

Penatalaksanaan Holistik Pasien Tn. A Usia 42 Tahun Dengan Dermatitis Kontak Akibat Kerja

Nindy Kurnia Pratiwi¹, Fitria Saftarina²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Dermatitis kontak merupakan peradangan kulit yang disebabkan oleh bahan atau substansi yang menempel pada kulit. Dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) merupakan salah satu penyakit kulit oleh lingkungan kerja yang banyak terjadi di dunia dan berkontribusi dalam pembiayaan ekonomi. Di Indonesia, prevalensi dermatitis kontak sangat bervariasi. Pada tahun 2018, dilaporkan kasus dermatitis kontak akibat kerja mencapai 63% di Kota Bandar Lampung. Dermatitis kontak akibat kerja tidak membahayakan jiwa namun menyebabkan morbiditas yang tinggi akibat rekurensinya sehingga menimbulkan penderitaan bagi pekerja dan dapat mempengaruhi kebutuhan ekonomi dan kualitas hidup penderita. Sehingga diperlukan penerapan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *evidence based medicine* dan bersifat *family-approached* dan *patient-centered*. Studi ini adalah laporan kasus seorang pasien laki-laki usia 42 tahun dengan dermatitis kontak akibat kerja. Faktor internal pada kasus yaitu pengetahuan yang kurang dan tidak pernah menggunakan alat pelindung diri. Faktor eksternal kasus ini yaitu kurangnya pengetahuan keluarga. Dilakukan intervensi farmakologis berupa krim betamethasone, cetirizine, dan urea 10% dan non farmakologis berupa edukasi untuk mencegah rekurensi. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien dan keluarga sudah mencapai tahap *action*.

Kata Kunci: Dermatitis kontak akibat kerja, holistik, kedokteran keluarga

Holistic Management of a 42-Years-Old Man with Allergic Contact Dermatitis Through a Family Medicine Approach

Abstrak

Contact dermatitis is skin inflammation caused by materials or substances that stick to the skin. Occupational contact dermatitis (DKAK) is a skin disease caused by the work environment that occurs a lot in the world and contributes to economic financing. In Indonesia, the prevalence of contact dermatitis varies widely. In 2018, reported cases of contact dermatitis due to work reached 63% in Bandar Lampung City. Occupational contact dermatitis is not life-threatening but causes high morbidity due to its recurrence, which causes suffering for workers and can affect the economy and quality of life. So, it is necessary to apply a holistic and comprehensive family doctor approach in detecting risk factors, clinical problems, and patient management based on evidence-based medicine and family-approached and patient-centered. This study is a case report of a 42-year-old male patient with occupational contact dermatitis. The internal factors in the case were lack of knowledge and he never used personal protective equipment. The external factor in this case was the lack of family knowledge. Pharmacological interventions were carried out in the form of betamethasone cream, cetirizine, and urea 10% and non-pharmacological interventions in the form of education to prevent recurrences. The diagnosis and management of this patient has been carried out holistically, patient centered, family approach and based on several theories and the latest research. In the behavior change process, patients and families have reached the action stage.

Keywords: Family medicine, holistic, occupational contact dermatitis

Korespondensi: Nindy Kurnia Pratiwi, Perumahan Bukit Billabong Jaya Blok B6 Langkapura Bandar Lampung, HP 085366423787, e-mail nindykurnia9@gmail.com

Pendahuluan

Dermatitis kontak merupakan peradangan kulit yang disebabkan oleh bahan atau substansi yang menempel pada kulit.¹ Dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) merupakan salah satu penyakit kulit oleh lingkungan kerja yang banyak terjadi di dunia dan berkontribusi dalam pembiayaan ekonomi. DKAK dibagi menjadi 2 kategori secara umum

berdasarkan paparan, penyebab, dan patofisiologi yang menyebabkan timbulnya gejala klinis yaitu dermatitis kontak iritan dan dermatitis kontak alergi.^{2,3}

Penelitian di Eropa melaporkan kejadian penyakit kulit akibat kerja dengan insidensi antara 5 dan 19 kasus pada 10.000 pekerja per tahun. Sebanyak 90% hingga 95% penyakit kulit

akibat kerja merupakan dermatitis kontak akibat kerja, sementara 5%-10% lainnya merupakan penyakit kulit lain yang bervariasi. Di Indonesia prevalensi dermatitis kontak sangat bervariasi. Penelitian oleh Hadi (2021) di Kota Palembang melaporkan pekerja yang mengalami DKAK sebanyak 27 dari 30 pekerja bengkel motor.⁴ Sebanyak 13,5% petani di Kecamatan Punduh Pedada, Kabupaten Pesawaran diketahui mengalami DKAK.⁵

