

BAB I PENDAHULUAN

Latar Belakang

Dermatitis merupakan salah satu kelainan kulit yang sering dijumpai di kehidupan sehari-hari, masyarakat luas menyebutnya dengan istilah eksim. Salah satu jenis dermatitis yang sering terjadi adalah dermatitis kontak. Dermatitis kontak adalah suatu penyakit inflamasi pada kulit yang terjadi akibat paparan substansi/zat tertentu sehingga menyebabkan reaksi alergi atau iritasi. Dermatitis kontak dibagi menjadi dua jenis menjadi DKI dan DKA. Keduanya dapat bersifat akut maupun kronis (Djuanda, 2016).

Persebaran kejadian dermatitis kontak secara global menurut data terkini dari World Allergy Organization, diestimasikan sekitar 5,7 juta kunjungan per tahun di seluruh dunia (Sapitri, 2022). Menurut British Association of Dermatologists, 4% hingga 7% konsultasi dermatologis dengan dermatitis kontak. Dari 1129 diagnosis baru penyakit kulit akibat kerja di Inggris tahun 2017, 79% di antaranya adalah dermatitis kontak (Johnston et al, 2017).

Menurut Riskesdas, kementerian kesehatan tahun 2018, dermatitis masih menjadi wabah yang umum terjadi di Indonesia, peringkat 3 dari 12 penyakit yang paling sering diderita (Riskesdas, 2018). Data epidemiologi di Indonesia memperlihatkan bahwa 97% dari 389 kasus penyakit kulit adalah dermatitis kontak, sebanyak 66,3% dari kasus tersebut adalah DKI dan 33,7% adalah DKA. Prevalensi dermatitis di Indonesia adalah 97%, di Jawa Barat 92,7%, Aceh 68,8%, dan Sulawesi Selatan cukup tinggi yaitu 53,2% (Arif et al., 2024). Berasal dari data Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Makassar pada tahun 2014, didapatkan 97.318 jumlah kasus dermatitis menjadi penyakit peringkat kedua dalam daftar 10 penyakit utama untuk semua golongan umur (Satriana et al., 2019).

Dermatitis kontak dapat terjadi di rentang usia yang luas mulai usia balita hingga lanjut usia, baik laki-laki maupun perempuan, dan berbagai macam ras. Angka kejadian DKI akibat kerja sebanyak 80% dan DKA 20% (Soutor, 2022). Bila dibandingkan dengan DKI, jumlah pasien DKA lebih sedikit, karena hanya mengenai orang dengan keadaan kulit sangat peka (hipersensitif). Data dari Inggris dan Amerika Serikat menunjukkan bahwa DKA akibat kerja karena ternyata cukup tinggi yaitu berkisar antara 50%-60% (Djuanda, 2016). 69,7% pada pekerjaan yang sering terpapar seperti mencuci tangan dengan frekuensi >35 kali dan beresiko terjadinya dermatitis pada tangan karena berhubungan erat dengan pekerjaan. Sedangkan, dari frekuensi DKA bukan akibat kerja tiga kali lebih sering dibandingkan dengan DKA akibat kerja (Jannah, 2022).

Keluhan adanya lesi dapat ditemukan diberbagai area di seluruh tubuh. Apabila mengambil data dari North American Contact Dermatitis Group (NACDG) mulai tahun 2001 hingga 2016 lokasi predileksi penderita dermatitis kontak yang memiliki frekuensi tertinggi yaitu pada tangan (75,8%), lengan (30%), wajah (15,9%) (DeKoven et al, 2018). Dari penelitian yang dilakukan di Satuan Medis Fungsional Kulit dan Kelamin RSUP. H. Adam Malik ditemukan hasil lokasi dermatitis kontak, prevalensi tertinggi dijumpai di tangan yaitu pada 35 pasien (36,1%), Kemudian diikuti oleh di tungkai bawah (21,6%), wajah (19,6%), badan (8,2%), lengan (6,2%), leher (4,1%), telinga (3,1%) dan yang paling

sedikit dijumpai di genitalia(1%)(Nopa, 2019).

Dermatitis kontak umumnya dianggap sebagai kondisi yang tidak mengancam nyawa namun mempunyai dampak yang merugikan, Keluhan perenderitanya berupa sensasi nyeri, gatal akibat penyakit dan dampak psikososial seperti keditaknyamanan juga tidak percaya diri dengan tampilan fisik. Pasien yang berlanjut mengalami keluhan apabila terus menerus terpapar bahan penyebab timbul dermatitis kontak di tempat kerja serta lingkungan sekitar , dapat mempengaruhi kualitas hidup hingga aktifitas sehari-hari secara signifikan (Oktavia, 2022).

Dengan insidensi dermatitis kontak yang cukup banyak, diperkirakan jumlah penderita dermatitis kontak (alergi maupun iritan), akan mengalami peningkatan insidensinya seiring dengan perkembangan zaman dan bertambahnya berbagai produk bahan kimia yang digunakan oleh masyarakat umum. Dampak negatif yang diakibatkan oleh penyakit ini terhadap berbagai aspek kehidupan penderitanya merupakan prioritas. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang gambaran karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024.

Landasan Teori

1.2.1 Kulit

Kulit adalah organ terbesar pada tubuh manusia yang berfungsi sebagai pelindung fisik, pelindung terhadap infeksi, pengatur suhu, penerima rangsangan, pelindung dari sinar UV, serta membantu proses penyembuhan luka. Pada orang dewasa seberat 70 kg, kulit memiliki berat sekitar 5 kg dan menutupi permukaan tubuh seluas 2 m² (Murlistyarini, et al., 2018). Jenis kulit tiap individu berbeda, dipengaruhi oleh aktivitas, suhu, kelembapan, paparan polusi dan sinar matahari, serta asupan makanan dan air. Secara umum, jenis kulit dibagi menjadi tiga yaitu normal, kering, dan berminyak (Rahmawaty, 2020).

