

DERMATITIS KONTAK PADA PEKERJA BANGUNAN

Ida Ayu Diah Purnama Sari¹, Luh Mas Rusyati², I Gusti Ketut Darmada²

¹Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ²Bagian/SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah

ABSTRAK

Dermatitis kontak merupakan bentuk peradangan pada kulit dengan spongiosis atau edema interselular pada epidermis karena interaksi dari bahan iritan maupun alergen eksternal dengan kulit. Sedangkan dermatitis kontak akibat kerja adalah peradangan pada kulit karena terpapar bahan iritan maupun alergen di lingkungan kerja. Salah satu pekerjaan yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit ini adalah pekerja bangunan. Walaupun penyakit ini jarang membahayakan jiwa namun dapat menyebabkan morbiditas yang tinggi dan penderitaan bagi pekerja, sehingga dapat mempengaruhi kebutuhan ekonomi dan kualitas hidup penderita.

Kata kunci: dermatitis kontak, pekerja bangunan

CONTACT DERMATITIS AMONG CONSTRUCTION WORKERS

Ida Ayu Diah Purnama Sari¹, Luh Mas Rusyati², I Gusti Ketut Darmada³

¹Student of Medical School, Udayana University, ²Department of Dermatology, Medical School, Udayana University/Sanglah Hospital

ABSTRACT

Contact dermatitis is a form of skin inflammation with spongiosis or intercellular edema of the epidermis due to the interaction of irritants and allergens. While occupational contact dermatitis is an inflammation of the skin due to exposure to irritants or allergens in the workplace. One of the jobs that have a high risk of the disease are construction workers. Although the disease is rarely-threatening but can cause high morbidity and suffering for workers, so it can affect the economy and quality of life of patients.

Keywords: contact dermatitis, construction workers

PENDAHULUAN

Dermatitis adalah peradangan pada kulit (epidermis dan dermis) yang bersifat akut, subakut, atau kronis, dan dipengaruhi oleh faktor eksogen dan endogen. Salah satu jenis dari dermatitis adalah dermatitis kontak. Dermatitis kontak merupakan bentuk peradangan pada kulit dengan spongiosis atau edema interselular pada epidermis karena interaksi dari bahan iritan maupun alergen eksternal dengan kulit. Terdapat dua jenis dermatitis kontak yaitu dermatitis kontak iritan dan dermatitis kontak alergik. Dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) didefinisikan sebagai peradangan pada kulit karena terpapar bahan iritan maupun alergen di lingkungan kerja.¹ Beberapa pekerjaan seperti petani, pekerja bangunan, pekerja salon, pekerja tekstil, dll biasanya berhubungan dengan dermatitis kontak.^{1,2} Pada sebagian besar daerah industri di negara barat, dermatitis kontak akibat kerja merupakan salah satu kejadian yang sering dilaporkan dan insidennya diperkirakan bervariasi diantara 50-190 kasus per 100.000 pekerja per tahun. Salah satu pekerjaan yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit ini adalah pekerja bangunan.¹ Dermatitis kontak akibat kerja merupakan bagian terbesar, 90-95%, dari penyakit kulit akibat kerja. Di Amerika Serikat, industri bangunan merupakan salah satu dari tiga besar industri yang memiliki angka tertinggi terhadap penyakit kulit akibat kerja. Walaupun penyakit ini jarang membahayakan jiwa namun dapat menyebabkan morbiditas yang tinggi dan penderitaan bagi pekerja, sehingga dapat mempengaruhi kebutuhan ekonomi dan kualitas hidup penderita.^{9,10}

ETIOLOGI

Berdasarkan etiologinya dermatitis kontak dibagi menjadi dua yaitu dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergik (DKA).^{2,4,5,11} Dermatitis kontak iritan adalah reaksi inflamasi lokal pada kulit yang bersifat non imunologik setelah terjadi pajanan bahan fisika atau kimia dari luar.² Reaksi DKI ini bersifat nonspesifik yang bisa terjadi pada semua populasi manusia dan tidak membutuhkan sensitisasi. Secara umum DKI merupakan penyakit kulit akibat kerja yang paling banyak, persentasenya mencapai 80% dari kasus-kasus penyakit kulit akibat kerja.⁵ Sedangkan dermatitis kontak alergik terjadi berdasarkan reaksi imunologis berupa reaksi hipersensitivitas tipe lambat (tipe IV) dengan perantara sel limfosit T.^{2,5,7} Reaksi alergik ini bersifat spesifik yang hanya terjadi pada individu yang telah mengalami sensitisasi terhadap antigen tertentu. Secara umum persentasenya juga sedikit sekitar 20% dari kasus-kasus penyakit kulit akibat kerja.⁵