Pada tahun 2018, dilaporkan kasus dermatitis kontak akibat kerja mencapai 63% di Kota Bandar Lampung. Hasil survei tahunan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung pada tahun 2020 menyatakan bahwa kejadian dermatitis kontak menjadi peringkat pertama penyakit kulit yang paling sering dialami.⁶ Dalam praktek klinis, banyak bahan kimia dapat bertindak baik sebagai iritan maupun alergen. Perlu diketahui bahwa 80% dari DKAK adalah dermatitis kontak iritan dan 20% adalah dermatitis kontak alergi⁶

Salah satu pekerjaan yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit ini adalah pekerja bengkel. Banyak bahan iritan dan alergen yang dapat menyebabkan dermatitis kontak pada pekerja bengkel, diantaranya akibat air aki, bensin, dan oli.⁷ Penelitian di Italia menunjukkan bahwa lebih dominan pekerja bengkel untuk mengalami dermatitis kontak daripada pekerja kantor.⁸

Walaupun penyakit ini jarang membahayakan jiwa namun dapat menyebabkan morbiditas yang tinggi dan penderitaan bagi pekerja, sehingga dapat mempengaruhi kebutuhan ekonomi dan kualitas hidup penderita.⁹

Penyakit dermatitis kontak akibat kerja merupakan penyakit yang dapat dikendalikan dengan kebiasaan dan pola hidup yang sehat. Dalam mengubah perilaku dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas. Maka dari itu perlu dilakukan tatalaksana secara holistic untuk mendorong perubahan pengetahuan dan perilaku pasien.

Kasus

Pasien Tn. A usia 42 tahun, datang ke klinik Puskesmas Way Kandis dengan keluhan gatal pada kedua tangan sejak ± 6 bulan yang lalu hingga saat ini. Awalnya jika pasien terkena oli mobil tidak mengeluhkan apapun, namun

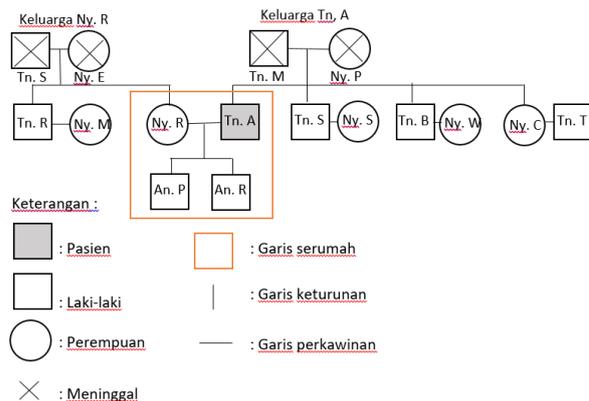
lama kelamaan pasien mengeluhkan rasa gatal di kedua tangan. Pasien menganggap bahwa keluhan tersebut dapat hilang dengan sendirinya namun setiap pasien bekerja dan terkena oli mobil keesokan harinya keluhan gatal di kedua tangan semakin memberat yang kemudian muncul bintil-bintil kemerahan. Pasien sempat tidak bekerja selama 1 minggu dan gatal sedikit demi sedikit mereda namun saat pasien bekerja kembali keluhan timbul kembali. Selama ini pasien rutin berobat ke puskesmas keluhan membaik namun keluhan timbul kembali ketika pasien bekerja.

Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: kompos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif; tekanan darah 130/90 mmHg; nadi: 83x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,7 °C; berat badan: 62 kg; tinggi badan: 167 cm; IMT pasien: 22,14 kg/m² dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori normal. Pada pemeriksaan kepala *normocephal*, mata, telinga, hidung. Dalam batas normal, bibir tidak tampak sianosis. Leher tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan thoraks inspeksi tidak didapatkan lesi, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pergerakan dinding dada simetris antara sisi kanan dan kiri, palpasi didapatkan fremitus taktil sama antara kanan dan kiri, perkusi didapatkan sonor di kedua lapang paru, auskultasi didapatkan vesikuler, kesan dalam batas normal. Pemeriksaan jantung didapatkan pulsasi ictus cordis tidak tampak dan teraba di sela iga ke-5 linea midklavikularis. Batas jantung dalam batas normal, nadi 84x/menit, bunyi jantung I dan II reguler, tidak terdengar bunyi jantung tambahan. Pemeriksaan abdomen tampak cembung dan tidak terdapat lesi, bising usus 8x/menit, tidak didapatkan nyeri tekan, perkusi pada hampir semua regio timpani. Pemeriksaan ekstremitas superior dekstra dan sinistra tidak didapatkan adanya edema, akril teraba hangat, dan *Capillary Refill Time* (CRT) <2 detik.

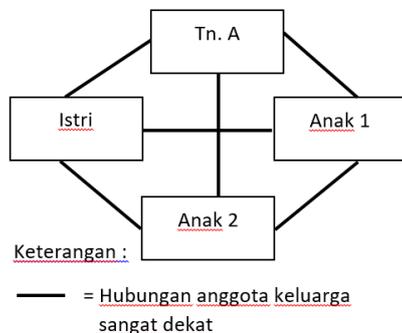
Pada pemeriksaan status dermatologis, di regio dorsum manus dextra et sinistra terdapat papul hiperpigmentasi multiple, berukuran miliar, diskret, batas tegas, distribusi bilateral, disertai likenifikasi. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

Pasien merupakan seorang kepala keluarga dan tinggal bersama istri serta kedua anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga *nuclear*, yaitu terdiri dari istri dan kedua anaknya. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin sangat baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui diskusi keluarga dan keputusan keluarga ditentukan oleh pasien sebagai kepala keluarga. Pasien bekerja sebagai montir di bengkel mobil, pasien merupakan tulang punggung utama dalam keluarga. Pasien telah bekerja selama ± 2 tahun. Bengkel mobil tempat pasien bekerja bergerak dalam bidang perbaikan dan penggantian suku cadang mobil yang semua kegiatannya berkaitan dengan bahan-bahan kimia seperti oli, solar, dan air aki. Perilaku berobat pasien sudah baik yaitu berobat teratur untuk mengatasi keluhan gatalnya.

Genogram keluarga dan hubungan antar keluarga Tn. A dapat dilihat pada gambar 1 dan gambar 2.



Gambar 1. Genogram

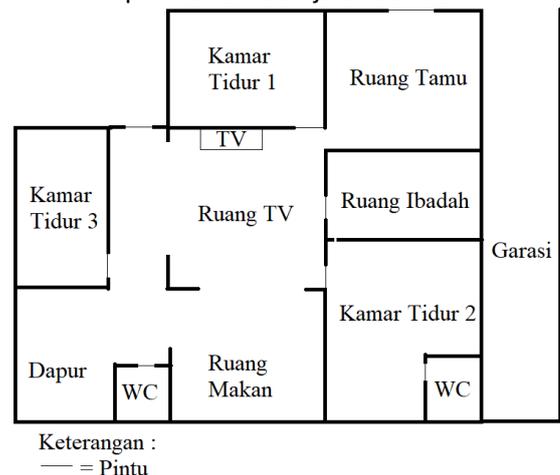


Gambar 2. Family Map

Penilaian fungsi keluarga dengan *family appgar score*, dimana skor masing-masing indikator yaitu *adaptation* (2), *partnership* (2),

growth (1), *affection* (1), dan *resolve* (1), sehingga total skor pada penilaian adalah 8, yang menandakan tidak ada disfungsi keluarga. Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga pasien berada dalam tahap VIII yakni tahap keluarga dengan anak usia sekolah. Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil 28, maka dapat disimpulkan fungsi keluarga memiliki sumber daya yang adekuat.

Pasien tinggal dengan istri dan kedua anaknya. Rumah pasien berukuran 11 m x 7 m tidak bertingkat, memiliki 3 kamar tidur, ruang tv, ruang makan, 2 kamar mandi, dapur, dan garasi. Rumah berlantai keramik, dinding terbuat dari tembok permanen dengan atap genteng plafon. Penerangan dan ventilasi cukup dengan sirkulasi udara baik. Kebersihan di dalam rumah baik dan terawat dengan penempatan perabotan tertata rapi. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan. Sumber air dari sumur bor pompa listrik, digunakan untuk mandi, mencuci dan untuk masak. Air minum berasal dari air sumur. Limbah rumah tangga dialirkan ke got di samping rumah. Rumah memiliki 2 kamar mandi dan 2 jamban jongkok. Tempat sampah berada di luar rumah dan juga dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat. Jarak sumur ke septik tank sekitar ±5 m. Jarak antara depan rumah dan jalan sekitar ± 10 m.



