



Epidemiologi **KESEHATAN KERJA** **DAN LINGKUNGAN**

Marselia Sandalayuk | Siti Rabbani Karimuna | Rina Marlina
Sukismanto | Salman | Okto Riristina Gultom | Ridha Restila | Desy Ria
Marliana Nurprilinda | Ferry Ronaldo | Chalis Fajri Hasibuan
Candra Kirana | Yona Palin T. | Ririn Teguh Ardiansyah



EDITOR:

Dr. Syawal Kamiluddin Saptaputra, S.K.M., M.Sc.

Dr. M. Nirwan, S.K.M., M.Kes.

BAB 8

FAKTOR-FAKTOR RISIKO PENYEBAB DERMATITIS KONTAK DI LINGKUNGAN PEKERJA

Dr. Desy Ria, M. Kes

A. Pendahuluan

Dermatitis kontak ialah reaksi peradangan di area kulit akibat kulit berkontak langsung dan biasanya berulang terhadap benda atau bahan kimia yang berbahaya, tergantung pada lokasi kontakannya, dermatitis kontak dapat terjadi dibagian tubuh mana saja (ESCD, 2020).

Dermatitis kontak ialah kelainan pada kulit yang disebabkan lingkungan kerja dan paling umum ditemui atau disebut occupational contact dermatitis. Dermatitis kontak dapat terjadi setiap kali kulit sering bersentuhan dengan bahan kimia dan zat lainnya yang berada di area kerja. Gejala yang paling umum meliputi gatal, bengkak, melepuh, pecah-pecah, atau kulit mengelupas.

Dermatitis kontak dibagi dalam dua kategori, yaitu Dermatitis Kontak Alergi (DKA) dan Dermatitis Kontak Iritan (DKI). Data statistik tahun 2013, bahwa 80% penyakit kulit akibat kerja adalah dermatitis kontak (ILO, 2013). DKI mendapat urutan nomor satu sebanyak 80% dan DKA sebanyak 14% - 20%.

Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa kualitas hidup pekerja secara signifikan dipengaruhi oleh dermatitis akibat kerja. Pada penelitian di Denmark, antara pekerja yang berusia <35 tahun, menunjukkan 53% mengganti pekerjaannya setelah

didiagnosis dermatitis kontak akibat kerja, dan 42.5% telah kehilangan pekerjaan karena dermatitis kontak akibat kerja (Dietz dkk, 2022).

B. Epidemiologi Dermatitis kontak

Pada tahun 2013, International Labour Organization (ILO), sebuah organisasi dunia, mengumumkan bahwa 80% penyakit kulit akibat kerja adalah dermatitis kontak. DKI menempati urutan pertama dengan persentase 80%, dan DKI pada peringkat kedua dengan persentase 14% hingga 20%.

Pada tahun 2014, dermatitis kontak menyerang sekitar 4,5 orang per 10.000 karyawan di Jerman, dengan insiden tertinggi terjadi di kalangan penata rambut yaitu 46,9 per 10.000 karyawan per tahun, dan 4,5 kasus per 10.000 karyawan per tahun di toko roti, yaitu 23,5 per 10.000 orang dan 16,9 kasus 10.000 pekerja pertahun pada koki pastry.

Berdasarkan Survei Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan tahun 2014, angka kejadian dermatitis secara nasional sebesar 6,8% (berdasarkan keluhan responden). Menurut data yang didapat 13 provinsi mempunyai angka kejadian dermatitis lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional: Sumatera Barat, Gorontalo, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Kalimantan Tengah, Nusa Tenggara Timur, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, Bangkok, dan DKI Jakarta, Nanggro Aceh Darussalam, Belitung dan Sulawesi Selatan.

Insiden dermatitis bervariasi antara 2% dan 10%. Diperkirakan 5-7% pasien dermatitis mengalami penyakit kronis, dimana 2-4% di antaranya sulit disembuhkan dengan pengobatan topikal (Tombeng, 2012). Jika dibandingkan pada penyakit lainnya, frekuensi dermatitis kontak adalah 79,8%, menjadikan dermatitis kontak sebagai penyakit kulit akibat kerja yang paling umum.