Banyak bahan iritan dan alergen yang dapat menyebabkan dermatitis kontak pada pekerja bangunan, misalnya pada tukang tembok dan tukang semen yang mempunyai resiko tinggi terkena dermatitis kontak alergi akibat terpapar *hexavalent chromate* yang larut dalam air pada semen basah.⁸ Pada penelitian di Jerman belakangan ini menunjukkan bahwa *chromate* menjadi alergen utama pada para pekerja bangunan di tempat kerjanya.^{8,13} Terhitung sekitar 44% uji tempel positif pada laki-laki pekerja bangunan dibandingkan dengan 4% pada populasi laki-laki tanpa mempunyai latar belakang tukang bangunan.⁸ Semen basah juga merupakan iritan yang dapat menyebabkan luka bakar derajat tiga jika dibiarkan terus terpajan dengan kulit.⁸

Pada tukang cat, *epoxy resin* merupakan alergen yang paling sering menyebabkan

DKA. *Epoxy resin* terdapat pada cat yang berisi materi perekat seperti *resin*/damar sintetik. Turpentin yang digunakan sebagai pelarut dalam cat juga merupakan alergen pada DKA . Tukang kayu sering terpapar oleh pengawet kayu yang mengandung potasium *dichromate*. Sedangkan pada tukang ledeng/pipa yang memotong, mengukur, dan memasang pipa plastik atau besi untuk mengalirkan cairan dan gas sering terpapar oleh bahan iritan seperti bahan pembersih, bahan perekat, dan *soldering fluxes* yang mengandung *colophony*.⁸

PATOGENESIS

Dermatitis kontak akibat kerja tipe iritan

Kelainan timbul akibat kerusakan sel pada kulit yang disebabkan oleh bahan iritan atau toksin melalui kerja kimiawi maupun fisis. Kebanyakan bahan iritan merusak membrane lemak keratinosit, tetapi sebagian dapat menembus membrane sel dan merusak lisosom, mitokondria, atau komponen inti. Kerusakan membrane mengaktifkan fosfolipase, yang melepaskan *arachidonic acid* (AA), *diacylglyceride* (DAG), *platelet activating factor* (PAF), *inositides* (IP3). AA diubah menjadi prostaglandins (PGs) dan leukotriens (LTs). DAG dan *second messengers* lainnya menstimulasi ekspresi gen dan dihasilkannya sintesis protein (sitokin). Sitokin-sitokin tersebut meliputi interleukin-1 (IL-1) dan *granulocyte-macrophage colony-stimulating factor* (GMCSF). PGs dan LTs menyebabkan dilatasi pembuluh darah dan transudasi faktor sirkulasi dari komplemen dan sistem kinin. PGs dan LTs juga berperan sebagai kemoatraktan terhadap neutrofil dan limfosit. Selain itu, PGs dan LTs juga mengaktifkan sel mast untuk melepaskan histamin, PAF, dan LTs, PGs lainnya sehingga dapat menambah perubahan vaskular.

Hal inilah yang selanjutnya menimbulkan gejala klinis pada dermatitis kontak iritan.^{4,5}

Dermatitis kontak akibat kerja tipe alergik

Dermatitis kontak akibat kerja tipe alergik terjadi berdasarkan reaksi imunologis berupa reaksi hipersensitivitas tipe IV, suatu reaksi hipersensitivitas tipe lambat dengan perantara sel limfosit T. Reaksi ini terjadi melalui dua fase, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi.^{2,4,5}