1.2.1.1 Lapisan Kulit

Dalam menjalankan fungsi diatas, seluruh lapisan kulit bertindak sebagai salah satu kesatuan yang saling terkait satu sama lain. Kulit terdiri atas 3 lapisan, yaitu:

A. Epidermis

Epidermis merupakan lapisan kulit yang terutama terdiri dari keratinosit, yaitu epitel berlapis gepeng berkeratin, serta mengandung tiga jenis sel lain dalam jumlah lebih sedikit: melanosit, sel Langerhans, dan sel Merkel. Perbedaan utama antara kulit tebal (telapak tangan dan kaki) dan kulit tipis (bagian tubuh lain) terletak pada ketebalan epidermis, yaitu 75–150 µm untuk kulit tipis dan 400–1400 µm (1,4 mm) untuk kulit tebal. Ketebalan total kulit, termasuk dermis, juga bervariasi tergantung lokasi; misalnya, kulit punggung sekitar 4 mm dan kulit kepala sekitar 1,5 mm. Epidermis terdiri dari lima lapisan keratinosit, yang semuanya tampak jelas pada kulit tebal(Mescher, 2016).

Struktur penyusun epidermis antara lain(Menaldi, et al., 2016).:

1. Lapisan Basal (*Stratum Basalis*)
2. Lapisan Spinosa (*Stratum Spinosum*)
3. Lapisan Granular (*Stratum Granulosum*)
4. *Stratum Korneum*

B. Dermis

Dermis adalah jaringan ikat yang menyokong epidermis dan menghubungkannya dengan hipodermis. Ketebalannya bervariasi, mencapai hingga 4 mm di punggung. Permukaan dermis tidak rata dan memiliki papila dermis yang mengunci dengan rabung epidermis, terutama banyak ditemukan di area yang sering mendapat tekanan. Selama perkembangan embrio, mesenkim dermis memengaruhi pembentukan epidermis di atasnya. Dermis terdiri atas dua lapisan:

1. lapisan papilar di luar yang tersusun dari jaringan ikat longgar dengan fibroblas, sel mast, makrofag, dan leukosit.
2. lapisan retikular yang lebih dalam dan tebal, tersusun dari jaringan ikat padat iregular, terutama kolagen tipe I dan serat elastin yang memberi elastisitas kulit.

Dermis juga mengandung folikel rambut, kelenjar, dan banyak serabut saraf, termasuk saraf simpatis dan aferen sensorik yang membentuk jalinan di papila dermis dan ujung-ujung saraf bebas di epidermis(Mescher, 2016).

C. Jaringan Subkutan

Lapisan subkutan terdiri atas jaringan ikat longgar yang mengikat kulit secara longgar pada organ-organ di bawahnya, yang memungkinkan kulit bergeser di atasnya. Lapisan tersebut, yang juga disebut hipodermis atau fascia superficialis, sering mengandung sel-sel lemak yang jumlahnya bervariasi sesuai daerah tubuh dan ukuran yang bervariasi sesuai dengan status gizi. Suplai vaskular yang luas di lapisan subkutan meningkatkan ambilan insulin dan obat yang disuntikkan ke dalam jaringan ini secara cepat(Mescher, 2016).

1.2.1.2 Fungsi Kulit

Kulit adalah lapisan terluar tubuh yang melindungi permukaan tubuh dari berbagai rangsangan dan gangguan eksternal. Kulit memiliki berbagai fungsi penting, berdasar dari (Djuanda, 2016) dan (Benedetti, J., 2024) antara lain:

1. Fungsi proteksi (gangguan fisik/mechanik, sinar ultraviolet, bahan kimia dan gangguan biologis/ imunologik)
2. Fungsi Absorpsi/ keseimbangan air dan elektrolit
3. Fungsi persepsi
4. Fungsi ekskresi

5. Fungsi keratinisasi
6. Fungsi pigmen
7. Fungsi regulasi suhu tubuh
8. Fungsi pembentukan vitamin D

1.2.2 Dermatitis Kontak

1.2.2.1 Definisi dan Etiologi

Dermatitis berasal dari kata yaitu derma yang dalam Bahasa Yunani berarti kulit, dan itis yang artinya peradangan. Dermatitis kontak adalah suatu penyakit inflamasi pada kulit yang terjadi akibat paparan substansi/zat tertentu dapat berasal dari factor endogen maupun eksogen sehingga menyebabkan reaksi alergi atau iritasi. Kedua jenis dapat bersifat akut maupun kronis. Hal ini ditandai dengan bentuk kemerahan, penonjolan yang berisi cairan, oozing, krusta, vesikel, dan pruritus intens (Djuanda, 2016). Dermatitis kontak bisa terjadi disemua umur, seks, dan kelompok etnis. Dermatitis kontak dibagi menjadi dua, yaitu DKI dan DKA. Pada *ICD-10 (10th revision of the International Statistical Classification of Disease)* oleh WHO, DKI diberi kode diagnosis dengan L24, sementara DKA kode diagnosis L23 (ICD, 2021).

1.2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Faktor dermatitis kontak diklasifikasikan menjadi penyebab internal dan eksternal.

1. Faktor internal meliputi usia (anak 8 tahun kebawah maupun lansia sangat mudah teriritasi), jenis kelamin (insiden DKI dominan pada perempuan), ras (kulit gelap lebih tahan dibanding kulit putih), riwayat alergi/atopik dan riwayat penyakit.
2. faktor eksternal terdiri dari bahan iritan, faktor fisik, mekanik (oklusi, gesekan, tekanan, getaran), dan lingkungan (suhu, kelembaban, radiasi UV). Paparan panas pada kulit sering mengakibatkan keluarnya keringat. Retensi keringat dapat menyebabkan iritasi kulit, karena keringat lebih iritatif daripada air. kelembapan lingkungan yang rendah dan suhu dingin merupakan faktor yang berkontribusi terhadap berkurangnya kadar air dalam kulit dan menyebabkan peningkatan permeabilitas iritan pada kulit.
3. faktor lainnya meliputi masa kerja, tingkat pendidikan, personal hygiene dan pemakaian APD serta lama kontak dan frekuensi kontak juga mempengaruhi terjadinya dermatitis kontak.

1.2.2.3 Gejala Klinis

Adapun gejala secara umum pada kulit penderita, meliputi ruam merah, peradangan, terkadang terasa gatal, kulit bengkak, kulit kering dan bersisik, lecet lepuh, pecah kadang terasa sakit saat disentuh (Maharani,

2015).

