

# DERMATITIS KONTAK AKIBAT KERJA PADA PETANI

Melina Tombeng, IGK Darmada, IGN Darmaputra

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas

Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

## ABSTRAK

Dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) merupakan salah satu kelainan kulit yang sering dijumpai. Petani memiliki insiden tertinggi akan terjadinya DKAK. Hal ini dikarenakan pekerjaan petani yang berhubungan dengan banyak zat kimia, maupun *wet works*. DKAK dapat dibagi menjadi dua, yaitu Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan Dermatitis Kontak Alergik (DKA). Dari kedua jenis DKAK ini memiliki patogenesis yang berbeda, tetapi memiliki gejala klinis yang serupa. Beberapa penyakit lain dapat memberikan gejala yang serupa dengan DKAK. Oleh karena itu dibutuhkan kecermatan untuk menyingkirkan kemungkinan-kemungkinan diagnosis lainnya. Dermatitis kontak akibat kerja dapat diobati dengan standar baku pengobatan dermatitis, termasuk penghindaran dari alergen dan iritan. Pencegahan DKAK pada petani, yaitu eliminasi paparan alergen dan iritan; proteksi; identifikasi pekerja yang beresiko tinggi; serta lainnya.

**Kata Kunci** : dermatitis kontak akibat kerja, alergi, iritan, petani

# OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS IN FARMERS

Melina Tombeng, IGK Darmada, IGN Darmaputra

Department of Dermatology and Venereology, Medical School, Udayana

University/Sanglah Hospital Denpasar

## ABSTRACT

Occupational contact dermatitis is common condition seen in the primary care setting. Farmer has the highest incidence for occupational contact dermatitis. This because of the job is exposed to chemical and wet works. Occupational contact dermatitis is divided to irritant contact dermatitis and allergic contact dermatitis. Whether both have different in pathogenesis, they give similar symptoms. Precise diagnosis is needed to confirm the diagnosis and to exclude the others. Treatment should be aimed at controlling inflammation, restoring the skin's natural barrier, and avoiding irritants and potential allergens. There are a range of prevention strategies, which include: elimination or substitution of harmful exposures; technical control measures; personal protection; identification of susceptible individuals; and others.

**Keywords** : occupational contact dermatitis, allergic, irritants, farmer

## PENDAHULUAN

Dermatitis kontak akibat kerja merupakan salah satu kelainan kulit yang sering dijumpai. Kelainan kulit ini dapat ditemukan sekitar 85% sampai 98% dari seluruh penyakit kulit akibat kerja. Insiden dermatitis kontak akibat kerja diperkirakan sebanyak 0,5 sampai 0,7 kasus per 1000 pekerja per tahun. Penyakit kulit diperkirakan menempati 9% sampai 34% dari penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan.<sup>1</sup>

Dermatitis kontak akibat kerja biasanya terjadi di tangan dan angka insiden untuk dermatitis bervariasi antara 2% sampai 10%.<sup>2,3</sup> Diperkirakan sebanyak 5% sampai 7% penderita dermatitis akan berkembang menjadi kronik dan 2% sampai 4% di antaranya sulit untuk disembuhkan dengan pengobatan topikal.<sup>3</sup>

Dermatitis kontak dapat dibagi menjadi dua, yaitu Dermatitis Kontak Iritan (DKI) dan Dermatitis Kontak Alergik (DKA). Iritan merupakan etiologi tersering pada dermatitis kontak walaupun gejala klinis dari keduanya mirip satu sama lain. DKA merupakan contoh dari reaksi hipersensitivitas tipe IV.<sup>4,5</sup>

Data yang diperoleh dari Finlandia dan Amerika Serikat mengungkapkan bahwa petani memiliki insiden tertinggi akan dermatitis kontak akibat kerja. Di Finlandia didapatkan angka insidens DKAK pada petani sebesar 2,8 per 1000 pekerja setiap tahun dan merupakan peringkat pertama dibandingkan dengan pekerjaan lainnya. Hal yang serupa diungkapkan pada *UK Household Survey* pada tahun 1995.<sup>7</sup>