C. Klasifikasi Dermatitis Kontak

Predisposisi individu (karena faktor genetik atau penyakit radang kulit atau luka) dan paparan terhadap alergen dan bahan yang mengiritasi adalah faktor utama

perkembangan dermatitis kontak (Dickel, 2023). Dermatitis kontak diklasifikasikan menjadi dua bagian, yaitu (ESCD, 2020):

1. Dermatitis Kontak Iritan (DKI)

Dermatitis kontak iritan (DKI) merupakan sebuah kondisi peradangan kulit, yang disebabkan oleh reaksi paparan bahan iritan, zat fisik atau biologis yang bersentuhan dengan kulit tanpa dimediasi oleh respon imunologis. (Perdoski, 2017).

Dermatitis kontak non-alergi paling umum dengan prevalensi 1-2% pada populasi yang sehat. Terlokalisasi hampir pada tangan, dan sering dialami pada 'pekerjaan basah' seperti penata rambut, petugas kesehatan, petugas kebersihan, juru masak, dan catering.

Dermatitis kontak iritan dapat terjadi seketika kulit terpapar oleh bahan iritan atau berulang kali dalam jangka waktu yang lama. Hanya bagian kulit yang terkontak dengan bahan iritan yang terpengaruh.

Bahan-bahan iritan yang dapat menyebabkan DKI adalah deterjen dan surfaktan, larutan asam dan basa, pelarut organik, dan kadang-kadang bahkan air. Efek yang merusak dari zat-zat ini adalah pengangkatan emulsi lemak pada permukaan kulit, kerusakan fungsi penghalang kulit epidermis, dan pengangkatan zat pengikat air pada lapisan tanduk. Paparan tunggal biasanya tidak berbahaya, tetapi jika terjadi berulang-ulang dapat merusak.

2. Dermatitis Kontak Alergik (DKA)

DKA adalah reaksi hipersensitivitas tipe IV yang terutama dimediasi oleh limfosit yang sebelumnya tersensitisasi sehingga menyebabkan dermatitis. Pada pasien dengan DKA, interval antara kontak kulit dan erupsi dermatitis berikutnya lebih lama dibandingkan dengan kasus alergi yang diperantarai oleh antibodi, yaitu dalam hitungan jam/hari (alergi yang tertunda).

Zat yang menyebabkan alergi kontak adalah bahan kimia reaktif, biasanya dengan berat molekul <500 Da, tetapi secara

khusus dalam kisaran 500-1000 Da. Zat-zat ini umumnya tidak bersifat antigenik dengan sendirinya, tetapi hanya setelah terjadinya pengikatan protein yang disebut sebagai hapten.

Alergen kontak yang umum adalah logam (nikel, kromium, kobalt, emas), wewangian (bahan kimia parfum), resin kolofon, bahan kimia karet, obat topikal (neomisin, kortikosteroid), pengawet, bahan kimia plastik (akrilat, resin epoksi), zat warna, formaldehid, tanaman, dan lain-lain.

D. Etiologi Dermatitis Kontak

Pekerjaan adalah faktor risiko dari dermatitis kontak. Di bawah ini adalah tabel jenis pekerjaan yang berbahaya terhadap iritan serta alergen penyebab dari dermatitis kontak. (Perdoski, 2017):