1. Terdapat riwayat paparan dan hubungan temporal dengan bahan iritan.
2. Tangan adalah lokasi tersering, diikuti wajah, dan kaki.
3. Gejala subyektif berupa rasa gatal, terbakar/nyeri.
4. Sajian klinis bergantung pada jenis iritan dan pola paparan.
5. Biasanya disertai kulit kering atau gangguan sawar kulit.
6. Bila paparan dihentikan maka lesi membaik.
7. Seringkali berhubungan dengan pekerjaan/lingkungan pekerjaan (PERDOSKI, 2017)

1.2.2.4 Jenis Dermatitis Kontak

Perbedaan klinis antara DKI dan DKA cukup sulit untuk diidentifikasi. Kedua kondisi ini memiliki ciri-ciri klinis dan histopatologis yang hampir sama, dan seringkali muncul bersamaan. Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa aktivitas sel epidermal dan dermal yang memicu peradangan pada DKI dan DKA semakin serupa. Mengingat DKI adalah kondisi yang sering dijumpai dan berpengaruh besar dalam evaluasi alergi, penting untuk dapat membedakan keduanya (Eberting CL, 2014).

Tabel 1. 1 Perbandingan DKI dan DKA

ASPEK	DKI	DKA
Onset (mula)	Iritan kuat-dalam hitungan menit. Iritan lemah-dalam hitungan hari hingga minggu	Dalam 24-96 jam pada individu yang telah mengalami sensitisasi
Resolusi (pemulihan)	Dapat membaik dalam beberapa hari setelah paparan, beberapa kasus mungkin berlanjut	Membaim setelah 3-6 minggu jauh dari paparan
Efloresensi	Berupa plak eritem numular sampai dengan plak, vesikel, bula sampai erosi numular sampai plak	Berupa plak eritem numular sampai dengan plak, papula, vesikel berkelompok disertai erosi numular hingga plak. Terkadang hanya berupa makula hiperpigmentasi dengan skuama halus
Mekanisme	Tidak bersifat imunologik, sensitisasi tidak diperlukan: gangguan sawar kulit, kerusakan seluler epidermal, mediator pro-inflamasi dilepaskan dari keratinosit	Dimediasi imunologik, sensitisasi diperlukan, T-sel yang teraktivasi oleh antigen; Fase sensitisasi biasanya memakan waktu 10-14 hari tetapi bisa terjadi segera atau setelah bertahun-tahun

Agen	Bergantung pada konsentrasi iritan	Tidak bergantung pada konsentrasi alergen
Diagnosis	Klinis	Tes tempel

Sumber: (Soutor. *et al.*, 2022), (Maheswari. *et al.*, 2021)

1.2.3 Dermatitis Kontak Iritan

Dermatitis kontak mengacu pada peradangan kulit yang terjadi akibat paparan iritan atau alergen. DKI merupakan respon nonspesifik kulit terhadap kerusakan kimia langsung yang melepaskan mediator inflamasi terutama dari sel epidermis. Kemungkinan terjadinya DKI meningkat seiring dengan durasi, intensitas, dan konsentrasi zat. Agen kimia atau fisik dan mikrotrauma dapat menyebabkan iritasi kulit sehingga menyebabkan DKI. Iritasi fisik seperti gesekan, lecet, oklusi, dan deterjen seperti *sodium lauryl sulfate* menghasilkan lebih banyak DKI jika dikombinasikan dibandingkan jika digunakan sendiri.

1.2.3.1 Epidemiologi

DKI dapat dialami oleh semua orang dari berbagai golongan umur, ras, dan jenis kelamin. Jumlah orang yang mengalami DKI diperkirakan cukup banyak, terutama yang berhubungan dengan pekerjaan (DKI akibat kerja), namun angka secara tepat sulit diketahui. Hal ini disebabkan antara lain karena banyak pasien dengan kelainan ringan tidak datang berobat, atau bahkan tidak mengeluh (Djuanda, 2016).

1.2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Faktor-faktor yang menentukan keparahan DKI meliputi kuantitas dan konsentrasi iritan, durasi, dan frekuensi paparan. Hal itu juga tergantung pada jenis kulit apakah itu tebal, tipis, berminyak, kering, sangat cerah, kulit yang sebelumnya rusak, atau memiliki kecenderungan atopik yang sudah ada sebelumnya. Faktor lingkungan seperti suhu dan kelembaban tinggi atau rendah juga menentukan tingkat keparahannya.

Tabel 1. 2 Faktor-faktor yang mempengaruhi DKI

Eksogen	Endogen	Ko-Faktor
Karakteristik kimiawi	Sensitivitas individual	Mekanis
Struktur molekul	Riwayat Atopi	Suhu
pH	Etnis/ras	Cuaca
Hidrofobisitas	Usia	
Toksisitas Inheren	Hormonal	
Konsentrasi/ dosis	Fungsi pertahanan	
Karakteristik pemetrase	Kemampuan penyembuhan	
Solubilitas	Eksim di Lokasi lainnya	
Durasi kontak	Riwayat penyakit kulit	

Jenis kontak	Lokasi paparan (predileksi)	
--------------	-----------------------------	--

Sumber: (White J., 2016)

1.2.3.3 Patofisiologi

DKI terjadi akibat kerusakan langsung pada stratum korneum oleh bahan kimia atau agen fisik yang terjadi lebih cepat daripada kemampuan kulit untuk memperbaiki dirinya sendiri. Hal ini mengakibatkan reaksi kulit inflamasi non-imunologis. Sensitisasi sebelumnya tidak diperlukan, meskipun kerentanannya bervariasi antar individu, dengan paparan yang adekuat terhadap iritan, siapa pun dapat mengalami DKI (Cher-Han, 2016).

Berbagai jenis iritan memiliki pengaruh yang berbeda terhadap patogenesis DKI. Kontak langsung dengan asam dan basa dapat menyebabkan kerusakan segera pada kulit, yang mengklasifikasikan iritasi ini sebagai iritasi akut. Iritasi akut yang tertunda memicu reaksi cepat, namun tidak menyebabkan reaksi inflamasi langsung.

