

Dermatitis Kontak Akibat Kerja: Penelitian Retrospektif

(Occupational Contact Dermatitis: Retrospective Study)

Dinar Witasari, Hari Sukanto

Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit kulit akibat kerja merupakan penyakit akibat kerja kedua terbanyak di Eropa setelah cedera muskuloskeletal, sedangkan penyakit kulit akibat kerja yang paling umum terjadi adalah dermatitis kontak, yaitu sebanyak 70-90%. Penentuan penyebab dermatitis kontak pada lingkungan kerja sangat penting, karena menghindari bahan penyebab akan mengarah pada kesembuhan dan mengurangi angka kekambuhan. **Tujuan:** Mengevaluasi penatalaksanaan pasien baru dengan dermatitis kontak akibat kerja di Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Metode:** Studi retrospektif pasien baru dermatitis kontak akibat kerja di Divisi Alergi Imunologi selama tahun 2010-2012. **Hasil:** Jumlah kunjungan pasien baru dermatitis kontak akibat kerja selama periode tahun 2010-2012 sebanyak 50 pasien baru, dominasi pada pasien laki-laki usia produktif (25-44 tahun). Diagnosis dermatitis kontak iritan (DKI) lebih banyak daripada dermatitis kontak alergi (DKA). Mayoritas pekerjaan pasien adalah pekerja pabrik, dengan bahan yang paling banyak dicurigai adalah bahan kimia. Dari seluruh pasien dermatitis kontak, sebanyak 21,7% pasien dilakukan uji tempel. Terapi yang diberikan terbanyak adalah antihistamin dan steroid topikal. Sebanyak 46% pasien tidak melakukan kunjungan ulang ke Unit Rawat Jalan (URJ) Kulit dan Kelamin. **Simpulan:** Jumlah kunjungan pasien baru dermatitis kontak akibat kerja di Divisi Alergi Imunologi selama periode tahun 2010-2012 sebanyak 50 orang. Uji tempel sebaiknya dilakukan untuk penegakan diagnosis dan mengetahui bahan penyebab dermatitis kontak.

Kata kunci : dermatitis kontak akibat kerja, tes tempel, studi retrospektif.

ABSTRACT

Background: Occupational skin disease is the second largest occupational disease in Europe after musculoskeletal injury. Most common occupational skin disease is contact dermatitis as many as 70-90%. Determining the cause of contact dermatitis in occupational environment is very important to avoid causing substances and to establish healing as well as reducing the recurrence rate. **Purpose:** To evaluate the management of new patients with occupational contact dermatitis in Allergy Immunology Division, Dermatology and Venerology outpatient clinic Dr. Soetomo General Hospital Surabaya in period of 2010-2012. **Methods:** Retrospective study of new patients with occupational contact dermatitis in Allergy Immunology Division during 2010-2012. **Results:** New patient of occupational contact dermatitis during the period of 2010-2012 were 50 new persons, predominantly occurred in male in reproductive age (25-44 year old), irritant contact dermatitis (ICD) occurred more frequent than allergic contact dermatitis (ACD). The majority of subjects were factory workers, with the most suspected ingredients was chemicals. About 21.7% patients underwent patch test. The therapy mostly given were antihistamines and topical steroids. There were 46% of patients who did not visit outpatient clinic again. **Conclusions:** New patients of occupational contact dermatitis in Allergy Immunology Division during the period of 2010-2012 were as many as 50 new patients. Patch test should be performed to establish the diagnosis and determine the cause of contact dermatitis materials.

Key words: occupational contact dermatitis, patch test, retrospective study.

