

**PERBANDINGAN RISIKO TERJADINYA PENYAKIT  
INFEKSI KULIT BERDASARKAN PHBS DI PESANTREN  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS RONGA-RONGA  
KABUPATEN BENER MERIAH TAHUN 2023**

**SKRIPSI**

**DINDA HUMAIRA  
200610062**



**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
LHOKSEUMAWE  
JANUARI 2024**

**PERBANDINGAN RISIKO TERJADINYA PENYAKIT  
INFEKSI KULIT BERDASARKAN PHBS DI PESANTREN  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS RONGA-RONGA  
KABUPATEN BENER MERIAH TAHUN 2023**

**SKRIPSI**

Diajukan Ke Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran  
Universitas Malikussaleh Sebagai Pemenuhan Salah Satu Syarat Untuk  
Mendapatkan gelar Sarjana Kedokteran

*Oleh:*

**DINDA HUMAIRA**

**200610062**



**universitas  
MALIKUSSALEH**

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
LHOKSEUMAWE  
JANUARI 2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang saya kutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan benar

Nama : Dinda Humaira

NIM : 200610062



Tanda tangan :

Tanggal : 22 Januari 2024

**Judul Skripsi** : **PERBANDINGAN RISIKO TERJADINYA  
PENYAKIT INFEKSI KULIT  
BERDASARKAN PHBS DI PESANTREN  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
RONGA-RONGA KABUPATEN BENER  
MERIAH TAHUN 2023**

**Nama Mahasiswa** : **DINDA HUMAIRA**

**Nomor Induk Mahasiswa** : **200610062**

**Program Studi** : **KEDOKTERAN**

**Fakultas** : **KEDOKTERAN**

**Menyetujui  
Komisi Penguji**

**Pembimbing 1**



**(Harvina Sawitri, SKM. MKM)**

**NIP. 19860121 201404 2 001**

**Pembimbing 2**



**(dr. Wizar Putri Mellaratna, M.Ked(DV)., Sp.DV)**

**NIP. 19861013 201404 2 002**

**Penguji 1**



**(dr. Rizka Sofia, MKT)**

**NIP. 19800101 200912 2 002**

**Penguji 2**



**(dr. Mohamad Mimbar Topik, M.Ked(DV)., Sp.DV)**

**NIP. 20190119 800420 1 001**

**Dekan**



**(dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K))**

**NIP. 19800317 200912 1 002**

**Tanggal Sidang : 22 Januari 2024**

## ABSTRAK

Kulit adalah organ yang paling luar dan berhubungan langsung dengan lingkungan hidup manusia. Indonesia merupakan daerah tropis dengan suhu dan kelembaban yang tinggi sehingga memiliki risiko tinggi mengalami penyakit kulit, adapun salah satu faktor risiko terjadinya penyakit kulit yaitu kurangnya PHBS sehingga dapat memicu timbulnya penyakit kulit seperti skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di pesantren wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *case control* dan pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini melibatkan 120 sampel yang terdiri dari 60 responden kasus dan 60 responden kontrol. Hasil uji statistik PHBS dengan kejadian penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* ( $<0,05$ ) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian penyakit infeksi kulit skabies dan pitiriasis versikolor dengan PHBS sedangkan hasil *chi-square* penyakit dermatofitosis telah didapati *p-value* ( $>0,05$ ) artinya tidak terdapat hubungan antara dermatofitosis dengan PHBS. Terdapat perbedaan tingkat *odd ratio* dari PHBS kategori cukup dan kurang terhadap penyakit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis yaitu berturut-turut 8,0 kali, 7,0 kali dan 4,0 kali dibandingkan dengan PHBS kategori baik.

**Kata Kunci: PHBS, Skabies, Pitiriasis Versikolor, Dermatofitosis, Pesantren**

## ABSTRACT

Skin is the most external organ and is directly related to the human environment. Indonesia is a tropical area with high temperature and humidity so that it has a high risk of skin disease, while one of the risk factors for skin disease is the lack of PHBS so that it can trigger the onset of skin diseases such as scabies, pityriasis versicolor and dermatophytosis. The purpose of this study is to determine the risk comparison of skin infections based on PHBS in Islamic boarding schools in the working area of Ronga-Ronga Health Center Bener Meriah Regency in 2023. This research was an analytic descriptive study used a case control approach and sampling used a purposive sampling technique. This study involved 120 samples consisting of 60 case respondents and 60 control respondents. PHBS statistical test results with the incidence of skin infections based on PHBS using the chi-square test obtained p-value ( $<0.05$ ) means there is a significant relationship between the incidence of scabies skin infections and pityriasis versicolor with PHBS while the results of chi-square dermatophytosis disease have been found p-value ( $>0.05$ ), meaning there is no relationship between dermatophytosis and PHBS. There is a difference in the odds ratio between PHBS in the moderate and bad category of scabies, pityriasis versicolor and dermatophytosis, namely 8.0 times, 7.0 times and 4.0 times respectively compared to PHBS in the good category.

***Keywords: PHBS, Scabies, Pityriasis Versicolor, Dermatophytosis, Islamic Boarding School***

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas segala rahmat, kasi sayang, dan karunia yang telah diberikan, sehingga atas izin Nya penulis dapat menyelesaikan penelitian skripsi. Shalawat serta salam tidak lupa pula penulis panjatkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW yang senantiasa kita harapkan syafaatnya di akhir kelak. Adapun judul dari skripsi penulis yaitu “**Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**”. Penulisan skripsi ini diselesaikan dalam rangka memenuhi salah satu syarat mendapatkan gelar Sarjana Kedokteran pada Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh. Sepanjang perkuliahan berlangsung hingga tahap penyusunan skripsi, peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, pencapaian ini akan sangat sulit untuk terselesaikan. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada semua yang telah berkontribusi dan mendukung dalam penelitian ini.

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, **dr.Muhammad Sayuti, Sp.B, Subsp.BD (K)**
2. Kepala Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh **dr. Khairunnisa Z, M.Biomed**
3. Kepada dosen pembimbing 1, **Harvina Sawitri, SKM. MKM** yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, dan memberikan arahan kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Kepada dosen pembimbing 2, **dr. Wizar Putri Mellaratna, M.Ked(DV), Sp.DV** yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, dan memberikan arahan kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepada dosen penguji 1, **dr.Rizka Sofia, MKT** yang telah memberikan saran serta arahan kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Kepada dosen penguji 2, **dr.Muhammad Mimbar Topik, M.Ked(DV), Sp.DV** yang telah memberikan saran serta arahan kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.

7. Kepada kedua orang tua peneliti, Ayahanda **Sabaruddin. SKM., MS.i** dan Ibunda **Ns. Fatimah. Skep** yang selalu ada dalam memberi dukungan, nasihat, perhatian, doa, dan kasih sayang tanpa henti baik dari segi moral maupun material sehingga peneliti mampu menjalani penelitian dengan motivasi dan semangat yang tinggi.
8. Saudara kandung peneliti, Debby Dinny Anggraini dan Naufal Habibie serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan doa dan dukungan agar peneliti dapat senantiasa sukses dan lancer dalam menjalani proses pendidikan.
9. Kepada teman saya, **Deza Annisa, Tasya Auliana Damanik** dan **Syifa Adina Putri** yang telah memberikan kontribusi berharga seiring peneliti menjalani penelitian ini.
10. Seluruh dosen pengajar dan civitas akademika Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, yang telah membantu peneliti baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat disebut satu persatu dalam kata pengantar ini oleh peneliti.

Peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penelitian yang di lakukan, dan semua kekurangan tersebut adalah keterbatasan dari diri peneliti. Oleh karena ketidaksempurnaan tersebut, kritik serta saran yang dapat membangun sangat diharapkan oleh peneliti untuk perbaikan penelitian ini di masa depan. Peneliti berharap semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat dan sebagai sumbangsi bagi ilmu pengetahuan serta masyarakat yang luas.

Lhokseumawe, 22 Januari 2024

Dinda Humaira



## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.4.1 Tujuan umum.....	5
1.4.2 Tujuan khusus .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	5
1.5.1 Manfaat teoritis.....	5
1.5.2 Manfaat praktis.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Infeksi Kulit .....	7
2.2 Skabies .....	8
2.2.1 Definisi skabies.....	8
2.2.2 Epidemiologi skabies.....	8
2.2.3 Etiologi skabies.....	9
2.2.4 Faktor risiko skabies.....	9
2.2.5 Patogenesis skabies.....	10
2.2.6 Penularan skabies .....	11
2.2.7 Manifestasi klinis skabies .....	12
2.2.8 Diagnosis skabies .....	12
2.2.9 Pemeriksaan penunjang skabies .....	13
2.2.10 Diagnosis banding skabies.....	13
2.2.11 Tatalaksana skabies.....	14
2.2.12 Komplikasi skabies .....	16
2.2.13 Edukasi skabies.....	17
2.2.14 Prognosis skabies .....	17
2.2.15 Skabies pada santri di pondok pesantren .....	17
2.3 Pitiriasis Versikolor .....	18
2.3.1 Definisi pitiriasis versikolor .....	18
2.3.2 Epidemiologi pitiriasis versikolor .....	19
2.3.3 Etiologi pitiriasis versikolor .....	19
2.3.4 Faktor risiko pitiriasis versikolor.....	19
2.3.5 Patogenesis pitiriasis versikolor .....	20
2.3.6 Manifestasi klinis pitiriasis versikolor.....	21
2.3.7 Diagnosis pitiriasis versikolor .....	22

2.3.8	Pemeriksaan penunjang pitiriasis versikolor .....	23
2.3.9	Diagnosis banding pitiriasis versikolor .....	24
2.3.10	Tatalaksana pitiriasis versikolor .....	25
2.3.11	Edukasi pitiriasis versikolor.....	26
2.3.12	Prognosis pitiriasis versikolor.....	26
2.3.13	Pitiriasis versikolor pada santri di pesantren .....	26
2.4	Dermatofitosis.....	27
2.4.1	Definisi dermatofitosis .....	27
2.4.2	Epidemiologi dermatofitosis.....	27
2.4.3	Etiologi dermatofitosis .....	28
2.4.4	Faktor risiko dermatofitosis.....	28
2.4.5	Klasifikasi dermatofitosis .....	29
2.4.6	Patogenesis dermatofitosis .....	30
2.4.7	Penularan dermatofitosis .....	31
2.4.8	Manifestasi klinis dermatofitosis.....	31
2.4.9	Diagnosis dermatofitosis .....	40
2.4.10	Pemeriksaan penunjang dermatofitosis .....	40
2.4.11	Diagnosis banding dermatofitosis.....	40
2.4.12	Tatalaksana dermatofitosis .....	41
2.4.13	Edukasi dermatofitosis.....	44
2.4.14	Prognosis dermatofitosis.....	44
2.4.15	Dermatofitosis pada santri di pesantren.....	44
2.5	Faktor Penyebab Infeksi Kulit .....	45
2.6	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).....	45
2.6.1	Pengertian perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).....	45
2.6.2	Tujuan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).....	46
2.6.3	Manfaat perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).....	46
2.6.4	Faktor yang mempengaruhi perilaku hidup bersih dan sehat.....	47
2.6.5	Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada santri di pesantren .....	48
2.6.6	Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di pesantren dengan kejadian skabies di pesantren.....	49
2.6.7	Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di pesantren dengan kejadian pitiriasis versikolor di pesantren. ....	50
2.6.8	Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di pesantren dengan kejadian dermatofitosis di pesantren. ....	50
2.7	Kerangka Teori.....	51
2.8	Kerangka Konsep.....	51
2.9	Hipotesis Penelitian.....	52
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>53</b>
3.1	Jenis Penelitian.....	53
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	53
3.2.1	Lokasi penelitian.....	53
3.2.2	Waktu penelitian .....	53
3.3	Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	53
3.3.1	Populasi penelitian.....	53
3.3.2	Sampel penelitian .....	53