Mengingat pentingnya mengetahui lebih detail mengenai dermatitis kontak akibat kerja baik iritan maupun alergi pada petani, tinjauan pustaka yang berisi definisi, epidemiologi, etiologi dan deskripsi pekerjaan petani, patogenesis, gejala klinis, cara diagnosis, pengobatan, pencegahan, dan prognosis dibuat oleh penulis. Hal ini bertujuan untuk penerapan dalam tempat kerja itu sendiri sehingga dapat meningkatkan produktivitas.

## **DEFINISI**

Dermatitis adalah peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai respon terhadap pengaruh faktor eksogen dan endogen, menimbulkan kelainan klinis berupa efloresensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi) dan keluhan gatal. Dermatitis cenderung menjadi residif dan kronik.<sup>8</sup> Dermatitis kontak akibat kerja adalah dermatitis yang timbul akibat kontak dengan bahan pada lingkungan pekerjaan dan tidak akan terjadi jika penderita tidak melakukan pekerjaan tersebut.<sup>5</sup>

## **EPIDEMIOLOGI**

Di Amerika Serikat, 90% klaim kesehatan akibat kelainan kulit pada pekerja diakibatkan oleh dermatitis kontak. Konsultasi dengan dokter kulit akibat dermatitis kontak adalah sebesar 4% sampai 7%. Dermatitis kontak iritan timbul pada 80% dari seluruh penderita dermatitis kontak sedangkan dermatitis kontak alergi kira-kira 10% sampai 20%. Sedangkan insiden dermatitis kontak alergi diperkirakan terjadi pada 0,21% dari populasi penduduk. Secara umum, usia tidak mempengaruhi timbulnya sensitisasi namun dermatitis kontak alergi jarang dijumpai pada anak-anak. Bila dilihat dari jenis kelamin, prevalensi pada wanita adalah dua kali lipat dibandingkan pada laki-laki.<sup>7</sup>

Di Amerika Serikat terdapat sekitar dua juta lahan pertanian dengan jumlah pekerja (petani) sebanyak lima juta pekerja. Di negara bagian California, kelainan kulit tertinggi berada pada sektor pertanian. Hal ini dikarenakan resiko akan terpapar *poison oak*. Antara tahun 1990 sampai 1994, *cow dander*, disinfeksi, deterjen, *wet and dry work*, dan karet merupakan penyebab tersering dari dermatitis tangan pada petani.<sup>9</sup>

## **ETIOLOGI DAN DESKRIPSI PEKERJAAN PETANI**

Pekerja di bidang pertanian melakukan bervariasi pekerjaan yang terpapar bahan kimia, biologi, dan bahan berbahaya lainnya. Mereka memupuk, memanen ladang pertanian, membersihkan, serta memperbaiki segala peralatan pertanian. Para pekerja pertanian khususnya petani terpapar bahan-bahan kimia yang sering digunakan di bidang pertanian dan juga faktor-faktor lingkungan seperti kelembaban, suhu, dan frekuensi mencuci tangan dapat mempengaruhi mudahnya terjadi dermatitis kontak akibat kerja.<sup>9</sup>

Di California terdapat lebih dari 13.000 jenis pestisida dimana mengandung lebih dari 800 bahan aktif. Insiden tertinggi DKAK terkait dengan pestisida terdapat pada pertanian anggur. Bahan-bahan aktif seperti emulsifier, surfaktan, ataupun biosida dapat menyebabkan DKI ataupun DKA. Kulit tangan menjadi lokasi terpaparnya pestisida pada petani.<sup>9</sup>