Alamat korespondensi: Dinar Witasari, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya, 60131, Telp. +62315501609, email: deenar12@gmail.com

PENDAHULUAN

Penyakit kulit akibat kerja merupakan salah satu penyakit akibat kerja (*occupational disease*) yang banyak terjadi pada masyarakat, dan merupakan penyakit akibat kerja kedua terbanyak di Eropa setelah cedera muskuloskeletal.¹ Penyakit kulit akibat kerja yang paling umum terjadi adalah dermatitis kontak, yaitu sebanyak 70-90%.² Dermatitis kontak adalah dermatitis atau peradangan yang disebabkan terpaparnya kulit dengan bahan dari luar yang bersifat iritan atau alergen, dan dalam hal ini paparan berasal dari lingkungan pekerjaan.³ Gambaran klinis dan perjalanan penyakit dermatitis kontak akibat kerja sangat bervariasi tergantung pada berbagai faktor internal maupun eksternal.³

Prevalensi dermatitis kontak akibat kerja bervariasi di tiap negara, hal ini terjadi karena tidak adanya definisi standarisasi kasus, metode diagnostik, dan sistem pencatatan yang jelas. Prevalensi tinggi ditemukan pada kelompok pekerja khusus seperti perawat, penata rambut, pekerja pengolahan makanan, dan pekerja besi.⁴

Informasi mengenai karakter atau gambaran umum dari pasien yang menderita dermatitis kontak akibat kerja sangat terbatas, terutama di Indonesia. Informasi tersebut dapat digunakan untuk mengenali faktor-faktor yang berperan pada dermatitis kontak akibat kerja sehingga akan mengarah pada penanganan dan strategi pencegahan yang tepat.⁵ Penentuan penyebab dermatitis kontak pada lingkungan kerja sangat penting untuk identifikasi secara tepat, karena menghindari bahan penyebab akan mengarah pada kesembuhan dan mengurangi angka kekambuhan.²

Untuk mendapatkan informasi mengenai karakter dan penanganan pasien baru yang menderita dermatitis kontak akibat kerja dan menindaklanjuti penelitian retrospektif serupa yang dilakukan oleh Miftah dan kawan-kawan pada tahun 2006-2009, maka dilakukan penelitian retrospektif ini untuk mengevaluasi penatalaksanaan terhadap pasien dermatitis kontak akibat kerja.

METODE

Penelitian dilakukan secara retrospektif dengan mencatat data-data pada rekam medis pasien baru dermatitis kontak akibat kerja di Divisi Alergi Unit Rawat Jalan (URJ) Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode 2010-2012 (3 Tahun). Setelah semua data rekam medis dicatat, selanjutnya dilakukan penelitian mengenai jumlah kasus, umur, jenis kelamin, pekerjaan, domisili, keluhan utama, anamnesis, diagnosis, pemeriksaan fisis, uji tempel, dan tatalaksana yang diberikan.

HASIL

Jumlah kunjungan pasien baru dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode tahun 2010-2012 sebanyak 50 pasien baru. Kunjungan terbanyak pada tahun 2011 yaitu sebanyak 20 pasien baru. Pada tahun 2010 jumlah kunjungan sebanyak 14 pasien baru dan tahun 2012 sebanyak 16 pasien baru (Tabel 1).

Pasien baru DKAK di Divisi Alergi Imunologi URJ Kulit Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010-2012 yang terbanyak adalah dari kelompok umur 25-44 tahun, yaitu 28 pasien (56%), dan paling sedikit pada kelompok usia diatas 65 tahun sebanyak 3 pasien (6%) (Tabel 2). Berdasarkan jenis kelamin, pasien baru DKAK laki-laki sebesar 27 orang (54%) dan pasien baru DKAK perempuan sebesar 23 orang (46%) (Tabel 3).

Selama periode 3 tahun (2010-2012), jenis pekerjaan pasien baru DKAK yang terbanyak adalah pekerja pabrik sebanyak 13 pasien (26%), diikuti pekerja bengkel dan pekerja bangunan sebanyak masing-masing 5 pasien (10%) (Tabel 4). Sebagian besar pasien bertempat tinggal di Surabaya sebanyak 37 (74%) pasien, dan sebanyak 13 (26%) pasien bertempat tinggal di luar Surabaya.

