

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN
DERMATITIS KONTAK AKIBAT KERJA PADA KARYAWAN
SALON DI KELURAHAN PAHOMAN BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh

VIERA RININDA MAULI DINAR

1218011157



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2016**

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING TO THE INCIDENCE OF OCCUPATION CONTACT DERMATITIS ON THE SALON EMPLOYEE IN PAHOMAN VILLAGE BANDAR LAMPUNG

By

VIERA RININDA MAULI DINAR

Occupational contact dermatitis is a common skin problem, about 90 to 98% of all occupational skin disease. Hair stylist is one of the jobs at risk to health and exposed to dermatitis. Factors include the contact time, Working period, previous history of skin diseases, personal hygiene, and use of PPE (personal protective equipment). The purpose of this study was to factors affecting to the incidence of occupation contact dermatitis on the salon employee in pahoman village bandar lampung.

Design of this research method using analytic survey research with cross sectional approach, with 46 employees who were in the village salon pahoman Bandar Lampung. The total population sampling using that as many 46 employees. Data analysis technique univariate, bivariate and multivariate analyzes. Statistical test conducted with chi square test for bivariate analysis and logistic regression for multivariate analysis.

The result showed that 58.7% of employees salon dermatitis. Risk factors associated in this research that there is a significant association between occupation contact dermatitis with contact time (p value = 0.001), working period (p value = 0.001), history of skin disease (p value = 0.035), use of PPE (p value = 0.001), and personal hygiene (p value = 0.001). Multivariate analysis showed that the most dominant variable on the incidence of occupation contact dermatitis to the salon employee is working period (OR = 70.491). According to Cohen's theory the human skin degenerates as we get older. So that the skin loses fat layer above it and become drier.

Keywords: Occupational Contact Dermatitis, Salon, Risk Factors.

ABSTRAK

FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DERMATITIS KONTAK AKIBAT KERJA PADA KARYAWAN SALON DI KELURAHAN PAHOMAN BANDAR LAMPUNG

Oleh

VIERA RININDA MAULI DINAR

Dermatitis kontak akibat kerja merupakan salah satu masalah kulit yang sering dijumpai sekitar 90 sampai 98%, dari seluruh penyakit kulit akibat kerja. Penata rambut merupakan salah satu pekerjaan yang mempunyai resiko dalam kesehatan dan sangat beresiko untuk terkena dermatitis. Faktor faktor yang mempengaruhi antara lain adalah lama kontak, masa kerja, riwayat penyakit kulit sebelumnya, *personal hygiene*, dan penggunaan APD (alat pelindung diri). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di kelurahan pahoman Bandar Lampung.

Desain metode penelitian ini menggunakan penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*, dengan 46 karyawan salon yang berada di kelurahan pahoman Bandar Lampung. Pada pengambilan sampel menggunakan total populasi yakni sebanyak 46 karyawan. Teknik analisa data dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat. Uji statistik dilakukan dengan uji chi square untuk analisis bivariat dan uji regresi logistik untuk analisis multivariat.

Hasil penelitian didapatkan bahwa 58,7% karyawan salon mengalami dermatitis. Faktor resiko yang berhubungan dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan yang bermakna antara dermatitis kontak akibat kerja dengan lama kontak (p value = 0,001), masa kerja (p value = 0,001), riwayat penyakit kulit (p value = 0,035), penggunaan APD (p value = 0,001), dan *personal hygiene* (p value = 0,001). Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel yang paling dominan terhadap kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon adalah masa kerja (OR = 70,491). Menurut teori Cohen kulit manusia mengalami degenerasi seiring bertambahnya usia sehingga kulit kehilangan lapisan lemak di atasnya dan menjadi lebih kering.

Kata Kunci : Dermatitis Kontak Akibat Kerja, Salon, Faktor Resiko.

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN
DERMATITIS KONTAK AKIBAT KERJA PADA KARYAWAN SALON
DI KELURAHAN PAHOMAN
BANDAR LAMPUNG**

Oleh

VIERA RININDA MAULI DINAR

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Jurusan Pendidikan Dokter Umum
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2016**

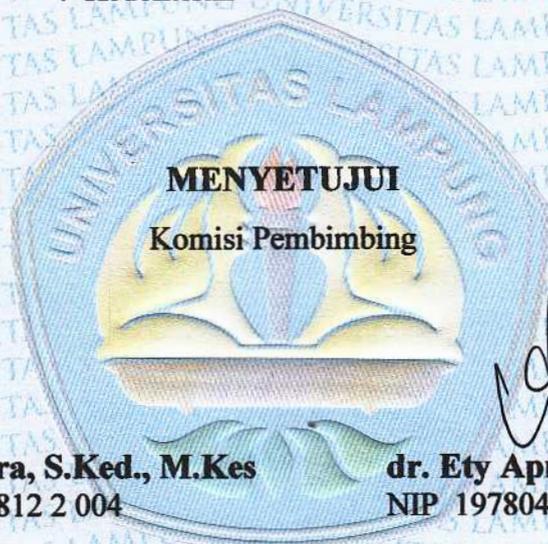
**Judul Skripsi : FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KEJADIAN DERMATITIS KONTAK AKIBAT
KERJA PADA KARYAWAN SALON DI
KELURAHAN PAHOMAN BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Viera Rininda Mauli Dinar

No. Pokok Mahasiswa : 1218011157

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



**MENYETUJUI
Komisi Pembimbing**

dr. Hanna Mutiara, S.Ked., M.Kes
NIP 19820715 200812 2 004

dr. Ety Apriliana, M.Biomed
NIP 19780429 200212 2 002

MENGETAHUI

Dekan Fakultas Kedokteran

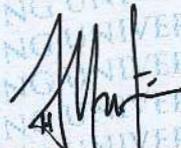


Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP 19701208 200112 1 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : dr. Hanna Mutiara, S.Ked., M.Kes

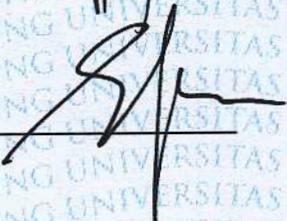


Sekretaris : dr. Ety Apriliana, M.Biomed



Penguji

Bukan Pembimbing : dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc



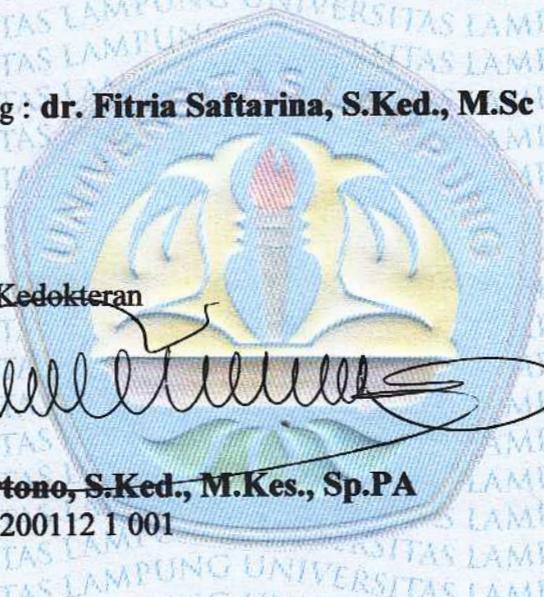
2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA

NIP 19701208 200112 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 29 Juli 2016



LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa :

1. Skripsi dengan judul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Agustus 2016
Pembuat pernyataan.



Viera Rininda Mauli Dinar
NPM. 1218011157

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di Bandar Lampung pada tanggal 03 September 1994 , anak ketiga dari tiga bersaudara dari Bapak Drs. Juanda Basyir, M.M dan ibu Rosmala dewi, S.Pd.

Pendidikan yang pernah dijalani yaitu Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) Al-azhar 2 Bandar Lampung diselesaikan pada tahun 2000, Sekolah Dasar (SD) Al-Azhar 1 Bandar Lampung diselesaikan di pada tahun 2006, Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) 22 Bandar Lampung diselesaikan pada tahun 2009, dan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 12 Bandar Lampung diselesaikan pada tahun 2012.

Tahun 2012 penulis terdaftar sebagai Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter melalui jalur SNMPTN. Selama menjadi mahasiswa penulis pernah menjadi bagian dari Dewan Perwakilan Mahasiswa (DPM) pada tahun 2013 – 2014 dan Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

PERSEMBAHAN

Bismillahirrohmanirohim
Dengan Mengucapkan Puji dan
Syukur Kehadirat Allah SWT

Kupersembahkan skripsi ini untuk

Mama, papa, kedua kakakku tercinta
dan
Sahabat-sahabat terbaikku

serta

Almamater tercinta Fakultas
Kedokteran Universitas Lampung
(UNILA)

“orang yang paling miskin didunia
adalah orang yang tidak memiliki
mimpi dan harapan”

SANWACANA

Alhamdulillahirobbilalamiin, puji syukur kepada Allah SWT atas limpahan karunia-Nya kepada saya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Shalawat serta salam dijunjungkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan hingga akhir zaman.

Skripsi dengan judul “*Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon Di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung*” adalah salah satu syarat menyelesaikan pendidikan dan memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes, Sp.PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
2. dr. Hanna Mutiara, M.Kes. selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran serta nasihat yang sangat bermanfaat dalam penyelesaian skripsi ini;
3. dr. Ety Apriliana, M.Biomed, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran serta nasihat yang sangat bermanfaat dalam penyelesaian skripsi ini;

4. dr. Fitria Saftarina, M.Sc, selaku pembahas yang telah bersedia meluangkan waktunya dan memberikan ilmu, kritik, saran serta arahan dalam skripsi ini;
5. Dr. Dyah Wulan S.R.W.,SKM.,M.Kes, selaku pembimbing akademik terimakasih atas bimbingan, pesan dan nasehat yang telah diberikan selama ini;
6. Seluruh staf pengajar dan karyawan Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Lampung atas semua ilmu yang telah diberikan kepada saya dan bantuan dalam proses pembelajaran selama kuliah dan penyelesaian skripsi ini.
7. Orangtuaku tercinta papa Drs. Juanda Basir, MM dan mama Rosmala Dewi, S.pd. Terimakasih atas segala kasih sayangnya, semangat, dukungan dan doa yang selalu diberikan hingga dapat menyelesaikan studiku.
8. Kakak kakakku tersayang Gemma Reka Yassa, S.IP dan M.Jaendra Rabbani, S.H yang selalu memberikan dukungan, semangat dan perhatian terhadapku.
9. Fathia Sabila Umar, Kurnia Fitri Apriliana, Nahdia Fadhila, Devita Wulan Permatasari, Ika Agustin Putri Haryanti atas semangat, kebersamaan, kehangatan, canda, tawa, doa, bantuan dan dukungan yang diberikan.
10. Umi Sholikhatin dan Zarkasyi Amal Fatullah atas dukungan, kasih sayang, bantuan dan sebagai penyemangat penulis untuk menyelesaikan skripsi;

11. Teman-teman seperjuangan angkatan 2012 atas kebersamaan dan kekompakannya selama ini. Semoga kita menjadi dokter-dokter yang professional;
12. Adik-adik angkatan 2013, 2014 dan 2015 atas dukungan dan doanya, tetap berjuang dan semangat.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu-persatu yang telah memberikan bantuan dalam penulisan skripsi.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi perbaikan dalam skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat digunakan sebagai referensi yang bermanfaat bagi penelitian selanjutnya, seluruh civitas akademika serta masyarakat pembacanya.