Durasi paparan juga berperan dalam mempengaruhi patofisiologi DKI, dengan perbedaan antara paparan iritan akut (3 hari) dan paparan yang lebih lama (7 hari). Berdasarkan mekanisme yang terjadi, fenotip Th1 menunjukkan peningkatan risiko berkembangnya DKI, baik akibat iritasi akut yang tertunda maupun yang kumulatif. Ini berkaitan dengan peningkatan jumlah neutrofil, infiltrasi monosit yang relatif rendah, dan peningkatan penanda sitokin atau kemokin spesifik. Peningkatan jumlah sel dendritik (DC) mungkin memiliki efek protektif dalam fenotip Th2 setelah terpapar iritasi akut tertunda, namun tidak dalam kasus DKI kumulatif. Beberapa penelitian yang mengukur kadar sitokin subkutan menunjukkan peningkatan IL-1 α setelah paparan iritan tunggal, sedangkan IL-1RA meningkat setelah paparan berulang. Efek pro-inflamasi IL-1 α dilawan dengan produksi sitokin IL-1RA yang bersifat anti-inflamasi. Hal ini menunjukkan bahwa selama kontak kulit dengan iritan berulang, mekanisme anti-inflamasi berperan dalam menekan respon pro-inflamasi awal terhadap iritasi yang baru.

Berbeda dengan reaksi alergi kulit, DKI tidak melibatkan memori imunologis dan perkembangan reaksi kulit iritan tidak memerlukan sensitisasi sebelumnya. Meskipun terdapat perbedaan komposisi substansi kimia antara iritasi yang berbeda, kulit yang terpapar iritan sering menyebabkan gangguan sawar kulit, sel-sel imunokompeten menginfiltrasi kulit, perubahan pada sel, pelepasan mediator pro-inflamasi.

Saat kulit telah terpapar oleh iritan sawar kulit menjadi terganggu, sawar kulit berada di lapisan terluar epidermis, yaitu stratum korneum. Lapisan kulit terdiri dari sel-sel kaya protein, sel korneosit, yang tertanam dalam matriks lipid kontinu. Fungsi sawar kulit hanya terletak pada sepertiga bagian dalam dari stratum korneum. Proses dinamis yang terjadi selama kerusakan dan pemulihan sawar kulit dapat diukur menggunakan teknik noninvasif melalui pengukuran *transepidermal water loss* (TEWL). Beberapa penelitian menggunakan surfaktan anionik seperti *sodium lauryl sulfate* (SLS), yang dapat menyebabkan gangguan pada sawar kulit dan

peningkatan nilai TEWL. Peningkatan TEWL diamati hingga lebih dari 6 hari setelah paparan SLS. Penelitian lain menunjukkan bahwa pemulihan penuh penghalang kulit baru terjadi lebih dari 3 minggu setelah paparan iritasi, yang diuji dengan mengulang percobaan pada area kulit yang sama.

Ketika penghalang kulit terganggu, terjadi peningkatan hidrasi serta disorganisasi lipid dua lapis pada epidermis. Meskipun sebagian orang beranggapan bahwa kerusakan sawar kulit hanya perubahan mekanis pada kulit, berbagai penelitian telah menunjukkan pentingnya keberadaan stratum korneum yang utuh. Penelitian lebih lanjut juga menunjukkan bahwa setelah terjadinya kerusakan sawar kulit, terdapat peningkatan kadar molekul sinyal aktif imunologis terkhusus pada IL-1 α , IL-1 β , TNF- α dan GM-CSF. Oleh karena itu, gangguan penghalang kulit itu sendiri sebenarnya dapat memicu sinyal stres imunologis yang selanjutnya mengarah pada perkembangan reaksi inflamasi lokal di kulit.

Kerusakan pada sawar kulit juga mempermudah penetrasi iritan ke dalam kulit, maupun agen eksternal lain seperti alergen dan bakteri. Gangguan pada sawar kulit turut berperan dalam berbagai penyakit kulit dan dianggap sebagai faktor utama yang menyebabkan induksi DKI(Maheswari. et al., 2021).

1.2.3.4 Gejala dan Manifestasi Klinik

Gejala utama dari DKI adalah rasa terbakar dan nyeri, meskipun gatal juga bisa muncul. Gejala gatal lebih sering ditemukan dan lebih mencolok pada DKA. Kelainan pada kulit bervariasi, tergantung pada kekuatan iritan. Iritan yang kuat menyebabkan gejala akut, sementara iritan yang lebih lemah menghasilkan gejala kronis. Dermatitis kontak biasanya muncul dengan ruam eczema, meskipun bentuk non-eczematous juga jarang terlihat. Bentuk morfologi dari DKI eczematous dan DKA meliputi fase akut, subakut, dan kronis.

1. Fase akut, gejalanya meliputi eritema, edema, dan vesikulasi,
2. Fase subakut, kerak dan sisik adalah temuan utama,
3. Fase kronis terdapat likenifikasi.

Tidak ada temuan klinis yang jelas membedakan DKI dan DKA, namun DKI umumnya terbatas pada area kontak, sedangkan DKA bisa terjadi di bagian tubuh lain. Waktu antara kontak dengan agen penyebab dan munculnya ruam juga menjadi petunjuk dalam diagnosis. DKI akut biasanya muncul dalam beberapa menit hingga beberapa jam setelah terpapar iritan, sedangkan DKA umumnya baru terlihat 24 hingga 96 jam setelah kontak dengan alergen. Perbedaan utama antara DKA dan DKI dapat dilihat dalam **Tabel 1.1**.

Dermatitis kontak dapat terjadi di berbagai bagian tubuh, namun tangan adalah area yang paling sering terkena baik pada DKA maupun DKI.

Hampir semua bahan dapat menyebabkan dermatitis iritan, namun konsentrasi dan durasi paparan bahan tersebut menentukan kemungkinan terjadinya DKI. Faktor lingkungan, seperti udara kering dan suhu tinggi, dapat meningkatkan efek iritasi dari bahan kontak. Zat-zat seperti alkohol, xilena, cairan untuk pengerjaan logam, sarung tangan karet, natrium lauril sulfat, asam hidrofluorat, alkali, dan tanaman adalah penyebab terkenal DKI. Paparan berulang terhadap iritan ringan, seperti air dan gel pembersih, juga sering menyebabkan DKI, yang dikenal sebagai DKI kumulatif (Harlim, 2016).

1.2.3.5 Klasifikasi

1. Luka bakar kimiawi

Bahan kimia yang sangat asam atau basa dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang signifikan bahkan dengan paparan singkat terhadap kulit. Eritema yang disertai rasa sakit akan muncul di area yang terpapar dalam waktu beberapa menit, diikuti oleh pembentukan vesikel dan eskar nekrotik. Asam kuat dan basa adalah penyebab utama dari luka bakar kimiawi, dengan asam halogen menjadi sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang berlanjut meskipun hanya terjadi paparan kulit dalam waktu singkat.