Keluhan utama pasien baru DKAK di Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin Surabaya periode tahun 2010-2012, terbanyak datang dengan

Tabel 1. Distribusi pasien baru DKAK Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010 - 2012

| Pasien baru | Tahun (%) | | | Jumlah (%) |
|---------------------|------------|------------|------------|-------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | |
| DKAK | 14 | 20 | 16 | 50 |
| Dermatitis kontak | 259 (5,4) | 279 (7,2) | 386 (4,1) | 924 (5,4) |
| Divisi alergi | 884 (1,6) | 745 (2,7) | 1126 (1,4) | 2755 (1,8) |
| URJ kulit & kelamin | 6732 (0,2) | 7654 (0,3) | 8924 (0,2) | 23310 (0,2) |

Tabel 2. Distribusi umur pasien baru DKAK Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010 – 2012

| Kelompok umur (tahun) | Tahun (%) | | | Jumlah (%) |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | |
| 15 - 24 | 1 (7,1) | 5 (25,0) | 3 (18,7) | 9 (18,0) |
| 25 - 44 | 8 (57,2) | 10 (50,0) | 10 (62,5) | 28 (56,0) |
| 45 - 64 | 4 (28,6) | 4 (20,0) | 2 (12,5) | 10 (20,0) |
| ≥ 65 | 1 (7,1) | 1 (5,0) | 1 (6,3) | 3 (6,0) |
| Jumlah | 14 (100) | 20 (100) | 16 (100) | 50 (100) |

Tabel 3. Distribusi jenis kelamin pasien baru DKAK Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010 – 2012

| Jenis Kelamin | Tahun (%) | | | Jumlah (%) |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Laki - laki | 9 (64,3) | 9 (45,0) | 9 (56,3) | 27 (54,0) |
| Perempuan | 5 (35,7) | 11 (55,0) | 7 (43,7) | 23 (46,0) |
| Jumlah | 14 (100) | 20 (100) | 16 (100) | 50 (100) |

Tabel 4. Distribusi pekerjaan pasien baru DKAK Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010 - 2012

| Pekerjaan | Tahun (%) | | | Jumlah (%) |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Pabrik | 4 (28,6) | 6 (30,0) | 3 (18,7) | 13 (26,0) |
| Bengkel | 0 | 1 (5,0) | 4 (25,0) | 5 (10,0) |
| Bangunan | 2 (14,3) | 1 (5,0) | 2 (12,5) | 5 (10,0) |
| Tukang cuci | 3 (21,4) | 0 | 1 (6,3) | 4 (8,0) |
| Salon | 2 (14,3) | 1 (5,0) | 1 (6,3) | 4 (8,0) |
| Cleaning service | 1 (7,1) | 3 (15,0) | 0 | 4 (8,0) |
| Paramedis | 0 | 2 (10,0) | 2 (12,5) | 4 (8,0) |
| Tukang kebun | 1 (7,1) | 1 (5,0) | 1 (6,3) | 3 (6,0) |
| Mahasiswa | 1 (7,1) | 1 (5,0) | 0 | 2 (4,0) |
| Swasta | 0 | 1 (5,0) | 1 (6,3) | 2 (4,0) |
| Peternak | 0 | 1 (5,0) | 1 (6,3) | 2 (4,0) |
| Tukang sablon | 0 | 1 (5,0) | 0 | 1 (2,0) |
| Toko emas | 0 | 1 (5,0) | 0 | 1 (2,0) |
| Jumlah | 14 (100) | 20 (100) | 16 (100) | 50 (100) |

keluhan gatal yaitu pada 42 (84%) pasien, diikuti rasa panas sebesar 9 pasien (18%). Lama sakit pada pasien baru adalah lebih dari 1 bulan sebanyak 24 pasien (48%). Bahan yang dicurigai sebagai penyebab pada pasien baru DKAK di Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin Surabaya periode tahun 2010-2012 terbanyak adalah bahan kimia (22%) dan bahan pembersih (18%) (Tabel 5). Sebanyak 9 pasien (18%) memiliki riwayat atopik, terbanyak berupa rinitis dan dermatitis atopik masing-masing sebesar 3 (33,3%) pasien, sedangkan 27 (54%) pasien tidak memiliki riwayat atopik. Distribusi lokasi lesi terbanyak pada tangan sebesar 38 (76%) pasien diikuti dengan lesi pada lengan sebanyak 7 (14%) pasien. Efloresensi lesi yang terbanyak adalah makula eritematus pada 26 (52%) pasien, diikuti skuama pada 21 (42%) pasien.