Bandar Lampung, Agustus 2016
Penulis,

Viera Rininda Mauli Dinar

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
I. PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Perumusan Masalah	4
1.3.Tujuan Penelitian	4
1.4.Manfaat penelitian	5
II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1.Penyakit Kulit Akibat Kerja	6
2.1.1. Definisi	6
2.1.2. Faktor Risiko Penyakit Akibat Kerja	6
2.1.3. Diagnosis Penyakit Akibat Kerja	8
2.2. Dermatitis Kontak	9
2.2.1.Definisi	9
2.2.2.Epidemiologi	10
2.2.3.Etiologi	11
2.2.4. Faktor Resiko	12
2.2.5.Patogenesis	17
2.2.6.Diagnosis	25
2.2.7. Tatalaksana	28
2.3.Salon	30
2.3.1.Pengertian Salon	30
2.3.2.Tugas Stylist dan Capster	30
2.3.3. Bahan Bahan Penyebab Dermatitis	35
2.4.Kerangka Penelitian	37
2.4.1.Kerangka Teori	37
2.4.2.Kerangka Konsep	38
2.5.Hipotesis	38

III. METODE PENELITIAN	39
3.1. Jenis dan Desain Penelitian	39
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	39
3.3. Populasi dan Sampel	39
3.3.1. Populasi Penelitian	39
3.3.2. Sampel Penelitian	40
3.4. Variabel Penelitian	41
3.5. Definisi Operasional	42
3.6. Alur Penelitian	43
3.7. Pengumpulan Data	43
3.8. Pengolahan Data dan Analisa Data	45
3.9. <i>Ethical Clearance</i>	47
IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
4.1. Hasil Penelitian	48
4.1.1. Analisis Univariat	48
4.1.2. Analisis Bivariat	52
4.1.3. Analisis Multivariat	57
4.2. Pembahasan	59
4.3. Keterbatasan Penelitian	66
V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	67
5.2 Saran	67

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

TABEL 1 Perbedaan Gejala Dermatitis Kontak Alergi dan Dermatitis Kontak Iritan	17
TABEL 2 Bahan Iritan dan Alergen Dalam Berbagai Produk Perawatan Rambut	36
TABEL 3 Definisi Operasional	42
TABEL 4 Distribusi Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja	49
TABEL 5 Distribusi Lama Kontak	49
TABEL 6 Distribusi Masa Kerja	50
TABEL 7 Distribusi Riwayat Penyakit Kulit	51
TABEL 8 Distribusi Penggunaan APD	51
TABEL 9 Distribusi <i>Personal Hygiene</i>	52
TABEL 10 Distribusi Faktor Lama Kontak Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	53
TABEL 11 Distribusi Faktor Masa Kerja Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	54
TABEL 12 Distribusi Faktor Riwayat Penyakit Kulit Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	55
TABEL 13 Distribusi Faktor Alat Pelindung Diri Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	56
TABEL 14 Distribusi Faktor <i>Personal Hygiene</i> Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	57
TABEL 15 Langkah Awal Seleksi Multivariat yang Berhubungan dengan Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	58
TABEL 16 Pemodelan Analisis Variabel yang Berhubungan Dengan Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	58
TABEL 17 Model Regresi Logistik yang Berhubungan Dengan Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Karyawan Salon	59

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 1 Patogenesis Dermatitis Kontak Iritan	19
GAMBAR 2 Patogenesis Dermatitis Kontak Alergi	22
GAMBAR 3 Kerangka Teori	37
GAMBAR 4 Kerangka Konsep	38

DAFTAR LAMPIRAN

1. Etika penelitian
2. Informed Consent
3. Kuisioner Penelitian
4. Dokumentasi
5. Hasil Uji Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) merupakan penyakit dermatitis kontak yang didapatkan dari pekerjaan akibat interaksi yang terjadi antara kulit dengan substansi yang digunakan di lingkungan kerja. Substansi tersebut mengiritasi kulit, menjadikannya rusak dan merangsang reaksi peradangan sehingga iritasi kulit merupakan penyebab tersering dermatitis kontak (Koh D, 2009).

Bentuk respon dari dermatitis kontak dihasilkan melalui satu atau dua jalur utama yakni iritan atau alergi. Sekitar 80% didominasi oleh dermatitis kontak iritan dan 20% adalah dermatitis kontak alergi keduanya dapat bersifat akut maupun kronis. Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah inflamasi kulit yang disebabkan oleh efek sitotoksik langsung dari bahan kimia atau fisik tanpa menghasilkan antibodi spesifik. Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah reaksi radang imunologi kulit akibat kontak dengan alergen. Berbeda dengan dermatitis kontak iritan, reaksi radang terjadi melalui proses imunologi. Saat pajanan pertama kali, seseorang tidak mengalami reaksi apapun terhadap

alergen. Seseorang menjadi peka terhadap alergen setelah berulang kali kontak dengan alergen (Made L, 2012).

Prevalensi dermatitis kontak di Indonesia sangat bervariasi. Menurut Persatuan Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin Indonesia (Perdoski), sekitar 90% penyakit kulit akibat kerja merupakan dermatitis kontak, baik iritan maupun alergik. Angka kejadian penyakit kulit akibat kerja yang merupakan dermatitis kontak adalah sebesar 92,5%, sementara yang disebabkan karena infeksi kulit adalah 5,4% dan 2,1% dikarenakan sebab lain. Surveilance tahunan yang dilakukan oleh dinas kesehatan kota Badar Lampung pada tahun 2012 menyatakan kejadian dermatitis kontak sekitar 63% dan menjadi peringkat pertama penyakit kulit yang paling sering dialami (Dinkes, 2012).

Apabila dihubungkan dengan jenis pekerjaan, dermatitis kontak dapat terjadi pada hampir semua pekerjaan. Biasanya penyakit ini menyerang pada orang-orang yang sering berkontak dengan bahan-bahan yang bersifat toksik maupun alergik, misalnya ibu rumah tangga, petani dan pekerja yang berhubungan dengan bahan-bahan kimia dan lain-lain (Orton, 2004). Sebelumnya, sudah dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya dermatitis kontak pada pekerja. Seperti penelitian oleh novia (2012) yang mendapatkan hasil bahwa variabel lama kontak, riwayat penyakit kulit sebelumnya, *personal hygiene*, dan penggunaan alat pelindung diri (APD) berhubungan dengan dermatitis kontak, dan juga oleh Mariz DR (2012) yang meneliti mengenai DKAK pada

tempat pencucian mobil mendapatkan hasil bahwa faktor lama kontak, masa kerja, *personal hygiene*, dan penggunaan APD berhubungan terhadap terjadinya DKAK.

Penata rambut atau *hairdresser* merupakan salah satu pekerjaan yang mempunyai resiko dalam kesehatan dan sangat beresiko untuk terkena dermatitis. Seorang penata rambut dalam pekerjaannya sering kontak langsung dengan berbagai jenis bahan iritan atau alergen sehingga memiliki tingkat insidensi dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) yang cukup tinggi. Hal ini diperberat dengan bahan iritan atau alergen yang tidak dapat sepenuhnya dieliminasi dengan mencuci tangan saja (Trihapsoro, 2003).

Berdasarkan hasil studi yang telah dilakukan oleh Hanum pada 15 orang stylist dan kapster di wilayah kecamatan Ciputat Timur didapatkan 10 orang stylist dan kapster yang mengalami dermatitis kontak dan 5 orang pekerja tidak mengalami dermatitis kontak (Hanum, 2012). Di Inggris penata rambut menduduki peringkat tiga tertinggi untuk jenis pekerjaan yang berhubungan dengan dermatitis kontak akibat kerja (Siregar, RS, 1996). Penata rambut dan ahli kosmetik nasional di Amerika Serikat menemukan bahwa dari 405 responden yang mengalami dermatitis, lebih dari 50% diantaranya mengalami dermatitis yang disebabkan oleh shampo, larutan pengeriting permanen dan pewarna rambut. Dari 203 penata rambut yang mengalami dermatitis, 62 orang diantaranya datang berobat ke dermatologi dan 20 diantaranya mengalami dermatitis kronis (Putra, 2008).

Oleh sebab itu, untuk mengetahui dan memahami lebih mendalam tentang dermatitis kontak akibat kerja khususnya pada penata rambut maka dirasakan perlu dilakukan suatu penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawati salon.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apa sajakah faktor – faktor yang mempengaruhi dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di kelurahan Pahoman Bandar Lampung ?
2. Apakah faktor yang dominan pada kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di kelurahan Pahoman Bandar Lampung ?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Mengetahui hubungan faktor lama kontak, masa kerja, riwayat penyakit kulit, penggunaan alat pelindung diri (APD), dan Personal Hygiene terhadap terjadinya dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung.
2. Mengetahui faktor yang dominan terhadap terjadinya dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung.
3. Mengetahui angka kejadian terhadap kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan mengenai dermatitis kontak akibat kerja dan kesehatan kerja serta dapat menjadi pengalaman bagi penulis dalam melakukan studi ilmiah.

2. Bagi Masyarakat

Dapat memberikan informasi kepada pekerja dan masyarakat mengenai faktor - faktor yang mempengaruhi kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon dan memotivasi pekerja untuk menggunakan alat perlindungan diri (APD) sehingga hal tersebut dapat mengurangi angka morbiditas dan menurunkan resiko pekerjaan.

1. Bagi Pemilik Usaha

Dapat memberikan informasi kepada pemilik usaha mengenai faktor - faktor yang mempengaruhi kejadian dermatitis kontak akibat kerja dan sebagai bahan masukan dalam menyediakan upayakan tindakan yang dapat mengurangi resiko terjadinya dermatitis kontak akibat kerja.

2. Bagi Pendidikan

Menambah data atau pengetahuan tentang kesehatan kerja khususnya faktor yang berhubungan dengan kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Kulit Akibat Kerja

2.1.1 Definisi

Penyakit kulit akibat kerja, ialah setiap penyakit kulit yang disebabkan oleh pekerjaan atau lingkungan kerja yang berupa faktor risiko mekanik, fisik, kimia, biologik dan psikologik (Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, 2008).

2.1.2. Faktor Risiko Penyakit Akibat Kerja

Faktor faktor yang merupakan faktor resiko penyakit akibat kerja :

1. Faktor mekanik

Gesekan, tekanan trauma, menyebabkan hilangnya barrier sehingga memudahkan terjadinya sekunder infeksi. Penekanan khronis menimbulkan penebalan kulit seperti kuli-kuli bangunan dan pelabuhan.

2. Faktor fisik

- a. Suhu tinggi ditempat kerja dapat menyebabkan miliara, combustion.

- b. Suhu rendah menyebabkan *chilblans*, *trench foot*, *frostbite*.
 - c. Kelembaban terlalu rendah menyebabkan kulit dan selaput lendir saluran pernafasan menjadi kering dan pecah-pecah sehingga dapat terjadi perdarahan pada kulit dan selaput lendir.
 - d. Radiasi elektromagnetik non ionisasi seperti ultraviolet dan infra merah.
 - e. Kelembaban yang menyebabkan kulit menjadi basah, hal ini dapat menyebabkan malerasi, paronychia dan penyakit jamur.
 - f. Penerangan yang kurang baik dapat menyebabkan terganggunya indra penglihatan sehingga cenderung terjadi kecelakaan kerja.
 - g. Kecepatan aliran udara yang lambat menyebabkan kemungkinan kontak dengan bahan kimia dalam bentuk gas, uap, asap, kabut menjadi lebih besar.
3. Faktor biologis
- Bakteri, virus, jamur, serangga, kutu, cacing menyebabkan penyakit pada karyawan perkebunan, rumah potong, pertambangan, peternakan, tukang cuci dan lain-lain.
4. Mental psikologis
- Seperti hubungan kerja yang kurang baik, pekerjaan-pekerjaan yang monoton dan faktor-faktor psikis lainnya.
5. Faktor kimia (penyebab terbanyak)
- Apabila kulit terpapar dengan bahan kimia dapat terjadi kelainan kulit berupa dermatitis kontak iritasi atau dermatitis kontak alergi.