Fase Sensitisasi

Fase sensitisasi dimulai dengan masuknya haptan melalui epidermis kulit melewati stratum korneum kemudian berikatan dengan protein menjadi alergen. Setelah itu, sel Langerhans yang terdapat di epidermis menangkap alergen tersebut melalui proses pinositosis selanjutnya akan diproses dan diikat pada *human leukocyte antigen DR* (HLA-DR). Ikatan antigen dengan HLA-DR ini diperlihatkan pada permukaan sel Langerhans. Kemudian sel Langerhans tersebut menuju kelenjar limfa regional melalui pembuluh limfatik. Sel Langerhans akan menyampaikan ikatan antigen-HLA-DR tadi pada sel T *cluster of differentiation 4* (CD4)-positif (sel helper). Kemudian kompleks antigen-HLA-DR berinteraksi dengan *T-cell reseptor* (TCR) spesifik dan *cluster of differentiation 3* (CD3) kompleks. Saat terjadi pengenalan antigen, kedua sel teraktivasi. Serangkaian sitokin di sintesis oleh kedua sel Langerhan dan sel T. Di dalam sel T pesan ini disampaikan melalui molekul CD3. Sel Langerhans juga mensekresikan IL-1, yang menstimulasi sel T untuk menghasilkan IL-2 dan merangsang reseptor IL-2 pada permukaannya. Hal ini menyebabkan stimulasi autokrin dan proliferasi koloni sel T spesifik terhadap antigen tertentu (sel T memori) yang mengalami sirkulasi ke seluruh tubuh dan kembali ke kulit. Pada tahap ini individu telah tersensitisasi dan akan

merespon saat sel T yang tersensitisasi tersebut terpapar oleh antigen yang sama.^{2,4,5}

Fase Elisitasi

Fase elisitasi terjadi jika terdapat paparan ulang alergen (haptan). Seperti pada fase sensitisasi, haptan akan ditangkap oleh sel Langerhans, diproses secara kimia menjadi antigen lalu diikat pada HLA-DR, dan ikatan tersebut diekspresikan pada permukaan sel Langerhans. Ikatan antigen-HLA-DR itu disampaikan pada sel T4 spesifik di dalam kulit atau kelenjar limfa (atau keduanya) dan tahap elisitasi dimulai. Kompleks antigen-HLA-DR berinteraksi dengan kompleks CD3-TCR spesifik untuk mengaktifkan sel Langerhans dan sel T. Hal ini menyebabkan sekresi IL-1 oleh sel Langerhans, yang menstimulasi sel T untuk memproduksi IL-2 dan merangsang reseptor IL-2. Hal ini memacu proliferasi sel T. Sel T yang teraktivasi mensekresikan IL-2, interferon- γ (INF- γ), dan GM-CSF. Sitokin-sitokin tersebut kembali mengaktifkan sel Langerhans dan keratinosit. Keratinosit yang teraktivasi mengeluarkan IL-1. Kemudian IL-1 mengaktifkan fosfolipase yang akan melepaskan AA untuk pembentukan prostaglandin (PG) dan leukotrien (LT). Keratinosit yang teraktivasi juga mengeluarkan sejumlah sitokin, meliputi IL-1, IL-6, dan GM-CSF, yang semuanya itu dapat memperluas lagi keterlibatan dan pengaktifan sel T. Kombinasi sitokin-sitokin dengan PG dan LT ini menyebabkan aktivasi sel mast dan makrofag. Histamin dari sel mast dan PG/LT dari sel mast, keratinosit, dan infiltrasi leukosit menyebabkan dilatasi vaskular dan meningkatkan permeabilitas terhadap sel-sel dan faktor-faktor proinflamasi yang larut dalam sirkulasi. Hal ini selanjutnya menimbulkan gejala klinik DKA sebagai respon peradangan, kerusakan seluler, dan proses perbaikan.^{4,5}

GEJALA KLINIS

Sebagian besar lokasi dermatitis kontak akibat kerja terdapat pada tangan, yaitu sekitar 80%-90% dari semua kasus DKAK, karena tangan merupakan organ tubuh yang paling sering digunakan untuk pekerjaan sehari-hari. Dermatitis juga dapat terjadi pada wajah (12%) dan kaki (14%) dan tukang kayu merupakan pasien terbanyak untuk dermatitis pada wajah.^{4,14} Lokasi DKA pada tangan biasanya pada telapak tangan, dorsal tangan, jari-jari tangan, dan seluruh tangan. Sedangkan pada DKI jarang pada telapak tangan dan biasanya pada dorsal tangan, ujung jari tangan, dan sela-sela jari tangan.^{6,11}

Pada DKI, lesi klinisnya dibagi menjadi lesi akut dan lesi komulatif (kronis). Pada lesi akut, kulit akan mengalami eritema, edema, dan dapat berkembang menjadi bula yang bila pecah akan mengeluarkan cairan. Rasa perih dan terbakar akan terasa pada lesi tersebut. Nekrosis juga bisa terjadi bila tangan bagian dorsal terkena iritan kuat.⁶ Sedangkan DKI komulatif (kronik) lebih sering terjadi pada kulit yang terpapar oleh iritan lemah secara berulang-ulang. Pasien yang terpapar iritan secara kronik, area kulit tersebut bisa mengalami eritema, pengelupasan, berkilat, berskuama, timbul retakan dan bahkan ada yang mengalami penebalan (likenisifikasi).^{5,7}