3.3.3	Besar sampel .....	55
3.3.4	Teknik pengambilan sampel.....	55
3.4	Variabel dan Definisi Operasional Penelitian.....	55
3.4.1	Variabel penelitian.....	55
3.4.2	Definisi operasional.....	56
3.5	Bahan Penelitian.....	57
3.6	Instrumen Penelitian.....	57
3.7	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data .....	59
3.8	Alur Penelitian .....	60
3.9	Cara Pengolahan dan Analisis Data .....	60
3.9.1	Pengolahan data.....	60
3.9.2	Analisis data .....	61
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>63</b>
4.1	Hasil uji validitas dan reliabilitas .....	63
4.2	Data penelitian .....	63
4.2.1	Deskripsi lokasi penelitian .....	64
4.3	Hasil penelitian .....	64
4.3.1	Gambaran karakteristik responden .....	64
4.3.2	Gambaran infeksi kulit .....	65
4.3.3	Gambaran kelompok kasus santri di pesantren.....	65
4.3.4	Gambaran kelompok kontrol santri di pesantren .....	66
4.3.5	Kejadian infeksi kulit berdasarkan jenis kelamin .....	66
4.3.6	Kejadian infeksi kulit berdasarkan usia .....	66
4.3.7	Gambaran PHBS santri di pesantren.....	67
4.3.8	Perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.....	68
4.4	Pembahasan.....	70
4.4.1	Gambaran karakteristik responden .....	70
4.4.2	Gambaran kejadian infeksi kulit berdasarkan PHBS di pesantren.....	71
4.4.3	Gambaran PHBS pada santri.....	72
4.4.4	Perbandingan risiko terjadinya infeksi kulit berdasarkan PHBS .....	74
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>76</b>
5.1	Kesimpulan .....	77
5.2	Saran.....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>79</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>83</b>
Lampiran 1	Jadwal Kegiatan dan Biaya Penelitian.....	83
Lampiran 2	Biodata Peneliti.....	84
Lampiran 3	Informed Consent .....	85
Lampiran 4	Kuesioner Pertanyaan .....	88
Lampiran 5	Permohonan Izin Pengambilan Data .....	93
Lampiran 6	Surat Izin Uji Validitas dan Reabilitas .....	94
Lampiran 7	Surat Selesai Melakukan Uji Validitas dan Reabilitas .....	95
Lampiran 8	Surat Izin Penelitian.....	96
Lampiran 9	Surat Selesai Melakukan Penelitian .....	98

Lampiran 10 Ethical Clearance .....	100
Lampiran 11 Uji validitas dan reabilitas .....	101
Lampiran 12 Master Data Penelitian.....	103
Lampiran 13 Uji Statistik.....	106
Lampiran 14 Dokumentasi Penelitian.....	112

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Sampel Penelitian.....	54
Tabel 3. 2 Definisi Operasional .....	56
Tabel 3. 3 Alur Penelitian .....	60
Tabel 3. 4 <i>Odds Ratio</i> .....	62
Tabel 4. 1 Gambaran Karakteristik Responden di Pesantren.....	64
Tabel 4. 2 Gambaran Infeksi Kulit Santri di Pesantren .....	65
Tabel 4. 3 Gambaran Kelompok Kasus Santri di Pesantren .....	65
Tabel 4. 4 Gambaran Kelompok Kontrol Santri di Pesantren .....	66
Tabel 4. 5 Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan Jenis Kelamin Santri.....	66
Tabel 4. 6 Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan Usia Santri .....	67
Tabel 4. 7 Gambaran PHBS Santri di Pesantren.....	67
Tabel 4. 8 Uji <i>Chi-Square</i> Penyakit Skabies Santri .....	68
Tabel 4. 9 Uji <i>Chi-Square</i> Penyakit Pitiriasis Versikolor Santri.....	69
Tabel 4.10 Uji <i>Chi-Square</i> Penyakit Dermatofitosis Santri .....	69

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Mikroskopik <i>Sarcoptes scabiei</i> dan telur .....	8
Gambar 2. 2	Patogenesis skabies .....	10
Gambar 2. 3	Manifestasi klinis skabies.....	12
Gambar 2. 4	<i>Pityriasis versicolor</i> oleh <i>Malassezia furfur</i> .....	19
Gambar 2. 5	Gambaran lesi pitiriasis versikolor.....	22
Gambar 2. 6	Gambaran lesi-lesi pitiriasis versikolor.....	22
Gambar 2. 7	Penampilan “ <i>spaghetti and meatballs</i> ” dari <i>Malassezia</i> .....	23
Gambar 2. 8	Gambaran pityriasis versikolor pemeriksaan lampu Wood .....	24
Gambar 2. 9	Gambaran mikroskopik dermatofita.....	28
Gambar 2. 10	<i>Gray patch ringworm</i> pada tinea kapitis .....	33
Gambar 2. 11	Gambaran kerion pada tinea kapitis .....	33
Gambar 2. 12	“ <i>Black dot</i> ” pada tinea kapitis .....	34
Gambar 2. 13	Favus oleh <i>Trichophyton schoenleinii</i> .....	34
Gambar 2. 14	Tinea barbae .....	35
Gambar 2. 15	Tinea korporis .....	35
Gambar 2. 16	Gambaran klasik <i>concentric imbricated rings</i> .....	37
Gambar 2. 17	Tinea kruris .....	37
Gambar 2. 18	Tinea pedis .....	39
Gambar 2. 19	Tinea pedis dan manuum.....	39
Gambar 2. 20	Tinea unguium subungual distalis.....	39
Gambar 2. 21	Tinea unguium tipe superfisial putih.....	40
Gambar 2. 22	Tinea unguium bentuk subungual proksimalis.....	40
Gambar 2. 23	Kerangka Teori.....	52
Gambar 2. 24	Kerangka Konsep .....	52

## DAFTAR SINGKATAN

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KB	: Keluarga Berencana
NAPZA	: Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
Toma	: Tokoh Masyarakat
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kulit adalah organ yang paling luar dan berhubungan langsung dengan lingkungan hidup manusia. Permasalahan penyakit kulit dapat berupa infeksi jamur, virus, parasit, tumor, alergi ataupun penyakit sistemik (1). Indonesia merupakan daerah tropis dengan suhu dan kelembaban yang tinggi sehingga memiliki risiko tinggi mengalami penyakit kulit salah satunya akibat infeksi jamur dan parasit (2). Infeksi jamur merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh jamur yang berkembang biak dengan cepat di kulit manusia, seperti Pitiriasis vesikolor, dermatofitosis (3). Sedangkan infeksi parasit pada kulit adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh parasit dari luar tubuh, yang tersering dijumpai yaitu skabies (gudik/budukan) (4).

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei* var, *hominis*, yaitu kutu parasit yang mampu menggali terowongan di kulit dan menyebabkan rasa gatal (5). Pitiriasis versikolor atau disebut juga dengan *Tinea versikolor* (panu) adalah infeksi jamur superfisial yang ditandai dengan adanya makula di kulit, skuama halus disertai rasa gatal yang disebabkan oleh *Malassezia furfur* (6). Dermatofitosis/kurap adalah infeksi jamur superfisial disebabkan oleh *dermatofita* yang memiliki kemampuan untuk tumbuh pada lapisan keratin epidermis kulit, kuku dan rambut (7). Penyakit infeksi kulit skabies dan pitiriasis versikolor dapat menyebar melalui kontak langsung maupun tidak langsung, sedangkan infeksi dermatofitosis penyebarannya dapat melalui antropilik, zoofilik dan geofilik. Oleh karena itu, prevalensi penyakit jamur dan parasit pada kulit yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan rendahnya pengetahuan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti pada pondok pesantren (8).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) secara global, skabies diperkirakan menyerang lebih dari 200 juta orang setiap saat. Perkiraan prevalensi terkait skabies baru-baru ini berkisar dari 0,2% hingga 71%. Skabies endemik di daerah yang miskin sumber daya seperti ekonomi yang rendah,



dengan perkiraan prevalensi rata-rata 5-10% pada anak-anak lebih tinggi dibandingkan dewasa. Di Indonesia pada tahun 2017 didapatkan jumlah penderita skabies sebesar 6.915.135 (2,9%) dari jumlah penduduk 238.452.952 jiwa. Data yang diperoleh dari Kemenkes RI 2018 mengalami peningkatan jumlah penderita skabies diperkirakan sebesar 3,6 % dari jumlah penduduk (9). Berdasarkan data yang diperoleh dari Profil Kesehatan Aceh tahun 2021, jumlah kunjungan pasien yang berobat penyakit infeksi parasit berjumlah 3.263 kasus (10).

Penyakit infeksi pitiriasis versikolor dijumpai diseluruh negara. Penyakit ini ditemukan pada semua ras diberbagai wilayah, lebih sering terjadi pada remaja dan dewasa muda. Prevalensinya dijumpai sebanyak 50% di negara tropis dan serendah 1,1% di iklim dingin (11).

Penyakit dermatofitosis di Indonesia sendiri menempati urutan kedua setelah pitiriasis versikolor dengan prevalensi sebesar 52% (12). Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada salah satu pesantren di Indonesia tahun 2020 ditemukan presentase penyakit kulit tertinggi adalah skabies (55,3%), kedua dermatofitosis (42,1%) dan ketiga pitiriasis versikolor (39,5%) (13).

Berdasarkan data observasi awal oleh peneliti, diperoleh dari puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah pada tahun 2022, penyakit kulit skabies merupakan salah satu penyakit terbanyak yang ditemukan di pesantren. Secara umum pada tahun 2021 didapatkan jumlah penderita skabies sebanyak 97 orang, dengan jumlah penderita penyakit pitiriasis versikolor 10 orang dan dermatofitosis 35 orang. Pada tahun 2022 terjadi peningkatan kasus skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis secara berturut-turut yaitu didapatkan jumlah penderita skabies menjadi 120 orang, dengan jumlah penderita pitiriasis versikolor 20 orang dan dermatofitosis 50 orang. Berdasarkan laporan insiden kasus pitiriasis versikolor jarang dilaporkan karena mayoritas penderita yang tidak melakukan pengobatan ke petugas medis ataupun fasilitas pelayanan kesehatan.

Faktor yang dapat mempengaruhi penyakit kulit tersebut antara lain faktor genetik, jenis kelamin tersering pada anak laki laki, lingkungan misalnya kelembapan kulit, lingkungan yang lembab dan kumuh, populasi yang padat pada suatu tempat dan rendahnya PHBS (14).

PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat (15). Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat pada tahun 2021, proporsi individu dengan PHBS baik belum mencapai setengah (41,3%). Lima provinsi dengan proporsi terendah adalah Papua (21,7%), Nusa Tenggara Timur (24,4%), Sumatera Barat (26,1%), Kalimantan Barat (26,3%) dan Aceh (26,9%) (16).

PHBS di Aceh umumnya masih terdapat beberapa indikator PHBS yang rendah, berdasarkan data hasil analisis PHBS di Aceh tahun 2021 salah satu indikator yang rendah yaitu terdapatnya sarana air minum yang memenuhi syarat kesehatan (38%), perilaku SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan) yang sudah terverifikasi mencapai (18%) desa meningkat dari tahun 2020 yang hanya (14%) artinya masih ada beberapa desa yang tidak melakukan perilaku SBS, tempat-tempat umum termasuk sarana pendidikan yang telah memenuhi syarat kesehatan sebanyak (57%) dan tempat jajan kantin yang memenuhi syarat hanya (38%) (10).

PHBS di pondok pesantren pada umumnya tergolong buruk dan kurang mendapatkan perhatian khusus dari santri dan pengurus pondok pesantren, selain itu tingkat pengetahuan juga masih kurang baik mengenai kesehatan dan perilaku yang tidak sehat. Kurangnya perhatian dari santri dikarenakan banyak kemungkinan seperti kurangnya kesadaran akan kebersihan diri dan lingkungan, kurangnya pengetahuan atau informasi tentang bagaimana berperilaku hidup yang sehat dan juga waktu yang padat akan kegiatan sehingga membuat kebiasaan malas untuk melakukan kebersihan diri dan lingkungan. Oleh karena kebiasaan PHBS yang kurang baik, banyak santri yang menderita penyakit skabies dan penyakit kulit lainnya (17).