Faktor penyebab terbanyak adalah agen kimia yang terdiri dari 4 kategori:

- a. Iritan primer-asam, basa, pelarut lemak, deterjen, garam-garam logam (arsen, air raksa dan lain-lain).
- b. Sensitizer; logam dan garam-garamnya (kromium, nikel, kobal, dan lain- lain), bahan-bahan kimia karet, obat-obatan dan antibiotik, kosmetik dan lain-lain.
- c. Agen-agen aknejenik – naftalen dan bifenil klor, minyak mineral dan lain-lain.
- d. Photosensitizer-antrasen, pitch, derivate asam benzoate, hidrokarbon aromatik, pewarna akridin dan lain-lain.

2.1.3. Diagnosis Penyakit Akibat Kerja

Untuk dapat mendiagnosis penyakit akibat kerja pada individu perlu dilakukan suatu pendekatan. Pendekatan tersebut disusun menjadi 7 langkah yang dapat digunakan sebagai pedoman, yaitu (David K,2009) :

1. Tentukan diagnosis klinis.
2. Tentukan pajanan yang dialami oleh tenaga kerja selama ini.
3. Tentukan apakah pajanan tersebut dapat menyebabkan penyakit tersebut.
4. Tentukan apakah pajanan yang dialami cukup besar untuk dapat mengakibatkan penyakit tersebut.
5. Tentukan apakah ada faktor – faktor lain yang mungkin dapat mempengaruhi.

6. Cari adanya kemungkinan lain yang dapat menyebabkan penyakit.
7. Buat keputusan penyakit tersebut disebabkan oleh pekerjaan atau di perberat oleh pekerjaan.

Kelainan yang terjadi dapat berupa:

- Dermatitis kontak
- Acne
- Infeksi kulit (bakteri, virus, jamur, infestasi parasit)
- Neoplasi kulit
- Kelainan pigmentasi kulit.

2.2 Dermatitis Kontak

2.2.1 Definisi

Dermatitis kontak adalah respon peradangan kulit akut atau kronik akibat paparan bahan eksternal yang mengenai kulit. Dikenal dua macam jenis dermatitis kontak yaitu dermatitis kontak iritan yang timbul melalui mekanisme non imunologik dan dermatitis kontak alergik yang diakibatkan mekanisme imunologik. Dermatitis kontak akibat kerja adalah suatu jenis dermatitis kontak yang timbul akibat kontak dengan bahan maupun alat yang biasa digunakan pada suatu jenis pekerjaan (Trihapsoro, 2003).

2.2.2 Epidemiologi

Terdapat beberapa jenis penyakit kulit akibat kerja seperti urtikaria kontak, folikulitis, chloracne, leukoderma, ulserasi, dan lain-lain. Dari semua penyakit kulit akibat kerja, 90%-95% diantaranya adalah dermatitis kontak. Secara statistik, dermatitis kontak iritan lebih

sering dijumpai dibandingkan dermatitis kontak alergi, di mana perbandingannya 4:1, namun bila hanya ditinjau dari statistik yang ada hal ini dapat menyesatkan karena sesungguhnya banyak dermatitis kontak alergi yang tidak terdiagnosis sehingga tidak dilaporkan. Salah satu penyebab utamanya adalah tidak tersedianya alat uji tempel (*patch test*) sebagai sarana diagnostik (Trihapsoro, 2003).

Di Inggris, tahun 2007, terdapat lebih dari 31.000 kasus penyakit kulit yang diderita oleh tenaga kerja, di mana peringkat tiga teratasnya diduduki oleh penata rambut (Lind ML, 2005). Di Cina, tahun 2006, dari semua dermatitis kontak akibat kerja (DKAK) pada penata rambut, prevalensi dermatitis kontak iritan (DKI) sebesar 83% dan dermatitis kontak alergi (DKA) sebesar 44%. Contoh alergen yang paling sering adalah *glyceryl thioglycolate*, *p-phenylenediamine*, *ammonium persulfate*, dan nikel. DKAK cenderung timbul setelah enam bulan bekerja sebagai penata rambut (Khumalo NP, *et al.*, 2006).

Pada suatu studi, tahun 2009 di Inggris, disebutkan bahwa bahan yang dapat menyebabkan dermatitis kontak pada penata rambut adalah bahan kimia yaitu sebanyak 49,8%, lalu diikuti oleh *aromatic amines* 38,3%, nikel 20,5%, sabun 17,9%, *wet work* 13,6%, *preservatives* 8,4%, dan terakhir kosmetik dan pewangi sebesar 6,6% (JD Mayer, *et al.*, 2000). Dilihat dari segi umur, sebuah studi menyatakan bahwa DKAK cenderung timbul di usia antara 20-30

tahun, sedangkan khusus pada penata rambut biasanya timbul pada usia di bawah 20 tahun. Jika dilihat dari jenis kelamin, wanita tercatat lebih banyak terkena DKAK daripada pria, tetapi hal ini hanya dikarenakan lebih banyaknya populasi wanita yang mengambil pekerjaan penata rambut daripada pria (Shirley M. Oslan, Made Bratiartha, 2010).

2.2.3 Etiologi

Penyebab dermatitis tidak diketahui dengan pasti, diduga disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan (multifaktorial). Faktor intrinsik berupa predisposisi genetik, kelainan fisiologi dan biokimia kulit, disfungsi imunologis, interaksi psikosomatik dan disregulasi/ketidakseimbangan sistem saraf otonom, sedangkan faktor ekstrinsik meliputi bahan yang bersifat iritan dan kontak, alergen hirup, makanan, mikroorganisme, perubahan temperatur, dan trauma (NP Khumalo, 2006).

Mikroorganisme utamanya adalah *Staphylococcus aureus* (SA). Pada penderita dermatitis atopik didapatkan perbedaan yang nyata pada jumlah koloni *Staphylococcus aureus* dibandingkan orang tanpa atopik. Adanya kolonisasi *Staphylococcus aureus* pada kulit dengan lesi ataupun non lesi pada penderita dermatitis atopik, merupakan salah satu faktor pencetus yang penting pada terjadinya eksaserbasi, dan merupakan faktor yang dikatakan mempengaruhi beratnya penyakit (T Menne, 2000).

2.2.4 Faktor Resiko

Faktor-faktor risiko terjadinya dermatitis secara umum antara lain predisposisi genetik, sosioekonomi, polusi lingkungan, jumlah anggota keluarga. Sedangkan faktor-faktor pencetus terjadinya dermatitis secara umum antara lain alergen, bahan iritan, infeksi, faktor psikis dan lain- lain. Faktor-faktor yang terkait dengan dermatitis yaitu (Marks JG, 2005):

a. Lama kontak

Lama kontak adalah jangka waktu pekerja berkontak dengan bahan kimia dalam hitungan jam/hari. Setiap pekerja memiliki lama kontak yang berbeda-beda sesuai dengan proses kerjanya. Lama kontak dengan bahan kimia yang berasal dari kosmetika akan meningkatkan terjadinya dermatitis kontak. Semakin lama kontak dengan bahan kimia, maka peradangan atau iritasi kulit dapat terjadi sehingga menimbulkan kelainan kulit (Nuraga, *et al.*, 2006).

Pekerja yang berkontak dengan bahan kimia menyebabkan kerusakan sel kulit lapisan luar, semakin lama berkontak dengan bahan kimia maka akan semakin merusak sel kulit lapisan yang lebih dalam dan memudahkan untuk terjadinya dermatitis. Kontak kulit dengan bahan kimia yang bersifat iritan atau alergen secara terus menerus dengan durasi yang lama akan menyebabkan

kerentanan pada pekerja mulai dari tahap ringan sampai tahap berat (Hudyono, 2002).

b. Frekuensi Kontak

Frekuensi kontak yang berulang untuk bahan yang mempunyai sifat sensitisasi akan menyebabkan terjadinya dermatitis kontak jenis alergi, yang mana bahan kimia dengan jumlah sedikit akan menyebabkan dermatitis yang berlebih baik luasnya maupun beratnya tidak proporsional. Oleh karena itu upaya menurunkan terjadinya dermatitis kontak akibat kerja adalah dengan menurunkan frekuensi kontak dengan bahan kimia (Cohen, 1999).

c. Bahan Kimia

Bahan kimia dalam kosmetik yang dapat menyebabkan dermatitis kontak diantaranya *paraben, formaldehid, quarternium, imidazodinyl urea, diazolidinyl urea, bronopol, demethyloldimethyl hydantion, methylisothianzolinone (MCI/MI), Iodopropylnyl butylcarbamat (IPBC), methyldibromoglutaronitrile/phenoxyethanol, p-phenylenediamine (PPD), p- toluenediamine, petrolatum, paraffin, cetyl alcohol, propylene glycol, isopropyl alcohol, sodium hydroxine dan sodium lauryl ether sulfat* (Suryani, 2011).

Dermatitis kontak karena cat rambut banyak dijumpai pada penata rambut atau pemakainya. Penyebab tersering adalah parafenilendiamin (PFD). Reaksi alergi terhadap cat rambut yang

mengandung PFD yang paling lazim terjadi adalah dermatitis kontak alergi. Dermatitis kontak alergi merupakan reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap alergen. Beberapa laporan menunjukkan kecenderungan meningkatnya frekuensi reaksi alergi terhadap PFD. Penelitian secara epidemiologi terhadap populasi umum menunjukkan sensitisasi terhadap PFD antara 0,1% dan 1% (Novia, 2012).

d. Jenis Kelamin

Perempuan ternyata lebih berisiko mendapat penyakit kulit akibat kerja dibandingkan dengan laki-laki. Dibandingkan dengan laki-laki, kulit perempuan memproduksi lebih sedikit minyak untuk melindungi dan menjaga kelembaban kulit, selain itu juga kulit perempuan lebih tipis daripada kulit laki-laki sehingga lebih rentan untuk menderita penyakit dermatitis. Insiden pada perempuan lebih tinggi pada usia muda. Sedangkan pada laki-laki kejadian akan meningkat sesuai usia (Nuraga, 2006).

e. Usia

Ditinjau dari masa inkubasi penyakit, maka masa inkubasi terpendek adalah 2 tahun untuk pekerjaan penata rambut, 3 tahun untuk pekerjaan industri makanan, dan empat tahun untuk petugas pelayanan kesehatan dan pekerjaan yang berhubungan dengan logam. Insiden tertinggi penyakit kulit akibat kerja terjadi pada usia 15-24 tahun. Ini karena pada umur sekian orang masih sedikit

memiliki pengalaman dan kurang pemahaman tentang kegunaan alat pelindung diri (Nuraga, 2006).

f. Masa kerja

Masa kerja memengaruhi kejadian dermatitis kontak akibat kerja. Semakin lama masa kerja seseorang maka akan semakin sering pekerja berkontak dengan bahan kimia. Menurut Suma'mur (1996), semakin lama seseorang dalam bekerja maka semakin banyak dia telah terpapar bahaya yang ditimbulkan oleh lingkungan kerjanya (Rahmat Wisnu Utama dan Dwi Astuti, 2015).