Contoh bahan iritan yang dapat menyebabkan dermatitis kontak akibat kerja pada petani adalah sabun dan deterjen, pestisida, debu, kotoran, keringat, desinfektan, petroleum, pupuk buatan, dan tanaman dan sejenisnya. Sedangkan bahan allergen yang dapat menyebabkan dermatitis kontak akibat kerja pada petani adalah bahan-bahan yang terbuat dari karet (sarung tangan, sepatu bot), *Potassium dichromate* (alat-alat pertanian), *preservatives* (pada pupuk buatan), pestisida, antimikrobia, *cow dander*, serbuk gandum, tepung terigu, dan *storage myte, molds*.<sup>1,9</sup>

## **PATOGENESIS**

Patogenesis DKAK pada petani sama layaknya seperti patogenesis dermatitis kontak lainnya. Dermatitis kontak akibat kerja dapat digolongkan menjadi dua, yaitu dermatitis kontak alergik (DKA) dan dermatitis kontak iritan (DKI). Berikut patogenesis dari DKA dan DKI.

## **Dermatitis Kontak Alergik (DKA)**

Mekanisme terjadinya kelainan kulit pada DKA adalah mengikuti respon imun yang diperantarai oleh sel T atau reaksi imunologik tipe IV, suatu hipersensitivitas tipe lambat. Reaksi ini terjadi melalui dua fase, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi. Hanya individu yang telah mengalami sensitisasi yang dapat menderita DKA.<sup>9</sup>

### Fase Sensitisasi

Bahan kontak, atau sensitizer disebut juga hapten. Hapten melakukan penetrasi ke dalam kulit (*stratum corneum*) setelah berikatan dengan protein (menjadi antigen) dan ditangkap oleh sel Langerhans (APC) dengan melakukan *pinocytosis*. Sel Langerhans kemudian bermigrasi ke kelenjar limfonodi dan antigen didalamnya akan mengalami proses degradasi dari protein menjadi peptide yang berikatan dengan molekul MHC II dan kemudian diekspresikan ke permukaan sel penyaji tersebut. Di dalam limfonodi antigen yang ada di permukaan APC tersebut akan berikatan dengan sel T Helper melalui *T Cell Receptor* (TCR). Dari sinilah awal proses imunologis terjadi, Interleukin-12 (IL-12) yang dilepaskan oleh APC akan meningkatkan diferensiasi sel Th0 menjadi sel Th1, sel Th1 ini akan melepaskan IL-2 yang memacu proses sensitisasi jalur eferen reaksi alergi tipe IV. Dalam proses ini telah terbentuk sel Th yang tersensitisasi dan telah mengenal antigen tertentu. Sel Th yang aktif ini akan beredar ke dalam sirkulasi, dalam limfonodi juga terjadi diferensiasi sel Th menjadi sel Th memori. Sel Th yang telah sensitif tersebut akan masuk dalam sirkulasi darah dan tersebar ke seluruh tubuh. Hal ini dapat menerangkan mengapa terjadi keadaan sensitivitas yang sama di seluruh tubuh.<sup>8</sup>

## Fase Elisitasi

Disebut juga fase eferen merupakan fase invasi sel-sel radang ke dalam kulit, proses ini terjadi sebagai akibat dari pajanan ulang dari antigen yang sama dan adanya berbagai mediator yang dilepaskan oleh sel T akan menghasilkan sejumlah sitokin yang penting untuk terjadinya reaksi radang seperti IL-2 dan IFN- $\gamma$ . Keratinosit juga memproduksi *Intercellular Adhesion Molecule-1* (ICAM-1) yang dapat mempermudah penetrasi sel radang ke dalam kulit. Fase ini lebih cepat dari fase sensitisasi, umumnya terjadi dalam waktu 48 jam setelah terjadi pajanan ulang. Makrofag dan sel Langerhans juga akan melepaskan berbagai mediator lain seperti protease, prostaglandin, interferon, lisosom, pirogen endogen, dan endotoksin. Sebagai hasil akhir dari proses ini bermanifestasi berupa peradangan kulit yang *eczematous*.<sup>8</sup>