Diagnosis dari pasien baru DKAK di Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr.

Soetomo Surabaya periode tahun 2010-2012 terbanyak berupa dermatitis kontak iritan (DKI) sebanyak 27 (54%) pasien, sedangkan dermatitis kontak alergi (DKA) terdapat 23 (46%) pasien.

Pelaksanaan uji tempel hanya dilakukan pada 5 (10%) pasien, sedangkan 45 (90%) pasien lainnya tidak dilakukan uji tempel. Hasil uji tempel menunjukkan pasien alergi terhadap *thiuram mix, epoxy resin, nickel sulfate hexahidrate, medibromoglutarontrile*. Penatalaksanaan pasien baru DKAK di Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010-2012 terbanyak diberikan antihistamin sebanyak 43 (86%) pasien, diikuti pemberian steroid topikal sebanyak 31 (62%) pasien (Tabel 6). Antihistamin terbanyak yang diberikan pada pasien adalah loratadin sebanyak 26 (60,5%) pasien. Penggunaan kortikosteroid oral sebanyak 22 pasien (44%). Kortikosteroid oral yang diberikan

Tabel 5. Distribusi bahan yang menyebabkan DKAK Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010 - 2012

| Bahan Penyebab | Tahun (%) | | | Jumlah (%) |
|----------------|-----------|----------|-------------|------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 (n=16) | |
| Bahan kimia | 2 (14,3) | 3 (15,0) | 3 (18,7) | 11 (22,0) |
| Pembersih | 1 (7,1) | 3 (15,0) | 3 (18,7) | 9 (18,0) |
| Detergen | 3 (21,4) | 1 (5,0) | 1 (6,3) | 4 (8,0) |
| Bahan Kosmetik | 2 (14,3) | 1 (5,0) | 2 (12,5) | 4 (8,0) |
| Sarung tangan | 0 | 3 (15,0) | 1 (6,3) | 4 (8,0) |
| Oli | 0 | 2 (10,0) | 2 (12,5) | 4 (8,0) |
| Semen | 0 | 1 (5,0) | 2 (12,5) | 3 (6,0) |
| Peptisida | 0 | 1 (5,0) | 0 | 2 (4,0) |
| Tembakau | 1 (7,1) | 1 (5,0) | 0 | 2 (4,0) |
| Pupuk | 2 (14,3) | 0 | 0 | 2 (4,0) |
| Logam | 0 | 2 (10,0) | 1 (6,3) | 2 (4,0) |
| Makanan ternak | 1 (7,1) | 1 (5,0) | 0 | 2 (4,0) |
| Sepatu karet | 1 (7,1) | 0 | 1 (6,3) | 1 (2,9) |

Tabel 6. Distribusi penatalaksanaan pasien baru DKAK Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode tahun 2010 - 2012

| Penatalaksanaan | Tahun (%) | | | Jumlah (%) (n=50) |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| | 2010 (n=14) | 2011 (n=20) | 2012 (n=16) | |
| Steroid oral | 6 (42,8) | 6 (30,0) | 10 (62,5) | 22 (44,0) |
| Antihistamin | 13 (92,8) | 18 (90,0) | 12 (75,0) | 43 (86,0) |
| Steroid topikal | 11 (78,6) | 14 (70,0) | 6 (37,5) | 31 (62,0) |
| Antibiotika oral | 2 (14,3) | 1 (5,0) | 0 | 3 (6,0) |
| Antibiotika topikal | 0 | 2 (10,0) | 4 (25,0) | 6 (12,0) |
| Urea 10% | 2 (14,3) | 8 (40,0) | 10 (62,5) | 20 (40,0) |
| Kompres NaCl 0,9% | 1 (7,1) | 2 (10,0) | 0 | 3 (6,0) |