2. Reaksi iritan subjektif

Ciri utama dari iritasi jenis ini adalah tidak adanya tanda klinis yang jelas. Gejala subjektif, seperti rasa terbakar atau nyeri setelah kontak dengan bahan kimia tertentu, menjadi petunjuk diagnostik. Walaupun tidak ada manifestasi klinis yang jelas, reaksi ini bisa berulang. Gejalanya muncul dengan cepat setelah terpapar, umumnya dalam hitungan detik hingga menit. Respons terhadap jenis reaksi ini dapat bervariasi antar individu, dengan beberapa penelitian mengategorikan individu sebagai sensitif atau tidak sensitif. Misalnya, campuran kloroform dan metanol yang diaplikasikan pada kulit dapat menyebabkan rasa sakit tajam dalam beberapa detik hingga menit setelah kontak.

3. DKI akut

Reaksi ini sering terjadi setelah satu kali paparan terhadap bahan iritan. Tampilan klinisnya bervariasi dan seringkali sulit dibedakan dari reaksi DKA. Gejalanya bisa berupa kekeringan dan kemerahan ringan hingga reaksi yang lebih parah, seperti pembengkakan, peradangan, dan pembentukan vesikel. Reaksi ini umumnya terjadi di area yang terpapar dan biasanya menghilang dalam beberapa hari hingga minggu.

4. DKI kronik (dermatitis kumulatif)

Reaksi ini berkembang akibat paparan berulang terhadap bahan iritan di kulit. Secara klinis, reaksi ini ditandai dengan

kekeringan, kemerahan, infiltrasi, pengelupasan, retakan, dan vesikulasi dengan tingkat keparahan yang lebih ringan. DKI jenis ini biasanya terjadi di tangan dan memiliki sifat kronis. Meskipun iritan telah dihindari, reaksi klinis dapat berlangsung selama beberapa tahun. Beberapa faktor eksternal, seperti air, deterjen, pelarut organik, minyak, alkali, asam, zat pengoksidasi, panas, dingin, gesekan, dan mikrotrauma, diketahui dapat memicu eksim iritan kronis(Harlim, 2016).

1.2.3.6 Diagnosis

Untuk menegakkan diagnosis biasanya cukup dengan melihat gejala klinis, dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis keluhan yang paling sering dikeluhkan pasien adalah rasa perih seperti terbakar, gatal, dan nyeri. Dan untuk pemeriksaan fisik meliputi inspeksi dan palpasi, pada lesi yang bersifat akut tampak edema,eritema, jugs ulserasi sedangkan untuk kasus yang kronik akan tampak Gambaran erupsi eksematosa,eritema, dan fisura kering. Dapat pula disertai oleh infeksi sekunder(Al-Otaibi, 2015). namun karena batas perbedaannya yang samar boleh ditambahkan melakukan bila perlu tes tempel untuk membedakan dengan DKA(Papadakis MA. *et al*, 2025).

Diagnosis bandingnya dapat DKA, Dermatitis atopik,

1.2.3.7 Tatalaksana

1. Non medikamentosa:

- Mengidentifikasi dan menghindari bahan yang diduga sebagai iritan.
- Menyarankan penggunaan alat pelindung diri (APD), seperti sarung tangan, apron, dan sepatu bot. Namun, pada beberapa kondisi, penggunaan sarung tangan dalam waktu lama dapat memperburuk kerusakan pada lapisan pelindung kulit.
- Memberikan edukasi tentang prognosis penyakit, memberikan informasi terkait kondisi tersebut, dan menyampaikan bahwa penyakit ini mungkin akan berlangsung lama meskipun sudah dilakukan terapi, modifikasi lingkungan kerja, dan perawatan kulit.

2. Medikamentosa

- Secara sistemik: Pengobatan dilakukan berdasarkan gejala dan kondisi klinis. Untuk kasus dengan tingkat keparahan tinggi, dapat ditambahkan kortikosteroid oral, seperti prednisone 20 mg per hari dalam jangka pendek (sekitar 3 hari).

- Secara topikal:

Gunakan pelembap setelah bekerja (*after-work cream*). Disarankan untuk memilih pelembap yang kaya akan lipid, seperti

yang mengandung 5-7% petrolatum. Berdasarkan kondisi klinis:

- Jika basah (madidans): Berikan kompres terbuka menggunakan 2-3 lapis kain kasa yang dibasahi larutan NaCl 0,9%.
- Jika kering: Gunakan krim kortikosteroid dengan potensi sedang, seperti flusinolone asetat.
- Jika dermatitis kronis: Dapat diberikan mometason furoate secara intermiten.
- Untuk kasus berat dan kronis, atau yang tidak merespon terhadap steroid: Dapat diberikan inhibitor kalsineurin atau fototerapi dengan BB/NB UVB. Obat sistemik seperti azatioprin atau siklosporin juga dapat digunakan. Jika terdapat infeksi bakteri sekunder, antibiotik topikal atau sistemik diperlukan (PERDOSKI, 2017).

1.2.3.8 Prognosis dan Pencegahan

Prognosis DKI termasuk *self-limited* apabila menghindari pemicu dalam kasus DKI ringan, namun pemulihan tuntas dapat berlangsung hingga 2-3 minggu. Pada kasus dermatitis kontak yang berat diakibatkan pekerjaan keluhan dapat bertahan hingga 2 tahun walaupun sudah berganti pekerjaan dan berdampak signifikan terhadap kualitas hidupnya (Litchman G. *et al*, 2022).

Pencegahannya dengan Mengedukasi pasien cara menghindari iritan di rumah dan tempat kerja sangatlah penting. Mengurangi kontak dengan iritan seperti sabun, pelarut, minyak, alkali, asam, atau bahan alergen dapat membantu mengurangi risiko terjadinya DKI. Namun, jika penghindaran iritan tidak memungkinkan, produk perlindungan kulit bisa menjadi alternatif selanjutnya.