Tabel 1. Etiologi Dermatitis Kontak

| Jenis Pekerjaan | Pajanan Iritan | Pajanan Alergen |
|------------------------|---|--|
| Agrikultur | Insektisida atau pestisida, diesel, pupuk, wet-work, bahan bakar, beberapa tumbuhan tertentu, minyak, pelarut, debu kayu. | Pestisida, oat, pakan ternak, barley, produk mengandung germisida, fungisida, semen, debu kayu, beberapa tumbuh-tumbuhan, wol. |
| Tukang Kue | Tepung, asam, bumbu rempah-rempah dapur, deterjen atau sabun, enzim sayuran, zat pembersih oven, jamur, minyak esensial | Tepung, bezoil peroksida, amonium persulfat, perasa-perasa artifisial, minyak esensial, pewarna makanan, beberapa buah-buahan. |
| Konstruksi | Fiber glass, asam, zat pembersih tangan, pelarut | Kromium, semen, epoksi resin, kobal, resin, nikel, debu |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| | | kayu, karet |
| Tukang Masak | Sabun, wet work, sayur, deterjen, ikan mentah dan daging, buah-buahan, bumbu rempah - rempah, tepung, gula, suhu yang panas. | Bumbu, perasa-perasa artificial, formaldehid, sodium metabisulfite, bawang putih |
| Kosmetologi | Deterjen, sabun, pelarut, pemutih, shampoo, larutan pengeriting, wet work | Parafenilenediamn, pewarna/cat rambut, pewangi, karet, methylmethacrylate, pengawet produk |
| Bidang Kesehatan Gigi | Adhesif (epoxy dan cyanoacrylates), wet work, tambalan gigi, minyak esensial, pelarut, amalgam | Obat-obat anestesi, eugenol, disinfektan, merkuri, methacrylates, aselerator karet, latex |
| Tukang Kembang | Sabun, wet-work, deterjen, pupuk, pestisida dan herbisida, kimiawi dan trauma mekanik | Pestisida atau insektisida, Tanaman |
| Bidang Kesehatan | Sabun, wet-work, ethylene oxide, deterjen dan sabun, alkohol, obat-obatan | Obat anestesi, sarung tangan bahan lateks, antiseptik, antibiotik |
| Mekanik | Pendingin, pelarut, pembersih lemak, pencegah korosif, larutan asam, sabun, suhu panas, logam | Nikel, kromium |

E. Patofisiologi Dermatitis

1. Dermatitis Kontak Iritan (DKI)

Dermatitis kontak iritan (ICD) adalah akibat klinis peradangan yang disebabkan oleh pelepasan sitokin inflamasi oleh sel kulit (terutama keratinosit), biasanya sebagai respons

terhadap rangsangan kimia. Dermatitis kontak iritan timbul sebagai akibat dari kekebalan bawaan yang diaktifkan tanpa sensitisasi sebelumnya, hal ini membedakannya dari dermatitis kontak alergi. Tiga perubahan patofisiologis utama adalah gangguan sawar kulit, perubahan sel epidermis, dan pelepasan sitokin (Aneja dkk, 2020).

Iritasi kulit oleh senyawa nonalergenik dan alergenik menginduksi migrasi dan pematangan sel Langerhans. Perkembangan DKI melibatkan interaksi sel epidermis, fibroblas dermal, sel endotel, dan leukosit di bawah kendali jaringan sitokin dan mediator lipid. Keratinosit juga berperan penting dalam memulai dan merespons peradangan kulit melalui pelepasan dan respons sitokin. Berbagai rangsangan lingkungan (radiasi UV, bahan kimia, dll) dapat menyebabkan keratinosit epidermis melepaskan sitokin (Aneja et al, 2020).

2. Dermatitis Kontak Alergen (DKA)

Patofisiologi DKA dimulai dengan kontak alergen dengan kulit. Alergen ini menembus stratum korneum kulit dan diserap oleh sel Langerhans. Sel Langerhans kemudian bermigrasi ke kelenjar getah bening regional. Antigen yang ditangkap oleh sel-sel ini bersentuhan dengan limfosit T di sekitarnya. Karena ekspansi klon serta proliferasi yang diinduksi sitokin, sel T yang spesifik antigen dihasilkan. Limfosit ini kemudian dapat bergerak melalui darah dan menembus epidermis. Proses-proses ini secara kolektif dikenal sebagai fase kognitif DKA. Fase stimulasi adalah fase yang terjadi setelah paparan berulang terhadap antigen. Sel Langerhans yang mengandung antigen berinteraksi dengan sel T spesifik untuk antigen tersebut, mengaktifkan proliferasi yang diinduksi sitokin. Proliferasi ini pada gilirannya menciptakan respons inflamasi lokal (Murphy et al., 2023).