g. Riwayat penyakit kulit sebelumnya

Penyakit kulit yang pekerja derita sebelumnya dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan pekerja menderita dermatitis kontak kembali (riwayat berulang) (Lestari dan Utomo, 2007). Pekerja yang sebelumnya pernah menderita dermatitis akibat kerja lebih rentan terhadap kejadian dermatitis kontak akibat kerja. Di Indonesia, umumnya pekerja telah bekerja pada lebih dari satu tempat kerja. Hal ini menyebabkan adanya kemungkinan bahwa pekerja yang telah mengalami dermatitis pada pekerjaan sebelumnya terbawa ke tempat kerja yang baru (Rahmat W.U dan Astuti D, 2015).

h. Suhu dan Kelembaban

Pada lingkungan kerja terdapat beberapa potensi bahaya yang perlu diperhatikan seperti suhu udara dan kelembaban udara. Suhu udara dan kelembaban udara yang tidak stabil dapat mempengaruhi terjadinya dermatitis kontak. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.1405/MenKes/SK/XI/2002 Tentang Nilai Ambang Batas Kesehatan Lingkungan Kerja, suhu udara yang dianjurkan adalah 18°C– 28°C dan Kelembaban udara yang dianjurkan adalah 40 % - 60 % (Novia, 2012).

i. *Personal hygiene*

Salah satu faktor yang merupakan penyebab dermatitis adalah personal hygiene. Hal yang menjadi perhatian adalah masalah mencuci tangan. Kebiasaan mencuci tangan ini seharusnya dapat mengurangi potensi penyebab dermatitis akibat bahan kimia yang menempel setelah bekerja, namun pada kenyataannya potensi untuk terkena dermatitis itu tetap ada. Kesalahan dalam melakukan cuci tangan dapat menjadi salah satu penyebabnya. Misalnya kurang bersih dalam mencuci tangan, sehingga masih terdapat sisa bahan kimia yang menempel pada permukaan kulit pekerja (Novia, 2012).

j. Penggunaan APD

Penggunaan APD merupakan salah satu cara untuk mencegah terjadinya dermatitis kontak. Hasil penelitian Erliana (2008) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara pekerja yang menggunakan APD dengan pekerja yang tidak menggunakan APD. Proporsi pekerja yang tidak menggunakan APD diketahui 87,5 % menderita dermatitis kontak dibandingkan dengan pekerja yang menggunakan APD hanya 19,0 %. Hasil uji chi square menunjukkan bahwa variabel penggunaan APD mempunyai hubungan signifikan dengan kejadian dermatitis kontak dengan nilai p value 0,001 (Novia, 2012).

Tabel 1. Perbedaan Gejala Pada Dermatitis Kontak Alergi dan Dermatitis Kontak Iritan (Taylor JS, 2003)

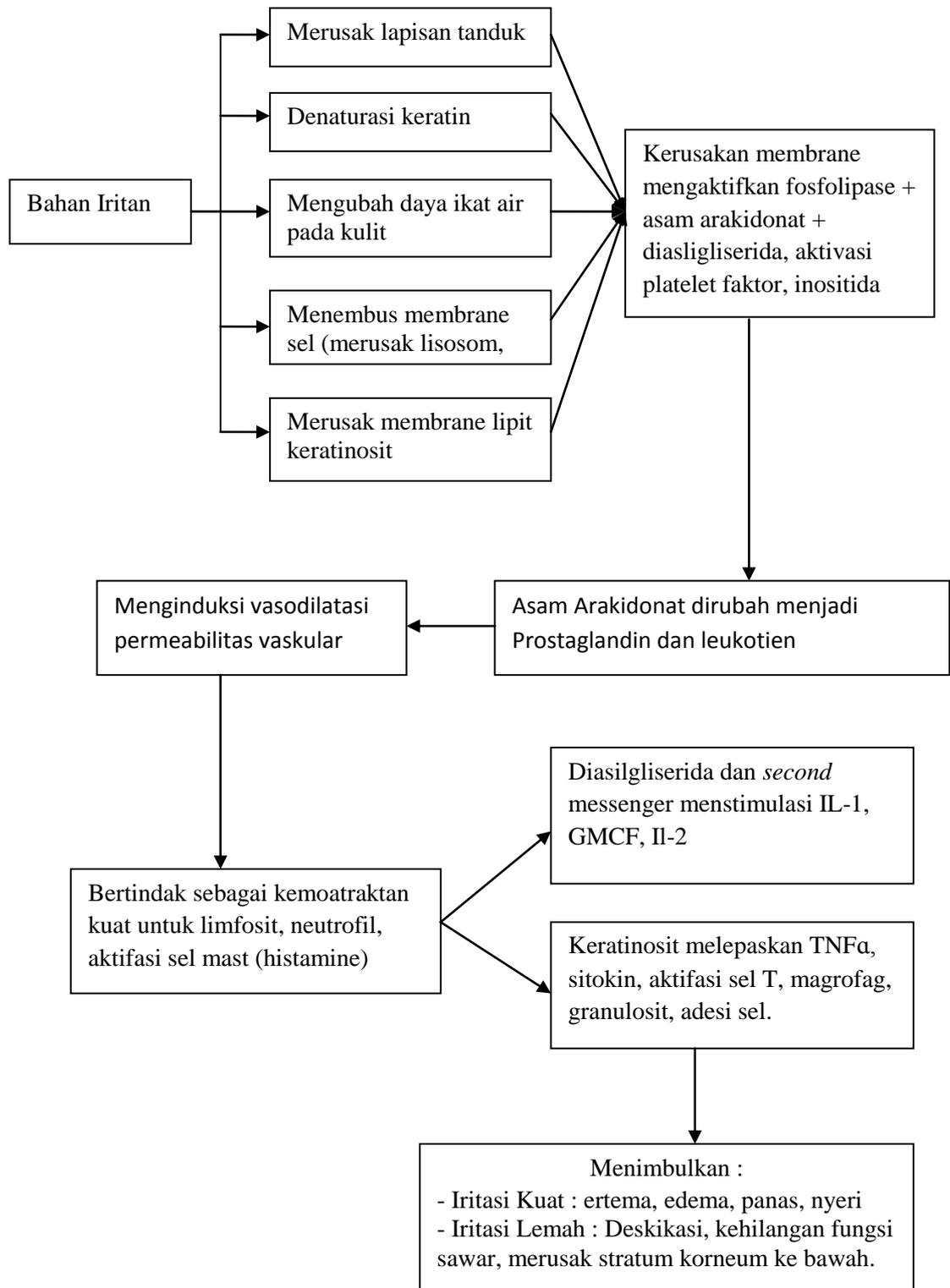
Gejala Klinis	Dermatitis Kontak Alergik	Dermatitis Kontak Iritan
Gatal	++++ (lebih cepat muncul)	++ (lebih lambat muncul)
Sakit, <i>Burning</i>	++	++++ (lebih cepat muncul)
Eritema	++++	++++
Vesikel	++++	+
Bula	+	+++

2.2.5 Patogenesis

Karakteristik utama dari dermatitis kontak adalah adanya edema interseluler pada epidermis. Reaksi awal biasanya menimbulkan vesikel intraepidermal dan pembentukan bula pada kasus akut dan

pada kasus kronik terdapat papul, skuama, dan likenifikasi. Pada lapisan dermal, banyak terdapat berbagai macam jenis sel radang yang berkumpul di sekitar pembuluh darah kapiler yang dilatasi yang semakin membantu terjadinya respon inflamasi. Terdapat dua jenis dermatitis kontak yang dibagi berdasarkan patofisiologinya, yaitu DKI dan DKA. Jika dilihat dari penyebabnya, banyak agen atau bahan yang dapat sebagai iritan sekaligus sebagai alergen. Gejala klinis yang ditimbulkan dari keduanya mirip, namun patogenesisnya berbeda (Made & Rusyati, 2012).

a. Dermatitis Kontak Iritan (DKI)



Gambar 1. Patogenesis Dermatitis Kontak Iritan (Sularsito SA &Djuanda S, 2009).

Pada DKI, kelainan kulit timbul akibat kerusakan sel yang disebabkan oleh bahan iritan melalui kerja kimia atau fisis. Bahan iritan merusak lapisan tanduk, denaturasi keratin, menyingkirkan lemak lapisan tanduk, dan mengubah daya ikat air di kulit.

Kebanyakan bahan iritan merusak membran lemak keratinosit, tetapi sebagian dapat menembus membran sel dan merusak lisosom, mitokondria, atau komponen inti. Kerusakan membran mengaktifkan fosfolipase dan melepas asam arakidonat (AA), diasilgliserida (DAG), *platelet activating factor* (PAF), dan inositida (IP3). AA dirubah menjadi prostaglandin (PG) dan leukotrien (LT). PG dan LT menginduksi vasodilatasi, dan meningkatkan permeabilitas vaskular sehingga mempermudah transudasi komplemen dan kinin. PG dan LT juga bertindak sebagai kemoatraktan kuat untuk limfosit dan neutrofil, serta mengaktifasi sel mast melepaskan histamin, LT dan PG lain, dan PAF, sehingga memperkuat perubahan vascular (Sularsito SA & Djuanda S, 2009).

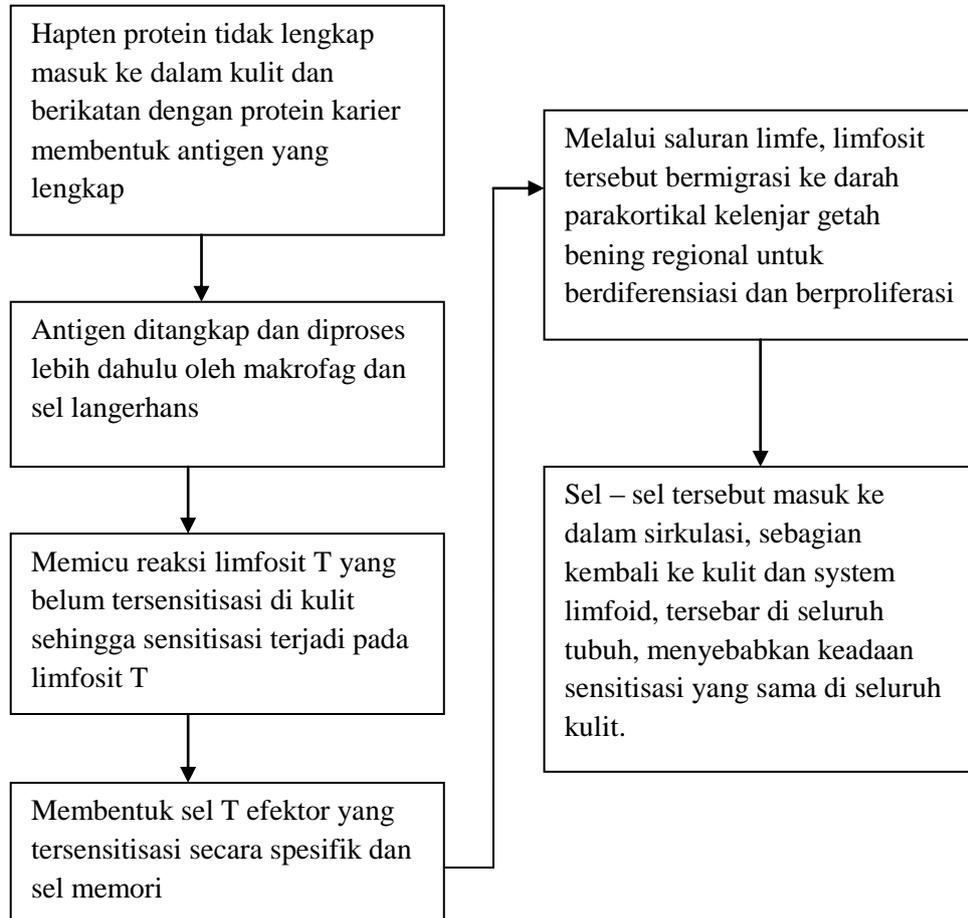
DAG dan *second messengers* lain menstimulasi ekspresi gen dan sintesis protein, misalnya interleukin-1 (IL-1) dan *granulocyte macrophage colony stimulatunf factor* (GMCSF). IL-1 mengaktifkan sel T-penolong mengeluarkan IL-2 dan mengekspresi reseptor IL-2, yang menimbulkan stimulasi autokrin dan proliferasi sel tersebut. Keratinosit juga membuat

molekul permukaan HLA-DR dan adesi intrasel-1 (ICAM-1). Pada kontak dengan iritan, keratinosit juga melepaskan $TNF\alpha$, suatu sitokin proinflamasi yang dapat mengaktifkan sel T, makrofag dan granulosit, menginduksi ekspresi molekul adesi sel dan pelepasan sitokin (Sularsito SA & Djuanda S, 2009).