Berdasarkan hasil observasi awal oleh peneliti, yang telah dilakukan di pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah, di dapatkan kehidupan santri masih tergolong tradisional dengan keadaan PHBS yang masih kurang karena ditemukan beberapa indikator yang tidak terpenuhi

seperti, lingkungan tempat tinggal santri tergolong padat dengan lingkungan yang terdapat tumpukan sampah, belum ada jamban yang dikategorikan sehat, tidak tersedianya air bersih yang memenuhi standar kesehatan dan kebiasaan mandi dengan bak yang digunakan bersama sama.

Pada penelitian yang dilakukan di wilayah Malang (2019), bahwa ada hubungan yang bermakna antara PHBS dengan kejadian skabies pada santri mukim di Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh Malang. Terdapat santri yang menderita skabies sebanyak 55%. Hal ini disebabkan karena PHBS yang kurang baik (18).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fahlevi (2019) pada salah satu pondok pesantren di Palembang, didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara perilaku *personal hygiene* terhadap penyakit pitiriasis versikolor (19).

Penelitian lain yang dilakukan di pondok pesantren di Palembang, menunjukkan angka kejadian dermatofitosis superfisialis di Pondok Pesantren Khazanah Sebesar 13,6% artinya terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian dermatofitosis superfisialis dengan *personal hygiene* pada santri (20).

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi penyakit kulit, seperti karakteristik individu, rendahnya PHBS dan sanitasi lingkungan. Kebiasaan buruk para santri di pondok pesantren yang bervariasi, seperti saling pinjam-meminjam pakaian, jarang membersihkan ruangnya, memakai alat makan dan alat mandi orang lain, yang menandakan santri masih memiliki PHBS yang rendah. Oleh karena itu, penyakit kulit sangat rentan terjadi pada santri di pondok pesantren.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Dalam penelitian ini dapat disusun pertanyaan penelitian berikut:

1. Bagaimana gambaran kejadian penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah?
2. Bagaimana gambaran PHBS pada santri di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah?
3. Bagaimana perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah?

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

##### 1.4.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.

##### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui gambaran kejadian penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.
2. Untuk mengetahui gambaran PHBS pada santri di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah

#### **1.5 Manfaat Penelitian**

##### 1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak pesantren, puskesmas dan masyarakat mengenai pentingnya menerapkan PHBS untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di pesantren.

##### 1.5.2 Manfaat praktis

1. Manfaat bagi santri dan pesantren:  
Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran santri dan pesantren terhadap pentingnya PHBS agar dapat mencegah penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS.
2. Manfaat bagi instansi kesehatan:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan bagi pihak terkait dalam membuat program-program kesehatan yang lebih efektif dan dapat menjadi sumber informasi dan referensi bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Infeksi Kulit

Kulit adalah organ yang paling luar dan berhubungan langsung dengan lingkungan hidup manusia, infeksi kulit dapat dibedakan berdasarkan penyebabnya yaitu: (1).

1. Infeksi kulit bakteri

Infeksi kulit bakteri terjadi ketika bakteri masuk ke dalam tubuh melalui luka atau goresan di kulit. Namun hal tersebut tidak selalu menyebabkan terjadinya infeksi kulit, tetapi merupakan risiko terjadinya jika memiliki sistem kekebalan yang lemah (21).

2. Infeksi kulit virus

Infeksi virus pada kulit umumnya dapat disebabkan oleh virus poxvirus, *human papillomavirus*, dan virus herpes (21).

3. Infeksi kulit jamur

Infeksi jamur pada kulit dapat terjadi ketika jamur berkembang biak dengan cepat di kulit manusia. Adapun jenis jamur yang paling sering menginfeksi kulit manusia adalah *Candida*, *Dermatophyta* dan *Malassezia*. Pada infeksi jamur kulit yang menular, penularan dapat terjadi jika bersentuhan atau melakukan kontak langsung dengan penderita yang mengalami infeksi tersebut (3).

4. Infeksi kulit parasit

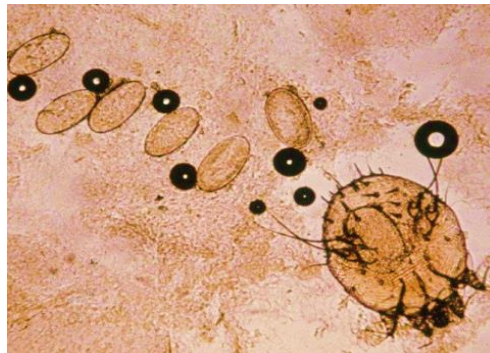
Infeksi parasit pada kulit dapat disebabkan oleh suatu parasit dari luar tubuh, yang tersering di Indonesia yaitu pedikulosis (kutu rambut), skabies dan *creeping eruption* (larva cacing), penularannya dapat terjadi secara kontak langsung atau melalui perantara seperti pakaian, handuk, bantal, kasur dan lain-lain (4).

Indonesia merupakan daerah tropis dengan suhu dan kelembaban yang tinggi sehingga memiliki risiko tinggi mengalami penyakit kulit salah satunya akibat infeksi jamur dan parasit (2). Terdapat beberapa jenis penyakit infeksi parasit dan jamur sebagai berikut:

## 2.2 Skabies

### 2.2.1 Definisi skabies

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi oleh tungau *sarcoptes scabiei* var, *hominis*, yaitu kutu parasit yang mampu menggali terowongan di kulit dan menyebabkan rasa gatal. Bagian tubuh yang terserang khususnya di daerah yang hangat dan lembap seperti lipatan tubuh, jari tangan, pergelangan tangan, pergelangan kaki dan alat kelamin. Penyakit skabies ini dapat menyebar secara langsung melalui kontak kulit dengan individu yang terinfeksi, tetapi dapat juga secara tidak langsung melalui benda yang terkontaminasi oleh tungau skabies seperti pakaian, seprai, bantal, selimut dan handuk. Penyakit ini menyerang anak-anak maupun orang dewasa dengan frekuensi yang sama pada pria maupun wanita (5).



**Gambar 2. 1 Mikroskopik *Sarcoptes scabiei* dan telur**

Sumber: *researchgate*

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau (kutu kecil) yaitu *Sarcoptes scabiei* varietas *hominis*, penyakit tersebut merupakan masalah kesehatan masyarakat terutama di wilayah beriklim tropis dan sub tropis. Skabies disebut juga *the itch*, *pamaan itch*, *seven year itch*, *norwegian itch* gudikan, gudig, gatal agogo, budukan dan penyakit ampera (22).

### 2.2.2 Epidemiologi skabies

Menurut *World Health Organization* (WHO), Skabies adalah salah satu kondisi dermatologis yang paling umum, menyumbang sebagian besar penyakit kulit di negara berkembang. Secara global, diperkirakan mempengaruhi lebih dari 200 juta orang setiap saat. Perkiraan prevalensi terkait skabies baru-baru ini berkisar dari 0,2% hingga 71%. Skabies endemik didaerah yang miskin sumber

daya, dengan perkiraan prevalensi rata-rata 5-10% pada anak-anak. Prevalensi skabies di masyarakat tertentu juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti tingkat kemiskinan, kepadatan populasi, kurangnya sanitasi dan *hygiene* serta akses yang terbatas ke perawatan kesehatan (9).

### 2.2.3 Etiologi skabies

Skabies adalah penyakit infeksi parasit yang disebabkan oleh *S. scabiei varietas hominis*. Parasit ini termasuk kelas *arachnida*, subkelas *acarina*, ordo *astigmata*, dan famili *sarcoptidae*. Kecuali *varietas hominis*, penemunya adalah seorang ahli biologi Diacinto Cestoni (1637-1718). Selain itu, terdapat *S. scabiei* yang lain, misalnya pada hewan seperti kambing dan babi. Namun varietas tersebut hanya menimbulkan dermatitis sementara tidak menular dan tidak dapat melanjutkan siklus hidupnya di manusia (22).

Secara morfologik, *Sarcoptes scabiei* berbentuk oval, punggung cembung, bagian perut rata, mempunyai 8 kaki, translusen, berwarna putih kotor, dan tidak bermata. Ukuran tungau betina berkisar antara 330-450 mikron x 250-350 mikron, sedangkan tungau jantan lebih kecil, yakni 200-240 mikron x 150-200 mikron. Tungau dewasa memiliki empat pasang kaki, dua pasang kaki didepan sebagai alat untuk melekat, pada tungau betina, dua pasang kaki kedua lainnya memiliki rambut, sedangkan pada tungau jantan rambut hanya terdapat pada pasangan kaki ketiga. Keempat pasang kaki tersebut digunakan sebagai alat perekat (5).

### 2.2.4 Faktor risiko skabies

Banyak faktor yang menunjang perkembangan penyakit ini, diantaranya:

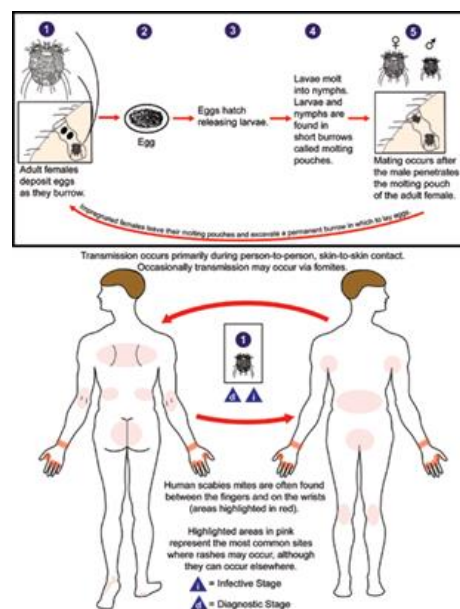
1. Kontak dekat dengan penderita skabies, seperti berbagi tempat tidur atau penggunaan alat pribadi bersama-sama.
2. Faktor usia, lebih sering menginfestasi anak-anak dibandingkan orang dewasa.
3. Jenis kelamin lebih sering pada laki laki.
4. Tinggal di tempat yang padat dan kurang higienis dan berada di lingkungan dengan sanitasi yang buruk.
5. Kondisi imunitas tubuh yang lemah, seperti pada penderita HIV/AIDS atau orang yang menjalani kemoterapi.



Faktor risiko lain yang berpengaruh secara statistik dan memiliki hubungan yang signifikan dengan penyakit skabies adalah faktor sanitasi, rendahnya PHBS, tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang skabies yang rendah serta sosio ekonomi (22).

### 2.2.5 Patogenesis skabies

*Sarcoptes scabiei* mengalami empat termin dalam daur hidupnya yang dimulai dari telur, larva, nimfa dan dewasa. Tungau betina menyimpan 2 hingga 3 telur sehari ketika mereka bersembunyi di bawah kulit (23).



**Gambar 2. 2 Patogenesis Skabies**

Sumber: *Center for Disease Control (CDC)*

1. Tungau atau kutu betina meletakkan 2-3 telur dalam sehari dalam terowongan di bawah kulit (23).
2. Telur berbentuk oval dengan ukuran 0,10-0,15 milimeter yang akan menetas dalam waktu 3-4 hari. Setelah telur menetas, larva akan bermigrasi ke permukaan kulit dan kembali membentuk terowongan di atas *stratum korneum* atau disebut sebagai *moulting pouches* (23).
3. Larva mempunyai 3 pasang kaki dan setelah 3-4 hari akan mengalami *molting* untuk berubah menjadi nimfa dengan 4 pasang kaki (23).
4. Bentuk nimfa ini akan *molting* menjadi nimfa yang lebih besar sebelum menjadi dewasa (23).

5. Perkawinan terjadi ketika tungau jantan masuk ke dalam *moulting pouches* yang berisi tungau betina. Proses perkawinan hanya terjadi satu kali dan tungau betina akan tetap fertil seumur hidupnya. Betina yang fertil akan meninggalkan *moulting pouches* dan berjalan jalan di permukaan kulit hingga menemukan tempat yang sesuai untuk membuat terowongan permanen agar dapat meletakkan telurnya. Tungau betina yang telah dibuahi dapat hidup selama sebulan dengan sekitar 10% telurnya dapat menetas dan tumbuh menjadi tungau dewasa (23).