F. Manifestasi Klinis Dermatitis Kontak

Pada pasien dengan dermatitis kontak, biasanya mengeluh gatal - gatal, terbakar, menyangat, nyeri di lesi primer pada awal perjalanan perjalanan penyakit (Ahmad, 2021). Gambaran klinis dermatitis kontak bervariasi. Secara

klinis, dermatitis kontak dapat dibagi menjadi dua, yaitu akut dan kronik. Tahap akut biasanya ditandai dengan kemerahan, edema, keluarnya cairan, perih, terbakar, papula, dan/atau vesikel atau lepuh. Pada tahap kronis dapat ditemukan plak dengan meningkatnya infiltrasi, hiperkeratosis, fisura, rhagade, dan/atau likenifikasi. Lokalisasi yang berbeda dari dermatitis kontak menyebabkan morfologi yang spesifik. Di wajah, misalnya, sering kali hanya ada pembengkakan seperti angioedema kelopak mata, telapak tangan dan telapak kaki sering terjadi hiperkeratosis yang mengalami tekanan mekanis; kulit yang tidak terlalu mengalami tekanan mekanis cenderung membentuk ruam (Dickel, 2023).

G. Faktor Resiko Dermatitis Kontak pada Pekerja

Berikut faktor endogen dan eksogen dermatitis kontak, selain paparan alergen dan iritan, yang memiliki sejumlah variabel individu dan lingkungan yang berperan dalam berkembangnya penyakit ini:

1) Usia

Fungsi fisik seseorang semakin buruk seiring bertambahnya usia. Penuaan kulit mengalami berbagai perubahan, antara lain penipisan epidermis akibat retraksi rete ridge dan penurunan regenerasi stratum korneum, penipisan lapisan dermis dan subkutan, penurunan fungsi penyerap, termoregulasi, dan isolator, penurunan fungsi kelenjar, atrofi pembuluh darah, dan berkurangnya persepsi sensorik. Selain itu, usia seseorang dan durasi riwayat pekerjaannya juga saling terkait. Usia 15 hingga 24 tahun adalah saat kelainan kulit akibat kerja paling sering menyerang.

2) Jenis kelamin

Menurut penelitian gender, kulit wanita lebih rentan terhadap iritasi dibandingkan kulit pria, dan kulit wanita menghasilkan lebih sedikit minyak untuk menjaga kelembapan dan perlindungan kulit. Perempuan juga lebih sering terpapar bahan pengiritasi rumah tangga seperti sabun. Akibatnya,

menurut epidemiologi, dermatitis kontak iritasi lebih sering menyerang wanita dibandingkan pria.

3) Kelembaban dan suhu

Ketidakstabilan kelembaban dan suhu berdampak dalam menurunkan kadar air stratum korneum dan membuat kulit lebih tahan terhadap bahan kimia, kelembaban dan suhu udara yang tidak menentu dapat meningkatkan risiko dermatitis kontak iritasi.

4) Lama Kontak

Pada personel PT Wijaya Karya, penelitian (Eka Pratiwi et al., 2021) menemukan hubungan yang kuat (P-value 0,0005) antara lama kontak dan risiko dermatitis kontak. Dibandingkan dengan pekerja yang terpapar bahan kimia kurang dari enam jam, pekerja yang terpapar bahan kimia lebih dari enam jam di tempat kerja mempunyai peluang 3,182 kali lebih tinggi terkena dermatitis kontak.

5) Masa kerja

Masa kerja merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi berkembangnya gangguan akibat kerja, misalnya dermatitis kontak iritan pada kulit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nina Eka Yuliana dkk pada tahun 2021, lama masa kerja seseorang dan paparan terhadap lingkungan tempat ia bekerja memiliki korelasi yang signifikan. Seseorang akan lebih sering terpapar bahan iritan dan berisiko lebih tinggi tertular bahan iritan. dermatitis kontak jika mereka bekerja di tempat kerja yang mempekerjakan mereka.

