

Dermatitis Kontak Iritan Kronik Pada Pekerja Penyadap Karet: Laporan Kasus Ni Komang Devi Wiratningrum¹, Winda Trijayanthi Utama²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Dermatitis kontak iritan (DKI) merupakan salah satu penyakit kulit akibat kerja yang paling sering terjadi dan disebabkan oleh paparan bahan iritan secara langsung dan berulang pada kulit. Pekerja di sektor perkebunan karet memiliki risiko tinggi mengalami DKI akibat paparan getah karet dan bahan kimia seperti larutan amonia yang digunakan dalam proses pengolahan lateks. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan kejadian dermatitis kontak iritan kronik pada pekerja penyadap karet. Dilaporkan seorang laki-laki berusia 50 tahun datang dengan keluhan rasa perih pada kedua telapak tangan sejak tiga bulan yang lalu yang disertai kemerahan, gatal, kulit kering, dan mengelupas. Pasien bekerja sebagai penyadap karet selama 10 tahun dan sering terpapar getah karet serta larutan amonia tanpa menggunakan alat pelindung diri. Pemeriksaan dermatologis menunjukkan lesi berupa plak eritem disertai hiperpigmentasi difus dengan batas tidak tegas disertai xerosis, skuama kasar, dan fisura, likenifikasi dan hiperkeratosis pada regio plantar pedis bilateral dan palmar manus bilateral. Berdasarkan anamnesis, riwayat paparan iritan di tempat kerja, serta gambaran klinis, pasien didiagnosis dengan dermatitis kontak iritan kronik. Penatalaksanaan dilakukan dengan pemberian terapi topikal berupa mometasone furoate 0,1% krim, petroleum jelly sebagai emolien dan cetirizene 10 mg untuk mengurangi gatal serta edukasi untuk menghindari paparan bahan iritan serta penggunaan alat pelindung diri saat bekerja. Laporan kasus ini menegaskan pentingnya identifikasi faktor risiko pekerjaan dalam penegakan diagnosis serta upaya pencegahan untuk mengurangi paparan bahan iritan guna mencegah kekambuhan penyakit.

Kata kunci: Dermatitis kontak iritan kronik, penyakit kulit akibat kerja, penyadap karet, paparan amonia

Chronic Irritant Contact Dermatitis in a Rubber Tapper: A Case Report

Abstract

Irritant contact dermatitis (ICD) is one of the most common occupational skin diseases and is caused by direct and repeated exposure to irritant substances. Workers in the rubber plantation sector are at high risk of developing ICD due to exposure to natural rubber latex and chemicals such as ammonia solution used in the latex processing process. This case report aims to describe a case of chronic irritant contact dermatitis in a rubber tapper. A 50-year-old male presented with a burning sensation on both palms for the past three months, accompanied by erythema, pruritus, dry skin, and scaling. The patient had been working as a rubber tapper for 10 years and was frequently exposed to latex and ammonia solution without using personal protective equipment. Dermatological examination revealed erythematous plaques with diffuse hyperpigmentation and ill-defined borders on the bilateral palmar and plantar regions, accompanied by xerosis, coarse scales, fissures, lichenification, and hyperkeratosis. Based on the history, occupational exposure to irritants, and clinical findings, the patient was diagnosed with chronic irritant contact dermatitis. Management consisted of topical mometasone furoate 0.1% cream, petroleum jelly as an emollient to restore skin barrier function, and oral cetirizine 10 mg for symptomatic relief of pruritus. education to avoid irritant exposure and to use personal protective equipment while working. This case highlights the importance of identifying occupational risk factors in establishing the diagnosis and emphasizes preventive measures to reduce irritant exposure in order to prevent disease recurrence.