#### 2.2.6 Penularan skabies

Skabies dapat ditularkan melalui perpindahan telur, larva, nimfa atau tungau dewasa dari kulit penderita ke kulit orang lain tetapi dari semua bentuk infeksi tersebut tungau dewasalah yang paling sering menyebabkan penularan. Tungau tidak bisa melompat atau terbang melainkan berpindah dengan cara merayap. Kemampuan tungau akan menurun seiring dengan lamanya tungau berada di luar tubuh hospes (22).

Skabies dapat menular secara langsung maupun tidak langsung, namun cara paling sering penularan skabies adalah melalui kontak langsung antar individu saat tungau berjalan di permukaan kulit. Kontak langsung yaitu kontak dari kulit ke kulit (*skin to skin*) misalnya seperti bersalaman, tidur bersama, hingga berhubungan seksual. Skabies lebih mudah menyebar melalui kontak langsung orang ke orang yang tinggal di lingkungan yang padat seperti di panti jompo untuk lansia, panti asuhan, pondok pesantren dan lembaga lain yang penduduknya tinggal dalam jangka waktu yang panjang (22).

Penularan skabies secara tidak langsung dapat terjadi melalui kontak tidak langsung (benda yang terkontaminasi) misalnya pakaian yang digunakan secara bergantian, handuk, seprai, kasur, bantal dan benda-benda pribadi lainnya yang digunakan secara bersamaan (22).

Transmisi penularan biasanya oleh *Sarcoptes scabiei* betina yang sudah dibuahi atau kadang-kadang dalam bentuk larva. Selanjutnya, terdapat juga *Sarcoptes scabiei* var. *animalis* yang terkadang dapat menulari manusia melalui binatang peliharaan, misalnya kucing, anjing, dan binatang peliharaan lainnya (5).

### 2.2.7 Manifestasi klinis skabies

Gatal terutama terjadi pada malam hari yang dapat mengganggu penderita. Lesi yang khas dan patognomonik berupa terowongan kecil, sedikit meninggi, berkelok-kelok berwarna putih keabu-abuan (apabila belum ada infeksi sekunder), dan panjangnya kurang lebih 10 mm. Kelainan dapat berupa papula, vesikula, urtikaria, ekskoriasi, krusta dan apabila timbul infeksi sekunder bisa terdapat pustula yang dapat mengaburkan lesi primer (22).



**Gambar 2. 3 Manifestasi Klinis Skabies**

Sumber: Kemenkes, 2022

Tempat predileksi skabies antara lain: sela jari-jari tangan, telapak tangan, pergelangan tangan bagian dalam, siku, ketiak, daerah *mammae*, daerah pusar, perut bagian bawah, dan daerah genitalis eksterna. Pada anak-anak terutama pada bayi dapat mengenai bagian lain seperti telapak kaki, telapak tangan, sela jari-jari kaki dan juga wajah (6).

### 2.2.8 Diagnosis skabies

Diagnosis dapat ditetapkan dengan menemukan 2 dari 4 tanda kardinal sebagai berikut:

1. *Pruritus nokturna*, yaitu gatal pada malam hari yang disebabkan oleh aktivitas tungau lebih tinggi pada suhu yang lebih lembab dan panas (5).
2. Penyakit ini menyerang sekelompok manusia, misalnya dalam sebuah keluarga, sehingga seluruh keluarga terkena infeksi, di asrama atau pondok pesantren. Begitu pula dalam sebuah perkampungan yang padat penduduknya, sebagian besar tetangga yang berdekatan akan diserang oleh tungau tersebut (5).

3. Adanya terowongan (kunikulus) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok, rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan papul atau vesikel. Jika timbul infeksi sekunder, maka ruam kulit akan menjadi polimorf seperti pustul dan ekskoriasi. Namun, kunikulus juga sukar terlihat karena garukan pasien (5).
4. Menemukan tungau merupakan hal yang paling menunjang diagnosis. Dapat ditemukan adanya telur, larva, nimfa, tungau dewasa dan kotoran (skibala) (5).

#### 2.2.9 Pemeriksaan penunjang skabies

1. Cara menemukan tungau:
  - a. Mencari terowongan, kemudian bagian ujung yang terdapat papul atau vesikel dapat di ambil dengan menggunakan jarum dan diletakkan diatas sebuah kaca objek, selanjutnya ditutup menggunakan kaca penutup dan diamati menggunakan mikroskop cahaya.
  - b. Dapat diambil dengan menggunakan sikat dan ditampung diatas selembar kertas putih dan diamati menggunakan *lup* (kaca pembesar).
  - c. Biopsi irisan: lesi dijepit menggunakan dua jari lalu dibentuk irisan tipis menggunakan pisau dan diperiksa menggunakan mikroskop cahaya.
  - d. Biopsi eksisional dan diperiksa menggunakan pewarnaan Hematoksin Eosin (HE) (5).
2. Adapun cara lain untuk menemukan kunikulus antara lain seperti tes *burrow ink*, uji tetrasiklin, dan dermoskopi (22).

#### 2.2.10 Diagnosis banding skabies

Terdapat pendapat yang mengatakan penyakit skabies ini merupakan *the greatest imitator*, karena dapat menyerupai banyak penyakit kulit dengan keluhan gatal. Sebagai diagnosis banding ialah prurigo, pedikulosis korporis, dan dermatitis (5).

### 2.2.11 Tatalaksana skabies

#### Nonmedikamentosa:

Penderita dianjurkan merendam pakaian, seprei dan handuk dalam air panas dengan suhu minimal 60°C selama 10 menit, lalu menyetrikanya. Pada pakaian yang tidak dapat dicuci dapat disimpan dalam plastik kedap udara selama 2 minggu. Lantai dan karpet dapat di vakum. Hal ini penting dilakukan untuk mencegah penularan dan infeksi ulang (24).

#### Medikamentosa:

Prinsip pengobatan skabies adalah menggunakan skabisida topikal diikuti dengan perilaku hidup bersih dan sehat baik pada penderita maupun lingkungannya. Syarat skabisida ideal adalah efektif terhadap semua stadium tungau, tidak toksik atau menimbulkan iritasi, tidak berbau, serta tidak menimbulkan kerusakan atau mewarnai pakaian, dan mudah diperoleh. Pengobatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga (termasuk penderita hiposensitisasi) (22).

Berikut beberapa jenis obat yang dapat digunakan antara lain:

1. Obat topikal:
  - a. Krim Permetrin 5% dioleskan dikulit dan dibiarkan selama delapan jam. Dapat diulang sesudah satu minggu kemudian. Krim Permetrin dapat dibersihkan melalui mandi setelah 8-10 jam penggunaan. Tidak direkomendasikan terhadap bayi dibawah umur dua bulan (5). Jika gejala menetap, dapat diulang 7-14 hari setelah penggunaan pertama kali. Permetrin memiliki efektivitas tinggi dan dapat ditoleransi dengan baik. Kegagalan terapi dapat terjadi bila terdapat penderita kontak asimtomatik yang tidak diterapi, aplikasi krim yang tidak adekuat, dan hilang karena tidak sengaja terbasuh saat mandi sebelum 8 jam aplikasi. Pemakaian pada wanita hamil, ibu menyusui, anak usia di bawah 2 tahun dibatasi menjadi dua kali aplikasi (diberi jarak selama 1 minggu) dan segera dibersihkan setelah 2 jam aplikasi (25).
  - b. Krim Lindane 1% dioleskan pada kulit dan dibiarkan selama 8 jam ditempat predileksi. Penggunaan dalam sekali pemakaian, akan tetapi

dapat diulang bila belum sembuh setelah satu minggu. *US Food and Drug Administration* (FDA) telah memasukkan obat ini dalam kategori “*black box warning*”, dilarang digunakan pada bayi prematur dan pada individu dengan riwayat kejang tidak terkontrol. Selain itu, obat ini juga tidak dianjurkan pada bayi, anak-anak, lanjut usia, individu dengan berat kurang dari 50 kg karena risiko neurotoksisitas, dan individu yang memiliki riwayat penyakit kulit lainnya seperti dermatitis dan psoriasis (25).

- c. Salep Sulfur 5-10%, dioleskan hingga 8 jam selama tiga malam berturut-turut. Belerang endap atau sulfur presipitatum menggunakan kadar 4-20% dalam bentukan salap atau krim. Karena penggunaan ini tidak efektif terhadap stadium telur, maka pemakaian dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Adapun kekurangan lainnya adalah berbau sehingga dapat mengotori pakaian dan terkadang dapat menimbulkan iritasi. Salep ini dapat digunakan terhadap bayi yang berumur kurang dari dua tahun (5).
- d. Krotamiton 10% dalam krim atau lotion juga merupakan obat pilihan, mempunyai dua efek sebagai antiskabies dan antigatal; harus di jauhkan dari mata, mulut dan uretra (5). Krotamiton dianggap kurang efektif dibanding terapi lain (25).
- e. Emulsi Benzil Benzoat 10% dioleskan selama 24 jam penuh. Emulsi benzyl-benzoas efektif terhadap semua stadium dan diberikan setiap malam selama tiga hari. Obat ini sulit diperoleh, sering menimbulkan iritasi, dan terkadang terdapat sensasi semakin gatal dan panas setelah pemakaian (5).
- f. Gama Benzena Heksa Klorida (Gammexane) kadarnya 1% bentukan krim atau losio, tergolong sebagai obat pilihan karena efektif terhadap seluruh stadium, mudah digunakan serta jarang menimbulkan efek iritasi. Obat ini tidak dianjurkan pada anak dibawah 6 tahun dan ibu hamil karena berakibat toksis terhadap susunan saraf pusat. Pemberian

relatif hanya sekali, tetapi apabila masih bergejala, dapat diulangi sepekan berikutnya (5).

## 2. Obat Sistemik

- a. Penggunaan antihistamin untuk mengurangi rasa gatal.
- b. ivermectin oral.

Agen ini dapat menjadi terapi lini ketiga pada usia lebih dari 5 tahun, terutama pada penderita persisten atau resisten terhadap terapi topikal seperti permethrin, untuk dosisnya diberikan ivermectin (200 µg/kg) dua dosis, dengan jarak 1 minggu, diulang satu kali setelah 7-14 hari. Kontraindikasi jika berat badan <15 kg, wanita hamil, ibu menyusui. Dengan terapi yang adekuat, seluruh gejala termasuk rasa gatal dapat membaik setelah 3 hari, rasa gatal dan kemerahan masih dapat timbul setelah empat minggu terapi, biasa dikenal sebagai "*postscabietic itch*". Pasien harus diedukasi untuk menghindari persepsi kegagalan terapi dan untuk tidak membersihkan kulit secara berlebihan dengan sabun antiseptik karena dapat memicu iritasi kulit (25).

### 2.2.12 Komplikasi skabies

Kerusakan epidermis pada infeksi skabies dapat memudahkan terjadinya infeksi *Streptococcus pyogenes* (*Group A Streptococcus* [GAS]) atau *Staphylococcus aureus*. Keduanya dapat menyebabkan infeksi lokal jaringan seperti impetigo, selulitis, dan abses, serta dapat menyebar ke sistemik melalui aliran darah dan limfe (terutama pada skabies berkrusta dapat terjadi limfadenitis dan septikemia). Infeksi kulit akibat dari GAS dapat menimbulkan komplikasi akhir berupa *post-streptococcal glomerulonephritis* yang dapat berkembang menjadi gangguan ginjal kronis (25).

Komplikasi skabies lainnya adalah hiperpigmentasi atau hipopigmentasi akibat inflamasi. Selain itu dapat pula terjadi *pruritus* pasca-skabies yaitu *pruritus* yang terjadi beberapa hari sampai beberapa minggu setelah infestasi primer akibat reaksi hipersensitivitas terhadap tungau skabies (22).