Gambar 3. Denah Rumah Tn. A

Diagnostik *holistic* awal pada pasien terdiri atas empat aspek, yaitu aspek personal, aspek klinis, aspek risiko internal, dan aspek risiko eksternal, Aspek personal pada pasien ini yaitu pasien datang dengan keluhan terdapat

rasa gatal disertai bintil-bintil kemerahan di kedua tangan dan sejak \pm 6 bulan yang lalu. Pasien khawatir keluhan gatal menyebar membuat pasien merasa tidak nyaman terutama saat melakukan kegiatan sehari-hari. Pasien merasa akan menularkan penyakit yang ia derita ke keluarga yang tinggal serumah. Pasien berharap dapat mengetahui penyakitnya dan cara mengatasi agar keluhan gatal hilang atau berkurang sehingga pasien dapat beraktivitas nyaman seperti sedia kala. Aspek klinis dalam kasus ini adalah dermatitis kontak alergi akibat kerja (ICD X: L23 ; ICPC-2: S.88). Aspek risiko internal berupa kebiasaan pasien sering tidak memakai alat pelindung diri ditempat kerja, kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit. Aspek risiko eksternal berupa pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit pasien dan kurangnya sosialisasi mengenai pentingnya penggunaan alat pelindung diri dalam lingkungan kerja. Derajat fungsional pasien tergolong 1 (satu) yaitu mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit, mandiri dalam perawatan diri, bekerja di dalam dan luar rumah.

Intervensi yang dilakukan pada pasien ini dibagi menjadi *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*. Intervensi *patient centered* berupa tatalaksana medikamentosa Berametason krim 0,1% 3 kali sehari dan cetirizine tablet 10 mg 2 kali sehari. Tatalaksana non-medikamentosa dengan mengedukasi pasien mengenai penyakit yang sedang diderita dan pentingnya pentingnya pemakaian APD saat bekerja menggunakan poster yang berisikan edukasi berupa penggunaan APD dan terapkan 5 R ditempat kerja. Pasien diedukasi untuk menghindari kontak secara langsung dengan bahan allergen, tidak menggaruk lesi terus menerus, dan segera mengonsumsi obat gatal dengan resep dokter.

Intervensi *family focused* berupa edukasi kepada keluarga mengenai penyakit dermatitis kontak akibat kerja yang diderita pasien, edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien, mengingatkan pasien untuk selalu memakai APD di lingkungan kerja dan minum obat gatal sesuai anjuran dokter.

Intervensi *community oriented* berupa

memberikan saran serta edukasi secara langsung kepada rekan-rekan di lingkungan pekerjaan pasien agar selalu menggunakan APD saat bekerja, membatasi durasi pajanan dengan bahan-bahan allergen di sekitarnya dan selalu menjaga kebersihan lingkungan.

Setelah dilakukan intervensi, diagnosis *holistic* akhir pada pasien ini yaitu aspek personal berupa gatal dan bintil-bintil kemerahan di tangan sudah berkurang, kekhawatiran pasien sudah berkurang karena adanya peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita. Aspek klinis yaitu dermatitis kontak akibat kerja (ICD X: L23 ; ICPC-2: S.88). Aspek risiko internal yaitu pasien memakai alat pelindung diri berupa sarung tangan saat bekerja untuk melindungi dari bahan allergen, serta aspek risiko eksternal pada pasien dan keluarga yaitu meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit dermatitis kontak, pentingnya penggunaan APD saat bekerja untuk menghindari paparan bahan allergen maupun iritan, serta kepatuhan terhadap pengobatan,

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien Tn. A, usia 42 tahun dengan diagnosa klinis Dermatitis Kontak Akibat Kerja (DKAK). Manajemen kesehatan dengan konsep kedokteran keluarga pada pasien ini dirasa penting dikarenakan penyakit pasien sudah berulang selama \pm 6 bulan terakhir dan kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit yang dialami. Oleh sebab itu penatalaksanaan pada keluarga juga diperlukan pada kasus ini yang bertujuan untuk mengevaluasi, megintervensi dan melakukan manajemen holistik komprehensif. Pertemuan dilakukan tiga kali yaitu kunjungan pertama dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada pertemuan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi.