terbanyak berupa deksametason (62%). Penggunaan antibiotik oral yaitu eritromisin pada 3 (75%) pasien dan kloksasilin pada 1 (25%) pasien, sedangkan penggunaan antibiotik topikal menggunakan salep natrium fusidat pada 6 pasien (12%). Penggunaan steroid topikal yang sering diberikan adalah desoksietason pada 15 (48,4%) pasien. Jumlah pasien yang tidak kontrol kembali sebanyak 23 (46%) pasien.

PEMBAHASAN

Jumlah kunjungan pasien baru dermatitis kontak akibat kerja dalam kurun waktu 3 tahun (2010-2012) sebanyak 5,4% (50 dari 924 pasien dermatitis kontak baru yang datang ke Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo. Berdasarkan literatur, angka kejadian DKAK bervariasi pada tiap-tiap negara berkisar antara 5 hingga 19 kasus per 10,000 pekerja setiap tahunnya.⁶ Bila dibandingkan dengan penelitian retrospektif sebelumnya oleh Miftah dan kawan-kawan, maka jumlah kunjungan pasien DKAK ke URJ cenderung stabil setiap tahunnya.

Selama 3 tahun (2010-2012) kunjungan terbanyak terdapat pada kelompok umur 25-44 tahun (56%), sedangkan yang paling sedikit pada kelompok umur > 65 tahun (6%). Pada penelitian retrospektif selama 18

tahun di Australia, juga didapatkan pasien DKAK dengan usia yang bervariasi antara 15-82 tahun dengan rata-rata umur 37 tahun, hal ini disebabkan karena pada kelompok usia ini merupakan kelompok usia produktif.⁵

Pada studi retrospektif ini didapatkan rasio perbandingan pasien laki-laki dan perempuan sebesar 1,7 : 1, hal ini sesuai dengan penelitian retrospektif di Australia.⁵ Sesungguhnya jenis kelamin bukan merupakan faktor endogen yang menyebabkan kulit seseorang rentan terhadap paparan bahan dari luar, namun hal ini semata-mata terjadi tergantung dari jenis dan lama kontak terhadap bahan paparan itu sendiri.⁷

Selama 3 tahun (2010-2012) jumlah terbanyak pekerjaan pasien adalah pekerja pabrik (26%), diikuti dengan pekerja bengkel dan bangunan sebanyak masing-masing 10%. Risiko timbulnya DKAK pada pekerja pabrik maupun pekerja bengkel dan bangunan tampaknya dikarenakan adanya paparan dengan bahan iritan dan atau alergen di tempat kerja, yang berat ringannya reaksi yang timbul berkaitan erat dengan tipe dan lama paparan yang terjadi. Sesuai dengan hasil studi retrospektif di Australia, pada penelitian ini juga didapatkan pekerja pabrik sebagai pekerjaan terbanyak yang menderita DKAK.⁵ Berdasarkan literatur, pekerja pabrik, pekerja bengkel, maupun pekerja bangunan

merupakan beberapa pekerjaan yang berisiko tinggi menderita DKAK. Pekerja pabrik dan pekerja bangunan dapat mengalami baik DKA maupun DKI, sedangkan pekerja bengkel lebih sering mengalami DKI.^{6,7}

Distribusi tempat tinggal pasien pada penelitian ini sebagian besar berasal dari Surabaya (74%) sedangkan yang berasal dari luar Surabaya sebanyak 26%, hal ini disebabkan adanya kemudahan akses untuk berobat ke RSUD Dr. Soetomo oleh penduduk Surabaya dibandingkan dengan penduduk luar Surabaya.