Keywords: Chronic irritant contact dermatitis, occupational skin disease, rubber tapper, ammonia exposure

Korespondensi: Ni Komang Devi Wiratningrum, alamat Jl. Bumi Manti 1, Bandar Lampung HP 081273388568, e-mail komangdevi207@gmail.com

Pendahuluan

Dermatitis merupakan peradangan pada kulit yang melibatkan epidermis maupun dermis dan dapat dipicu oleh berbagai faktor eksogen maupun endogen. Salah satu bentuk dermatitis yang sering dijumpai adalah dermatitis kontak, yaitu reaksi inflamasi kulit akibat kontak langsung dengan bahan tertentu dari lingkungan. Secara klinis dermatitis kontak dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu

dermatitis kontak iritan (DKI) dan dermatitis kontak alergi (DKA). Dermatitis kontak iritan merupakan reaksi inflamasi kulit yang bersifat non-imunologis akibat kerusakan langsung pada sawar kulit oleh bahan iritan seperti bahan kimia, deterjen, maupun faktor fisik. Kerusakan sawar kulit menyebabkan pelepasan mediator inflamasi dari keratinosit sehingga menimbulkan manifestasi klinis berupa eritema, skuama, fisura, dan rasa gatal.¹

Dermatitis kontak iritan (DKI) merupakan salah satu penyakit kulit inflamasi yang paling sering terjadi di dunia, terutama yang berkaitan dengan paparan lingkungan dan pekerjaan. Secara global, dermatitis kontak termasuk dalam kelompok penyakit kulit akibat kerja yang paling sering dilaporkan. Berbagai laporan epidemiologi menunjukkan bahwa dermatitis kontak menyumbang sekitar 90–95% dari seluruh penyakit kulit akibat kerja, dengan bentuk dermatitis kontak iritan mencakup sekitar 80% dari seluruh kasus dermatitis kontak akibat kerja. Kondisi ini terjadi akibat kerusakan langsung pada sawar kulit oleh paparan bahan iritan seperti bahan kimia, deterjen, pelarut, maupun bahan alami yang sering dijumpai di lingkungan kerja.²

Secara global, insiden dermatitis kontak akibat kerja diperkirakan berkisar antara 11–86 kasus per 100.000 pekerja setiap tahun, dan penyakit ini merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dermatologis pada populasi usia produktif. Selain menimbulkan keluhan klinis seperti eritema, pruritus, dan kulit kering atau pecah-pecah, dermatitis kontak juga dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup serta produktivitas kerja penderitanya. Organisasi kesehatan global juga menempatkan penyakit kulit akibat kerja sebagai masalah kesehatan kerja yang penting karena tingginya angka kejadian dan dampak ekonomi yang ditimbulkan.³

Di Indonesia, dermatitis juga termasuk salah satu penyakit kulit yang cukup sering ditemukan di masyarakat. Data epidemiologi menunjukkan prevalensi penyakit kulit di Indonesia sekitar 6,8%, dengan dermatitis sebagai salah satu penyebab utama keluhan dermatologis. Beberapa studi di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar kasus penyakit kulit akibat kerja merupakan dermatitis kontak, dan dari kasus tersebut sekitar 66,3% merupakan dermatitis kontak iritan sedangkan sisanya adalah dermatitis kontak alergik. Temuan ini menunjukkan bahwa DKI merupakan dermatitis kontak yang paling dominan dan sering berkaitan dengan paparan bahan iritan di lingkungan kerja maupun aktivitas sehari-hari.⁴

Berbagai jenis pekerjaan yang melibatkan kontak berulang dengan bahan iritan memiliki risiko tinggi mengalami dermatitis kontak iritan. Paparan bahan kimia,

air, deterjen, maupun bahan organik dapat menyebabkan kerusakan pada lapisan lipid stratum korneum sehingga meningkatkan kehilangan air transepidermal dan menurunkan fungsi protektif kulit. Pekerjaan di sektor pertanian dan industri karet termasuk kelompok pekerjaan dengan risiko tinggi karena sering kontak langsung dengan bahan alami maupun kimia yang bersifat iritan.⁵

Pekerja penyadap karet merupakan salah satu kelompok pekerja yang berpotensi mengalami dermatitis kontak iritan akibat paparan berulang terhadap getah karet, bahan kimia, serta kondisi lingkungan kerja yang lembap. Paparan kronis tersebut dapat menyebabkan kerusakan sawar kulit secara kumulatif sehingga memicu terjadinya dermatitis kontak iritan kronik yang ditandai dengan lesi kulit menahun, likenifikasi, serta keluhan gatal yang persisten.⁶ Oleh karena itu, laporan kasus ini bertujuan untuk melaporkan kejadian dermatitis kontak iritan kronik pada seorang pekerja penyadap karet berusia 50 tahun serta membahas faktor risiko, manifestasi klinis, dan penatalaksanaan yang tepat pada kasus tersebut.