6) Penggunaan APD

Saat bekerja dengan produk yang mengiritasi atau sebagai pekerja, sangat penting untuk memakai alat pelindung diri. Risiko terjadinya dermatitis kontak iritasi meningkat bila tidak ada penghalang antara bahan dan kulit. Penggunaan APD dan gejala dermatitis kontak iritan terbukti berkorelasi signifikan berdasarkan penelitian Nina Eka Yuliana dkk pada tahun 2021. Temuan penelitian ini sejalan dengan temuan Erliana (2008) yang menemukan adanya hubungan antara APD dengan prevalensi dermatitis (p-value 0,001).

7) Personal Hygiene

Personal Hygiene merupakan faktor pendukung agen penyebab penyakit karena seperti penyakit yang disebabkan oleh paparan bahan iritan, kuman, parasit, atau agen lainnya, kebersihan diri yang buruk dapat meningkatkan kemungkinan tertular penyakit kulit.

Berdasarkan penelitian (Nani Rianingrum dkk., 2022), terdapat 18 pekerja dengan standar kebersihan diri baik dan 32 pekerja dengan kriteria kebersihan diri rendah pada pekerja laundry (64.0%). 20 karyawan laundry yang memenuhi kriteria kondisi kurang baik mengalami dermatitis kontak iritan (62,5%); mereka yang tidak tidak melakukannya. Nilai p-value sebesar 0,348 menunjukkan tidak terdapat hubungan antara kebersihan diri dengan dermatitis kontak iritan.

8) Riwayat Penyakit Kulit

Kulit tubuh berfungsi sebagai garis pertahanan pertama melawan iritasi dan mikroorganisme lainnya. Karena fungsi pelindung kulit telah berkurang akibat penyakit kulit sebelumnya, hal ini merupakan salah satu faktor risiko yang mungkin meningkatkan kemungkinan terjadinya dermatitis kontak iritan pada kulit.

9) Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi pandangan dan perilaku seseorang. Pemahaman yang tinggi akan mengurangi risiko penyakit akibat kerja dan dermatitis kontak iritan.

10) Faktor Zat

Deterjen atau sabun. menurut Irianto dan Wasis (2008), sabun adalah bahan kimia yang terbuat dari bahan organik seperti minyak dan lemak yang bereaksi dengan basa, golongan bahan kimia lain. Kalium hidroksida (KOH) dan natrium hidroksida (NaOH) adalah dua contoh bahan kimia dasar. Sebaliknya deterjen menurut Nugroho dkk. (2009), adalah molekul natrium alkil benzena sulfomat yang merupakan garam asam organik. Interaksi antara hidrokarbon dan asam

sulfat menghasilkan molekul ini. Penguraian senyawa berbahaya termasuk fenol, karbon dioksida, dan ion sulfat.

Bahan pemutih. Irianto dan Wasis (2008) menyatakan bahwa senyawa klorin yang sering terkandung dalam produk pemutih tekstil dapat merusak serat kain, memudarkan warna pakaian, dan mengiritasi kulit. Selain itu, bahan kimia pemutih memiliki umur simpan yang lama atau mengandung banyak merkuri.

H. Diagnosis Dermatitis Kontak

- Anamnesis

Menyelidiki paparan masa lalu terhadap bahan kimia atau zat tertentu adalah tujuan dari anamnesis. Untuk mengidentifikasi jenis dermatitis kontak yang mengiritasi, penting untuk menanyakan kapan masalah pertama kali dimulai. Berbeda dengan bentuk akut lambat, yang membutuhkan waktu lebih lama untuk menunjukkan gejala – antara 8 dan 24 jam – tipe dermatitis kontak iritan akut sederhana menunjukkan gejala dalam beberapa menit hingga jam setelah timbulnya gejala.

Untuk menegakkan diagnosis dermatitis kontak dan memilih pengobatan yang paling tepat, penting untuk mengumpulkan informasi tentang lokasi lesi, riwayat perjalanan penyakit, riwayat penyakit kulit, riwayat atopi, riwayat pekerjaan, dan riwayat penyakit. serta aspek kebersihan.