Gejala klinis pasien yaitu terdapat rasa gatal berulang sejak \pm 6 bulan terakhir disertai papul-papul hiperpigmentasi ukuran miliar, gatal memberat saat terpapar oleh allergen dan terasa nyaman apabila digaruk, sehingga pasien terus menerus menggaruk area lesi hingga tampak garis-garis kulit yang menebal bahkan sampai lecet, selain itu juga kulit terasa

kering. Gejala klinis yang dirasakan pada pasien dermatitis kontak berupa lesi disertai rasa gatal, rasa gatal tidak terus menerus biasanya pada saat dan setelah terpapar allergen, ketika keluhan muncul pasien sulit menahan untuk tidak menggaruk, setelah digaruk pasien mulai merasa nyaman lalu gatal makin terasa kembali beberapa saat kemudian, sehingga siklus gatal-garuk terus menerus pasien lakukan.^{2,10}

Selain dari gejala klinis, pada lingkungan kerja pasien juga terdapat bahan-bahan kimia seperti air aki, oli, dan solar yang dapat menjadi iritan ataupun allergen. Distribusi lesi pada tangan juga sesuai dengan area pajanan karena tangan pasien sering berkontak langsung dengan iritan ataupun allergen saat bekerja. Riwayat pajanan menjadi faktor yang memicu timbulnya reaksi pada kulit berupa lesi pada lokasi tubuh yang terpajan.¹⁰ Pasien pernah cuti selama 1 minggu dan keluhan gatal dirasakan berkurang, namun keluhan kembali memburuk saat pasien bekerja. Reaksi kulit yang timbul bergantung pada allergen durasi pajanan antara kulit dengan bahan allergen.^{2,11}

Pada pemeriksaan fisik lokalis regio dorsum manus dextra et sinistra tampak papul hiperpigmentasi dengan batas tegas, diskret, ukuran miliar, distribusi bilateral, disertai likenifikasi. Lesi pada dermatitis kontak bergantung pada luasnya permukaan kulit yang terkena bahan allergen pada fase akut dapat berupa eritem, edem, ataupun vesikel, yang kemudian lambat laun akibat paparan kronis akan menjadi skuama, fisura, dan likenifikasi.^{2,10}

Predileksi biasanya ditemukan pada area kulit yang tidak ditutupi pakaian dan sering digunakan untuk aktivitas sehari-hari atau bekerja, biasanya pada pergelangan tangan, pergelangan kaki bagian depan, dan punggung kaki.^{3,5} Untuk lokasi yang paling sering ditemukan adalah di tangan dan kaki.^{8,12}

Penegakkan diagnosis dermatitis dilakukan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dermatitis kontak ditentukan berdasarkan riwayat pajanan, temuan klinis, dan hasil pemeriksaan *patch test*.³ pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan *patch test* dikarenakan peralatan yang kurang memadai. Dermatitis kontak alergi yang berhubungan dengan pekerjaan dapat ditegakkan apabila memenuhi 4 dari 7 kriteria Mathias yaitu¹⁰:

1)Manifestasi klinis sesuai dengan dermatitis kontak, 2)Pada lingkungan kerja terdapat bahan yang dicurigai dapat menjadi iritan atau allergen, 3)Distribusi anatomis sesuai dengan area terpajan, 4)Terdapat hubungan temporal antara waktu terpajan dan timbulnya manifestasi klinis, 5)Penyebab lain telah disingkirkan, 6)Kelainan kulit membaik pada saat tidak bekerja/libur/cuti, 7)Tes tempel atau tes provokasi dapat mengidentifikasi penyebab. Dari anamnesis diketahui bahwa 5 dari 7 kriteria diatas telah terpenuhi sehingga dapat dikatakan bahwa pasien mengalami dermatitis kontak akibat kerja. Dari gejala klinis yang dialami pasien berupa gejala subyektif berupa rasa gatal, disertai adanya papul-papul hiperpigmentasi dengan likenifikasi yang menunjukkan stadium kronis. Pada lingkungan kerja pasien terdapat bahan kimia seperti oli mobil yang dicurigai sebagai bahan iritan ataupun allergen. Lesi yang diderita terdistribusi di area tangan yaitu area yang terpapar oleh oli mobil. Terdapat hubungan antara munculnya gejala klinis pada pasien dengan waktu terpajan, dimana pasien merasa keluhan muncul setelah tangan pasien berkontak langsung dengan oli mobil. Keluhan yang dialami pasien juga berkurang dan membaik saat ia tidak bekerja.