Kasus

Seorang laki-laki berusia 50 tahun mengeluh rasa perih pada kedua telapak tangan dan kaki sejak tiga bulan sebelum pemeriksaan. Keluhan disertai kemerahan, rasa gatal, kulit kering, serta pengelupasan pada kedua telapak tangan dan kaki. Awalnya pasien mengeluhkan munculnya lenting disertai rasa gatal yang kemudian digaruk hingga pecah, setelah itu muncul kemerahan, rasa perih, serta kulit menjadi kering dan mengelupas. Keluhan gatal dirasakan hilang timbul dan tidak dipengaruhi oleh waktu. Karena sering digaruk menyebabkan kulit pasien menjadi lecet dan terasa lebih nyeri terutama saat terkena air.

Pasien bekerja sebagai penyadap karet selama kurang lebih 10 tahun di perkebunan karet PTPN VII Unit Tanjung Sari. Dalam pekerjaannya, pasien melakukan penyadapan karet pada pagi hari serta mengumpulkan dan mencampur getah karet menggunakan larutan amonia agar tidak cepat menggumpal. Aktivitas kerja dilakukan sekitar 6–7 jam per hari selama enam hari dalam seminggu. Saat bekerja pasien terpapar langsung dengan getah karet dan larutan amonia karena tidak

pernah menggunakan alat pelindung diri seperti sarung tangan maupun alas kaki sebab pasien merasa tidak nyaman saat bekerja.

Riwayat alergi obat maupun makanan disangkal oleh pasien. Riwayat penyakit atopi seperti asma, rhinitis alergi dan konjungtivitis alergi juga disangkal. Tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa. Pasien memiliki kebiasaan merokok sekitar setengah hingga satu bungkus rokok per hari. Pasien menyatakan selalu mencuci tangan dan mandi setelah selesai bekerja. Berdasarkan riwayat perjalanan penyakit, riwayat paparan bahan iritan di tempat kerja, serta gambaran klinis yang muncul, keluhan pada pasien mengarah pada dermatitis kontak iritan kronik akibat paparan bahan iritan selama bekerja.

Pada pemeriksaan fisik umum didapatkan keadaan umum pasien baik dengan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan dermatologis menunjukkan adanya kelainan kulit pada regio palmar manus bilateral tampak plak eritem disertai hiperpigmentasi dengan batas tidak tegas, melibatkan seluruh permukaan telapak tangan, distribusi bilateral simetris. Lesi disertai xerosis dan skuama kasar, serta fisura. Selain itu, pada regio plantar pedis bilateral tampak plak eritem disertai hiperpigmentasi dengan batas tegas, bentuk ireguler, distribusi bilateral simetris, disertai hiperkeratosis, likenifikasi, skuama kasar, dan fisura, Gambaran klinis tersebut menunjukkan adanya proses inflamasi kulit kronis pada area yang sering terpapar iritan.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis kerja mengarah pada dermatitis kontak iritan kronik. Pasien diberikan mometasone furoate 0,1% krim dua kali sehari selama 2 minggu, petroleum jelly tiga kali sehari terutama setelah bekerja, serta cetirizine 10 mg sekali sehari pada malam hari untuk mengurangi keluhan gatal. Pemilihan kortikosteroid topikal potensi sedang didasarkan pada rekomendasi perdoski 2021 mengenai tatalaksana dermatitis kontak kronik dengan lesi hiperkeratotik dan inflamasi persisten, terutama pada area kulit tebal telapak tangan dan kaki. Emolien digunakan untuk memperbaiki fungsi sawar kulit dan mengurangi kehilangan air transepidermal.⁸

Pasien diberikan edukasi kesehatan kerja sesuai prinsip pencegahan dermatitis kontak iritan, yaitu mengurangi paparan

langsung terhadap bahan iritan di lingkungan kerja, penggunaan alat pelindung diri (APD) secara konsisten, serta perawatan kulit melalui penggunaan emolien secara rutin untuk memperbaiki fungsi sawar kulit. Upaya modifikasi pekerjaan seperti pengurangan kontak berulang dengan bahan kimia dan pekerjaan basah dianjurkan sebagai bagian dari pencegahan kekambuhan dermatitis akibat kerja.



Gambar 1. Pemeriksaan Dermatologi Palmar Manus Bilateral (a) plak eritem, (b) hiperpigmentasi batas tidak tegas, (c) xerosis, (d) skuama kasar, (e) fisura.