Sedangkan pada DKA lesi klinisnya dapat dibagi menjadi 3 tipe, yaitu akut, subakut, dan kronis. Pada tipe akut, derajat kelainan kulit yang timbul bervariasi ada yang ringan ada pula yang berat. Pada yang ringan mungkin hanya berupa eritema dan edema, sedangkan pada yang berat selain eritema dan edema yang lebih berat disertai pula vesikel yang bila pecah akan terjadi erosi dan eksudasi. Lesi cenderung menyebar dan batasnya kurang jelas. Keluhan subyektif berupa gatal. Pada tipe subakut akan terlihat eritema, edema ringan, vesikula, krusta, dan pembentukan papul-papul

sedangkan pada tipe kronis akan terlihat likenifikasi, papula, skuama, terlihat pula bekas garukan berupa erosi atau ekskoriasi, krusta serta eritema ringan.^{6,7}

Perbedaan klinis pada DKI dan DKA terdapat pada gejala awal dari dermatitis, pada DKI lebih sering menimbulkan rasa terbakar atau perih, sedangkan pada DKA, rasa gatal-gatal terasa lebih dominan. Vesikel lebih sering terdapat pada DKA dari pada DKI, sedangkan bula lebih sering terjadi pada DKI.⁵

DIAGNOSIS

Diagnosis dermatitis kontak akibat kerja terdiri dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Anamnesis

Pada kasus dermatitis kontak akibat kerja, anamnesis yang bisa digali pada pasien adalah sebagai berikut.

Waktu pertama kali munculnya gejala klinis. Biasanya orang cenderung mengingat fase eksaserbasi yang menyebabkan orang-orang pergi ke pelayanan medis daripada awal munculnya gejala.

Lokasi pertama munculnya gejala klinis. Pada dermatitis kontak akibat kerja terutama pada pekerja bangunan biasanya muncul pertama kali pada tangan. Pada kasus yang jarang bisa muncul pada pergelangan tangan, lengan bawah, kaki bagian bawah, dan wajah.

Penyebaran gejala klinis. Penyebaran dari tangan sampai ke kaki atau ke muka biasanya terjadi pada dermatitis kontak alergik, tapi kadang-kadang bisa terjadi pada dermatitis kontak iritan yang berat.

Riwayat penyakit kulit sebelumnya dan status kesehatan pasien perlu ditanyakan. Adanya riwayat dermatitis atopik mempermudah pekerja terkena dermatitis kontak iritan pada pekerjaannya yang sering dan berulang-ulang kontak dengan bahan iritan. Selain itu, kebiasaan kebersihan diri, terutama dalam mencuci tangan, juga patut ditanyakan. Pekerja sering mencuci dengan menggunakan bahan pelarut atau iritan kuat untuk menghilangkan material yang susah dibersihkan.

Riwayat pekerjaan. Pertanyaan penting yang perlu ditanyakan tentang pekerjaannya, seperti apa jenis pekerjaannya, lama bekerja, bagaimana proses kerjanya, bahan apa saja dan seberapa seringkah bahan tersebut terpajan dengan kulitnya, apakah pekerja menggunakan pelindung dan bagaimana cara pembersihan kulit disana.

Pertanyaan berguna lainnya, seperti “apakah dermatitis membaik setelah selesai bekerja atau bertambah buruk saat kembali bekerja?”. Pertanyaan ini berguna untuk menentukan seberapa sering perbaikan dan perburukan gejala terjadi, dan seberapa cepatkah. Dermatitis kontak akibat kerja biasanya lebih bagus dan lebih konsisten perbaikannya pada saat hari libur dan memburuk saat kembali bekerja dibandingkan dengan eksema yang bukan akibat kerja. Pertanyaan seperti “apakah pekerja yang lainnya ada yang menderita gejala yang sama?” juga penting untuk ditanyakan. Jika ada atau sebagian besar rekan kerjanya menderita gejala yang sama, kemungkinan hal tersebut merupakan indikasi adanya dermatitis kontak iritan.¹¹