Keluhan terbanyak berupa rasa gatal (84%), diikuti dengan rasa panas (18%), dan kulit kering (12%). Keluhan yang timbul pada DKAK dapat bervariasi, tergantung sifat bahan paparan. Pada DKI yang akut akan lebih sering mengalami keluhan nyeri atau rasa panas seperti terbakar, sedangkan pada DKA rasa gatal lebih dominan, dan pada lesi yang kronis dapat berupa kulit yang kering dan terasa ketat.^{8,9}

Pada penelitian ini dari anamnesis didapatkan bahwa bahan yang paling sering dicurigai sebagai penyebab timbulnya DKAK adalah bahan kimia (11%) diikuti pembersih (18%). Menurut literatur, bahan kimia dan pembersih merupakan salah satu penyebab DKAK, disamping detergen, kobalt, nikel, bahan karet, dan larutan seperti *epoxy resin* dan formaldehid.⁷

Dari 50 pasien terdapat 9 pasien DKAK (18%) dengan riwayat penyakit alergi. Menurut suatu studi, individu dengan riwayat atopik memiliki risiko yang lebih tinggi untuk menderita DKAK. Individu dengan riwayat atopik akan mengalami perubahan pada sawar kulitnya, sehingga memudahkan bahan iritan atau alergen masuk ke lapisan kulit yang lebih dalam.^{4,7,10} Selain menjadi lebih rentan terhadap bahan iritan, tenaga kesehatan yang memiliki riwayat atopik juga akan mengalami gejala yang lebih parah dan lebih sulit untuk sembuh.^{4,7,11}

Dari penelitian ini selama kurun waktu 3 tahun, didapatkan lokasi lesi terbanyak yaitu pada tangan sebanyak 38 pasien (76%), kemudian diikuti pada lengan sebanyak 7 pasien (14%), wajah 4 pasien (8%), dan kaki sebanyak 1 pasien (2%). Pada penelitian retrospektif baik oleh Miftah maupun penelitian yang dilakukan di Australia, tangan merupakan lokasi tersering yang terkena DKAK.^{5,7,10}

Efloresensi terbanyak adalah makula eritematus didapatkan pada 26 (52%) pasien, adanya skuama pada 21 (42%) pasien, dan juga hipo/hiperpigmentasi pada 17 (34%) pasien. Presentasi klinis dari dermatitis kontak bervariasi berdasarkan alergen atau iritan penyebab dan

juga area yang terpapar. Sebagian besar DKAK timbul sebagai eksema pada 90% kasus. Lesi akut muncul sebagai plak eritem dan gatal yang secara cepat berubah menjadi vesikel dan kadang bula tegang. Terdapat eksudat serus jernih apabila vesikel tersebut pecah. Eritema dan edema bisa ditemui pada tahap subakut, dengan vesikulasi yang lebih sedikit, berganti dengan erosi, krustasi dan deskuamasi. Sedangkan pada lesi kronis, kulit akan menjadi kering dan kasar, pecah-pecah, berwarna keabuan, dan menebal dengan penampakan garis kulit yang lebih jelas yang disebut likenifikasi.⁸

Dari penelitian ini didapatkan data bahwa hanya 5 (21,7%) pasien yang dilakukan uji tempel, dan hasilnya reaktif terhadap *thiuram Mix*, *epoxy resin*, *nickel sulfate hexahidrate* dan *me-dibromoglutarontrile* (MDBN). Sebanyak 18 pasien tidak dilakukan uji tempel. Uji tempel dilakukan untuk mengetahui secara pasti bahan penyebab DKA, hal ini diperlukan untuk dapat menghindari bahan penyebab dan melakukan pencegahan agar dermatitis tidak kambuh kembali.¹² *Thiuram mix* merupakan bahan yang digunakan pada proses pembuatan karet, sedangkan nikel sangat umum digunakan sebagai bahan baku berbagai alat dan instrumen seperti bagian dari mesin, anting, dan jam tangan. *Epoxy resin* banyak digunakan sebagai *adhesif*, *electrical insulation*, cat dan tinta, juga sarung tangan vinil, sedangkan MDBN sering digunakan sebagai pengawet pada kosmetik.