Gambar 2. Pemeriksaan Dermatologis Plantar Pedis Bilateral (a) plak eritem (b) hiperpigmentasi batas tegas dan ireguler, (c) hiperkeratosis, (d) likenifikasi, (e)skuama kasar, (f) fisura.

Setelah dua minggu pengobatan Pasien melakukan kontrol ulang ke klinik, dari hasil evaluasi didapatkan perbaikan klinis berupa berkurangnya eritema, skuama, dan fisura pada regio palmar manus bilateral serta plantar pedis bilateral. Keluhan perih dan gatal juga dilaporkan berkurang dibandingkan saat kunjungan awal. Pasien menyatakan telah menggunakan obat topikal secara teratur sesuai anjuran dan mulai menggunakan alat pelindung diri berupa sarung tangan dan alas kaki saat bekerja untuk mengurangi kontak

langsung dengan getah karet dan larutan amonia.

Pembahasan

Pada laporan kasus ini dilaporkan seorang laki-laki berusia 50 tahun yang bekerja sebagai penyadap karet selama kurang lebih 10 tahun dan datang dengan keluhan rasa perih pada kedua telapak tangan dan kaki sejak tiga bulan sebelum pemeriksaan. Keluhan disertai merah, gatal, kulit kering, dan pengelupasan pada kedua telapak tangan dan kaki.

Berdasarkan anamnesis pasien mengatakan keluhan pada kulit tangan dan kaki cenderung memberat setelah bekerja, terutama sesuai kontak langsung dengan getah karet dan larutan amonia tanpa menggunakan sarung tangan maupun alas kaki. Sebaliknya, keluhan dirasakan berkurang saat pasien beristirahat atau tidak melakukan aktivitas penyadapan karet. Hubungan temporal tersebut mendukung adanya keterkaitan antara paparan iritan di lingkungan kerja dengan timbulnya kelainan kulit pada pasien.

Pada pemeriksaan fisik dermatologis menunjukkan adanya kelainan kulit pada regio palmar manus bilateral berupa plak eritem disertai hiperpigmentasi dengan batas tidak tegas, melibatkan seluruh permukaan telapak tangan, distribusi bilateral simetris. Lesi disertai xerosis dan skuama kasar, serta fisura. Selain itu, Pada regio plantar pedis bilateral tampak plak eritem disertai hiperpigmentasi dengan batas tegas, bentuk ireguler, distribusi bilateral simetris, disertai hiperkeratosis, likenifikasi, skuama kasar, dan fisura. Berdasarkan riwayat paparan iritan yang berlangsung kronis, manifestasi klinis yang ditemukan, serta distribusi lesi pada area yang sering terpapar bahan iritan, diagnosis pasien mengarah ke dermatitis kontak iritan kronik.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan kriteria *European Society of Contact Dermatitis (ESCD)* dan panduan *Perdoski*, yang menyebutkan bahwa diagnosis DKI dapat melalui identifikasi riwayat paparan, distribusi khas lesi pada area kontak, gejala klinis berupa eritema, skuama, fisura, dan gatal/perih, serta eksklusi penyebab lain seperti dermatitis atopik, dermatitis kontak alergi, atau infeksi jamur^{7 8} Mengingat gejala sudah berlangsung lebih dari 6 minggu, dengan keluhan menetap meski sempat mendapat pengobatan, maka

kondisi pasien dapat dikategorikan sebagai dermatitis kontak iritan kronis akibat kerja.

Dermatitis kontak iritan (DKI) merupakan suatu reaksi inflamasi pada kulit yang terjadi akibat kerusakan langsung pada sawar kulit setelah paparan bahan iritan tanpa melalui mekanisme imunologis spesifik. DKI terjadi melalui efek toksik langsung dari bahan kimia, fisik, atau mekanik terhadap epidermis sehingga menyebabkan kerusakan struktur kulit dan memicu respon inflamasi lokal.⁹ Paparan iritan seperti pelarut, bahan kimia industri, deterjen maupun bahan alami tertentu dapat merusak lapisan stratum korneum yang berfungsi sebagai pelindung utama kulit. Kerusakan pada lapisan ini menyebabkan peningkatan kehilangan air transepidermal serta menurunnya fungsi barrier kulit sehingga kulit menjadi lebih rentan terhadap inflamasi¹