## **Dermatitis Kontak Iritan (DKI)**

Dermatitis kontak iritan dikarenakan kerusakan langsung pada kulit tanpa adanya sensitisasi. Bahan-bahan iritan akan menimbulkan kerusakan pada keratinosit, tetapi beberapa dapat dapat menyebar melewati membran dan merusak lisosom, mitokondria, ataupun komponen nukleus. Kerusakan membran mengakibatkan teraktivasinya fosfolipase dan mengeluarkan *arachidonic acid* dan tersintesisnya *eicosanoids*. Hal ini menyebabkan teraktivasinya *second-messenger* diikuti dengan tersintesisnya *cell surface molecules* dan sitokin. Eicosanoids dapat mengaktivasi sel T dan berpotensi *chemoattractants* untuk limfosit dan neutrofil. Kedua sel ini menginfiltrasi kulit dan menyebabkan respon klinis berupa respon inflamasi.<sup>9</sup>

## MANIFESTASI KLINIS

Lokalisasi tersering DKAK pada petani adalah tangan (sekitar 80-90%).<sup>1,5</sup> Hal ini mengingatkan akan pekerjaan petani yang berhubungan dengan tangan. Lokasi DKAK lainnya pada petani meliputi kaki dan badan. Petani dengan jenis kelamin perempuan lebih rentan terkena DKAK dibandingkan dengan laki-laki. Banyak kasus DKAK dimulai dari eritema dan bersisik di *metacarpophalangeal joints* dan daerah sekitar belakang jemari, dan di sela-sela jemari (**Gambar 1**).<sup>1</sup>

Adapun lokasi lainnya adalah lengan jika tidak tertutupi dan pada wajah serta leher apabila terpapar dengan debu atau *fumes*. Alergik terhadap karet dapat menyebabkan dermatitis. Beberapa pekerja mengalami proses adaptasi terhadap alergen dan iritan. DKAK dapat terjadi kapan saja, tetapi mengalami puncak setelah lama bekerja.<sup>5</sup>

Penderita DKA umumnya mengeluh gatal. Kelainan kulit bergantung kepada keparahan dermatitis dan lokalisasinya. Pada yang akut dimulai dengan bercak eritematosa yang berbatas agak jelas, kemudian diikuti edema, dan papulovesikel. Vesikel dapat pecah menimbulkan erosi dan eksudasi (basah). Pada yang kronik terlihat kulit kering, berskuama, papul, likenifikasi dan mungkin juga fisur, batasnya tidak jelas. Kelainan ini sulit dibedakan dengan DKI kronik.<sup>8</sup>

Gejala DKI akut timbul beberapa saat setelah adanya paparan iritan. Kulit akan menunjukkan gejala eritema, edema, bula, dan nekrosis, serta adanya keluhan *stinging*, rasa terbakar, ataupun sensasi rasa sakit. Lesi berbatas tajam.<sup>2</sup>

DKI kronik timbul akibat dari paparan yang berulang-ulang, baik oleh air, sabun, ataupun deterjen. Sedikit eritema dengan skuama halus merupakan gejala awal. Gejala akan berkembang menjadi skuama, fisura, pecah-pecah, ataupun pendarahan fisura dikarenakan robeknya dermis.<sup>2</sup>

## **DIAGNOSIS**

Diagnosis DKAK pada petani dapat dilakukan dengan beberapa tahap, yakni anamnesis, pemeriksaan fisik, uji tempel, dan investigasi ke tempat kerja penderita.<sup>1,2</sup>