Pada penelitian ini didapatkan diagnosis DKAK terbanyak berupa DKI sebanyak 27 (54%) pasien, sedangkan DKA didapatkan pada 23 (46%) pasien. Berdasarkan literatur, pada keseluruhan kasus DKAK, 80% merupakan DKI, sedangkan 20% merupakan DKA.^{6,7,8}

Pada penelitian ini hampir seluruh pasien mendapat terapi antihistamin (86%), dimana pilihan obat yang tersering adalah loratadin (60,5%). Pemberian antihistamin bertujuan untuk mengurangi keluhan rasa gatal yang timbul pada pasien dermatitis kontak.¹⁴ Steroid topikal merupakan pengobatan terbanyak kedua setelah antihistamin, yaitu pada 31 pasien (62%), yang terbanyak adalah desoksimeson (48,4%) diikuti hidrokortison globenikol (32,3%), dan hidrokortison 12,9%. Kortikosteroid topikal merupakan terapi yang umum diberikan pada dermatitis kontak bila lesinya lokal dan terbatas. Sediaan topikal yang digunakan dapat potensi sedang sampai kuat (kelas I – IV).¹³

Steroid oral diberikan pada 22 pasien (44%), dan semua pasien mendapat terapi oral kortikosteroid berupa tablet deksametason. Pemberian steroid sistemik digunakan untuk mengatasi kondisi yang berat dan akut, dan biasanya pada dermatitis kontak yang muncul pada >20% area tubuh.¹³ Pemberian antibiotik pada penelitian ini ditujukan untuk mengatasi infeksi sekunder yang terjadi, antibiotik oral diberikan pada 4 pasien (8%), sedangkan antibiotik topikal diberikan pada 6 (12%) pasien berupa salep natrium fusidat. Terganggunya sawar kulit menimbulkan risiko terjadinya infeksi sekunder, sehingga dapat digunakan antibiotik bila diperlukan untuk mengatasi infeksi.¹³

Menurut Pedoman Diagnosis dan Terapi Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2005, terapi untuk dermatitis kontak dapat berupa pengobatan sistemik maupun topikal. Pengobatan sistemik yang diberikan dapat berupa antihistamin yaitu klorfeniramin, dipenhidramin, dan loratadin. Kortikosteroid sistemik dapat digunakan pada kasus yang berat dan bila lesi luas (lebih besar dari 20%). Dapat digunakan prednison, deksametason, maupun triamsinolon. Untuk lesi yang terbatas dapat digunakan kompres larutan garam faali (NaCl 0,9%) bila lesinya akut dan eksudatif, dan bila bentuknya kronis dan kering dapat diberikan krim hidrokortison 1%, diflukortolon valerat 0,1%, atau krim betametason valerat 0,005-0,1%.

Pemberian pelembab sebagai salah satu penatalaksanaan DKAK diberikan pada 20 pasien (40%) yaitu dalam bentuk urea 10%. Pada individu sehat, penggunaan pelembab secara teratur juga akan mencegah DKI akibat detergen dengan mengurangi TEWL dan meningkatkan penyembuhan kulit.^{14,15} Pemberian kompres menggunakan larutan garam NaCl 0,9% pada 3 pasien (6%) DKI akut dapat mengurangi gejala radang atau maserasi.¹³

Sebagian besar pasien DKAK sebanyak 23 orang (46%) tidak melakukan kunjungan ulang. Kunjungan ulang yang rendah ini menyulitkan evaluasi terhadap perkembangan penyakit, sehingga tindak lanjut berikutnya tidak dapat dilakukan. Hal ini mempengaruhi rendahnya angka uji tempel pada pasien DKAK, mengingat uji tempel dilakukan setelah lesi mereda.