Paparan bahan kimia di lingkungan kerja merupakan salah satu faktor utama yang berperan dalam terjadinya dermatitis kontak iritan kronik. Pada pekerja penyadap karet, paparan utama berasal dari getah karet (lateks) serta bahan kimia seperti larutan amonia yang digunakan dalam proses pengolahan lateks. Lateks mengandung berbagai komponen kimia dan protein yang dapat bersifat iritan terhadap kulit, terutama apabila terjadi kontak terus-menerus dalam kondisi lingkungan kerja yang lembap. Kontak berulang dengan lateks dapat menyebabkan disrupsi lipid interseluler pada stratum korneum sehingga menyebabkan banyaknya kehilangan air transepidermal dan menurunkan fungsi barrier kulit, yang kemudian memicu respon inflamasi pada epidermis¹⁰

Larutan amonia yang digunakan sebagai bahan pengawet dalam pengolahan getah karet memiliki sifat alkali yang kuat dan dapat menimbulkan efek iritan pada kulit. Paparan amonia dalam jangka panjang dapat menyebabkan denaturasi protein serta kerusakan struktur sel keratinosit pada epidermis. Kerusakan sel ini memicu pelepasan mediator (IL-1),(IL-6), (TNF- α) yang berperan dalam proses inflamasi kulit. Jika paparan iritan terjadi secara berulang tanpa perlindungan yang adekuat, proses inflamasi ini dapat berlangsung secara kronis dan menyebabkan perubahan kulit seperti hiperkeratosis, likenifikasi, fisura, dan skuama yang

merupakan gambaran khas dermatitis kontak iritan kronik.⁹ Kondisi tersebut menjelaskan bagaimana paparan lateks dan larutan amonia secara terus-menerus memicu terjadinya dermatitis kontak iritan kronik seperti yang ditemukan pada pasien dalam laporan kasus ini.

Selain jenis bahan iritan, beberapa faktor pada pasien ini diduga turut berperan dalam memperberat terjadinya dermatitis kontak iritan kronik. Pasien telah bekerja sebagai penyadap karet selama 10 tahun dengan durasi kerja sekitar 6–7 jam per hari dan frekuensi kerja 6 hari per minggu, sehingga menyebabkan paparan kumulatif terhadap lateks dan larutan amonia berlangsung secara terus-menerus. Kondisi lingkungan perkebunan yang lembap dan panas juga dapat meningkatkan hidrasi stratum korneum sehingga mempermudah penetrasi bahan iritan ke dalam kulit. Selain itu, saat bekerja pasien tidak menggunakan APD, sehingga kontak langsung antara kulit dengan bahan iritan. Kombinasi bahan iritan, paparan kronik, lingkungan kerja yang mendukung terjadinya iritasi, dan tidak optimalnya APD berkolaborasi menyebabkan kerusakan sawar kulit serta perkembangan dermatitis kontak iritan kronik pada pasien ini.

Pada tahap awal, lesi DKI dapat berupa eritema, edema, papula, atau vesikel yang disertai rasa gatal atau sensasi terbakar. Seiring dengan perjalanan penyakit, lesi berkembang menjadi bentuk kronik berupa kulit kering, deskuamasi, hiperkeratosis, likenifikasi, skuama serta fisura yang sering menimbulkan nyeri, hal ini akibat proses inflamasi yang berlangsung terus-menerus serta hiperproliferasi epidermis. Selain itu, pada dermatitis tangan kronik, lesi sering ditemukan pada area yang sering terpapar iritan seperti telapak tangan, punggung tangan, dan jari.¹¹

Dermatitis kontak alergi (DKA) merupakan salah satu diagnosis banding utama pada kasus ini karena memiliki gambaran klinis yang dapat menyerupai dermatitis kontak iritan. Namun, DKA merupakan reaksi hipersensitivitas tipe IV yang dimediasi sel T dan memerlukan proses sensitisasi terhadap alergen tertentu. DKA umumnya menunjukkan distribusi lesi di area kontak dan meluas ke area di luar lokasi kontak akibat respon imun sistemik. Selain itu, DKA sering disertai riwayat

paparan terhadap alergen spesifik serta kecenderungan riwayat atopi pada pasien. Pada kasus ini, diagnosis DKA menjadi kurang mendukung karena tidak ditemukan riwayat sensitisasi terhadap alergen tertentu maupun riwayat penyakit atopi seperti asma atau rinitis alergi. Lesi pada pasien memiliki batas yang tidak tegas dan terlokalisasi pada area yang sering terpapar bahan iritan, yaitu tangan dan kaki, tanpa adanya penyebaran ke area lain.¹²