Diagnosis akibat kerja ditegakkan dengan melalui 7 langkah penegakan diagnosis akibat kerja. Pertama, penegakkan diagnosis klinis yaitu dermatitis kontak. Kedua, pajanan yang didapat di tempat kerja yaitu diantaranya pajanan fisik (suhu panas), pajanan kimia (oli, solar, aki mobil), pajanan biologi (infeksi jamur karena berkering akibat suhu panas), pajanan ergonomic (bekerja selama ±8 jam di bengkel mobil dan bekerja dengan posisi repetitive menunduk serta berjongkok dalam waktu lama), pajanan psikologis (jenis pekerjaan monoton, lama, dan beban kerja yang dapat menimbulkan stress). Ketiga, menentukan hubungan pajanan dengan diagnosis klinis yaitu zat kimia seperti oli mobil yang ada di tempat pasien bekerja dapat bersifat sebagai iritan ataupun allergen. Keempat, menentukan besarnya pajanan, dimana pasien bekerja selama ± 8 jam per hari melakukan perbaikan dan penggantian suku cadang mobil. Kelima, menentukan faktor individu yang berperan, dimana pasien setiap hari bekerja tidak

menggunakan APD seperti sarung tangan. Keenam, menentukan faktor lain di luar tempat kerja. Pasien menyangkal adanya pajanan lain selain tempat kerja. Ketujuh, menentukan diagnosis penyakit akibat kerja, yaitu dermatitis kontak akibat kerja et causa bahan kimia oli mobil.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien sebanyak tiga kali. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dengan mengamati pasien secara menyeluruh baik dari aspek biologis, psikologis dan sosial sehingga didapatkan masalah lain terkait dengan penyakit yang diderita.

Masalah yang dimaksud tersebut mencakup faktor internal dan faktor eksternal yang mempengaruhi penyakit DKAK pada pasien. Pada faktor internal, didapatkan, pasien dan keluarga pasien kurang mengetahui mengenai penyebab penyakit DKAK dan kurang sesuai pengobatan dan cara pencegahannya agar keluhan tidak berulang. Hal ini dapat dilihat dari kebiasaan pasien yang tidak menggunakan alat pelindung diri yaitu sarung tangan saat di lingkungan kerja sehingga terus-menerus terpapar oleh bahan alergen.

Berdasarkan masalah tersebut maka dipilih cara penyelesaian berupa terapi farmakologi dan non farmakologi yang dianggap sesuai dengan pasien. Untuk penyakit dermatitis kontak, pasien diedukasi dan diberikan penjelasan mengenai dermatitis kontak alergi meliputi pengertian, penyebab, factor resiko, dan cara pengendalian keluhan dengan media poster serta edukasi untuk menghindari kontak secara langsung dengan allergen, menggunakan sarung tangan kain dan lateks serta sepatu tahan air untuk menghindari terpapar allergen dan tidak lupa mengedukasi mengenai penggunaan obat secara teratur dan sesuai anjuran, serta selalu menjaga kesehatan kulit.¹³

Untuk pengobatan farmakologi yang diberikan, pasien diberikan obat Betametason 0,1% cream 3 x sehari (dioleskan pada lesi

kulit), Cetirizine 2 x 10 mg, untuk penanganan pada keluhan gatal di kulit, dan urea 10% cream 2 x1 untuk pelembab. Penatalaksanaan dermatitis kontak bertujuan untuk mengurangi reaksi peradangan akibat adanya kontak dengan bahan allergen mengurangi gejala gatal, dan memperkecil luka akibat garukan atau gosokan. Pemberian kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi reaksi inflamasi dan antihistamin oral untuk mengurangi gatal. Terapi yang efektif pada pasien dermatitis kontak allergen seharusnya adalah pemberian pelembab secara rutin dengan mengolesinya pada area lesi.¹⁴

Pada evaluasi dari hasil intervensi didapatkan: untuk keluhan gatal yang dirasakan sudah berkurang dibandingkan sebelumnya. Peningkatan pengetahuan mengenai dermatitis kontak alergi. Pasien juga sudah mulai menggunakan APD saat bekerja, mulai rutin menggunakan pelembab dengan spesifikasi yang sesuai, dan rasa ingin menggaruk hebat ketika keluhan gatal atau rasa kering pada kulit dan mengurangi menggaruk untuk mengurangi iritasi dan lesi meluas.