### 2.2.13 Edukasi skabies

1. Penyakit ini sangat menular sehingga seluruh anggota keluarga yang tinggal bersama dan kontak erat harus diobati. Bila tinggal di pesantren teman sekamar yang dicurigai menderita skabies juga harus diobati.
2. Taat menjalani pengobatan baik dari segi cara pengolesan obat maupun durasinya. Tujuannya agar terapi yang diberikan dapat berhasil secara maksimal.
3. Pakaian, sarung bantal, seprai, handuk dan selimut dicuci menggunakan air panas dan dijemur dibawah sinar matahari.
4. Karpet, Kasur, bantal rutin dibersihkan/ divakum.
5. Jangan menggaruk lesi karena apabila luka dapat menimbulkan infeksi sekunder.
6. Menjaga kebersihan dengan rutin mandi 2 kali sehari.
7. Hindari kontak langsung dengan penderita skabies.
8. Hindari bertukaran pakaian, handuk, berbagi bantal atau tempat tidur (26).

### 2.2.14 Prognosis skabies

Dengan memperhatikan *drug of choice* dan cara penggunaan obat, syarat pengobatan, menghilangkan faktor predisposisi, hingga semua suspek yang berkontak erat dengan penderita diobati, maka penyakit ini bisa diberantas dengan prognosis baik., meskipun penularan merupakan hal yang mudah terjadi dan meningkatkan risiko infeksi ulang. Namun, pada penderita *immunocompromised* atau penderita yang tinggal di panti asuhan atau asrama, angka kejadian infestasi ulang tinggi khususnya pada penderita yang kembali ke lingkungan asalnya yang belum dilakukan eradikasi skabies (23).

### 2.2.15 Skabies pada santri di pondok pesantren

Penyakit skabies sering sekali ditemukan pada lingkungan pondok pesantren karena para santri sangat gemar bertukar pakaian, handuk, sarung, bantal, guling, dan alat pribadi lainnya. Kondisi seperti ini dapat meningkatkan risiko terjadinya penularan penyakit skabies kepada orang lain. Dibutuhkan kesadaran para santri dan pengelolanya tentang pentingnya menjaga kebersihan lingkungan maupun *personal hygiene* di lingkungan pesantren. Pengetahuan dan



perilaku penderita yang buruk juga akan menyebabkan kegagalan dalam tindakan penanggulangan penyakit skabies (27).

Kejadian skabies dapat di pengaruhi oleh perilaku *personal hygiene* santri, yaitu tentang cara menjaga kebersihan diri. Kebiasaan santri di pesantren adalah mandi satu kali dalam sehari, pinjam-meminjam peralatan mandi, menjemur pakaian di bawah pohon dengan bertumpuk-tumpuk, kepadatan penduduk dalam satu kamar, tidak mencuci tangan setelah dari toilet serta kurangnya kesadaran akan kesehatannya sendiri (27).

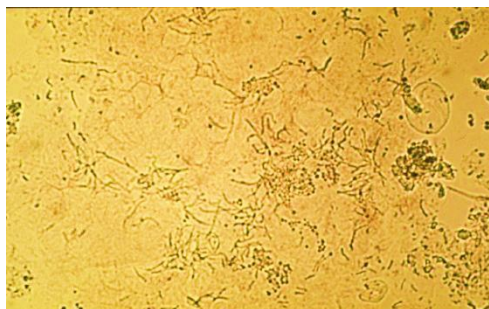
Penyakit skabies ini juga dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitar dan status gizi. Apabila pelaksanaan *personal hygiene*, kebersihan lingkungan, dan status gizi baik maka akan tercipta suatu keadaan tubuh yang bersih dan sehat (27).

## **2.3 Pitiriasis Versikolor**

### **2.3.1 Definisi pitiriasis versikolor**

Pitiriasis versikolor atau disebut juga dengan *Tinea versicolor* (panu) adalah infeksi jamur superfisial yang ditandai dengan adanya makula di kulit yang tampak hiperpigmentasi atau hipopigmentasi, kecoklatan, keabuan atau kehitam-hitaman dalam berbagai ukuran dengan skuama halus di atasnya dan disertai rasa gatal, yang di sebabkan oleh *Malassezia furfur*. Infeksi ini bersifat menahun, ringan dan biasanya tanpa peradangan. Pitiriasis versikolor biasanya mengenai bagian mana saja seperti wajah, badan, lengan atas, kulit yang lebih gelap dan lembab seperti leher, ketiak, dada, punggung dan lipatan kulit (6) .

Penyakit ini dapat menyerang hampir semua umur, disebabkan oleh *Malassezia furfur*, yang merupakan komensal kulit normal pada folikel pilosebaceus dan terdapat di daerah beriklim sedang, bahkan lebih sering lagi terdapat di daerah yang beriklim tropis dan lingkungan yang kurang kebersihannya (6).



**Gambar 2. 4 Pitiriasis Versikolor oleh *Malassezia Furfur***

Sumber: *medical labs pityriasis versicolor*, 2016

### 2.3.2 Epidemiologi pitiriasis versikolor

Pitiriasis versikolor adalah penyakit universal yang banyak dijumpai di daerah tropis karena tingginya temperatur dan kelembaban. Menyerang hampir semua umur terutama pada remaja dan dewasa muda, disebabkan oleh peningkatan produksi sebum oleh kelenjar *sebaceous* yang memungkinkan lingkungan yang lebih kaya lemak di mana *Malassezia* dapat tumbuh dan berkembang. Pitiriasis versikolor mempengaruhi pria dan wanita secara setara dan tidak ada dominasi etnis tertentu yang tercatat. Sampai saat ini, belum ada data epidemiologi terbaru yang secara spesifik membahas tentang pitiriasis versikolor di Indonesia. Namun, berdasarkan epidemiologi global prevalensinya setinggi 50% di negara tropis dan subtropis yang memiliki iklim lembab, termasuk di Indonesia (28).

### 2.3.3 Etiologi pitiriasis versikolor

Pitiriasis versikolor disebabkan oleh jamur lipofilik genus *Malassezia* yang juga dikenal *Pityrosporum orbiculare*. Jamur ini merupakan komponen dari flora kulit normal. Hingga saat ini, 14 spesies *Malassezia* telah diidentifikasi, adapun spesies utama penyebab pitiriasis versikolor yaitu *Malassezia furfur*, *Malassezia globosa*, *Malassezia sympodialis* (29).

### 2.3.4 Faktor risiko pitiriasis versikolor

Faktor risiko yang dapat mempengaruhi terjadinya pitiriasis versikolor:

1. Lingkungan, suhu dan kelembaban yang tinggi merupakan faktor risiko utama terjadinya pitiriasis versikolor. Hal ini dikarenakan jamur

*Malassezia* yang menjadi penyebab pitiriasis versikolor lebih mudah berkembang biak pada lingkungan yang lembab.

2. Faktor usia, pada usia remaja dan dewasa muda, produksi sebum (minyak kulit) lebih tinggi, sehingga jamur *Malassezia* memiliki lingkungan yang lebih ideal untuk berkembang biak.
3. Faktor immunosupresif, karena kondisi immunosupresif dapat menurunkan fungsi sistem kekebalan tubuh yang seharusnya mampu melawan infeksi jamur, termasuk *Malassezia*.
4. Penggunaan obat kortikosteroid juga merupakan salah satu faktor risiko penyebabnya (30).

#### 2.3.5 Patogenesis pitiriasis versikolor

Patogenesis dari pitiriasis versikolor melibatkan pertumbuhan berlebihan spesies *Malassezia* pada kulit. Spesies *Malassezia* merupakan mikroorganisme normal pada kulit manusia, tetapi pada individu dengan faktor predisposisi tertentu, seperti lingkungan yang hangat dan lembab, stres, immunodefisiensi dan penggunaan beberapa obat-obatan, spesies *Malassezia* dapat berkembang biak dengan cepat dan berlebihan.

Munculnya pitiriasis versikolor adalah ketika *Malassezia furfur* berubah bentuk menjadi miselium parasit yang dominan, yang menyebabkan penyakit klinis. Adapun faktor predisposisi transisi miselia tersebut meliputi, lingkungan yang hangat, lembab, hiperhidrosis, kontrasepsi oral, penggunaan kortikosteroid sistemik, penyakit Cushing, immunosupresi dan keadaan malnutrisi.

Spesies *Malassezia* memetabolisme asam lemak yang terdapat pada kulit manusia menjadi senyawa-senyawa tertentu, seperti asam azelaic dan pityriacitric. Senyawa-senyawa ini dapat merangsang produksi sitokin dan menghambat produksi melanin, sehingga menyebabkan *hipopigmentasi* pada area yang terinfeksi. Selain itu, senyawa-senyawa tersebut juga dapat mengganggu fungsi sel imun pada kulit, sehingga mempermudah pertumbuhan berlebihan spesies *Malassezia* (31).

### 2.3.6 Manifestasi klinis pitiriasis versikolor

Kelainan kulit pada pitiriasis versikolor biasanya sangat superfisial dan sering ditemukan pada badan penderita. Lesi kulit dapat berwarna putih sampai coklat, hitam, merah dan di atasnya terdapat sisik yang halus (6).

Pada umumnya penderita mengeluhkan adanya:

1. Bercak/makula atau berupa plak berwarna putih (*hipopigmentasi*) atau kecoklatan (*hiperpigmentasi*) yang berbatas tegas dan rasa gatal yang ringan pada umumnya muncul saat berkeringat (29).
2. Pasien sering mengeluhkan adanya bercak yang mengganggu kosmetik pasien (29).
3. Lokasi lesi pada umumnya terdapat pada bagian badan, lengan atas, kulit yang lebih gelap dan lembab seperti leher, ketiak, dada, punggung dan lipatan kulit, termasuk wajah (6).
4. Gambaran khas berupa makula berbatas tegas yang tersebar pada area badan, leher, punggung maupun lengan atas. Perubahan warna dapat bervariasi dari putih hingga merah kecoklatan. Pada kondisi lanjut, lesi akan menjadi bercak luas yang berkonfluen. Skuama yang ada bersifat halus (*dust like*) dan untuk memastikan dapat dilakukan goresan pada lesi yang kering sehingga lesi dan skuama akan terlihat jelas (*finger nail sign*) (29).
5. Pada orang kulit berwarna, lesi yang terjadi biasanya tampak sebagai bercak hipopigmentasi, tetapi pada yang berkulit pucat lesi bisa berwarna kecoklatan atau kemerahan. Di atas lesi terdapat sisik halus. Bentuk lesi tidak teratur dapat berbatas tegas sampai difus dan ukuran lesi dapat miliar, lentikular, numular sampai plakat.

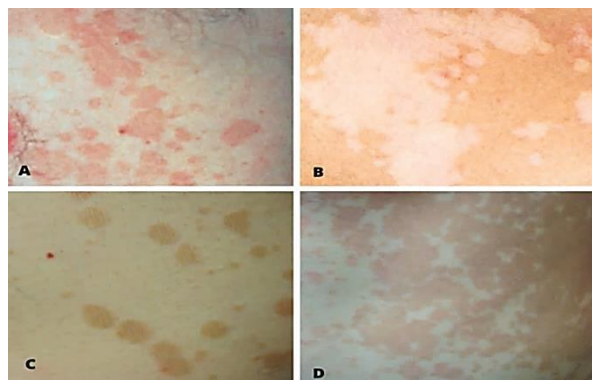
Ada 2 bentuk yang sering didapat, yaitu:

- a. Bentuk makular, berupa bercak-bercak yang agak lebar dengan skuama halus di atasnya dengan tepi tidak meninggi.
- b. Bentuk folikular, (seperti tetesan air) sering timbul di sekitar folikel rambut (32).



**Gambar 2. 5** Gambaran lesi Pitiriasis Versikolor

Sumber: mayoclinic *tinea versicolor*, 2022



**Gambar 2. 6** Gambaran lesi-lesi Pitiriasis Versikolor

A. Lesi tampak lebih gelap karena hiperemia B. Terdapat makula hipopigmentasi seragam bertepi tajam dengan tepian halus C. Makula dengan permukaan yang berkerut D. Lesi hipopigmentasi tampak berskuama halus dengan gambaran *dust-like*.

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 9th

### 2.3.7 Diagnosis pitiriasis versikolor

Diagnosis Pitiriasis Versikolor dapat di tegakkan berdasarkan:

#### 1. Anamnesis

Anamnesis dapat di nilai pada penderita semua usia, terutama pada usia antara 20-40 tahun. Biasanya penderita datang dengan keluhan adanya bercak pada kulit dan menimbulkan rasa gatal terutama pada saat berkeringat, rasa gatal tersebut umumnya ringan, warna dari bercak bervariasi dapat berwarna putih, merah muda hingga coklat kemerahan. Riwayat keluarga penderita terhadap Pitiriasis Versikolor dapat ditanyakan untuk menilai kecenderungan genetik ataupun penularan (33).