Saat memilih produk perlindungan kulit, penting untuk mempertimbangkan jenis iritan dan kondisi paparan yang ingin dilindungi. Krim dan salep penghalang bisa melindungi kulit dari iritan ringan, sangat bermanfaat bagi pekerja yang sering terpapar air, sabun, dan deterjen. Produk ini juga melindungi kulit dari bahan kimia, minyak, dan iritan lainnya. Produk penghalang yang melembapkan dapat mencegah DKI dan membantu penyembuhan kulit yang rusak dengan meningkatkan hidrasi kulit dan memperbaiki lipid epidermis. Mereka yang sering terpapar iritan sebaiknya rutin mengaplikasikan pelembap, tidak hanya untuk mencegah, tetapi juga untuk mengobati DKI ringan.

Untuk dianggap sebagai pelindung penghalang kulit yang ideal, pelembap dengan sifat hidrofobik alergen, kelarutan dalam air, dan titik leleh harus dipertimbangkan. Seiring dengan meningkatnya hidrofobisitas suatu zat, kelarutannya dalam air berkurang, sehingga membuatnya lebih sulit untuk terhapus dan lebih tahan terhadap iritan yang larut dalam air. Titik leleh yang lebih tinggi juga memberikan ketahanan lebih terhadap terhapusnya zat tersebut pada air panas atau dingin. Petrolatum,

penghambat TEWL standar emas, adalah kombinasi semisolid kompleks dari lilin alergen, lilin mikrokristalin, dan minyak mineral putih (Eberting CL, 2014).

1.2.4 Dermatitis Kontak Alergi

DKA adalah penyakit peradangan kulit yang muncul karena kontak dengan bahan dari lingkungan, yang sudah diketahui sejak zaman kuno. Salah satu catatan pertama tentang hal ini berasal dari abad pertama Masehi, di mana seorang pasien menderita eksim pruritus setelah menebang pohon pinus. DKA merupakan reaksi hipersensitivitas tipe IV yang dikendalikan oleh sel T yang spesifik terhadap alergen, dan merupakan salah satu jenis utama dari penyakit peradangan kulit (Mraz V. *et al.*, 2020).

1.2.4.1 Etiologi dan Patofisiologi

Penyebab DKA ialah bahan kimia sederhana dengan berat molekul rendah (< 1000 dalton), disebut sebagai haptens, bersifat lipofilik, sangat reaktif, dan dapat menembus stratum korneum sehingga mencapai sel epidermis bagian dalam yang hidup (Sularsito SA & Subaryo RW, 2016).

Mekanisme terjadinya kelainan kulit pada DKA mengikuti respons imun yang diperantarai oleh sel (*cell-mediated immune respons*) atau reaksi imunologik tipe IV, atau reaksi hipersensitivitas tipe lambat. Reaksi hipersensitivitas tipe IV terjadi akibat paparan dan sensitisasi pada individu yang secara genetik rentan terhadap alergen lingkungan, diikuti oleh paparan ulang yang memicu reaksi inflamasi yang kompleks. Untuk memicu reaksi tersebut, individu harus memiliki kontak yang cukup dengan bahan kimia yang menyebabkan sensitisasi, mengembangkan memori imunologis, dan kemudian melakukan kontak berulang dengan zat tersebut untuk memicu respons imun. Reaksi ini terjadi melalui dua fase, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi. Hanya individu yang telah mengalami sensitisasi dapat mengalami DKA.

1. Fase Sensitisasi

Fase pertama adalah fase sensitisasi, di mana haptens atau molekul lipofilik dengan berat molekul rendah menembus kulit dan berikatan dengan protein pembawa epidermal untuk membentuk kompleks hapten-protein yang menghasilkan antigen lengkap. Selama proses ini, sistem kekebalan tubuh diaktifkan melalui pelepasan sitokin dari keratinosit, termasuk IL-1, IL-8, IL-18, TNF α , dan faktor perangsang koloni granulosit-makrofag. Sel Langerhans kemudian mengambil kompleks antigen tersebut dan mengekspresikannya pada permukaan sel dengan molekul antigen leukosit manusia. Sel penyaji antigen kemudian bermigrasi melalui sistem limfatik ke kelenjar getah bening regional dan memperkenalkan kompleks antigen leukosit

manusia kepada sel T naif. Sel T naif ini kemudian berkembang menjadi sel T memori dan berpindah ke sirkulasi. Fase sensitisasi umumnya berlangsung antara 10 hingga 15 hari dan sering kali tidak menunjukkan gejala yang terlihat.

2. Fase Elitisasi

Fase ini dimulai ketika terjadi paparan alergen kedua. Pada paparan berikutnya terhadap alergen, pasien yang sudah sensitisasi akan mulai menunjukkan reaksi klinis. Pertama, paparan hapten memicu peradangan non-spesifik ringan melalui aktivasi *toll-like receptors* dan *nucleotide-binding oligomerization*. Proses ini kemudian mengarah pada perekrutan neutrofil, diikuti dengan perekrutan sel T. Respons sel T yang spesifik terhadap antigen akan memperkuat respons imun spesifik tersebut, menarik sel-sel inflamasi lain, serta merangsang makrofag dan keratinosit untuk melepaskan lebih banyak sitokin. Hasilnya adalah respons inflamasi yang umumnya berlangsung selama beberapa minggu (Kang Saewon. *et al.*, 2019).

1.2.4.2 Faktor-Faktor dan Klasifikasi

Berbagai alergen berpengaruh terhadap kejadian DKA, misalnya potensi sensitisasi alergen, dosis per unit area, luas daerah yang terkena, lama pajanan, oklusi, suhu dan kelembaban lingkungan, vehikulum dan pH. Juga factor individu, misalnya keadaan kulit pada alergen kontak (keadaan stratum korneum, ketebalan epidermis), status imun (misalnya sedang mengalami sakit, atau terpajan sinar matahari secara intens) (Kang Saewon. *Et al.*, 2019).

Berdasarkan ICD-10 dari WHO, DKA diklasifikasikan dalam beberapa tipe menurut alergen penyebab (ICD-10, 2021):

- DKA diakibatkan dari metal (L23.0)
- DKA diakibatkan dari perekat (L23.1)
- DKA diakibatkan dari kosmetik(alat rias)(L23.2)
- DKA diakibatkan dari kontak obat (L23.3)
- DKA yang diakibatkan oleh pewarna (L23.4)
- DKA diakibatkan dari zat kimia lain(L23.5)
- DKA diakibatkan dari kontak makanan (L23.6)
- DKA diakibatkan dari tanaman, terkecuali makanan(L23.7)
- DKA diakibatkan agen lain (L23.8)
- DKA yang disebabkan oleh penyebab tidak spesifik (L23.9).