Anamnesis dilakukan mencakup riwayat kontak dengan alergen atau iritan setiap harinya di tempat kerja dan di rumah. Seberapa seringnya berkontak dengan alergen atau iritan pada pekerjaan penderita juga menambah informasi dalam mendiagnosis penderita. Seberapa lama keluhan sekarang dan lokasi mana yang terlebih dahulu muncul. Kaki dan badan jarang terkena DKAK pada awal keluhan. Kebersihan dalam bekerja dan di rumah, penggunaan obat-obatan (baik topikal maupun sistemik), penggunaan sarung tangan, riwayat atopik dapat memudahkan dalam mendiagnosis DKAK.<sup>2</sup>

Beberapa pertanyaan yang dapat ditanyakan dalam mendiagnosis DKAK yaitu:

- Kapan timbulnya gejala awal DKAK?
- Dimana lokasi/tempat terjadinya DKAK?
- Bagaimana penyebaran dan waktu penyebaran DKAK?
- Ada tidaknya kontak terhadap alergen dan iritan tertentu yang berada di sekitar penderita? (seperti yang sudah dijelaskan pada subbab etiologi)
- Apakah gejala membaik jika pekerjaan dihentikan dan memburuk jika pekerjaan tetap dilanjutkan?
- Adakah cara atau upaya untuk meringankan gejala DKAK seperti baju, produk khusus lainnya?
- Apakah teman bekerja penderita juga mengalami gejala yang sama?

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam mendiagnosis DKAK. Pemeriksaan ini terkonsentrasi pada lokalisasi, demarkasi, dan ekspresi morfologikal, seperti kemerahan, vesikel, bula, nekrosis, papul, skuama, dan fisura. Selain lesi pada tangan, pemeriksa



perlu melakukan pemeriksaan pada wajah dan leher karena DKAK dapat terjadi baik di tangan maupun di wajah. Pemeriksa juga dapat melakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan dermatitis atopik, psoriasis, kulit kering, dan *eczema* lainnya.<sup>2</sup>

Uji tempel sangat diperlukan dalam mendiagnosis DKAK, khususnya dermatitis pada tangan. Uji ini fokus pada jenis alergen di tempat kerja penderita, lingkungan rumah penderita, produk kesehatan kulit dan kosmetik penderita. Umumnya digunakan alergen yang sudah distandarisasi dan jika memungkinkan pemeriksa menguji beberapa sampel material dari tempat kerja penderita.<sup>2</sup> Hasil uji tempel harus diinterpretasi dengan baik untuk menghindari positif palsu atau negatif palsu. Untuk itu, pengulangan, *serial dilution* dan uji kontrol perlu dilakukan (**Tabel 1**).<sup>1</sup>

Investigasi ke tempat bekerja penderita dapat dilakukan untuk mendiagnosis DKAK. Investigasi pemeriksa bertujuan untuk mengetahui informasi yang didapatkan langsung dari kunjungan langsung. Informasi yang didapatkan berupa alamat tempat bekerja penderita, banyaknya pekerja lainnya, kondisi pekerjaan penderita, dan informasi mengenai bahan alergen dan iritan yang ada di tempat kerja. Informasi ini dapat menjelaskan keterkaitan uji tempel penderita terhadap keadaan penderita di tempat kerja, alergen lain yang tidak diketahui, konfirmasi diagnosis DKI, perkembangan gejala DKAK penderita, dll.<sup>1</sup>

## **DIAGNOSIS BANDING**

### **Dermatitis Atopik**

Penderita dengan atopik mempunyai resiko terjadinya DKAK (iritan) 13,5 kali lebih sering dibandingkan dengan penderita non-atopik. Ciri khas pada dermatitis atopik adalah umur penderita yang cenderung muda dan mempunyai gambaran kering dan rasa

gatal sepanjang hidupnya. Gejala cenderung menyebar sampai punggung tangan dan jari, dan dapat menyebar sampai pergelangan tangan.<sup>3</sup>