Simpulan

Kasus ini mengenai seorang pasien Tn. A dengan diagnosis dermatitis kontak akibat kerja. Pada pasien telah dilakukan pemeriksaan secara holistic dan didapatkan faktor risiko internal yaitu kurangnya pengetahuan mengenai penyakit, kebiasaan pasien tidak memakai APD (sarung tangan saat bekerja sebagai montir bengkel mobil, serta faktor risiko eksternal kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistic, *patient centered, family focused, community oriented* berdasarkan *evidence based medicine*. Intervensi juga dilakukan dengan memandang aspek psikologis berupa edukasi terhadap pasien, keluarga, serta rekan-rekan di lingkungan kerja pasien mengenai penyakit dermatitis kontak akibat kerja, tatalaksana, dan pencegahan. Dari hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan, keluhan pasien berkurang, dan pasien yang patuh dalam mengikuti anjuran pengobatan berupa terapi medikamentosa dan non medikamentosa.

Daftar Pustaka

1. Sularsito SA, Soebaryo RW. Dermatitis. Dalam: Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Edisi Ke-7. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2018.
2. Chern A, Chern CM, Lushniak BD. Occupational Skin Disease. Dalam: Fitzpatrick's Dermatology. Edisi Ke-9. New York: McGraw Hill Education; 2019.
3. Milam EC, Nassau S, Banta E, Fonacier L, Cohen DE. Occupational Contact Dermatitis: An Update. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(10):3283-93.
4. Hadi A, Pamudji R, Rachmadianty M. Hubungan Faktor Risiko Kejadian Dermatitis Kontak pada Tangan Pekerja Bengkel Motor Kecamatan Plaju. *Sci J Occup Saf Heal*. 2021;1(1):13-27.
5. Rahmatika A, Saftarina F, Anggraini DI, Mayasari D. Hubungan Faktor Risiko Dermatitis Kontak pada Petani. *J Kesehat*. 2020;11(1):101-7.
6. Nanto SS. Kejadian Timbulnya Dermatitis Kontak pada Petugas Kebersihan. *Med J Lampung Univ*. 2016;4(8):147-52.
7. Hardianty S, Tarigan L, Salmah U. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Gejala Dermatitis Kontak pada Pekerja Bengkel di Kelurahan Merdeka Kota Medan Tahun 2015. *Lingkung dan Keselam Kerja*. 2015;17(1):1-7.
8. Filon FL, Delneri A, Rui F, Bovenzi M, Mauro M. Contact Dermatitis in Northeast Italy Mechanics (1996-2016). *Dermatitis*. 2019;30(2):150-4.
9. Sujoso ADP, Martiana T, Martini S, Rahman FS. Factors that Correlation to Occupational Contact Dermatitis Among tobacco Farmers in Jember District, East Java Province, Indonesia. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2020;14(3):168-73.
10. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Dermatologi Dan Venereologi Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI); 2021.
11. Lampel HP, Powell HB. Occupational and Hand Dermatitis: a Practical Approach. *Clin Revi Aller Immunol*. 2018;56(1):60-7.
12. Rubins A, Romanova A, Septe M, Maddukuri S, Schwartz RA, Rubins S. Contact dermatitis: Etiologies of The allergic and Irritant Type. *Acta Dermatovenerol APA*. 2020;25(4):181-4.
13. Ahmed AS, Eldahshan RM. Occupational dermatoses: knowledge, attitudes and perceptions among motor vehicle repair workers. *Int J Occup Saf Erg*. 2022;28(4):2112-8.
14. S. Al-otaibi, H. Alqahtani. Management of Contact Dermatitis. *J Dermatology Dermatologic Surg*. 2015;19(2):86-91.