercak kehitaman). Meskipun bercak tersebut dapat memengaruhi aspek kosmetik pasien untuk sementara waktu, kondisi ini lazimnya akan memudar secara bertahap dalam beberapa bulan tanpa memerlukan intervensi medis lanjutan, asalkan tidak terjadi infeksi sekunder yang memicu terbentuknya jaringan parut permanen.

BAB IV

KESIMPULAN

Dermatitis venenata atau dermatitis *Paederus* merupakan kelainan kulit iritan yang sering dijumpai pada pelayanan kesehatan primer terutama di wilayah agraris dan masih menjadi masalah kesehatan lingkungan. Berdasarkan tinjauan pustaka, dermatitis venenata didefinisikan sebagai dermatitis kontak iritan tipe akut lambat yang disebabkan oleh paparan toksin paederin dari hemolimfe serangga genus *Paederus* (Tomcat). Penularan atau paparan toksin ini tidak terjadi melalui gigitan, melainkan secara tidak sengaja akibat gesekan atau tekanan pada serangga saat menempel di kulit, khususnya pada malam hari karena sifat fototaksis positif serangga tersebut. Patogenesis dermatitis venenata melibatkan penetrasi toksin ke lapisan epitel yang menghambat sintesis DNA dan protein, memicu nekrosis epidermal serta aktivasi respons inflamasi yang menimbulkan gejala klinis khas seperti rasa panas terbakar, perih, gatal, dan munculnya lesi lepuh kemerahan. Diagnosis umumnya ditegakkan murni secara klinis melalui anamnesis terkait faktor risiko lingkungan dan pemeriksaan fisik ujud kelainan kulit yang khas tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang. Penatalaksanaan berfokus pada terapi kortikosteroid topikal, penanganan simptomatik, serta edukasi pencegahan, dengan prognosis fungsional yang umumnya baik meskipun dapat meninggalkan bekas hiperpigmentasi.

Pada kasus yang dilaporkan, pasien seorang anak usia Sekolah Dasar (SD) datang dengan keluhan rasa panas dan gatal yang intens pada area dahi dan sekitar mata yang baru disadari sesaat setelah bangun tidur. Anamnesis dan pemeriksaan fisik menunjukkan gambaran klinis klasik dermatitis venenata tipe akut lambat pada area predileksi terbuka tanpa tanda komplikasi berat. Faktor risiko lingkungan berupa tempat tinggal yang berdekatan dengan sawah serta profesi ayah sebagai petani sangat mendukung mekanisme paparan serangga agrikultur yang sesuai dengan teori. Penatalaksanaan berupa pemberian kortikosteroid dan antibiotik

topikal (Betason N), antihistamin (CTM), analgesik (Pamol), serta edukasi untuk tidak mengucek mata guna menghindari komplikasi keratokonjungtivitis, telah sesuai dengan prinsip penanganan klinis yang rasional. Kondisi umum pasien yang baik tanpa tanda infeksi sekunder sistemik mendukung prognosis yang menguntungkan serta menunjukkan kesesuaian yang kuat antara temuan klinis di lapangan dan tinjauan pustaka yang relevan secara ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

Arora, N., & Griffin, J. R. (2023). Dermatitis Venenata: Then and Now. *Dermatitis : contact, atopic, occupational, drug*, *34*(3), 175.

Fahri, M., Hidayat, N., & Ismail, S. (2019). "Dermatitis Venenata". *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, *1*(1), 23–27.

Flores Calderón, C., Rodriguez-Valero, N., & Vera, I. (2024). Paederus dermatitis after travelling: A case of misdiagnosis and clinical resolution. *Journal of Travel Medicine*, *31*(8), Article taae138.

Godianto, F., & Suhardi, S. (2024). Understanding venenata dermatitis and its toxin: A case report. *Jurnal Ners*, *8*(1), 307–311.

Kinasih, S. L., & Tjiahyono, E. (2024). Seorang wanita 40 tahun dengan dermatitis venenata. *Proceeding of The 17th Continuing Medical Education Faculty of Medicine Universitas Muhammadiyah Surakarta (CME FK UMS)*, 722–728.

Saini, S., Sirvi, R., & Puri, P. (2026). Clinical and epidemiological insights into insect related dermatitis: Impact on patient's daily lives. *International Journal of Current Pharmaceutical Review and Research*, *18*(3), 873–882.

Yash Srivastav, Aayush Singh Chauhan, Nutan Shrivastava, Madhaw Kumar, Paederus Dermatitis (Dermatitis Linearis): A Comprehensive Discussion of Its Aetiology, Toxicity, Clinical Features, Present State, and Future Prospects, *Int. J. of Pharm. Sci*., 2025, Vol 3, Issue 7, 1204-1248