### **Dermatitis Numularis**

Penyebab dermatitis numularis masih belum dapat diketahui. Gambaran kelainan kulit ini adalah kemerahan dalam bentuk sirkular, skuama, dan eritema yang seringnya ditemukan pada punggung tangan. Gejala dapat ditemukan pada ekstremitas. Inflamasi kadang subakut atau kronik dan bersifat psoriatik.<sup>3</sup>

### **Pompholyx**

Pompholyx adalah suatu keadaan dimana vesikel berkembang secara simetrik menuju lateral tangan dan adanya rasa gatal. Pompholyx biasa terjadi di telapak tangan, kaki, ataupun jari-jari kaki dan berkembang menjadi distrofi kuku. Vesikel biasanya hilang sesudah 2 sampai 4 minggu, tetapi dapat kambuh dalam interval waktu tertentu.<sup>3</sup>

### **Dermatitis Hiperkeratosis**

Dermatitis hiperkeratosis merupakan penyakit kronik yang simetris dan terdapat skuama pada permukaan telapak tangan. Biasanya terjadi pada laki-laki setengah baya. Penyebab belum diketahui. Gejala klinis biasanya kronik dan menetap.<sup>3</sup>

### **Infeksi**

Bakteria gram positif ataupun jamur bisa berkembang menjadi penyakit kronik. Jika dalam suatu kasus dicurigai adanya infeksi, maka dibutuhkan kultur vesikel ataupun pustula dan *scraping* lesi dengan *potassium hydroxide* untuk jamur.<sup>3</sup>

## **PENATALAKSANAAN**

Pengobatan DKAK akut bertujuan untuk membatasi tidak bisa bekerja dalam waktu yang lama, sedangkan, pengobatan DKAK kronik bertujuan untuk mengembalikan produktivitas penderita dalam pekerjaannya.<sup>1</sup>

DKAK akut dapat dikompres dingin dengan larutan Burow (*Aluminium acetate* dalam air), salin, ataupun air yang dapat mengurangi vesikulasi akibat DKAK akut dan mengurangi inflamasi.<sup>10</sup>

DKAK baik akut maupun kronik perlu diobati dengan pengobatan standar untuk dermatitis.<sup>3</sup>

### **Hidrasi**

Penggunaan emollients yang mengandung lemak, dapat digunakan untuk pencegahan pada penderita kronik, walaupun gejala dapat dikontrol.<sup>3</sup> Emollients juga dapat diberikan pada DKAK subakut untuk membuat lapisan protektif terhadap kulit yang iritasi dengan meningkatkan hidrasi.<sup>10</sup>

### **Identifikasi dan Penghindaran**

Uji tempel digunakan untuk mengetahui alergen yang menyebabkan DKAK pada penderita. Oleh sebab itu, pencegahan kontak dengan alergen sangat penting dalam pengobatan DKAK. Jika memang penghindaran alergen sulit dilakukan, penderita dianjurkan untuk mengganti pekerjaannya.<sup>3</sup>

### **Steroid Topikal**

Kortikosteroid topikal merupakan pilihan pertama terapi untuk mengontrol inflamasi. Inflamasi subakut dapat diobati dengan steroid group III dan IV. Sedangkan inflamasi kronik, dibutuhkan steroid group I dengan oklusi selama 1 sampai 3 minggu (**Tabel 2**).<sup>3</sup>

### **Steroid Oral**

Steroid sistemik berfungsi pada kasus-kasus tertentu dan dipakai untuk pengobatan gejala vesikular akut. Efek samping dari terapi ini adalah katarak, osteoporosis, dan hiperglikemia.<sup>3</sup>

### **Antihistamin Oral**

Antihistamin yang dipakai adalah AH1 yang dapat memblokir pengeluaran histamin yang dapat menyebabkan rasa gatal.<sup>3</sup>

### **Radiasi UV**

Radiasi dengan UV A dapat mengobati dermatitis. Pengobatan ini bekerja dengan menekan sistem imun penderita dan mengurangi inflamasi. Radiasi dengan UV B kurang baik jika dibandingkan dengan UV A.<sup>3</sup>