Tinea manuum dan tinea pedis merupakan infeksi dermatofita yang dapat menyerupai dermatitis kronik pada tangan dan kaki, sehingga perlu dipertimbangkan sebagai diagnosis banding. Secara klinis, tinea manuum umumnya ditandai dengan skuama difus pada telapak tangan disertai eritema dan sering bersifat unilateral, dengan keterlibatan satu tangan yang khas (*two feet–one hand syndrome*), serta dapat berasosiasi dengan infeksi jamur pada kaki atau kuku. Manifestasi tersering berupa skuama pada telapak tangan yang ditemukan pada sebagian besar pasien serta keluhan gatal sebagai gejala dominan. Sementara itu, tinea pedis sering mengenai sela jari kaki dengan gambaran khas berupa maserasi, eritema, dan skuama pada interdigital, atau bentuk kronik berupa hiperkeratosis difus dengan distribusi “*moccasin-like*” pada telapak kaki.¹³

Pada kasus ini, diagnosis tinea manuum/pedis menjadi kurang mendukung karena distribusi lesi bersifat bilateral simetris pada tangan dan kaki, tanpa pola khas unilateral yang sering ditemukan pada infeksi dermatofita. Selain itu, tidak ditemukan keterlibatan sela jari (*interdigital*) maupun tanda khas seperti maserasi atau batas lesi yang tegas. Serta riwayat paparan kronik terhadap bahan iritan seperti getah karet dan larutan amonia tanpa penggunaan alat pelindung diri juga menjadi faktor yang lebih kuat mengarah pada dermatitis kontak iritan.

Psoriasis palmoplantar juga dapat menjadi diagnosis banding karena ditandai oleh plak eritematosa dengan skuama tebal dan hiperkeratosis pada telapak tangan maupun kaki.¹⁴ Namun, diagnosis ini kurang mendukung pada pasien karena tidak ditemukan plak berbatas tegas dengan skuama tebal khas psoriasis, maupun keterlibatan lokasi predileksi lain seperti siku, lutut, kulit kepala, atau kuku. Selain itu, terdapat riwayat

paparan kronik yang jelas terhadap getah karet dan larutan amonia di lingkungan kerja, dengan distribusi lesi yang sesuai area kontak serta hubungan temporal antara paparan dan timbulnya keluhan.

Tabel 1. Diagnosis Banding DKI Kronik

Diagnosis	Karakteristik utama	Kesesuaian dengan kasus
DKI Kronik	Riwayat paparan iritan berulang; lesi pada area kontak; eritema, xerosis, skuama, fisura, hiperkeratosi, likenifikasi	Sesuai. Terdapat paparan kronik terhadap getah karet dan larutan amonia tanpa APD serta lesi kronik pada area yang terpapar
DKA	Memerlukan sensitisasi terhadap alergen; lesi dapat meluas di luar area kontak; sering disertai riwayat atopi	Kurang mendukung. Tidak ada riwayat sensitisasi maupun atopi, dan lesi terbatas pada area paparan
Tinea manuum/pedis	Skuama dengan batas lebih tegas; sering unilateral; dapat disertai maserasi interdigital	Kurang mendukung. Lesi bilateral simetris tanpa maserasi interdigital khas dermatofitosis
Psoriasis palmoplantar	Plak eritematosa berbatas tegas dengan skuama tebal dan hiperkeratosi	Kurang mendukung. Tidak ditemukan plak khas psoriasis dan terdapat riwayat paparan iritan yang jelas

Pemeriksaan patch test dan KOH tidak dilakukan karena data dari anamnesis, riwayat paparan iritan kronik, serta gambaran klinis sudah kuat mengarah pada dermatitis kontak iritan kronik. Riwayat kontak berulang dengan lateks dan larutan amonia tanpa penggunaan alat pelindung diri, disertai lesi kronik pada area yang terpapar, dinilai cukup untuk

menyingkirkan dermatitis kontak alergik dan dermatofitosis secara klinis, sehingga diagnosis dapat ditegakkan tanpa pemeriksaan penunjang tambahan.