## 2. Pemeriksaan Status Dermatologikus:

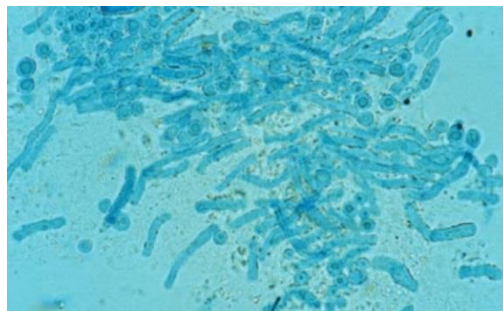
Dapat dilihat gambaran klinis berupa makula hiperpigmentasi atau hipopigmentasi berbentuk oval hingga bulat tidak beraturan. Permukaan kulit yang terkena berkerut dan tertutup skuama atau sisik halus dengan warna yang bervariasi mulai dari putih bercampur merah muda hingga coklat kemerahan atau coklat kehitaman yang dapat menyebar ke seluruh area tubuh sesuai keluhan penderita (31).

### 2.3.8 Pemeriksaan penunjang pitiriasis versikolor

Pemeriksaan penunjang yang dapat membantu diagnosis yaitu:

#### 1. Pemeriksaan langsung dengan KOH 10%

Bahan-bahan kerokan kulit diambil dengan cara mengerok bagian kulit yang mengalami lesi. Sebelumnya kulit dibersihkan dengan kapas alkohol 70%, lalu dikerok dengan skalpel steril dan hasil kerokan kulit ditampung dalam lempeng-lempeng steril pula. Sebagian dari bahan tadi diperiksa langsung dengan KOH 10% yang diberi tinta parker biru hitam. Dipanaskan sejenak, kemudian ditutup dengan gelas penutup dan diperiksa di bawah mikroskop. Bila penyebabnya memang jamur akan kelihatan garis yang memiliki indeks bias lain dari sekitarnya dan jarak jarak tertentu dipisahkan oleh sekat-sekat atau seperti butir-butir yang bersambung seperti kalung. Pada pitiriasis versikolor hifa tampak pendek-pendek, lurus atau bengkok disertai banyak spora bulat bergerombol atau disebut dengan *spaghetti and meatballs* (32).

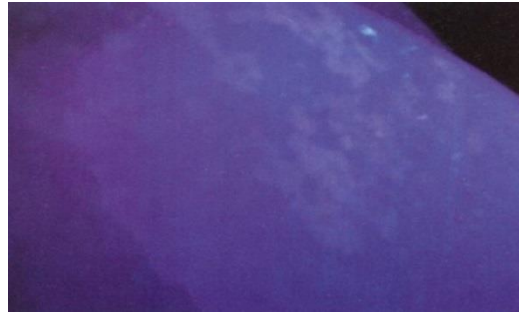


**Gambar 2. 7** Penampilan “*spaghetti and meatballs*” dari *Malassezia* dalam sediaan KOH.

Sumber: Fitzpatrick’s Dermatology In General Medicine. 9<sup>th</sup>

## 2. Lampu Wood

Pemeriksaan dengan sinar wood dapat memberi perubahan warna pada seluruh daerah lesi sehingga batas lesi lebih mudah dilihat. Daerah yang positif terkena infeksi akan memperlihatkan fluoresensi warna emas sampai oranye pada lesi tersebut (32).



**Gambar 2. 8 Gambaran pityriasis versikolor pada pemeriksaan lampu Wood fluoresensi warna kuning keemasan**

Sumber: Atlas Penyakit Kulit dan Kelamin FK Unair, 2019

### 2.3.9 Diagnosis banding pityriasis versikolor

Diagnosis banding Pityriasis versikolor dengan lesi hiperpigmentasi yaitu: *Pityriasis rosea*, eritrasma, dermatitis seboroik, tinea korporis. Diagnosis banding Pityriasis versikolor dengan lesi hipopigmentasi yaitu: *Pityriasis alba*, vitiligo, morbus hansen tipe tuberkuloid, hipopigmentasi pasca inflamasi (leukoderma). Diagnosis banding tersering adalah *pityriasis alba*, *pityriasis rosea*, dermatitis seboroik, infeksi dermatomikosis dan leukoderma (33).

Vitiligo dibedakan dengan adanya total depigmentasi pada lesi dan ukuran lesi pada vitiligo lebih besar dibanding pityriasis versikolor dan kloasma dibedakan dengan tidak dijumpainya skuama. Dermatitis seboroik, *pityriasis rosea*, sifulis sekunder, pinta dan *tinea corporis* umumnya menunjukkan adanya tingkat inflamasi yang lebih hebat. Eritrasma umumnya menyerupai pityriasis versikolor bentuk hiperpigmentasi atau eritematosa, tetapi memberikan floresensi kemerahan pada pemeriksaan dengan lampu wood. Membedakan pityriasis versikolor dengan morbus hansen adalah pada lesi morbus hansen terdapat anastesi dan anhidrosis, serta pada pemeriksaan fisis lainnya ditemukan tanda-tanda pembesaran saraf dan lainnya yang mendukung kearah morbus hansen (6).

### 2.3.10 Tatalaksana pitiriasis versikolor

Terapi Non-Farmakologi:

1. Mengganti pakaian yang sudah basah.
2. Jangan menggunakan lotion pelembab.
3. Gunakan pakaian yang bersih dan kering.
4. Rajin membersihkan diri (6).

Terapi Non-Farmakologi:

Sebagian besar obat anti jamur efektif dalam pengobatan pitiriasis versikolor dan praktis tidak dijumpai perbedaan tingkat keberhasilan di antara berbagai obat tersebut. Obat golongan azol banyak diresepkan untuk pengobatan pitiriasis versikolor, baik dalam bentuk topikal maupun oral. Bentuk topikal dari kelompok azol meliputi krim, sampo dan solusio. Salep digunakan untuk lesi terbatas, sedangkan sediaan sampo dan solusio digunakan untuk lesi luas atau dalam, terapi sistemik seringkali diperlukan pada lesi yang luas akibat kasus rekuren maupun gagal dengan terapi topikal (29).

Beberapa obat yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut:

1. Obat Topikal (digunakan bila lesi tidak terlalu luas)
  - a. Sampo selenium sulfida 2,5% sekali/hari 15-20 menit selama 3 hari dan diulangi seminggu kemudian.
  - b. Sampo ketokonazol 2% dioleskan di daerah yang terinfeksi/seluruh badan, 5 menit sebelum mandi, sekali/hari selama 3 hari berturut-turut.
  - c. Sampo zinc pyrithione 1% dioleskan di seluruh daerah yang terinfeksi/seluruh badan, 7-10 menit sebelum mandi, sekali/hari atau 3-4 kali seminggu.
  - d. Khusus untuk daerah wajah dan genital digunakan vehikulum solutio atau golongan azol topikal (krim mikonazol 2 kali/hari).
  - e. Krim terbinafin 1% dioleskan pada daerah yang terinfeksi, 2 kali/hari selama 7 hari (33).
2. Obat Sistemik (digunakan bila lesi luas, resisten terhadap obat topikal, sering kambuh). Obat dihentikan bila pemeriksaan klinis, lampu Wood,



dan pemeriksaan mikologis langsung berturut-turut selang seminggu telah negatif (33).

### 3. Terapi hipopigmentasi:

- a. Liquor carbonas detergent 5%, salep pagi/malam
- b. Krim kortikosteroid menengah pagi/malam
- c. Jemur di panas matahari  $\pm 10$  menit antara jam 10.00-15.00 (34).

Kebanyakan pengobatan akan menghilangkan infeksi aktif (skuama) dalam waktu beberapa hari, tetapi untuk menjamin pengobatan yang tuntas, pengobatan ketat ini harus diteruskan selama beberapa minggu. Daerah hipopigmentasi belum akan tampak normal, namun lama-kelamaan akan menjadi coklat kembali sesudah terkena sinar matahari (32).

#### 2.3.11 Edukasi pitiriasis versikolor

1. Memberitahu pasien bahwa repigmentasi memerlukan waktu yang lama bahkan sampai setelah sembuh.
2. Menjaga agar kulit tetap kering.
3. Mengurangi aktivitas yang membuat keringat berlebihan.
4. Hindari penggunaan handuk atau pakaian bersama dengan orang lain.
5. Menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat (33).

#### 2.3.12 Prognosis pitiriasis versikolor

Prognosisnya umumnya baik jika dilakukan pengobatan secara holistik, tekun, dan konsisten. Meski pitiriasis versikolor mudah untuk diobati, namun kekambuhan sering terjadi. Dilaporkan 60% dalam 1 tahun pertama pasien yang menerima terapi adekuat dilaporkan mengalami rekuren. Lesi kulit yang telah diobati dengan antifungal dapat meninggalkan bekas sementara (33).

#### 2.3.13 Pitiriasis versikolor pada santri di pesantren

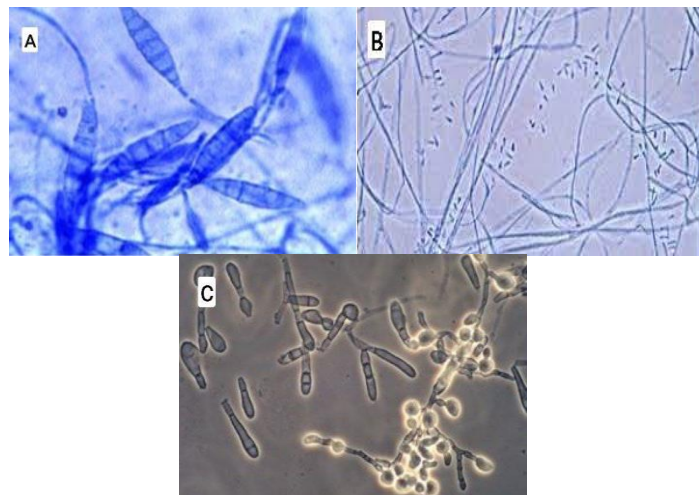
Pondok pesantren merupakan tempat yang berpotensi mempengaruhi kesehatan kulit. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan kulit antara lain faktor fisik, kimia dan biologis. Infeksi kulit merupakan salah satu penyakit yang sering diderita oleh santri. Salah satunya adalah infeksi kulit akibat jamur yang lebih dikenal sebagai pitiriasis versikolor atau panu. Untuk penyebaran pitiriasis versikolor umumnya dapat ditemukan pada pondok pesantren yang

cenderung padat dan memiliki *hygiene* yang kurang sehingga memudahkan penyebaran penyakit tersebut (14).

## 2.4 Dermatofitosis

### 2.4.1 Definisi dermatofitosis

Dermatofitosis adalah penyakit pada jaringan yang mengandung zat tanduk, misalnya stratum korneum pada epidermis, rambut dan kuku, yang disebabkan golongan jamur *dermatofita*. Jamur ini dapat menginvasi seluruh lapisan stratum korneum dan menghasilkan gejala melalui aktivasi respons imun pejamu. Dermatofitosis disebut juga dengan *Tinea*, *ringworm*, kurap, *teigne*, herpes sirsinata (35). Dermatofitosis adalah infeksi jamur *dermatofit* yang terbagi menjadi 3 yaitu (spesies *Microsporum*, *Trichophyton* dan *Epidermophyton*) yang menyerang epidermis, bagian *Microsporum* menyerang rambut dan kulit. *Trichophyton* menyerang rambut, kulit dan kuku sedangkan *Epidermophyton* menyerang kulit dan jarang menyerang bagian kuku (34).