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik seharusnya meliputi pemeriksaan seluruh permukaan kulit.¹⁵ Pemeriksaannya harus fokus pada lokalisasi, dan morfologinya, seperti adanya eritema, vesikel, bula, nekrosis, papul, skuama, fisura atau eksema. Selain lesi pada tangan,

bagian kulit yang lainnya juga harus diperiksa terutama pada bagian wajah dan leher karena banyak dermatosa akibat kerja yang terjadi pada tangan dan wajah.⁶

Pemeriksaan penunjang

Standar utama pemeriksaan penunjang pada dermatitis kontak adalah uji temple (*patch test*). Uji tempel wajib dilakukan pada semua kasus dermatitis tangan. Ketika bahan alergen dicurigai, pemeriksa harus melakukan uji tempel untuk menegakkan diagnosis. Hal ini perlu diingat bahwa diagnosis uji tempel dirancang sebagai tes untuk alergik dan bukan untuk bahan iritan.¹⁶

Uji tempel digunakan untuk menentukan bahan-bahan alergen yang menyebabkan dermatitis kontak, seperti *chromate* pada semen. Konsentrasi yang digunakan harus tepat.^{6,11} Oleh karena itu, interpretasi hasil reaksi uji tempel harus dilakukan dengan hati-hati. Reaksi yang positif mungkin mendukung diagnosis DKA sebaliknya reaksi yang negatif dapat mendukung diagnosis DKI.⁶

Pembacaan hasil yang positif diberi skor sesuai dengan derajat reaksi yang terlihat.^{4,17}

1. + = reaksi positif lemah (nonvesikular) : eritema, infiltrate, papul.
2. ++ = reaksi positif kuat : vesikel, edema.
3. +++ = reaksi positif sangat kuat (ekstrim) : bula atau ulkus.
4. - = reaksi negatif .
5. ? = meragukan, hanya makula eritematosa.
6. IR = iritasi: seperti terbakar, pustule atau purpura.
7. NT = tidak dites

Diagnosis Banding

Berbagai jenis kelainan kulit yang harus dipertimbangkan dalam diagnosis banding dermatitis kontak akibat kerja adalah :

Dermatitis atopik. Dermatitis atopik merupakan erupsi kulit yang bersifat kronik residitif, pada tempat-tempat tertentu seperti lipatan siku, lipatan lutut disertai riwayat atopi pada penderita atau keluarganya. Dermatitis atopik sering mengenai tangan pada remaja dan biasanya bertambah parah pada pekerjaan dengan pajanan air dan bahan-bahan iritan yang tinggi.⁶

Dermatitis numularis. Dermatitis numularis merupakan suatu bentuk dermatitis dengan efloresensi berbentuk papul dan vesikel dengan dasar eritematosa, berbentuk mata uang, berbatas tegas umumnya mengenai tungkai bawah dan pada sisi ekstensor ekstremitas. Dermatitis numularis dapat menyerupai dermatitis kontak pada tangan.^{4,7,16,17}

Dermatitis seboroik, merupakan penyakit papuloskuamosa yang kronik dan berhubungan dengan peningkatan produksi sebum (seборе) pada kulit kepala dan area yang memiliki banyak kelenjar sebacea di wajah dan badan.⁷ Dermatitis seboroik dapat menyerupai dermatitis kontak pada wajah.¹⁶

Linken simplek kronikus. Linken simplek ditandai dengan adanya satu atau lebih bercak pada kulit yang mengalami likenifikasi dan terasa sangat gatal. Linken simplek kronikus bersifat kronis dan residitif, sering mengalami iritasi atau sensitisasi dan harus dibedakan dengan dermatitis kontak alergik bentuk kronis.^{7,16}

PENANGANAN

Dermatitis kontak akibat kerja iritan

Upaya pengobatan DKI yang terpenting adalah menghindari bahan yang dapat menyebabkan respon iritasi pada kulit baik yang bersifat kimiawi, mekanik maupun fisis. Untuk menghindari bahan iritan dapat dilakukan dengan cara mengganti material pada tempat kerja dengan material lain yang kurang berbahaya. Selain itu, jika memungkinkan, pekerja disarankan untuk mengganti pekerjaannya. Namun jika sudah terpapar dapat dilakukan pencucian sesegera mungkin pada area yang terpapar iritan akan mengurangi waktu kontak agen iritan dengan kulit. Penggunaan baju pelindung, sarung tangan, dan alat proteksi lainnya akan mengurangi pemaparan iritan dan sebaiknya penggunaan alat proteksi diganti secara periodik.^{4,18}