Penatalaksanaan dermatitis kontak iritan kronik berfokus pada penghilangan atau pengurangan paparan terhadap bahan iritan serta terapi untuk memperbaiki fungsi sawar kulit. Terapi utama yang direkomendasikan meliputi penggunaan emolien untuk memperbaiki hidrasi dan fungsi barrier kulit serta kortikosteroid topikal untuk mengurangi inflamasi pada lesi kulit.¹¹ Edukasi pasien mengenai pencegahan berupa penggunaan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan alas kaki saat bekerja dapat mengurangi kontak langsung kulit dengan bahan iritan. Selain itu, pekerja juga dianjurkan untuk mencuci tangan dengan pembersih yang lembut serta menggunakan pelembap secara rutin untuk mempertahankan integritas sawar kulit.⁸

Berdasarkan rekomendasi PERDOSKI tahun 2021 terapi dapat diberikan secara sistemik maupun topikal sesuai dengan derajat keparahan dan manifestasi klinis. Terapi sistemik bersifat simptomatik dan pada kasus dengan derajat berat dapat dipertimbangkan pemberian kortikosteroid oral setara prednison 20 mg/hari dalam jangka pendek selama tiga hari. Namun, sebagian besar kasus dapat ditangani dengan terapi topikal. Penggunaan pelembap yang kaya lipid, seperti petrolatum, sangat dianjurkan terutama setelah bekerja untuk membantu memperbaiki fungsi barrier kulit. Pada lesi dengan kondisi basah (madidans), dapat diberikan kompres terbuka menggunakan larutan NaCl 0,9%, sedangkan pada lesi kering direkomendasikan penggunaan kortikosteroid topikal potensi sedang.⁸

Pada dermatitis yang telah berlangsung kronik, penggunaan kortikosteroid topikal poten seperti mometason furoat secara intermiten dapat memberikan hasil yang optimal. Pada kasus yang berat, kronik, atau tidak respons terhadap kortikosteroid, terapi alternatif seperti inhibitor kalsineurin, fototerapi narrowband ultraviolet B (NB-UVB), maupun terapi sistemik seperti azatioprin atau siklosporin dapat dipertimbangkan. Selain itu, apabila terdapat tanda infeksi sekunder, maka diperlukan pemberian antibiotik baik topikal maupun sistemik. Pendekatan terapi yang

komprehensif ini penting untuk mengendalikan gejala serta mencegah kekambuhan pada dermatitis kontak iritan kronik.⁸

Target utama terapi dermatitis kontak iritan kronik adalah tercapainya perbaikan integritas sawar kulit, berkurangnya inflamasi, serta hilangnya keluhan subjektif seperti gatal dan rasa perih. Indikator keberhasilan terapi dapat dinilai dari penurunan eritema, skuama, hiperkeratosis, dan fisura, serta perbaikan hidrasi kulit yang ditandai dengan berkurang xerosis. Selain itu, tidak adanya progresivitas lesi dan pencegahan kekambuhan setelah kembali terpapar aktivitas kerja juga menjadi parameter penting dalam menilai keberhasilan jangka panjang terapi. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien serta mencegah rekurensi dermatitis akibat pajanan iritan berulang.¹⁵

Dermatitis kontak akibat kerja masih menjadi masalah kesehatan yang cukup sering pada pekerja sektor perkebunan, termasuk industri karet. Penelitian di PT Perkebunan Nusantara XIV pada tahun 2024 menunjukkan bahwa kejadian dermatitis kontak pada pekerja berhubungan signifikan dengan masa kerja yang lebih lama, frekuensi paparan bahan kimia, serta rendahnya penggunaan alat pelindung diri.¹⁶ Studi lain pada pekerja industri berbasis karet juga melaporkan bahwa paparan berulang terhadap bahan iritan di lingkungan kerja meningkatkan risiko terjadinya dermatitis kontak, terutama pada pekerja dengan kontak kulit langsung tanpa proteksi.¹⁷

Kasus ini menunjukkan bahwa paparan kronik terhadap lateks dan larutan amonia dalam jangka waktu lama tanpa penggunaan alat pelindung diri dapat menyebabkan dermatitis kontak iritan kronik pada pekerja penyadap karet. Identifikasi faktor risiko pekerjaan sangat penting dalam penegakan diagnosis. Selain terapi medis, pengendalian paparan iritan dan penggunaan alat pelindung diri berperan penting dalam mencegah kekambuhan dan memperbaiki luaran klinis pasien.