Edukasi pada pasien DKAK sangat penting, terutama menghindari bahan penyebab sehingga mempercepat penyembuhan dan mencegah kekambuhan. Uji tempel hendaknya dilakukan pada

penanganan pasien DKAK untuk mengetahui secara pasti bahan penyebab. Pada penelitian retrospektif ini didapatkan jumlah kunjungan pasien baru DKAK dalam kurun waktu 3 tahun (2010-2012) sebanyak 50 (5,4%) pasien dari keseluruhan pasien baru dengan dermatitis kontak yang datang ke Divisi Alergi dan Imunologi URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Kunjungan terbanyak terdapat pada kelompok umur 25-44 tahun sebanyak 28 (56%) pasien yang merupakan kelompok usia produktif, dan lebih banyak pasien laki-laki daripada perempuan. Pekerjaan terbanyak pasien adalah pekerja pabrik 13 (26%) pasien, diikuti dengan pekerja bengkel dan bangunan sebanyak masing-masing 5 (10%). Bahan yang paling sering dicurigai sebagai penyebab timbulnya DKAK adalah bahan kimia (22%). Terdapat 9 pasien DKAK (18%) dengan riwayat penyakit alergi. Diagnosis DKAK yang terbanyak berupa DKI sebanyak 27 (54%) pasien, sedangkan DKA didapatkan pada 23 (46%) pasien. Hasil uji tempel pasien pada penelitian ini reaktif terhadap *thiuram mix*, *epoxy resin*, *nickel sulfate hexahidrate*, dan MDBN. Sebagian besar pasien mendapat terapi antihistamin dan steroid baik sistemik maupun topikal. Sebanyak 23 (46%) pasien tidak kontrol kembali ke URJ Kulit dan Kelamin RSUD DR. Soetomo Surabaya.

KEPUSTAKAAN

1. Nicholson, PJ. Evidence Based Guidelines: occupational contact dermatitis and urticaria. *Occup Med* 2010; 60 :502-6.
2. Smedley J. Concise guidance: diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. *Clinical Med* 2010; 10 :487-90.
3. Kurpiewska J, Liwkowicz J, Benczek K. A survey of work-related skin disease in different occupations in Poland. *Int J Occup Safety and Ergonomics* 2011; 17:207-14.
4. Kezic S, Visser MJ, Verberk MM. Individual susceptibility to occupational contact dermatitis. *Industrial Health* 2009; 47:469-78.
5. Cahil J, Matheson MC, Palmer AM, Burgess JA, Dharmage SC, Nixon RL. Occupational contact dermatitis: a review of 18 years of data from an occupational dermatology clinic in Australia. *Australia Occup Dermatol Res and Education Centre* 2012. [cited 2013 Jan 16]. Available from: www.safeworkaustralia.gov.au/sites/swa/about/Publications/Documents/674/Occupational%20Contact%20Dermatitis.docx

6. Honari G, Taylor JS, Sood A. Occupational skin disease due to irritants and allergens. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw Hill Companies; 2012.p.2612-22.
7. Rycroft R, Frosch PJ. Occupational contact dermatitis. In: Frosch PJ, Menne T, Lepoittevin JP, editors. Contact dermatitis. 4th ed. New York: Springer; 2006.p.117-34.
8. Sasseville D. Occupational Contact Dermatitis. Allergy, Asthma, Clin Immunol 2008; 4:59-65.
9. Usatine RP, Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis. Am Family Physicians 2010; 82:249-55.
10. Duarte I, Rotter A, Lazzarini R. Frequency of occupational contact dermatitis in an ambulatory of dermatologic allergy. An Bras Dermatol 2010; 85:455-9.
11. Sood A, Taylor JS. Health care workers. In: Chew AL, Maibach HI, editors. Irritant dermatitis. New York: Springer; 2006.p.141-6.
12. Lachapelle JM, Maibach HI. Patch testing and prick Testing. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2009.
13. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. Bri J Dermatol 2009; 160:946-54.
14. Nicholson PJ. Occupational contact dermatitis: known knowns and known unknowns. Clin Dermatol 2011; 29:325-30.
15. Beltrani VS, Bernstein L, Cohen DE, Fonacier L. Contact dermatitis: a practice parameter. Annals of Allergy, Asthma, and Immunology 2006; 97:1-38.