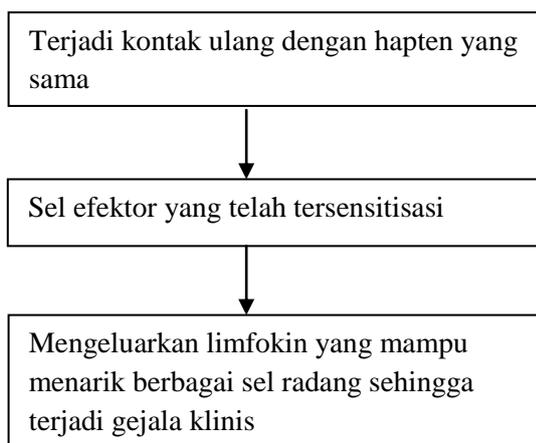
Rentetan kejadian tersebut menimbulkan gejala peradangan klasik di tempat terjadinya kontak di kulit. Bahan iritan lemah akan menimbulkan kelainan kulit setelah berulang kali kontak, dimulai dengan kerusakan stratum korneum oleh karena delipidasi yang menyebabkan desikasi dan kehilangan fungsi sawarnya, sehingga mempermudah kerusakan sel di bawahnya oleh iritan (Made & Rusyati, 2012).

b. Dermatitis Kontak Alergi (DKA)

Fase Sensitisasi



Fase elisitasi



Gambar 2. Patogenesis Dermatitis Kontak Alergi (Sularsito SA &Djuanda S, 2009).

Dermatitis kontak alergi dimediasi oleh reaksi hipersensitivitas tipe lambat (IV) yang terbatas pada sejumlah orang tertentu setelah terpapar satu atau beberapa substansi antigenik. Reaksi ini terjadi melalui dua fase, yaitu fase sensitisasi dan fase elisitasi. Hanya individu yang telah mengalami sensitisasi dapat menderita DKA (Sularsito SA & Djuanda S, 2009).

1) Fase Sensitisasi

Hapten yang masuk ke dalam epidermis melewati stratum korneum akan ditangkap oleh sel langerhans dengan cara pinositosis dan diproses secara kimiawi oleh enzim lisosom atau sitosol. Di dalam kelenjar limfe, sel langerhans mempresentasikan kompleks HLA-DR-antigen kepada sel-T penolong spesifik, yaitu yang mengekspresikan CD4 yang mengenali HLA-DR sel langerhans, dan kompleks reseptor sel-T-CD3 yang mengenali antigen yang telah diproses. Sel langerhans mensekresi IL-1 yang kemudian menstimulasi sel-T untuk mensekresi IL-2 dan mengekspresi reseptor-IL-2 (IL-2R). Sitokin ini akan menstimulasi proliferasi sel T spesifik sehingga menjadi lebih banyak. Turunan sel ini yaitu sel-T memori (sel-T teraktivasi) akan meninggalkan kelenjar getah bening dan beredar ke seluruh tubuh. Pada saat tersebut individu menjadi tersensitisasi. Fase ini rata-rata berlangsung selama 2-3 minggu (Sularsito SA & Djuanda S, 2009).

2) Fase Elisitasi

Fase elisitasi terjadi pada pajanan ulang alergen (haptén). Seperti pada fase sensitisasi, haptén akan ditangkap oleh sel langerhans dan diproses secara kimia menjadi antigen, diikat oleh HLA-DR kemudian diekspresikan di permukaan sel. Selanjutnya kompleks HLA-DR-antigen akan dipresentasikan kepada sel T yang telah tersensitisasi baik di kulit maupun di kelenjar limfe sehingga terjadi aktivasi. Keratinosit menghasilkan sejumlah sitokin dan eikosanoid yang akan mengaktifkan sel mast dan makrofag. Sel mast yang berada dekat pembuluh darah dermis akan melepaskan histamin, berbagai jenis faktor kemotaktik, PGE₂ dan PGD₂, dan leukotrien B₄ (LTB₄). Eikosanoid, baik yang berasal dari sel mast (prostaglandin) maupun dari keratinosit atau leukosit menyebabkan dilatasi vaskular dan meningkatkan permeabilitas sehingga molekul larut seperti komplemen dan kinin mudah berdifusi ke dalam dermis dan epidermis. Selain itu faktor kemotaktik dan eikosanoid akan menarik neutrofil, monosit dan sel darah lain dari pembuluh darah masuk ke dalam dermis. Rentetan kejadian tersebut akan menimbulkan respon klinik DKA. Fase elisitasi umumnya berlangsung 24-48 jam (Sularsito SA & Djuanda S, 2009).

2.2.6 Penegakan Diagnosis

Diagnosis penyakit dermatitis kontak, dapat dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorik, dan uji tempel/ *patch test* (Siregar RS, 2006).

a. Anamnesis

Anamnesis ditujukan selain untuk menegakkan diagnosis juga untuk mencari kausanya karena hal ini penting dalam menentukan terapi dan tindak lanjutnya, yaitu mencegah kekambuhan. Pada anamnesis perlu ditanyakan beberapa hal seperti onset gejala saat pertama kali muncul, di mana lokasi munculnya, apa jenis pekerjaannya, apakah ada rekan kerja yang menderita gejala yang sama, apakah dermatitis membaik saat tidak masuk kerja atau semakin parah saat masuk kerja, apakah ada upaya pasien untuk menghilangkan keluhan ini sebelumnya, dan apakah pasien mempunyai riwayat atopik. Selain itu, sebagai tambahan perlu juga ditanyakan hobi dan kegiatan pasien di luar pekerjaan. Pada pasien yang bekerja sebagai penata rambut, perlu ditanyakan bahan- bahan apa saja yang biasa digunakan oleh pasien dalam keseharian pekerjaannya. Perhatian juga harus diberikan tentang apakah pasien menggunakan sarung tangan, produk perawatan kulit, dan pengobatan lainnya saat bekerja. (Rycroft RJ, 2005).

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan berfokus pada lokasi dan tampilan morfologisnya, seperti adanya kemerahan, vesikel, bula, nekrosis, papula, skuama, dan fisura. Selain lesi pada tangan, kulit pada bagian tubuh yang lain juga perlu diperiksa, terutama kulit pada muka dan leher, karena banyak DKAK terjadi pada daerah tersebut. Lalu, pasien juga harus dilihat apakah ada dermatitis atopik, psoriasis, kulit kering, dan eksim. Kemudian tentukan ruam kulit yang ada, kelainan kulit yang akut dapat berupa eritem, vesikel, edema, bula, dan eksudasi. Kelainan kulit yang kronis berupa hiperpigmentasi, likenifikasi, kering dan skuama. Bila ada infeksi terlihat pustule (Siregar RS, 2006).

c. Pemeriksaan Laboratorik

Bila ada infeksi bakteri hendaknya pus diambil untuk dibiakan dan selanjutnya dilakukan tes resistensi (Rycroft RJ, 2005).

- Uji tempel

Uji tempel harus dilakukan pada semua kasus dermatitis pada tangan. Tujuan dari uji tempel adalah untuk mendeteksi bahan penyebab dermatitis kontak alergik, dilakukan dengan menempelkan bahan yang dicurigai dengan konsentrasi yang benar pada kulit normal. Selain untuk keperluan diagnosis, uji tempel juga dapat digunakan sebagai *screening test* untuk

DKAK dan bahan yang digunakan berasal dari lingkungan kerja pasien. Tes tempel yang telah distandarisasi disebut unit uji tempel. Bahan yang akan diuji diteteskan atau diletakkan pada filter paper disc, kemudian ditutup dengan bahan impermeabel, selanjutnya ditutup lagi dengan plester yang hipoalergis. Pembacaan dilakukan setelah 48, 72 dan 96 jam. Setelah penutup dibuka, ditunggu dahulu selama 15-30 menit untuk menghilangkan efek plester, hasil sebagai berikut:

Hasil 0 : bila tidak ada reaksi.

+: bila hanya ada eritema.

++: bila ada eritema dan papul.

+++ : bila ada eritema, papul dan vesikel.

++++ : bila ada edema, vesikel.

Dalam penilaian ini harus dapat dibedakan antara reaksi iritasi dan reaksi alergi, reaksi negatif semu dan reaksi positif semu, untuk itu diperlukan pengalaman dan penilaian khusus. Tes yang menunjukkan hasil negatif mendukung diagnosis DKI, namun hal ini bisa jadi merupakan negatif semu sehingga ada beberapa alergen yang penting terlewatkan. Pengulangan, dilusi serial, dan tes kontrol adalah kunci untuk menghindari positif semu. Reaksi negatif semu dapat dihindari dengan

kewaspadaan seperti tidak menggunakan kortikosteroid dan lain-lain saat sebelum tes.

2.2.7 Tatalaksana

Pada prinsipnya penatalaksanaan dermatitis kontak akibat kerja yang baik adalah dengan mengidentifikasi penyebab dan menyarankan pasien untuk menghindarinya. Pada kasus yang parah, sering disarankan untuk tidak masuk kerja selama beberapa waktu atau bahkan pindah jenis pekerjaan. Namun jika tidak memungkinkan, ada beberapa hal yang dapat diubah seperti prosedur kerja, perlengkapan dan alat yang digunakan, atau menggunakan alat pelindung. Untuk perlindungan dapat digunakan sarung tangan saat bekerja. Jenis sarung tangan yang dapat digunakan tergantung dengan jenis pekerjaannya, seperti elastisitas, ketebalan, dan tipe polimer dari sarung tangan tersebut (Menne T, *et al.*, 2000). Pengobatan dapat diberikan sesuai dengan derajat penyakitnya. Untuk pengobatan, terdapat dua jenis yang dapat diberikan yaitu pengobatan topikal dan sistemik.

a. Pengobatan topikal

Obat-obat topikal yang diberikan sesuai dengan prinsip-prinsip umum pengobatan dermatitis yaitu pada fase akut bila basah, dapat diberikan terapi basah (kompres terbuka) berupa kompres salin sampai eksudasi mengering. Pada fase subakut dapat diberikan losio, pasta, krim, atau linimentum (pasta pendingin)

berupa krim hidrocortisone 1%-2.5%, betamethasone valerate 0.01% atau triamcinolone acetate 0.1%. Bila fase kronik dapat diberikan salep dexoksimethasone 0.25% atau betamethasone dipropionate 0.05%.¹⁰ Sedangkan radiasi ultraviolet (PUVA atau UVB) dapat diberikan untuk kasus yang sulit sembuh. Perlu diingat bahwa pemakaian kortikosteroid topikal jangka panjang perlu dihindari karena dapat merusak keratin kulit. Selain itu, karena pekerjaan sebagai penata rambut yang banyak melakukan wet work, salep yang lengket sebaiknya dihindari; lebih dipilih krim yang tidak lengket setelah pemakaian (Menne T, *et al.*, 2000).

b. Pengobatan Sistemik

Pengobatan sistemik ditujukan untuk mengontrol rasa gatal dan atau edema, pada kasus- kasus sedang dan berat pada keadaan akut atau kronik. Jenis-jenis pengobatan yang sering digunakan adalah antihistamin dan kortikosteroid. Jika pengobatan tersebut tidak berhasil, dapat diberikan obat-obatan second line seperti siklosporin, pentoksifilin, takrolimus, dan kalsium antagonis (Trihapsoro, 2003).