1.2.4.3 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis yang muncul biasanya berupa eritema, edema, dan papulovesikulasi, biasanya pada area yang bersentuhan dengan alergen pemicu, dengan pruritus sebagai gejala utama. Untuk memicu reaksi tersebut, individu harus memiliki kontak yang cukup dengan bahan kimia yang menyebabkan sensitisasi, mengembangkan memori imunologis, dan kemudian melakukan kontak berulang dengan zat tersebut untuk memicu respons imun. Hal ini merupakan perbedaan penting dengan DKI (Kang Saewon. *Et al.*, 2019).

1.2.4.4 Pemeriksaan Penunjang

Selain uji alergen yang sudah dikenal luas yaitu uji tempel, ada banyak uji alergen lain yang dapat digunakan untuk membantu diagnosis dermatitis kontak dan mengidentifikasi alergen penyebab, termasuk uji tempel foto, uji kulit untuk mendeteksi reaksi kontak langsung, uji IgE spesifik alergen serum, dan pengujian kualitatif dan kuantitatif alergen pada bahan yang diduga terpapar pasien dan uji tantangan (Li, Y & Li, L, 2021).

1.2.4.5 Diagnosis

Uji diagnostik yang sudah dikenal luas yaitu uji tempel yang merupakan *gold standart*.

Uji tempel adalah prosedur uji kulit yang dilakukan secara in vivo untuk mengetahui penyebab DKA dengan cara mengoleskan bahan alergen yang dicurigai sebagai penyebabnya pada kulit pasien dalam konsentrasi tertentu secara oklusif. Dalam penelitian ini, uji tempel menggunakan *The European Baseline Series of Contact Allergens*. Pembacaan hasil uji tempel mengikuti pedoman dari *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG), yaitu:

1. (-) untuk reaksi negatif;
2. (?) untuk reaksi yang meragukan (makula eritematus dengan batas tidak jelas);
3. (+) untuk reaksi positif lemah (eritema, infiltrasi, papula);
4. (++) untuk reaksi positif kuat (eritema, infiltrasi, papula, vesikel);
5. (+++) untuk reaksi positif sangat kuat (reaksi dengan bula); dan
6. (IR) untuk reaksi iritan.

Untuk diagnosis bandingnya Secara morfologi presentasi klinis DKA sangat mirip dengan DKI dan dermatitis atopik. Kondisi kulit lain yang harus disingkirkan termasuk erupsi obat, skabies, pemfigoid bulosa urtikaria, urtikaria, psoriasis, dermatitis seboroik, dermatitis periorifisial, dan rosacea.

1.2.4.6 Tatalaksana

1. Non-medikamentosa
 - Identifikasi dan penghindaran terhadap bahan alergen tersangka.

- Anjuran penggunaan alat pelindung diri (APD), misalnya sarung tangan, apron, sepatu bot. Pada beberapa kondisi oklusif akibat penggunaan sarung tangan terlalu lama dapat memperberat gangguan sawar kulit.
2. Medikamentosa
- Sistemik: simptomatis, sesuai gejala dan sajian klinis
Derajat sakit berat: dapat ditambah kortikosteroid oral setara dengan prednisone 20 mg/hari dalam jangka pendek (3 hari).
 - Topikal: Pelembab setelah bekerja. Disarankan pelembab yang kaya kandungan lipid misalnya vaselin (*petrolatum*). Sesuai dengan gambaran klinis:
 - Basah (madidans): beri kompres terbuka (2-3 lapis kain kasa) dengan larutan NaCl 0,9%5
 - Kering: beri krim kortikosteroid potensi sedang sampai tinggi, misalnya mometason furoat, flutikason propionat, klobetasol butirat.
 - Bila dermatitis berjalan kronis dapat diberikan klobetasol propionate interitem.
 - Pada kasus yang berat dan kronis, atau tidak respons dengan steroid bisa diberikan inhibitor kalsineurin atau fototerapi BB/NB UVB, atau obat immunosupresif sistemik misalnya azatioprin atau siklosporin. Bila ada superinfeksi oleh bakteri: antibiotika topical/sistemik. Tindak lanjut: Pada DKA yang mengenai telapak tangan (hand dermatitis) dapat sangat menyulitkan untuk melaksanakan tugas sehari-hari sehingga dianjurkan pemakaian APD yang sesuai dan pemberian emolien (PERDOSKI, 2017).

1.2.4.7 Prognosis dan Pencegahan

Langkah terpenting dalam pencegahan DKA adalah menghilangkan agen penyebab. Memberikan edukasi kepada pasien tentang DKA melibatkan pemberian bantuan kepada pasien dalam mengidentifikasi pemicu alergi mereka. Pasien kemudian harus diberikan modifikasi perilaku praktis untuk membantu mengurangi respons peradangan dari penyakit ini. Selama alergennya mampu dihindari maka prognosisnya tidak akan kambuh lagi (Murphy PB. *et al.*, 2025).

Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023 - Desember 2024?

Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini yaitu, untuk mendeskripsikan karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran jumlah karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024.
2. Untuk mengetahui gambaran karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024 berdasarkan usia.
3. Untuk mengetahui gambaran karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024 berdasarkan jenis kelamin.
4. Untuk mengetahui gambaran karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024 berdasarkan Tingkat pendidikan.
5. Untuk mengetahui gambaran karakteristik dermatitis kontak di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024 berdasarkan pekerjaan.

Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti dapat memberikan pengalaman di bidang penelitian serta informasi yang dapat berguna dan dapat dijadikan sebagai acuan penelitian selanjutnya.
2. Dapat digunakan sebagai informasi bagi peneliti lain yang akan melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh penulis.
3. Sebagai informasi tambahan bagi masyarakat tentang karakteristik penderita dermatitis kontak.

BAB II METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain penelitian *Cross Sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik penderita dermatitis kontak yang dilakukan di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023- Desember 2024 dengan menggunakan rekam medik pasien sebagai data penelitian.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2025 di Puskesmas Antara Kota Makassar.

Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.1 Populasi Target

Populasi penelitian ini adalah semua pasien yang di diagnosis Dermatitis Kontak yang terdaftar dalam registrasi pasien di Puskesmas Antara Kota Makassar.

2.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi penelitian ini adalah semua pasien yang di diagnosis Dermatitis Kontak yang terdaftar dalam registrasi pasien di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023-Desember 2024.