## **PENCEGAHAN**

### **Eliminasi Paparan Alergen dan Iritan**

Petani dapat terpapar banyak bahan alergen maupun iritan saat menanam atau bercocok tanam. Jika diketahui jenis alergen dengan uji tempel atau iritan yang menyebabkan DKAK pada penderita, maka alergen atau iritan tersebut harus dihindarkan dari penderita.<sup>9</sup>

### **Proteksi Personal**

Sarung tangan dapat mencegah DKAK. Ada beberapa syarat khusus dalam pembuatan sarung tangan yang dapat melindungi pekerja dari DKAK. Selain sarung tangan, krim protektif membuat sebuah lapisan antara kulit dan alergen/iritan. Akan tetapi, hasil survey mengatakan bahwa 98% percaya krim protektif tidak lebih efektif dibandingkan dengan emollients dalam pencegahan dermatitis tangan. Emollients dapat digunakan

sebelum atau sesudah penderita melakukan pekerjaan. Emollients digunakan untuk mencegah DKI, yang bekerja dalam pembentukan lapisan protektif pada kulit.<sup>11</sup>

### **Identifikasi Pekerja yang Beresiko Tinggi**

Pekerja lainnya perlu diperiksa apakah mereka mempunyai bakat DKAK atau tidak. Oleh karena itu, dibutuhkan kuisisioner, misalnya apakah ada riwayat atopik.<sup>11</sup>

### **Lainnya**

Selain pencegahan dengan hal-hal di atas, kebersihan individual juga berperan penting pada pencegahan DKAK. Kebersihan individual mencakup kebersihan tangan, pakaian, kulit, dll. Kebersihan lingkungan kerja juga perlu diperhatikan.<sup>11</sup>

Pihak perusahaan juga perlu mengetahui gejala-gejala DKAK, sehingga dibutuhkan edukasi yang cukup kepada semua pekerja. Hal ini bertujuan untuk menghindari DKAK berkembang menjadi kronik.<sup>11</sup>

### **PROGNOSIS**

Prognosis untuk penderita umumnya buruk walaupun penderita mengganti pekerjaannya. Jika penderita melanjutkan pekerjaan dengan resiko tinggi, DKAK akan semakin memburuk. Oleh karena itu, disarankan untuk mencari pekerjaan lainnya yang tidak beresiko.<sup>1</sup>

## **RINGKASAN**

Dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) merupakan salah satu kelainan kulit yang sering dijumpai dan di Finlandia DKAK pada petani merupakan peringkat pertama dibandingkan dengan pekerjaan lainnya. Penyebab iritan yang sering mengakibatkan DKAK pada petani meliputi sabun dan deterjen, pestisida, debu, kotoran, keringat, desinfektan, petroleum, pupuk buatan, tanaman; sedangkan bahan alergen meliputi bahan-bahan yang terbuat dari karet, *Potassium dichromate*, *preservatives*, pestisida, antimikrobia, *cow dander*, serbuk gandum, tepung terigu, dan *storage myte* atau *molds*.

Umumnya DKAK pada petani terjadi di tangan. Gatal merupakan gejala umum pada DKA, sedangkan gejala rasa terbakar dan sakit pada DKI. DKAK pada petani dapat didiagnosis dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, uji tempel, dan investigasi pemeriksa ke lahan penderita. Beberapa penyakit lain dapat memberikan gejala yang serupa dengan DKAK sehingga dibutuhkan kecermatan untuk menyingkirkan kemungkinan diagnosis lainnya.