Simpulan

Pada laporan kasus ini, Seorang penyadap karet berusia 50 tahun mengalami keluhan perih, gatal, kulit kering, dan mengelupas pada telapak tangan serta kaki

dengan temuan berupa plak eritematosa disertai hiperpigmentasi, skuama, fisura, hiperkeratosis, dan likenifikasi. Riwayat kontak jangka panjang dengan getah karet dan larutan amonia tanpa penggunaan APD menjadi petunjuk penting dalam penegakan diagnosis dermatitis kontak iritan kronik. Perbaikan keluhan setelah pemberian kortikosteroid topikal, emolien, serta edukasi kesehatan kerja menunjukkan pentingnya pendekatan yang tidak hanya berfokus pada terapi lesi kulit, tetapi juga pengendalian pajanan di tempat kerja. Kasus ini menyoroti perlunya evaluasi faktor okupasi pada setiap pasien dengan dermatitis kronik pada area yang rentan terpapar iritan.

Daftar Pustaka

1. Maheswari, L. M. S., Ganeswari, P. A. D. & Wardhana, M. Respon imunologi pada dermatitis kontak iritan. *Medicina (B. Aires)*. 2021; 52: 41–51 .
2. Alinaghi, F., Bennike, N. H., Egeberg, A., Johansen, J. D. & Thyssen, J. P. Prevalence of contact allergy in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2019; 80: 77–85 .
3. Diepgen, T. L. & Ofenloch, R. The epidemiology of contact dermatitis. *Curr. Dermatol. Rep*. 2018;7:321–329.
4. Srinivas, C. R. & Sethy, M. Occupational contact dermatitis: Epidemiology and risk factors. *Univers. J. Public Heal*. 2023;13:81–95 .
5. Nabila SA, Hasyim H & Windusari Y. Analisis determinan penyebab kejadian penyakit kulit dermatitis kontak pada pekerja: systematic review. *J. Ilm. Kesehat. Masy*. 2024.
6. Sandalayuk S. Dermatitis kontak sebagai penyakit kulit akibat kerja. *JUSINDO* 2023.
7. Diepgen, T. L., Andersen, K. E. & Chosidow, O. Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of hand eczema. *Actas Dermosifiliogr*. 2019; 110: 802–812 .
8. Agnes Sri Siswati, Cita Rosita, Danang Triwahyudi & Windy Keumala Budianti. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Dermatologi Dan Venereologi Indonesia Tahun 2021*. (2021).
9. Patel, K. & Nixon, R. Irritant Contact Dermatitis — a Review. *Curr. Dermatol*.

- Rep.* 2022;11: 41–51.
10. Scheinman, P. L. *et al.* Contact dermatitis. *Nat. Rev. Dis. Prim.* 2021; 7:38 .
 11. Thyssen, J. P., Schuttelaar, M. L. A., Alfonso, J. H. & Johansen, J. D. Chronic hand eczema: Epidemiology, clinical presentation, and management. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2024;25: 1–15.
 12. Johansen, J. D. *et al.* European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing – recommendations on best practice. *Contact Dermatitis.* 2015;73:195–221.
 13. Suphatsathienkul, P. *et al.* Tinea manuum: a 5 year retrospective study of demographic data, clinical characteristics, and treatment outcomes. *Sci. Rep.* 2025;15: 3380.
 14. Armstrong, A. W. & Read, C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis. *JAMA.*2020; 323:1945 .
 15. Thyssen, J. P., Johansen, J. D., Linneberg, A., & Menne, T. The epidemiology of hand eczema in the general population – prevalence and main findings. *Contact Dermatitis*, 2017; 77(5). 77(5), 304–313.
 16. Lathifa, Q., Yuliati, & Sumiaty). Hubungan masa kerja dan alat pelindung diri dengan kejadian dermatitis pada pekerja PT Perkebunan Nusantara XIV. *Window of Public Health Journal*, 2024;5(1): 1–8.
 17. Sitanggang, H. D., Defani, T., Kusuma, D., et al. Factors associated with irritant contact dermatitis among rubber industry workers. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan.*2023; 3(1): 45–52.