Apabila diperlukan, untuk mengatasi peradangan dapat diberikan terapi farmakologi. Terapi farmakologi pada DKAK iritan meliputi terapi untuk lesi akut dan kronik. Pada lesi akut, bila lesinya basah diberi terapi basah yaitu dengan kompres basah menggunakan salin yang dikompres selama 15 menit dua kali sehari. Sedangkan bila lesinya kering dapat diberikan hidrokortison topikal ringan seperti hidrokortison 1-2,5%. Pada lesi kronik dibutuhkan kortikosteroid topikal yang lebih kuat, seperti krim betamethasone valerat 0,01% dengan oklusi selama 1 sampai 3 minggu atau kelompok kortikosteroid topikal yang sangat kuat seperti salep betametason dipropionat 0,05% tanpa oklusi.^{4,18}

Dermatitis kontak akibat kerja alergik

Hal yang perlu diperhatikan pada pengobatan DKA adalah mencegah pajanan alergen. Mencegah pajanan agen alergen dapat dilakukan dengan menghindari bahan alergen,

yaitu dengan mengganti bahan alergen dengan bahan yang kurang berbahaya atau mengganti pekerjaannya, mencuci bagian yang terpapar secepat mungkin dengan sabun, jika tidak ada sabun bilas dengan air, dan gunakan perlengkapan pelindung (sarung tangan) saat melakukan aktifitas yang berisiko terhadap paparan alergen. Pencucian dapat dilakukan dengan menggunakan sabun hipoalergenik dan jangan menggosok bagian yang ruam. Lalu dapat dilakukan pembersihkan bagian yang terpapar, dengan cara mengompres kulit yang teriritasi dengan air hangat ($32,2^{\circ}\text{C}$) atau lebih dingin.^{4,18}

Terapi farmakologi pada DKAK alergik hampir sama dengan terapi farmakologik pada DKAK iritan. Pada lesi akut dengan lesi basah diberikan kompres basah dengan menggunakan salin atau aluminium asetat untuk mempercepat pengeringan lesi, sedangkan bila lesi kering dapat diberikan hidrokortison topikal potensi ringan (hidrokortison 1-2,5% atau dexametason, krim 0,1%). Pada lesi kronis dibutuhkan kortikosteroid topikal potensi kuat, seperti krim betamethasone valerat 0,01% dengan oklusi selama 1 sampai 3 minggu sampai peradangannya hilang atau menggunakan salep betametason dipropionat 0,05% tanpa oklusi.

Selain pengobatan topikal, pengobatan sistemik juga diperlukan untuk mengontrol rasa gatal dan pada kasus-kasus yang sedang atau berat baik akut maupun kronik. Pengobatan sistemik dapat berupa pemberian antihistamin oral, seperti *diphenhydramine* 25-50 mg atau *hydroxyzine* 10-25 mg 4 kali sehari untuk menghilangkan rasa gatal dan kortikosteroid sistemik seperti prednison atau prednisolon diberikan pada kasus yang sedang atau berat, secara peroral, intramuskular atau intravena.^{17,18}

PENCEGAHAN

Pencegahan merupakan strategi yang optimal dalam menangani masalah penyakit kulit akibat kerja. Hal ini merupakan usaha multidisiplin yang membutuhkan perencanaan oleh pemilik industri, pekerja, pemerintah, dan petugas kesehatan untuk mengembangkan usaha pencegahan. Beberapa tindakan yang dapat mencegah penyakit kulit akibat kerja antara lain adalah identifikasi bahan-bahan berbahaya terlebih dahulu sebelum digunakan di tempat kerja sehingga bahan-bahan tersebut dapat digantikan dengan bahan-bahan kimia lainnya yang tidak berbahaya, penyaringan sebelum bekerja untuk mengidentifikasi populasi yang berisiko tinggi, dan hazard control yang mencakup pemilik perusahaan, pekerja, pemerintah, serta petugas kesehatan.¹⁸

PROGNOSIS

Meskipun usaha terapi sudah dilakukan dengan baik dan pekerjaannya sudah diganti, prognosis dermatitis kontak akibat kerja masih memprihatinkan. Hal ini dikarenakan sekitar 25% pekerja sembuh total dari penyakitnya, 50% membaik tapi dermatitis masih bisa muncul secara periodic, dan 25% berkembang menjadi dermatitis persisten yang sama atau semakin memburuk dari pada kondisi aslinya. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan prognosis adalah terapi dan saran yang tepat, dan menghindari agen pencetusnya.