2.3 Salon

2.3.1. Salon Kecantikan

Salon kecantikan adalah sarana pelayanan umum untuk kesehatan kulit rambut dan tubuh dengan perawatan kosmetik secara manual, preparatif, aparatif dan dekoratif yang modern maupun tradisional tanpa tindakan operasi atau bedah. Salon kecantikan menyediakan layanan umum yang berkaitan dengan kesehatan kulit, wajah estetika, perawatan kaki, aromaterapi, bahkan meditasi, terapi oksigen, mandi lumpur, dan tak terhitung layanan lainnya (Citra D, 2012).

Secara umum, ada dua jenis pekerja yang ada pada salon kecantikan yaitu pekerja sebagai *stylist* dan pekerja sebagai *kapster*. *Stylist* merupakan pekerja salon yang secara langsung dalam memberikan layanan kepada pelanggan, baik dalam hal pemilihan model potongan rambut, pemotongan rambut, serta mengevaluasi hasil kerja *kapster*. Sedangkan *kapster* merupakan pekerja salon yang menyiapkan pelanggan sebelum mendapatkan layanan seperti mencuci rambut, mengeringkan rambut, *creambath*, perawatan kuku, dan lain sebagainya. Namun kebanyakan salon sekarang ini mengharuskan pekerja untuk ahli sebagai *stylist* maupun *kapster*. (Bungasalu, 2012).

2.3.2. Tugas Stylist dan kapster pada salon kecantikan

2.3.2.1. Stylist

a. Pemangkasan rambut (*Hair cut*)

Pemangkasan rambut dilakukan secara bertahap yaitu :

- 1) Cuci rambut dengan menggunakan produk shampoo dan pelembab
- 2) Rambut dikeringkan dengan handuk dan pelanggan diberi tatakan kip (baju gunting) agar guntingan rambut tidak mengotori pakaian pelanggan. Dalam proses pemangkasan digunakan dua jenis sisir (sisir pembersih rambut dan sisir halus) dan dua jenis gunting (gunting potong dan gunting penipis).
- 3) Setelah pemangkasan selesai, rambut dibilas lagi dengan air untuk membersihkan sisa-sisa potongan rambut. Setelah bersih, rambut dikeringkan dengan menggunakan alat pengering rambut (*hairdryer*) dan rambut ditata sesuai dengan keinginan dan selera pelanggan.

b. Pengeritingan rambut (*Hairperm*)

Peralatan dan obat yang diperlukan dalam proses pengeritingan rambut antara lain adalah:

- 1) Gulungan keriting, tersedia dalam beberapa pilihan yaitu: Gulungan besar, kecil, sedang, keriting sosis, atau keriting papan.
- 2) Kertas keriting, yang digunakan untuk menyerap obat keriting.
- 3) *Steamer*, untuk rambut yang sukar dikeriting.
- 4) Sisir halus, topi, dan *hairdryer*.
- 5) Obat keriting.

Tahap-tahap dalam pengeritingan rambut adalah :

- 1) Cuci rambut dengan menggunakan sampo dan pelembab.
- 2) Rambut dikeringkan serta disisir rapi, kemudian rambut digulung dengan gulungan keriting sesuai dengan keinginan pelanggan (besar, kecil, sedang, keriting sosis, atau keriting papan), yang disertai dengan kertas keriting.
- 3) Selesai digulung, diberikan obat keriting pada masing-masing kertas yang ada pada tiap-tiap gulungan, dan dibiarkan selama 20 sampai 25 menit. Kemudian dilakukan netralisir selama 7 sampai 10 menit. Pemakaian topi dilakukan agar obat lebih meresap di rambut.
- 4) Setelah proses pengeritingan selesai dilakukan pembilasan ulang dengan sampo dan pelembab. Rambut dikeringkan dengan menggunakan handuk dan *hairdryer*, lalu ditata sesuai dengan keinginan pelanggan.

c. Pewarnaan rambut (*Hair colouring*)

Tahap-tahap dalam pewarnaan rambut adalah:

- 1) Cuci rambut dengan sampo dan pelembab
- 2) Keringkan dengan menggunakan handuk dan *hairdryer*.
Proses pengecatan rambut dimulai dari ujung rambut sampai mendekati akar rambut, kurang lebih 1 cm dari kulit kepala. Setelah pengecatan selesai lalu didiamkan selama 25 hingga 35 menit.

- 3) Melakukan pengecatan akar rambut selama 10 sampai 15 menit. Setelah proses pewarnaan selesai, rambut dibilas kembali dengan menggunakan sampo dan pelembab serta air hangat.
- 4) Setelah dikeringkan dengan menggunakan handuk dan *hairdryer*, kemudian ditata sesuai dengan keinginan pelanggan.

d. *Highlighting*

Highlighting adalah proses pewararaan rambut yang diambil secara bertahap, sedikit demi sedikit. Tahap-tahap dalam pewararaan higlighting ini adalah :

- 1) Cuci bersih rambut dengan sampo dan pelembab
- 2) Keringkan dengan menggunakan handuk dan *hairdryer* kemudian dimulai proses tersebut dengan menggunakan kertas timah untuk melapisi rambut, mengambil rambut dengan cara merajut dari akar rambut hingga ujung rambut.
- 3) Setelah diolesi dengan cat rambut, kemudian didiamkan selama 40 sampai 45 menit.
- 4) Setelah itu kertas timah dibuka dan rambut dibilas kembali dengan menggunakan *shampo* dan *conditioner*, keringkan dengan menggunakan handuk dan *hairdryer* serta ditata sesuai dengan keinginan pelanggan.

2.3.2.2. Kapster

a. Perawatan rambut (*Hair treatment/Creambath*)

Layanan lain yang ditawarkan Salon adalah perawatan rambut atau yang lebih dikenal dengan *creambath*. Perawatan rambut ini sangat berguna bagi pelanggan yang mempunyai masalah dengan rambut seperti kerontokan rambut, berketombe, dan lain sebagainya. Bagi pelanggan yang tidak mempunyai masalah, dapat merawat rambutnya secara berkala untuk menjaga kesehatan dan kebersihan rambut serta kulit kepala. Perlengkapan yang digunakan untuk merawat rambut antara lain adalah: jepitan rambut, hairbando, sisir (sisir garpu dan sisir blow), dan krim untuk perawatan rambut (*creambath cream*).

b. Perawatan wajah (*Facial treatment*)

Perawatan wajah atau yang dikenal dengan sebutan facial merupakan perawatan yang bertujuan untuk membersihkan kulit wajah dari jerawat, komedo, atau lapisan kulit yang sudah mati. Setelah menjalani perawatan ini maka wajah akan terlihat lebih segar, bersih, dan terawat.

c. Perawatan tubuh secara tradisional atau lulur (*Tradisional body massage*)

Perawatan tubuh secara tradisional ini menggunakan bahan-bahan berasal dari alam atau rempah-rempah. Lulur diberikan secara merata ke seluruh tubuh sambil dilakukan

pemijatan dengan tujuan agar pelanggan merasa lebih rileks dan dapat menghilangkan stres. Lulur ini berfungsi untuk membersihkan kotoran-kotoran yang melekat pada kulit tubuh. Apabila hal ini dilakukan secara teratur maka pelanggan akan mendapatkan kulit tubuh yang bersih, halus, dan tubuh menjadi terasa segar kembali.

d. Perawatan tangan dan kaki (*Manicure and Pedicure*)

Perawatan tangan dan kaki bertujuan agar kaki dan tangan terlihat bersih, sehat dan terawat.

2.3.3. Bahan – bahan Penyebab Dermatitis

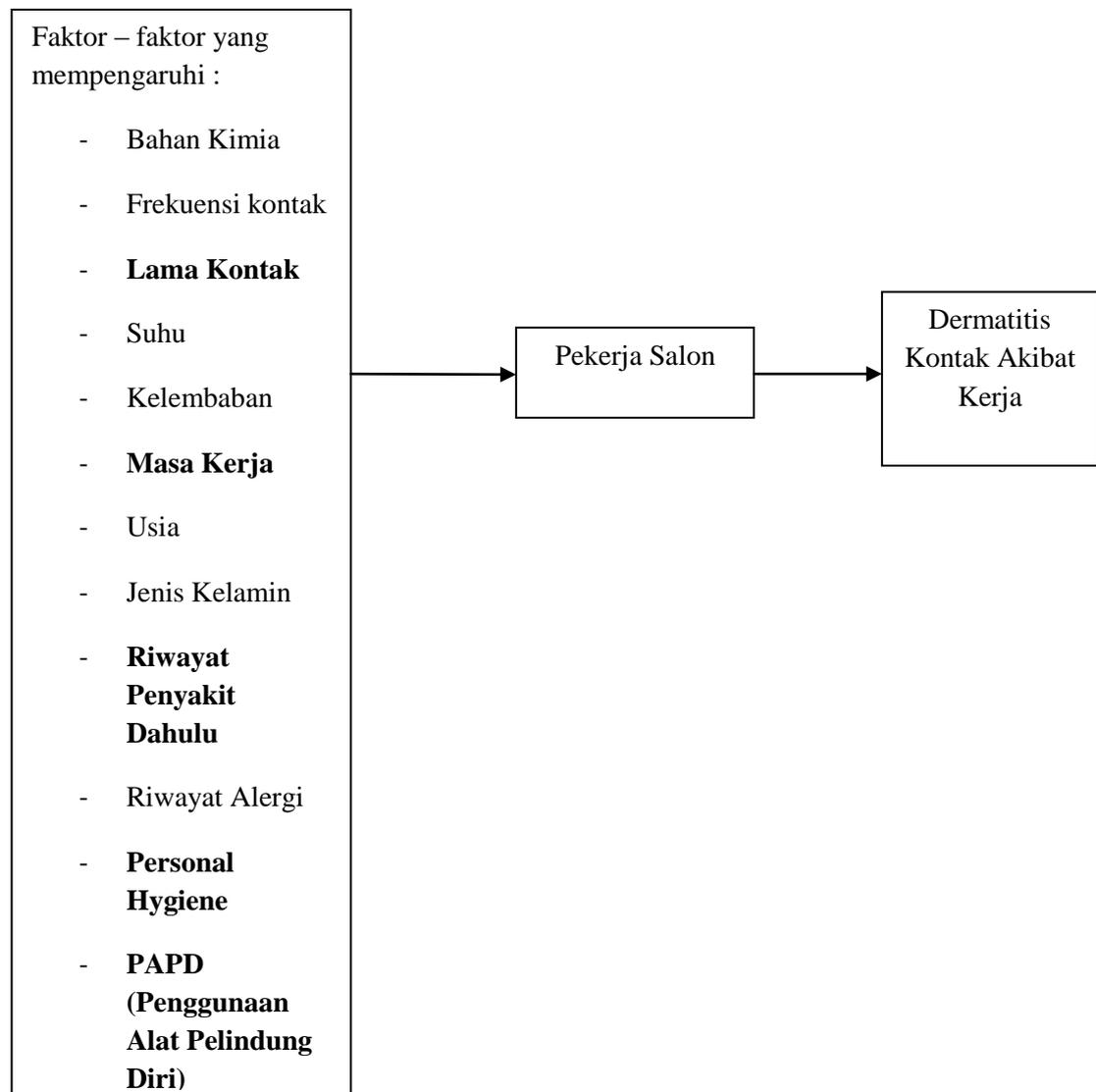
Bahan bahan yang sering menyebabkan dermatitis kontak ialah cat rambut pada penata rambut atau pemakainya. Penyebab tersering adalah *parafenilendiamin* (PFD). Reaksi alergi terhadap cat rambut yang mengandung PFD yang paling lazim terjadi adalah dermatitis kontak alergi. Dermatitis kontak alergi merupakan reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap alergen. Beberapa laporan menunjukkan kecenderungan meningkatnya frekuensi reaksi alergi terhadap PFD. Penelitian secara epidemiologi terhadap populasi umum menunjukkan sensitisasi terhadap PFD antara 0,1% dan 1% (Novia, 2012).