Kondisi kerja dan kecurigaan juga bermanfaat dalam diagnosis. Adanya paparan bahan iritan/alergen dan merupakan pekerjaan yang berbahaya bila baru pertama kali terjadi pada saat bekerja atau bila ada riwayat perbaikan saat terpisah dari lingkungan kerja.

Tanda-tanda klinis, riwayat pekerjaan, dan pengecualian DKA semuanya berkontribusi terhadap diagnosis. Keterlambatan diagnosis berdampak pada masa depan pasien dan prospek pekerjaan serta prognosisnya. Masalah-masalah berikut dapat kita selidiki dalam anamnesis:

- Riwayat Kontak di Tempat Kerja:
 - a) Uraian pekerjaan, praktik kerja yang dapat diterima, dan elemen tempat kerja.
 - b) Potensi iritasi dan alergen di tempat kerja.
 - c) Dosis, frekuensi, dan tempat kontak.
 - d) Variabel kontak yang saling melengkapi, seperti gesekan, oklusi, panas, dan kelembapan.
 - e) Tindakan pencegahan keselamatan di tempat kerja: sarung tangan, masker, krim

- Riwayat Kontak Non-Pekerjaan:

Riwayat Kontak Non-Pekerjaan: Paparan seseorang terhadap materi sehari-hari harus dievaluasi ulang jika mereka mengembangkan kepekaan terhadap materi yang mereka temui di tempat kerja. Selain semen, alergen yang umum dalam kehidupan sehari-hari adalah kalium dikromat; oleh karena itu, sangat penting untuk mempelajari kontak ini sehingga dapat dievaluasi kembali melalui anamnesis.

- a) Produk rumah tangga: deterjen dan pembersih.
 - b) Kosmetik, wewangian, perawatan rambut, dan perawatan kuku.
 - c) Obat-obatan dan barang-barang terkait.
 - d) Pakaian dan aksesoris.
 - e) Hobi dan pekerjaan rumah tangga.
- Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis dermatitis kontak iritan dilakukan tidak hanya secara lokal pada daerah yang terkena tetapi secara menyeluruh. Pemeriksaan efloresensi atau gambaran lesi difokuskan pada lokasi dan morfologi suatu lesi, seperti adanya gambaran kemerahan (eritema), penonjolan pada kulit (vesikel, papul, bula), nekrosis, skuama, fisura atau eksema. Daerah yang paling umum terkena dermatitis kontak iritan adalah tangan dan lengan. Untuk memastikan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis lain, area kulit lain harus diperiksa selain area yang terkena.

- Pemeriksaan Penunjang

Tes lain yang digunakan untuk mendiagnosis kasus dermatitis kontak iritan termasuk pengujian tempel dan mikroskop refleks confocal untuk menyingkirkan kemungkinan dermatitis kontak alergi. Jika pasien dengan dermatitis kontak, sebaiknya selalu dilakukan uji tempel. Jika terjadi dermatitis kontak Iritan, hasil tes kulit akan negatif.

I. Penatalaksanaan Dermatitis Kontak

Persatuan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (Perdoski) pada tahun 2017 menggagaskan terapi non-medikamentosa dan terapi medikamentosa sebagai penatalaksanaan dermatitis kontak.

Terapi non-medikamentosa mencakup pemberian edukasi mengenai bahan iritan yang dapat menimbulkan iritasi kulit, penatalaksanaan pertama setelah paparan, serta penggunaan alat pelindung diri (APD) sebagai upaya pencegahan terjadinya kontak bahan iritan di lingkungan rumah dan lingkungan kerja.

Fototerapi sinar ultraviolet B baik broadband (BB-UVB) maupun narrowband (NB-UVB) berguna untuk meredakan peradangan atau inflamasi pada kulit sehingga dapat menjadi salah satu pilihan terapi non-medikamentosa pada pasien dermatitis kontak.