RINGKASAN

Dermatitis kontak akibat kerja merupakan reaksi peradangan pada kulit karena terpapar oleh bahan iritan maupun alergen di lingkungan kerja. Angka prevalensi DKAK pada pekerja bangunan sekitar 6,2% dan pada pekerja bangunan yang terpapar *epoxy resin* prevalensinya mencapai 17% selama sepuluh tahun terakhir. Untuk mendiagnosis pasien dengan DKAK perlu dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (uji tempel). Penanganan DKAK, meliputi terapi topikal, terapi sistemik, kompres dengan salin, dan yang paling penting adalah menghindari bahan alergen atau iritan yang merupakan agen penyebab dermatitis kontak. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah menghindari atau mengganti bahan-bahan alergen dan iritan, mengidentifikasi pekerja yang mempunyai resiko tinggi, pemakaian pelindung kulit seperti sarung tangan, krim pelindung, dan edukasi kepada para pekerja. Sedangkan prognosis dermatitis kontak akibat kerja masih memprihatinkan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Australian Government. Occupational contact dermatitis in Australia. Australia: Commonwealth of Australia; 2006.p.1-12.
2. Mark JG, Elsner P, Deleo VA. Occupations commonly associated with contact dermatitis. Contact and occupational dermatology. 3th ed. St. Louis: Mosby,Inc; 2002.p.339-46.
3. Lestari Fatma, Utomo HS. Faktor-faktor yang berhubungan dengan dermatitis kontak pada pekerja di PT Inti Pantja Press industri. Makara, kesehatan. 2007;11:61-8.

4. Coenraads PJ, Smit J. Epidemiology. In: Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ (eds). Textbook of Contact Dermatitis. 2nd ed. New York: Springer-Verlag; 1995.p. 146-7.
5. Djuanda Adhi, Kosasih A, dkk. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi 5. Fakultas Kedokteran UI;2010.p.129-153.
6. Mark JG, Elsner P, Deleo VA. Allergic and irritant contact dermatitis. Contact and occupational dermatology. 3th ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2002.p.3-15.
7. Van der Walle HB. Irritant contact dermatitis. In: Torkil M, Howard IM (eds). Hand eczema. 2nd ed. USA: CRC Press; 2000.p.133-9.
8. Sjamsoe Daili ES, Melandi SL, Wisnu IM. Dermatitis kontak. Penyakit kulit yang umum di Indonesia. Jakarta: PT Medical Multimedia Indonesia; 2005.p.11-2.
9. Brown T. Strategies for prevention: occupational contact dermatitis. Occupational Medicine. 2004;54:450-7.
10. Koh D, Goh CL. Gangguan kulit. Dalam: Jeyaratnam J, Koh D. Buku Ajar Praktik Kedokteran Kerja. Jakarta: EGC; 2009.p.96-125.
11. Rycroft RJG. Occupational contact dermatitis. In: Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ (eds). Textbook of Contact Dermatitis. 2nd ed. New York: Springer-Verlag; 1995.p.343-86.
12. Keegel Tessa, Moyle Mignon, et al. The epidemiology of occupational contact dermatitis (1990–2007): a systematic review. International Journal of Dermatology; 2009.p.571-578.
13. Bock M, Schmidt A, et al. Contact dermatitis and allergy occupational skin

- disease in the construction industry. *British Journal of Dermatology*. 2003;149:1165-71.
14. Sarma N. Occupational allergic contact dermatitis among construction workers in India. *Indian J Dermatol*. 2009;54:137-41.
 15. Mark JG, Elsner P, Deleo VA. Evaluation and treatment of patients with contact dermatitis. *Contact and occupational dermatology*. 3th ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2002.p.16-33.
 16. Rycroft RJG. Clinical assessment in the workplace: dermatitis. *Occup Med*. 1996;46:364-6.
 17. Trihapsoro I. Dermatitis kontak alergik pada pasien rawat jalan di RSUP Haji Adam Malik Medan. *FK USU*. 2003: 1-36.
 18. Mark JG, Elsner P, Deleo VA. Management of occupational dermatitis. *Contact and occupational dermatology*. 3th ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2002.p.323-38.