**Gambar 2. 9** Gambaran mikroskopik *Dermatofita*

A. *Microsporum*. B. *Trichophyton*. c. *Epidermophyton*

Sumber: Dermatofitosis (Jamur Kulit) | kuliah kedokteran, 2018

### 2.4.2 Epidemiologi dermatofitosis

Usia, jenis kelamin dan ras merupakan faktor epidemiologi terjadinya dermatofitosis, di mana prevalensi infeksi *dermatofit* pada laki-laki lima kali lebih banyak daripada wanita. Namun pada tinea kapitis yang disebabkan oleh *T.tonsurans* lebih sering terjadi pada wanita dewasa dibandingkan laki-laki

dewasa dan lebih sering terjadi pada anak-anak. Hal ini terjadi karena adanya pengaruh kebersihan perorangan, lingkungan yang kumuh dan padat serta status sosial ekonomi yang rendah. Jamur penyebab tinea kapitis ditemukan pada sisir, topi, sarung bantal, mainan anak-anak, bahkan kursi di gedung *theater* (36). Untuk prevalensi penyakit infeksi dermatofitosis di Indonesia sendiri menempati urutan kedua setelah pitiriasis versikolor dengan prevalensi sebesar 52% (12).

#### 2.4.3 Etiologi dermatofitosis

*Dermatofita* adalah golongan jamur yang menyebabkan dermatofitosis. Golongan jamur ini memiliki sifat yang mencernakan keratin. *Dermatofita* termasuk kelas Fungi imperfecti, yang terbagi dalam 3 genus, yaitu *Microsporum*, *Trichophyton* dan *Epidemophyton*. Selain sifat keratofilik masih banyak sifat yang sama di antara *dermatofita*, misalnya sifat faali, taksonomis, antigenik, kebutuhan zat makanan untuk pertumbuhannya dan penyebab penyakit (35).

Hingga saat ini dikenal sekitar 41 jenis spesies *dermatofita*, masing-masing 2 spesies *Epidermophyton*, 17 spesies *Microsporum*, dan 21 spesies *Trichophyton*. Telah ditemukan bentuk sempurna (*perfect stage*) pada spesies *dermatofita* tersebut. Adanya bentuk sempurna yang terbentuk oleh dua koloni yang berlainan "jenis kelaminnya" hal ini menyebabkan *dermatofita* dapat dimasukkan ke dalam famili *Gymnoascaceae*. Dari beberapa spesies *dermatofita*, misalnya genus *Nannizzia* dan *Arthroderma* masing-masing dihubungkan dengan genus *Microsporum* dan *Trichophyton*. Untuk kepentingan klinis dan epidemiologis, *dermatofita* yang menginfeksi manusia dibagi berdasarkan tempat hidupnya, yaitu geofilik untuk jamur yang berasal dari tanah antara lain *M. Gypseum*; golongan zoofilik berasal dari hewan, misalnya *M. Canis*; antropofilik khusus untuk jamur yang bersumber dari manusia contohnya *T. rubrum* (35).

#### 2.4.4 Faktor risiko dermatofitosis

1. Faktor trauma: kulit tanpa lesi lebih sulit terinfeksi.
2. Suhu dan kelembaban: tempat yang banyak berkeringat seperti lipatan paha dan sela jari sering terserang jamur.
3. Keadaan sosial serta kurangnya kebersihan: insiden penyakit jamur pada golongan sosial dan ekonomi rendah lebih sering ditemukan daripada

golongan sosial ekonomi lebih baik dan juga sering di temukan pada orang yang kebersihan dirinya rendah.

4. Umur dan jenis kelamin, tinea kapitis sering ditemukan pada anak-anak dibandingkan orang dewasa. Pada wanita lebih sering ditemukan infeksi pada sela-sela jari dibandingkan pria, hal ini berhubungan dengan pekerjaan. Faktor lain yaitu perlindungan tubuh (topi, sepatu, dsb) dapat memudahkan timbulnya penyakit jamur (32).

#### 2.4.5 Klasifikasi dermatofitosis

Klasifikasi dermatofitosis berdasarkan lokasi infeksi atau ciri tertentu:

Tabel 2. 1 Klasifikasi Dermatofitosis

Nama Penyakit	Lokasi Infeksi/ciri tertentu	Jamur Penyebab
Tinea kapitis	kulit dan rambut kepala	<i>Microsporum</i> (beberapa spesies) <i>Trichophyton</i> (beberapa spesies kecuali <i>T. concentricum</i> )
Tinea Favosa	secara klinis berbentuk scutula dan berbau seperti tikus (mousyodor)	<i>T. schoenleinii</i> <i>T. violaceum</i> (jarang) <i>M. gypseum</i> (jarang)
Tinea barbae	dagu dan jenggot	<i>T. mentagrophytes</i> , <i>T. rubrum</i> , <i>T. violaceum</i> , <i>T. verrucosum</i> , <i>T. megninii</i> , <i>M. canis</i>
Tinea korporis	pada permukaan kulit yang tidak berambut kecuali telapak tangan, telapak kaki, dan bokong.	<i>T. rubrum</i> , <i>T. mentagrophytes</i> , <i>M. audouinii</i> , <i>M. canis</i>
Tinea imbricata	Susunan skuama yang konsentris	<i>T. concentricum</i>
Tinea kruris	Bokong, genitalia, area pubis, perineal dan perianal	<i>E. floccosum</i> <i>T. rubrum</i>
Tinea pedis	pada kaki	<i>T. rubrum</i> <i>T. mentagrophytes</i>

Tinea manuum	Tangan	<i>E. floccosum</i> <i>T. rubrum</i> <i>E. floccosum</i> <i>T. mentagrophytes</i>
Tinea unguium	kuku jari tangan dan kaki	<i>T. rubrum</i> , <i>T. mentagrophytes</i>

---

#### 2.4.6 Patogenesis dermatofitosis

Dermatofitosis dapat terjadi melalui 3 tahapan utama, yaitu ikatan terhadap keratinosit, penetrasi, dan pembentukan respon pejamu. Dapat dimulai dari terbentuknya:

##### 1. Perlekatan

Terjadi Perlekatan artrokonidia pada jaringan keratin tercapai maksimal dalam 6 jam, laku dimediasi oleh serabut dinding terluar *dermatofit* yang memproduksi keratinase yang dapat menghidrolisis keratin dan membangun pertumbuhan jamur tersebut pada *stratum korneum*, pada artrokonida dapat terjadi beberapa hambatan berupa, temperatur dan lingkungan yang lembab, sinar ultraviolet, kompetisi dengan flora normal dan adanya spingosin oleh keratinosit. Karena adanya asam lemak dan transferrin sehingga menyebabkan penghambatan ikatan antara jamur dan keratinosit (37).

##### 2. Penetrasi

Pada fase penetrasi apabila faktor protektif tidak mampu menghambat ikatan jamur dan keratinosit, spora dari jamur akan terus berkembang dan menembus *stratum korneum* dengan mempercepat proses deskuamasi. Penetrasi ini dipermudah dengan adanya enzim proteinase, lipase dan mukolitik dari jamur sehingga mampu bertahan dan mengambil nutrisi dari inang. Trauma dan maserasi dapat mempercepat proses penetrasi jamur ke dalam jaringan. Kemampuan spesies *dermatofit* menginvasi *stratum korneum* bervariasi dan dipengaruhi oleh daya tahan pejamu yang

dapat membatasi kemampuan *dermatofit* dalam melakukan penetrasi pada *stratum korneum* (37).

### 3. Respon Imun Pejamu

Pada fase respon imun pejamu inflamasi dapat terjadi melalui beberapa mekanisme yaitu, imunitas alami yang memberikan respons cepat dan imunitas adaptif yang memberikan respons lambat. Sebagian *dermatofita* menghasilkan molekul kemotaktik yang memicu reaksi radang. Reaksi hipersensitivitas tipe IV yang berperan dalam mengatasi dermatofitosis. Reaksi ini dipicu oleh sekresi IFN- $\gamma$  yang dihasilkan oleh Th1. Akibatnya, timbul lesi berupa eritema dan skuama. Antigen *dermatofita* mengakibatkan pergantian dari keratinosit menjadi lebih cepat (37).

#### 2.4.7 Penularan dermatofitosis

Penularan dermatofitosis dapat terjadi melalui 3 cara, yaitu:

1. Antropofilik, transmisi dari manusia ke manusia. Ditularkan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui rantai kolam renang dan udara sekitar rumah sakit/klinik, dengan atau tanpa reaksi peradangan (*silent "carrier"*).
2. Zoofilik, transmisi dari hewan ke manusia. Ditularkan melalui kontak langsung maupun tidak langsung melalui bulu binatang yang terinfeksi dan melekat di pakaian atau sebagai kontaminan pada rumah/tempat tidur hewan, tempat makanan dan minuman hewan. Sumber penularan utama adalah anjing, kucing, sapi, kuda dan mencit.
3. Geofilik, transmisi dari tanah ke manusia. Secara sporadis menginfeksi manusia dan menimbulkan reaksi radang (36).

#### 2.4.8 Manifestasi klinis dermatofitosis

Gambaran klinis dermatofitosis bervariasi tidak hanya bergantung pada spesies penyebab dan sistem imun pejamu namun juga pada adanya keterlibatan folikel rambut. Bergantung pada berat ringannya reaksi radang dapat dilihat berbagai macam lesi kulit (35).

Berikut bentuk-bentuk klinis yang sering dilihat sesuai dengan lokalisasinya:

1. Tinea Kapitis (*ringworm of the scalp*)

Terdapat beberapa tanda kardinal untuk menegakkan diagnosis tinea kapitis. Terdapat adanya kerion dan gejala klinis yang khas berupa skuama tipikal, lesi bersisik, kemerahan alopesia dan pembesaran kelenjar getah bening. Tanda kardinal tersebut merupakan faktor prediksi kuat untuk tinea kapitis (33).

Berdasarkan bentuk yang khas tinea kapitis dibagi dalam 3 bentuk:

a. *Gray patch ringworm*



**Gambar 2. 10 *Gray patch ringworm* pada tinea kapitis**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

*Gray patch ringworm* merupakan *noninflammatory, human* atau *epidemic* yang ciri khasnya ditemukan inflamasi minimal berupa papul merah kecil di sekitar rambut, papul ini dapat melebar dan membentuk bercak, yang menjadi pucat dan bersisik, biasanya pasien datang dengan keluhan rambut berubah warna menjadi abu-abu dan tidak berkilat, rambut mudah patah di atas permukaan *skalp* dan terlepas dari akarnya. Lesi tampak berskuama, hiperkeratosis dan berbatas tegas (33).

b. Kerion



**Gambar 2. 11 Gambaran Kerion**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

Kerion adalah reaksi peradangan yang berat pada tinea kapitis, berupa pembengkakan yang menyerupai sarang lebah dengan sebulan sel radang yang padat di sekitarnya. Bila penyebabnya *Microsporum canis* dan *Microsporum gypseum*, pembentukan kerion lebih terlihat sedangkan apabila penyebabnya *Trichophyton tonsurans* maka pembentukan kerion kurang terlihat dan sedikit sekali terlihat apabila penyebabnya *Trichophyton violaceum*. Kelainan ini dapat menimbulkan jaringan parut dan berakibat alopecia yang menetap (35).

c. *Black dot ringworm*



**Gambar 2. 12 “Black dot” pada tinea kapitis**

Sumber: Fitzpatrick’s Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

*Black dot ringworm*, gambaran klinisnya menyerupai kelainan yang disebabkan oleh genus *Microsporum*. Rambut yang terkena infeksi ditemukan patah pada muara folikel dan yang tertinggal hanya ujung rambut yang penuh spora. Ujung rambut yang hitam di dalam folikel memberi gambaran yang khas, yaitu *black dot* (35).

2. Tinea favosa



**Gambar 2. 13 Favus disebabkan oleh *Trichophyton schoenleinii***

Sumber: Fitzpatrick’s Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>



Disebabkan oleh *T. Schoenleini Magypseum*. Gejala klinisnya berupa bercak yang tertutup oleh krusta yang tebal dan berbentuk seperti cawan (skutula) serta berbau seperti tikus setelah pengangkatan krusta (*mousy odor*). Kadang-kadang meluas sampai di luar daerah rambut, bersifat progresif dan menimbulkan banyak sikatriks.