2.3.3 Sampel

Sampel penelitian ini adalah data sekunder yang diambil dari rekam medik pasien Dermatitis Kontak yang terdaftar dalam registrasi pasien di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023 - Desember 2024 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

2.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel yang digunakan yaitu dengan teknik *Total Sampling*, yaitu dengan mengambil seluruh data rekam medik pasien penderita Dermatitis Kontak yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

2.4.1 Kriteria Inklusi

Semua pasien yang Dermatitis Kontak (termasuk DKI dan DKA) yang terdaftar dalam registrasi pasien di Puskesmas Antara Kota Makassar, Sulawesi Selatan periode Januari 2023 - Desember 2024.

2.4.2 Kriteria Eksklusi

Pasien dengan data rekam medis (jenis kelamin, usia, tingkat Pendidikan, pekerjaan) yang tidak lengkap. dan yang rusak (tulisan tidak bisa terbaca).

2.4.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

2.4.3.1 Karakteristik

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, karakteristik adalah sifat khas yang sesuai dengan perwatakannya. Karakteristik adalah ciri-ciri individu yang terdiri dari demografi seperti jenis kelamin, usia serta status sosial seperti pekerjaan.

2.4.3.2 Dermatitis Kontak

Dermatitis kontak ialah dermatitis yang disebabkan oleh bahan/substansi yang terpapar pada kulit. Dermatitis kontak di klasifikasikan menjadi dua yaitu DKI dan Dermatitis DKA.

2.4.3.3 Usia

1. Definisi : umur kronologi yang dihitung sejak hari kelahiran seseorang bersangkutan hingga saat melakukan pemeriksaan yang tercantum dalam rekam medik penderita. Usia pasien diklasifikasikan menurut

pembagian usia Depkes tahun 2009 yang terdiri atas balita, anak-anak, remaja awal, remaja akhir, dewasa awal, dewasa akhir, lansia awal, lansia akhir, dan manula.

2. Alat ukur : Rekam medis
3. Cara ukur : Dengan mencatat usia sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien.
4. Hasil ukur:
 - Balita (≤ 5 tahun)
 - Anak-anak (6-11 tahun)
 - Remaja awal (12-16 tahun)
 - Remaja akhir (17-25 tahun)
 - Dewasa awal (26-35 tahun)
 - Dewasa akhir (36-45 tahun)
 - Lansia awal (46-55 tahun)
 - Lansia akhir (56-64 tahun)
 - Manula (≥ 65 tahun)

2.4.3.4 Jenis Kelamin

1. Definisi: jenis kelamin adalah perbedaan seksual yang terdiri dari laki-laki dan perempuan. Jenis kelamin dikategorikan dalam kriteria objektif sebagai laki-laki atau perempuan sesuai dengan yang tercatat pada rekam medik penderita.
2. Alat ukur: Rekam medis
3. Cara ukur: Dengan mencatat jenis kelamin sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien.
4. Hasil ukur:
 - Laki-laki
 - Perempuan

2.4.3.4 Tingkat Pendidikan

1. Definisi: Tingkat Pendidikan adalah pendidikan yang dicapai seseorang setelah mengikuti pelajaran pada kelas tertinggi pada jenjang pendidikan tertinggi yang diikutinya dengan mendapatkan tanda tamat sekolah (ijazah) (BPS,2023)
2. Alat ukur: Rekam medis
3. Cara ukur: Dengan mencatat tingkat pendidikan sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
4. Hasil ukur:
 - Belum sekolah
 - TK
 - SD
 - SMP
 - SMA

- D3
- S1
- S2

2.4.3.5 Pekerjaan

1. Definisi: Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Depkes RI, 2001).
2. Alat ukur: Rekam medis
3. Cara ukur: Dengan mencatat pekerjaan sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
4. Hasil ukur:
 - Tidak Bekerja
 - Ibu Rumah Tangga (IRT)
 - Pelajar
 - Mahasiswa
 - Petani/ nelayan
 - Karyawan
 - ASN/ PNS
 - Dosen
 - Wiraswasta
 - Pensiunan
 - Pekerja Lepas

Jenis Data dan Instrumen Penelitian

2.5.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari data rekam medik subjek penelitian.

2.5.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kertas catatan rekam medik pasien Dermatitis Kontak dan tabel-tabel tertentu yang digunakan untuk mencatat informasi dari rekam medik tersebut.

Manajemen Penelitian

2.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat perizinan dari Puskesmas Antara Kota Makassar dan pihak yang berwenang. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder, berupa hasil catatan perawatan yang diperoleh dari rekam medis pasien Dermatitis Kontak yang terdaftar dalam registrasi pasien di Puskesmas Antara Kota Makassar periode Januari 2023 - Desember 2024.

2.6.2 Pengolahan dan Analisis Data

2.1.2.1 Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan komputer memakai program SPSS, *Microsoft Excel 2019*, *Microsoft Word 2019*. Pengolahan data dilakukan dengan memasukkan (*input*) semua data yang diperoleh dari rekam medis, lalu dikelompokkan menjadi beberapa kelompok sesuai dengan pengelompokan variabel yang diteliti.

2.1.2.2 Analisis Data

Analisis data yang akan dilakukan yaitu analisis univariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui karakteristik data pada setiap variabel yang diteliti. Data yang diperoleh dari rekam medis dikumpulkan lalu diolah untuk mendapatkan distribusi jumlah dan persentase masing-masing variabel. Hasil olahan data disajikan dalam bentuk tabel.

Etika Penelitian

1. Sebelum melakukan penelitian, maka peneliti akan melakukan pengajuan rekomendasi etik.
2. Setelah pengajuan rekomendasi etik peneliti telah disetujui, peneliti harus mengurus perizinan, serta prosedur dari instansi tempat penelitian akan dilaksanakan.
3. Setiap subjek akan dijamin kerahasiaannya atas data yang diperoleh .
4. Setiap hasil pengambilan data yang dilakukan peneliti harus sesuai dengan dasar etik yang berlaku.

Anggaran Penelitian

Tabel 2 1 Anggaran Penelitian

No	Jenis Pengeluaran	Biaya (Rp)
1	Alat Tulis	150.000
2	Etik Penelitian	100.000
3	Rekam Medik	150.000
4	Biaya lain-lain	100.000
Jumlah		500.000