Penatalaksanaan DKAK dimulai dari penghindaran dari alergen dan iritan sampai kortikosteroid topikal ataupun oral. Pencegahan DKAK meliputi eliminasi paparan alergen dan iritan, proteksi personal, identifikasi pekerja yang beresiko tinggi, serta lainnya. Secara umum, DKAK memiliki prognosis yang buruk jika tidak diobati dan tidak menghindari faktor pencetusnya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ. Textbook of Contact Dermatitis. Springer-Verlag: 1995: pp. 146–385.
2. Menne T, Maibach HI. Hand Eczema. CRC Press: 2000: pp.133–8.
3. Adam D, Perry, Trafeli JP. Hand Dermatitis: Review of Etiology, Diagnosis, and Treatment. JABFM 2009; 22: 325–320.
4. Dillon BT. Contact Dermatitis. (Akses 17 November 2012). [Available at: [http://www.emedicinehealth.com/contact\\_dermatitis/page16\\_em.htm#Authors%20and%20Editors](http://www.emedicinehealth.com/contact_dermatitis/page16_em.htm#Authors%20and%20Editors)].
5. Gawkrödger DJ. Dermatology An Illustrated Colour Text. Churchill Livingstone: 2003: pp. 39–117.
6. Hogan DJ. Contact Dermatitis, Irritant. (Akses 17 November 2012). [Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1049353-overview>].
7. Meyer JD, Chen Y, Holt DL, Beck MH, Cherry NM. Occupational Contact Dermatitis in the UK: a Surveillance Report from EPIDERM and OPRA. Occupational Medicine 2000; 50: 265–73.
8. Djuanda A, et al. Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: 2002: pp. 133–8.
9. Marks JG, Elsner P, Deleo VA. Contact and Occupational Dermatology. Mosby: 2002: pp. 10–343.
10. Modi GM, Doherty CB, Katta R, Orengo IF. Irritant Contact Dermatitis from Plants: Treatment and Prevention. (Akses 14 November 2012). [Available at: [http://www.medscape.com/viewarticle/706404\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/706404_5)].
11. Brown T. Strategies for Prevention: Occupational Contact Dermatitis. Occupational Medicine 2004; 54: 450–7.

**Gambar 1** Dermatitis Tangan<sup>5</sup>



**Tabel 1** Karakteristik DKAK<sup>2</sup>

Karakteristik	DKI	DKA
Klinis	Oligomorfik; eritema, skuama, fisura	Polymorfik; eritema, papul, vesike, crusta, eksudasi, erosi likenifikasi
Batas Lesi	<i>Patchy</i> , relatif tidak jelas	Tidak jelas, cenderung menyebar (pergelangan tangan, bawah lengan, wajah)
Predileksi	Ujung jari, sela-sela jari, punggung tangan, ibu jari	Interdigital, jari, telapak tangan, punggung tangan
Perjalanan Penyakit	Kronik, diperparah oleh perubahan iklim, pekerjaan basah, deterjen, sarung tangan	Kambuhan, sembuh jika liburan atau akhir pekan
Epidemiologi	Banyak penderita dalam lingkungan yang sama	Satu penderita di lingkungan yang sama
Faktor Resiko	Kulit kering, dermatitis atopik, psoriasis palmaris, dan paparan terhadap iritan	Paparan terhadap alergen
Uji Tempel	Negatif, positif non-relevan	Positif relevan, negatif jika alergen terabaikan



**Tabel 2** Klasifikasi Kortikosteroid Topikal<sup>3</sup>

<b>Group</b>	<b>Nama Obat</b>
I	Betamethasone dipropionate ointment, cream 0,05% Clobetasol propionate ointment, cream 0,05%
II	Floucinonide ointment, cream/gel 0,05% Halcinonide, cream 0,01%
III	Betamethasone valerate ointment, 0,01% Fluticasone propionate ointment, 0,005%
IV (midstrength)	Fluocinolone acetonide cream, 0,02% Triamcinolone acetate ointment, 0,1%
V	Hydrocortisone valerate cream, 0,2%
VI (mild)	Desonide cream, 0,05%
VII (lowest potency)	Hydrocortisone, 0,5%, 1%, 2,5% Dexamethasone, cream 0,1%