Tabel 2. Bahan iritan dan alergen dalam berbagai produk perawatan rambut (University of Osnabrück, 2011)

Penyebab	Substansi	Iritasi	Sensitisasi
Sampo, pencuci, pelembab rambut	Tensides (concamidopropyl betaine),	+	+
	Bahan pengawet (<i>methyldibromo glutaronitrile</i> , <i>methylchloroisothiazolinone</i>),	+	+
	Parfum (cinnamal, eugenol, hydroxylsohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde)	+	+
	Phenols	+	
	Selenium disulfide	+	+
	Formaldehde	+	+
	Parabens	+	
	Dichloromethane	+	
Pewarna Rambut	Pewarna oksidasi :		
	p-phenylenediamine	+	+
	p-methylaminophenol	+	+
	2-methyl-5-hydroxyethylaminophenol	+	+
	m-phenylendiamine		+
	Agen Oksidasi, pemutih (<i>bleaches</i>):	+	
	Hydrogen peroxide	+	+
	Hydrochinone	+	
	p-dihydroxybenzol	+	+
	Kalium persulfat	+	+
	Natrium persulfate		
	<i>Blonding Agent</i> :		
	Ammonium persulfate	+	+
Bahan pengeriting rambut permanen	Ammonium thioglycolate, glyceryl monothioglycolate, cysteaminehydrochloride	+	+
Pelurus Rambut	Formaldehidan/atau methylene glycol	+	+
	Sodium hydroxide	+	
	Potassium hydroxide	+	
	Lithium hydroxide	+	
Kontak dengan alat kerja	Gunting (nickel)		+
Pelindung kulit	Sarung tangan (latex, mercaptobenzothiazoles, thiurames, dithiocarbamates, phthalates, formaldehyde)		+

2.4. Kerangka Penelitian

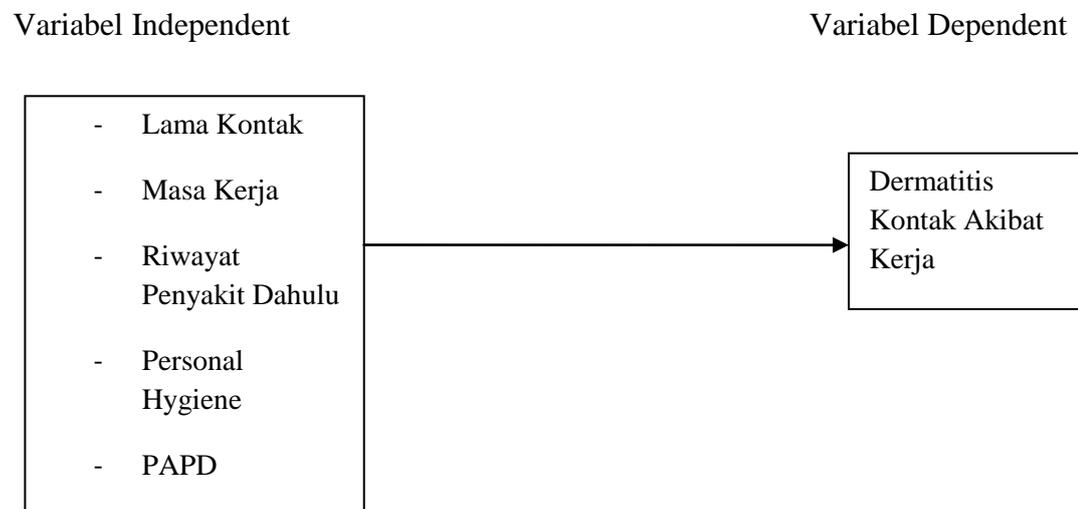
2.4.1. Kerangka Teori



Ket : penulisan tebal variabel yang diteliti

Gambar 3. Kerangka Teori

2.4.2. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

2.5. Hipotesis

Hi. Terdapat hubungan antara faktor variabel independent terhadap kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon.

Ho. Tidak Terdapat hubungan antara faktor variabel independen terhadap kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Dan Desain Penelitian

Desain Penelitian yang digunakan yaitu analitik korelatif dengan pendekatan *cross-sectional* (Notoatmodjo, 2012) yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor – faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pegumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point, time, and approach*).

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Oktober - Desember 2015 dan telah dilaksanakan pada salon yang berada di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi penelitian

Populasi merupakan jumlah keseluruhan dari suatu variabel yang diamati mengenai masalah penelitian, terdiri dari subyek atau obyek penelitian yang memiliki karakteristik serta kualitas tertentu yang

ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Notoatmodjo, 2010).

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah karyawan salon yang berada di Kelurahan Pahoman Bandar Lampung yang berjumlah 50 orang pada 3 salon.

3.3.2. Sampel penelitian

Pada penelitian ini metode pengambilan sampel menggunakan tehnik total populasi, dengan jumlah populasi terjangkau karyawan salon di wilayah Kelurahan Pahoman Bandar Lampung adalah 50 orang. Terdapat juga kriteria inklusi dan eklusi sebagai berikut :

A. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap populasi yang dapat diambil sebagai sampel.

1. Pekerja yang bersedia dijadikan sampel penelitian dan telah mengisi *informed concent*
2. Wanita yang hanya bekerja sebagai karyawan salon

B. Kriteria eklusi

Kriteria eklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel.

1. Karyawan yang sedang dalam pengobatan dengan obat kulit topikal (neomisin topikal, antibiotik topikal, krim steroid, antihistamin topikal, anestesi lokal, obat topikal dengan kandungan parabens atau lanolin).

2. Karyawan yang bekerja di luar salon (buruh cuci, asisten rumah tangga).
3. Karyawan yang mengalami riwayat penyakit atopik.
4. Karyawan yang tidak mengikuti / tidak hadir saat pengisian kuisisioner.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel Bebas

Dalam penelitian ini yang menjadi variable bebas adalah faktor- faktor yang mempengaruhi berupa: lama kontak, masa kerja, penggunaan alat pelindung diri (PAPD), *personal hygiene*, dan riwayat penyakit sebelumnya.

3.4.2. Variabel Terikat

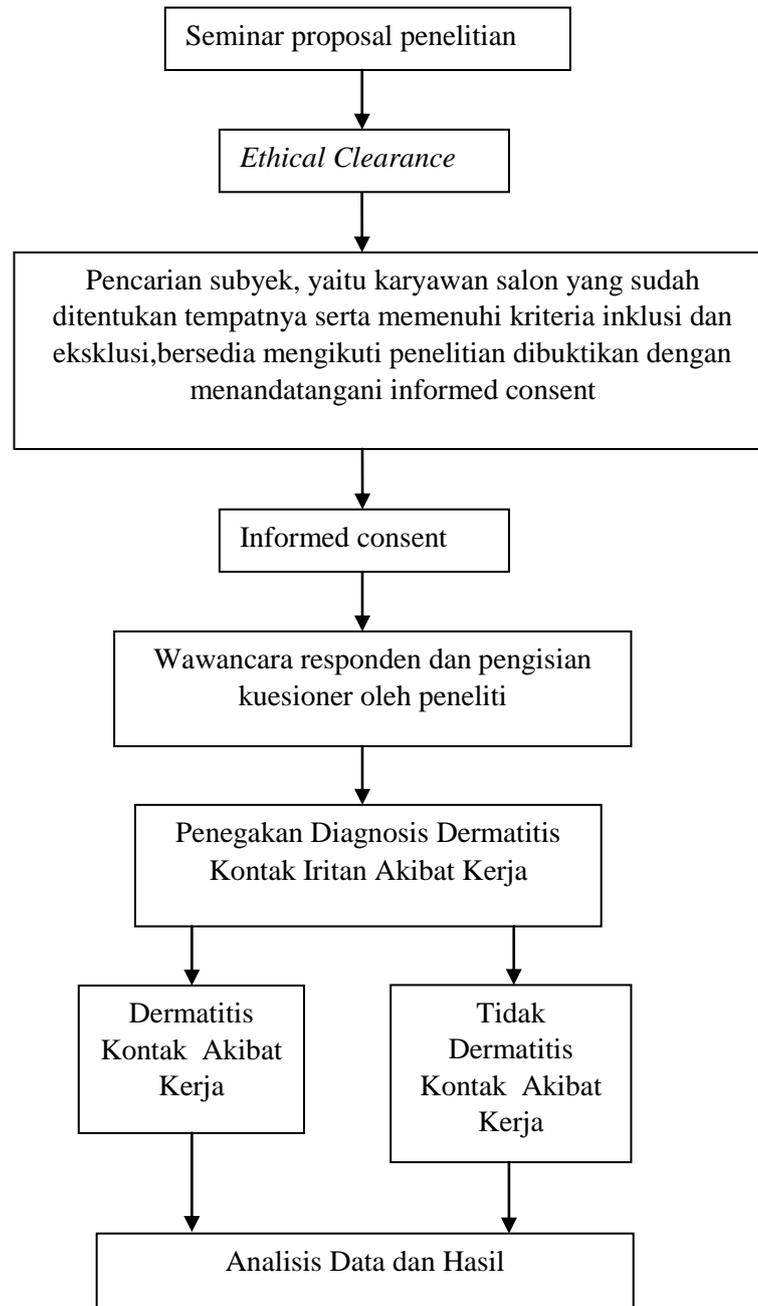
Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah dermatitis kontak akibat kerja (DKAK).