Penatalaksanaan medikamentosa mencakup terapi sistemik yang berujuan untuk mengatasi gejala serta gambaran klinis yang tampak, sedangkan terapi topikal diberikan secara langsung pada lesi. Terapi medikamentosa yang dapat diberikan mencakup:

A. Terapi Sistemik

- Kortikosteroid oral jangka pendek dapat diberikan pada kasus derajat berat, seperti prednisone 20 mg/hari untuk 3 hari.
- Antibiotik topikal atau sistemik diberikan apabila didapatkan adanya infeksi.
- Imunomodulator berupa inhibitor kalsineurin dapat diberikan pada kasus dermatitis kontak alergen.

- Imunosupresif sistemik (azatioprin atau siklosporin) diberikan pada kondisi kasus yang berat, kronis, atau pasien dengan tidak adanya respon pada pemberian terapi steroid.

B. Topikal

- Lesi basah (madidans): kompres terbuka menggunakan larutan NaCl 0,9%.
- Lesi kering: krim kortiko-steroid topikal dengan potensi sedang hingga tinggi (klobetasol butirat, mometason furoat dan flutikason propionat).
- Pelembab contohnya seperti petrolatum dapat diberikan lesi yang terasa kering.
- Klobetasol propionate topikal dapat diberikan berselang apabila kejadian dermatitis menjadi kronis.

DAFTAR PUSTAKA

- Dickel, H. (2023). Management of contact dermatitis. *Allergo Journal International*, 32(3), 57–76. <https://doi.org/10.1007/s40629-023-00246-9>
- Dietz, J. B., Menné, T., Meyer, H. W., Viskum, S., Flyvholm, M.-A., Ahrensboell-Friis, U., John, S. M., & Johansen, J. D. (2022). Occupational contact dermatitis among young people in Denmark – A survey of causes and long-term consequences. *Contact Dermatitis*, 86(5), 404–416. <https://doi.org/10.1111/cod.14050>
- Hasanlı, Y. S. (2021). Occupational Contact Dermatitis. *JEURMEDS*, 2(3), 93–97. <https://doi.org/10.5578/jeurmeds.20210206>
- Irritant contact dermatitis. (2021, June 3). *Medscape.com*. https://emedicine.medscape.com/article/1049353-overview?icd=login_success_email_match_norm
- Milam, E. C., Nassau, S., Banta, E., Fonacier, L., & Cohen, D. E. (2020). Occupational Contact Dermatitis: An Update. *The Journal Of Allergy And Clinical Immunology In Practice*, 8(10), 3283–3293. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.08.004>
- Murphy, P. B., Atwater, A. R., & Mueller, M. (2023). *Allergic Contact Dermatitis*. Statpearls Publishing.
- Schütte, M. G., Tamminga, S. J., De Groene, G. J., Kezic, S., & Van Der Molen, H. F. (2023). Work-Related And Personal Risk Factors For Occupational Contact Dermatitis: A Systematic Review Of The Literature With Meta-Analysis. *Contact Dermatitis*, 88(3), 171–187.
- What Is Contact Dermatitis. (2017, January 23). *Escd*. <https://escd.org/contact-dermatitis/what-is-contact-dermatitis/>
- Ahmad Ain. (2021). Hal – Hal Yang Ada Hubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Iritan Pada Penderita Di Beberapa Lokasi Di Wilayah Indonesia Periode Tahun 2016 Sampai Dengan Tahun 2020 (Systematic Review) [Skripsi]. Universitas Bosowa.
- Susilawati, Lestari As. (2023). Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Dermatitis Kontak Yang Dilami Oleh Pekerja: Literature Review. *Zahra, Journal Of Health And Medical Research*, 3 (1), 184-191.
- Peranginangin Vmbr. (2021). Literature Review : Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Iritan.

Biodata Penulis:



dr. Desy Ria, M. Kes lahir di Jakarta, pada 16 Desember 1976. Ia menempuh pendidikan ilmu kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia di tahun 1995 dan lulus ditahun 2002. Setelah itu beliau menempuh pendidikan Strata-2 di Universitas Respati Indonesia di tahun 2013, dan menyandang gelar Magister Kesehatan (M.kes) di tahun 2015.