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Pengertian	Alat ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
Dermatitis Kontak Akibat kerja	Suatu reaksi inflamasi pada kulit karena berinteraksi dengan bahan-bahan kimia yang berkontak dengan kulit akibat proses kerja	Kuesioner dan Pemeriksaan efloresensi kulit	pengisian kuesioner dan Penilaian oleh dokter umum	0: Tidak: tidak dermatitis kontak 1: Ya: dermatitis kontak	Nominal
Lama Kontak	Berapa kali pekerja kontak dengan bahan kimia dalam satu hari kerja	Kuesioner	Pengisian kuesioner oleh pekerja didampingi peneliti	0 : < 4 jam 1 : ≥ 4 jam	Nominal
Masa Kerja	Lamanya seseorang pegawai bekerja di salon dari awal sampai waktu penelitian	Kuesioner	Pengisian kuesioner oleh pekerja didampingi peneliti	0 : ≤ 1 tahun 1 : ≥ 1 tahun	Nominal
Riwayat penyakit kulit sebelumnya	Pekerja yang sebelumnya atau sedang mengalami penyakit kulit akibat kerja	Kuesioner	Pengisian kuesioner oleh pekerja didampingi peneliti	0: Tidak memiliki riwayat 1: Memiliki riwayat	
Penggunaan alat pelindung diri	Penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan) oleh karyawan di tempat kerja saat melakukan tugasnya.	Kuesioner	Pengisian lembar kuisisioner oleh pekerja didampingi peneliti	0 : Tidak menggunakan atau tidak lengkap 1 : Baik, mengisi 1-2 ceklis 2 : Menggunakan lengkap dan konsisten	Ordinal
Personal Hygiene	Kebiasaan pekerja untuk menjaga kebersihan diri sebelum dan setelah bekerja.	Kuesioner	Pengisian lembar kuisisioner oleh pekerja didampingi peneliti	0: Tidak baik 1 : Baik, bila 2-3 ceklis terpenuhi 2: Sangat baik.	Ordinal

3.6. Alur Penelitian



3.7. Pengumpulan Data

3.7.1. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur dalam pengumpulan data penelitian ini memerlukan beberapa tahap diantaranya :

- a. Langkah persiapan
 - 1) Mengurus perizinan kepada pimpinan tempat penelitian
 - 2) Menyusun pertanyaan penelitian yang akan digunakan pada saat mewawancarai pekerja saat penelitian.
- b. Langkah pelaksanaan
 - 1) Menyerahkan surat izin untuk mengadakan penelitian di salon
 - 2) Menetapkan sampel penelitian
 - 3) Melakukan wawancara kepada karyawan salon
 - 4) Memproses dan menganalisa data-data yang terkumpul.

3.7.2. Instrumen penelitian

Materi atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan (kuesioner) yang penyusunannya diadaptasi dari *Health and Safety Executive* Inggris (HSE UK) serta diuji validitas dan reliabilitasnya (Mariz DR, 2012). Kuesioner dikonsultasikan kepada tiga ahli kesehatan kulit dan kelamin yang berkompeten (expert validity). Tiap item pertanyaan diberi skor :

1 = pertanyaan sesuai atau berhubungan

0 = tidak jelas hubungannya

Rata-rata skor item = jumlah skor item : jumlah responden

Pertanyaan dikatakan valid bila mempunyai nilai rata-rata skor > 0,5

Uji reliabilitas kuesioner dilakukan dengan Uji Internal. Pengujian dilakukan dengan menguji coba kuesioner sekali, kemudian dilakukan analisis untuk memprediksi reliabilitas kuesioner dengan

menggunakan teknik analisis *Cronbach Alpha*, dan didapatkan nilai 0,8 (Sastroasmoro, 2008).

3.8. Pengolahan Data dan Analisa Data

3.8.1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

Peneliti pada tahap ini akan memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh responden, apakah terdapat kekeliruan atau tidak dalam pengisiannya.

b. *Coding*

Peneliti akan mengklasifikasikan kategori-kategori dari data yang didapat dan dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing kategori.

c. *Tabulating*

Data yang telah diberi kode kemudian dikelompokkan, lalu dihitung dan dijumlahkan dan kemudian dituliskan dalam bentuk tabel.

3.8.2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Tujuan analisa univariat adalah untuk menerangkan distribusi frekuensi masing – masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat.

b. Analisa Bivariat

Tujuan analisis bivariat adalah untuk melihat ada tidaknya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel terikat dengan variabel bebas. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi-square*. Uji *chi-square* merupakan uji komparatif yang digunakan dalam data di penelitian ini. Uji signifikan antara data yang diobservasi dengan data yang diharapkan dilakukan dengan batas kemaknaan ($\alpha < 0,05$) yang artinya apabila diperoleh $< \alpha$, berarti ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan bila nilai $p > \alpha$, berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

c. Analisis multivariate

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan adalah *regresi logistic*, karna pada penelitian ini menggunakan skala kategorik.

3.9. Ethical Clearance

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan oleh tim etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan Persetujuan Etik No:

219/UN26/8/DT/2016, adapun ketentuan yang telah ditetapkan sebagai berikut :

a. Persetujuan riset (*informed consent*)

Informed consent merupakan pemberian informasi yang cukup dan dapat dimengerti oleh responden mengenai keikutsertaan dalam suatu penelitian. Hal ini meliputi pemberian informasi kepada responden mengenai hak dan kewajiban dalam suatu penelitian, serta mendokumentasikan sifat kesepakatan dengan cara menandatangani lembar persetujuan bila responden bersedia diteliti.

b. Tanpa nama (*Anonymity*)

Tidak mencantumkan nama responden dan hanya menuliskan inisial atau pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

c. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Tanggung jawab peneliti untuk melindungi semua informasi ataupun data.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1.Kesimpulan

1. Terdapat hubungan bermakna antara lama kontak, masa kerja, riwayat penyakit kulit, penggunaan alat pelindung diri dan *personal hygiene* dengan kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di kelurahan pahoman Bandar lampung.
2. Faktor masa kerja merupakan yang paling dominan menyebabkan dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon.
3. Terdapat 58,7 % angka kejadian dermatitis kontak akibat kerja pada karyawan salon di kelurahan pahoman Bandar lampung.

5.2.Saran

1. Bagi Pekerja
 - a. Pekerja disarankan menggunakan alat pelindung diri dengan lengkap selama melaksanakan proses kerja, sehingga dapat mencegah terjadinya kontak langsung dengan bahan kimia.
 - b. Pekerja disarankan untuk lebih memperhatikan kebersihan diri selama berada di lingkungan kerja, seperti mencuci tangan sebelum dan

sesudah melakukan proses kerja, langsung membilas bagian tubuh saat terkena bahan kimia dan menggunakan pakaian yang bersih selama melakukan proses pekerjaan.

2. Bagi Pemilik Usaha

- a. Menyediakan alat pelindung diri dan mencukupi jumlah APD bagi seluruh pekerja.
- b. Pekerja baru maupun pekerja lama seharusnya diberikan pelatihan dan penyuluhan mengenai proses kerja yang aman, pentingnya penggunaan APD dan perilaku hidup bersih dan sehat selama bekerja.
- c. Memberikan batas waktu bagi karyawan yang telah lama bekerja di salon dan menempatkan pada bagian yang tidak menimbulkan dermatitis lebih lanjut.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Penelitian selanjutnya sebaiknya dapat melakukan uji tempel untuk memperkuat hasil diagnosa mengenai kejadian dermatitis.
- b. Penelitian selanjutnya agar dapat meneliti penyebaran penyakit lain dan resiko pekerjaan pada karyawan salon di lain tempat.
- c. Penelitian selanjutnya agar dapat meneliti kejadian dermatitis akibat kerja pada tempat kerja yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

Afifah, N., 2012. Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Pada Pekerjaan Proses Finishing Meubel Kayu Di Wilayah Ciputat Timur Tahun 2012 [skripsi]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Bungasalu LR. 2012. Pusat Pengembangan Kecantikan Wanita Di Yogyakarta [disertasi]. Universitas Atma Jaya Yogyakarta.

Cohen DE. 1999. Occupational Dermatoses, Handbook of Occupational Safety and Health, second edition, Canada.

Dermatitis Contact Emergency Medicine. 2009 September [diakses 18 maret 2015]. Diunduh dari: URL: <http://emedicine.medscape.com/article/>.

Dinkes. 2012. Profil Data Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2012. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Lampung.

Hamzah S., 2012. Factors that Corelation to The Incidence of Occupational Contact Dermatitis on the Workers of Car Washes in Sukarame Village Bandar Lampung City [disertasi], ISSN 2337.

Hanum N.Z., 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Dermatitis Kontak Pada Stylist Dan Kapster Di Wilayah Kecamatan Ciputat Timur Tahun 2012 [skripsi]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Harahap M. 2000. Ilmu penyakit kulit. Jakarta: Hipokrates.

Koh D, Jeyaratnam J. 2009. Buku Ajar Praktik Kedokteran Kerja. Jakarta: EGC.

Hudyono, J. 2002. Dermatoses Akibat Kerja. Majalah Kedokteran Indonesia.

Khumalo NP, Jessop, S, and Ehrlich, R. 2006. Prevalence of Cutaneous Adverse Effects of Hairdressing. Arch Dermatology.

Lestari, Fatma dan Utomo, Suryo Hari. 2007. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Dermatitis Kontak Pada Pekerja Di PT. Inti Pantja Press Industri. Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Lind, ML. 2500. Dermatitis in Hairdressers as a Problem in Chemical Control. Annual Occupational Hygiene Vol. 49.

Made, L. & Rusyati, M., 2012. Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Penata Rambut..

Marks, JG, Elsner, P, and Deleo, VA. 2012. Contact and Occupational Dermatology. 3rd Edition. United States of America.

Menne, T and Maibach, HI. Hand Eczema. 2000. 2nd Edition. United States of America.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta:PT. Rineka Cipta.

Nuraga, W. et al.,. 2008. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dermatitis Kontak Pada Pekerja Yang Terpajan Dengan Bahan Kimia Di Perusahaan Industri Otomotif Kawasan Industri Cibitung Jawa Barat.

Nurhidayat, I., 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Kosmetik Pada Penari Studio Fantasi Di Dunia Fantasi Ancol, Jakarta-Utara. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Orton, D.I, Wilkinson, J.D. 2004. Cosmetic allergy: Incidence, Diagnosis and Management. Am J Clin Dermatol.

Oslan, S.M. & Bratiartha, M., 2010. Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Penata Rambut.

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, 2008 nomor per. 25/men/xii/2008.

Prasetyo, dwi ambang, 2013. faktor faktor yang berhubungan dengan dermatitis kontak iritan pada tangan pekerja konstruksi yang terpapar semen di PT.Wijaya Kusuma contractors.

Putra, Imam Budi. 2008. Penyakit kulit akibat kerja karena kosmetik. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan kelamin. Fakultas Kedokteran USU. Medan.

Rahmat Wisnu Utama dan Dwi Astuti, 2015. Analisis Faktor Resiko Terjadinya Dermatitis Kontak Pada Pekerja Pewarnaan Di Industri Batik.

Rycroft, RJ, Menne, T, and Frosch, PJ. 1995. Textbook of Contact Dermatitis. 2nd Edition. Germany: Springer-Verlag.

Sastroasmoro. S, Ismail. 2008. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi 3. Jakarta.

Siregar, RS. 1996. Dermatosi Akibat Kerja. Cermin Dunia Kedokteran No. 107.

Sularsito SA, Djuanda S. 2009. Dermatitis. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi 5. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.

Suma'mur, PK. 1996. Penyakit Akibat Kerja. PT. Gunung Agung. Jakarta.

Taylor JS, Sood A. 2003. Occupational Skin Disease. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. USA.

Trihapsoro, I. 2003. Dermatitis Kontak Alergik pada Pasien Rawat Jalan di RSUP Haji Adam Malik Medan. USU.

Utami, monika febrianti, 2015. Analisis Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Iritan Pada Perawat RSUP DR.Moh. Hoesin Palembang Tahun 2014.