Rambut jadi tidak bercahaya, namun biasanya tidak terputus. Dengan lampu wood terlihat fluoresensi hijau sepanjang rambut dan bila dibuat sediaan KOH tampak gambaran khas yakni adanya gelembung-gelembung udara di dalam batang rambut disertai miselia dari jamur (37).

### 3. Tinea Barbae



**Gambar 2. 14 Tinea Barbae, A. Tipe Superficial, B. Bentuk Kerion**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9th

Terjadi terutama pada laki laki, kasus tinea barbe dilaporkan berkaitan dengan pemakaian alat cukur bersama oleh pasien-pasien yang tinggal lama di rumah sakit. gejala klinisnya menyerang wajah secara unilateral dan melibatkan area janggut, kumis atau bibir atas.

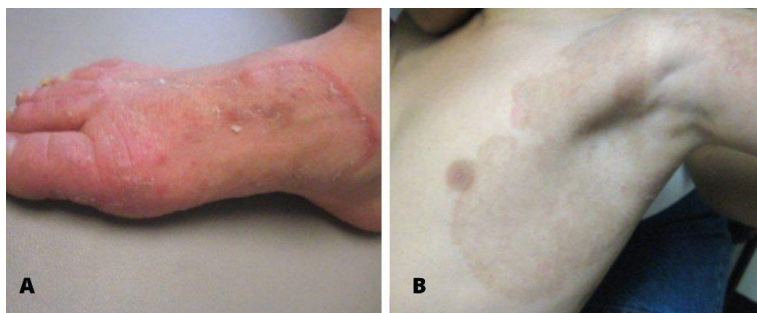
#### a. Tipe superfisial

Pada tipe ini ditemukan lesi eritropapulo skuamosa, yang mula-mula kecil lalu melebar ke perifer dengan tepi polisiklis. Bentuk ini sama dengan tinea korporis biasa.

#### b. Tipe kerion

Pada tipe kerion didapati rambut tidak berkilau, rapuh, dan mudah dicabut kemudian timbul lesi yang basah dengan perifolikkulitis yang dapat berkumpul menjadi nanah seperti abses dan jaringan parut alopesia (37).

4. Tinea Korporis (tinea sirsinata, tinea glabrosa, *scherende flechte*, kurap)



**Gambar 2. 15 Tinea Korporis. A. Annular B. Gambaran tepi aktif**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9th

Tinea korporis merupakan dermatofitosis yang terjadi pada kulit tubuh. Gejala klinisnya berupa adanya lesi bulat berbatas tegas terdiri dari eritema, skuama dengan vesikel dan papul di tepi serta bagian tengah terlihat lebih terang. Biasanya terlihat adanya erosi dan krusta yang terjadi akibat garukan. Pada umumnya lesi pada tinea korporis merupakan bercak-bercak yang terpisah satu dengan yang lain dan terlihat sebagai lesi-lesi dengan pinggir yang polisiklik (35).

Gambaran klasiknya berupa lesi anular dan biasanya serpiginosa (*ringworm like*) dengan skuama pada seluruh tepi lesi yang eritematosa dan sering didapatkan vesikel serta lesi yang meluas secara sentrifugal. Di bagian tengah lesi kadang-kadang dijumpai skuama, tetapi biasanya juga bersih tanpa lesi (*central clearing*) (37).

5. Tinea Imbrikata

Tinea imbrikata merupakan bentuk yang khas dari tinea korporis yang disebabkan oleh *Trichophyton concentricum*. Gambaran klinisnya dimulai dengan terbentuknya papul berwarna coklat yang perlahan-lahan menjadi besar. Proses terbentuknya tinea imbrikata dimulai dari bagian tengah kulit, sehingga terbentuk lingkaran-lingkaran skuama yang konsentris. Apabila diraba dengan jari tangan dari bagian tengah ke arah luar, maka akan terasa jelas skuama yang menghadap ke dalam. Lingkaran-lingkaran skuama konsentris ini bila menjadi besar dapat bertemu dengan lingkaran-lingkaran di sebelahnya sehingga membentuk pinggir yang polisiklik.

Pada permulaan infeksi penderita dapat merasa sangat gatal, akan tetapi apabila pada kelainan yang menahun tinea ini tidak menimbulkan keluhan pada penderita. Dimana pada kasus menahun, lesi kulit kadang-kadang dapat menyerupai iktiosis (35).



**Gambar 2. 16** Gambaran klasik *concentric imbricated rings*

Sumber: cdkjournal, 2020

6. Tinea Kruris (*dhoble itch, jockey itch, ringworm of the groin*)

Gambaran klinisnya berupa ruam kemerahan yang gatal di paha bagian atas dan inguinal. Lesi serupa dengan tinea korporis berupa plak anular berbatas tegas dengan tepi meninggi yang dapat pula disertai papul dan vesikel. Terletak di daerah inguinal, dapat meluas ke suprapubis, perineum, perianal dan bokong. Area genital dan skrotum juga dapat terkena pada pasien tertentu. Sering disertai gatal dengan maserasi atau infeksi sekunder (33).

Bila penyakit ini menjadi menahun, dapat berupa bercak hitam disertai sedikit sisik dan ditemukan adanya erosi serta keluarnya cairan yang biasanya akibat garukan. Tinea kruris merupakan salah satu bentuk klinis yang sering dilihat di Indonesia (35).



**Gambar 2. 17** Tinea kruris pada paha dan daerah kemaluan

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

7. Tinea Pedis (*Athlete's foot, ringworm of the foot, kutu air*)

Tinea pedis ialah dermatofitosis pada kaki, terutama pada sela-sela jari dan telapak kaki :

Ada 3 bentuk Tinea pedis

a. Bentuk interdigitalis

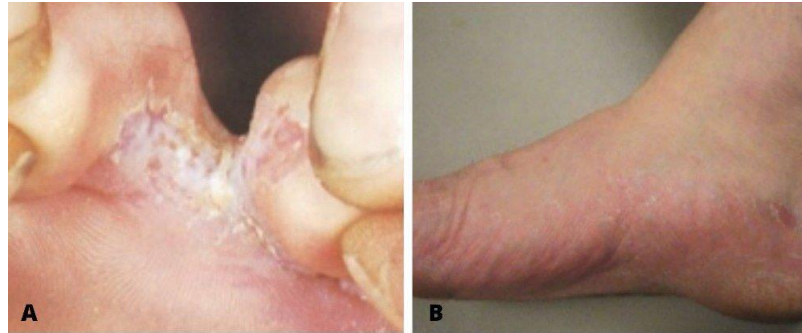
Gejala yang tampak berupa adanya fisura yang dilingkari sisik halus dan tipis, maserasi, skuamasi serta erosi, di celah-celah jari terutama jari IV dan jari V. Hal ini disebabkan oleh karena kelembaban di celah-celah jari tersebut membuat jamur-jamur hidup lebih subur. Bila menahun dapat terjadi fisura yang nyeri dan apabila infeksi dapat menimbulkan selulitis atau erisipelas disertai gejala-gejala umum.

b. *Moccasin Foot*

Gejala yang tampak ialah terjadinya penebalan kulit disertai sisik terutama ditelapak kaki, tepi kaki dan punggung kaki. Eritema biasanya ringan dan terlihat pada bagian tepi lesi. Bersifat kronik dan sering resisten pada pengobatan. Di bagian tepi lesi dapat pula terlihat adanya papul dan kadang-kadang vesikel.

c. Bentuk vesikuler subakut

Gejala yang timbul di mulai pada daerah sekitar antar jari, kemudian meluas ke punggung kaki atau telapak kaki. Tampak adanya vesikel dan bula yang terletak lebih dalam di bawah kulit, disertai perasaan gatal yang sangat hebat. Bila vesikel-vesikel ini memecah akan meninggalkan skuama melingkar yang disebut koleret (35). Tinea pedis dapat terjadi oleh faktor lingkungan yang lembab, memakai alas kaki oklusif dalam waktu lama, keringat berlebihan dan kontak yang terlalu lama dengan air (38).



**Gambar 2. 18 Tinea Pedis, A. Bentuk interdigitalis B. Bentuk Moccasin**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

8. Tinea Manuum

Tinea manuum adalah dermatofitosis pada tangan. Dalam bentuk klinis tampak hiperkeratosis dan penebalan lipatan tangan. Semua bentuk kelainan di kaki dapat terjadi pula pada tangan (35).



**Gambar 2. 19 Tinea Pedis dan Manuum pada daerah tangan kanan**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

9. Tinea unguium (*dermatophytic onychomycosis, ringworm of the nail*)

Penyakit yang terjadi pada kuku dapat dibedakan menjadi 3:

a. Bentuk subungual distalis



**Gambar 2. 20 Tinea unguium subungual distalis**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9<sup>th</sup>

Bentuk klinisnya dimulai dari tepi distal atau distolateral kuku. Proses tersebut menjalar ke proksimal dan di bawah kuku terbentuk sisa kuku yang rapuh. Apabila proses tersebut terus berjalan, maka permukaan kuku bagian distal akan hancur dan yang terlihat hanya kuku rapuh yang menyerupai kapur.

- b. Leukonikia trikofita atau leukonikia mikotika.



**Gambar 2. 21 Tinea unguium tipe superfisial putih**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9th

Kelainan kuku pada bentuk ini merupakan leukonikia atau keputihan di permukaan kuku yang dapat dikerok untuk dibuktikan adanya elemen jamur. Kelainan ini dihubungkan dengan *Trichophyton mentagrophytes* sebagai penyebabnya.

- c. Bentuk subungual proksimalis



**Gambar 2. 22 Tinea unguium bentuk subungual proksimalis**

Sumber: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine.9th

Bentuk tersebut dimulai dari pangkal kuku bagian proksimal terutama menyerang kuku dan membentuk gambaran klinis yang khas, yaitu terlihat kuku di bagian distal masih utuh, sedangkan bagian proksimal rusak. Biasanya penderita tinea unguium mempunyai dermatofitosis di

tempat lain yang sudah sembuh atau yang belum. Kuku kaki lebih sering diserang daripada kuku tangan (35).

#### 2.4.9 Diagnosis dermatofitosis

Anamnesis dan pemeriksaan fisik diagnosis dermatofitosis ditegakkan bila terdapat keluhan gatal, lokasi yang sesuai dengan predileksi dermatofitosis, serta ditemui satu sampai tiga tanda klinis berikut:

1. Tepi lesi berbatas tegas, berbentuk polisiklik.
2. Terdapat tanda peradangan polimorfik.
3. Tanda radang tersebut lebih jelas pada bagian tepi atau adanya *central healing* (37).

#### 2.4.10 Pemeriksaan penunjang dermatofitosis

Dapat dilakukan pemeriksaan mikologik untuk membantu menegakkan diagnosis terdiri dari pemeriksaan langsung menggunakan sediaan basah dan biakan. Pemeriksaan lain, misalnya histopatologik. Bahan pemeriksaan berupa kerokan kulit, rambut dan kuku.

1. Pemeriksaan sediaan langsung kerokan kulit atau kuku menggunakan mikroskop dan KOH 20%, tampak hifa panjang dan artrospora. Pengambilan spesimen pada tinea kapitis dapat dilakukan dengan mencabut rambut, menggunakan skalpel untuk mengambil rambut dan skuama, menggunakan swab (untuk kerion) atau menggunakan *cytobrush*. Pengambilan sampel terbaik di bagian tepi lesi.
2. Kultur terbaik dengan agar *Sabouraud plus* (*Mycosel*, *Mycobiotic*): pada suhu 28°C selama 1-4 minggu (bila dihubungkan dengan pengobatan, kultur tidak harus selalu dikerjakan kecuali pada tinea unguium).
3. Lampu Wood hanya berfluoresensi pada tinea kapitis yang disebabkan oleh *Microsporum spp* (kecuali *M.gypseum*) (33).

#### 2.4.11 Diagnosis banding dermatofitosis

1. Tinea kapitis  
Dermatitis seboroik, psoriasis, dermatitis atopik, liken simpleks kronik, alopesia areata, trikotilomania dan liken plano pilaris.
2. Tinea pedis dan manuum

Dermatitis kontak, psoriasis, keratoderma, skabies dan pompoliks (eksema dishidrotik).

3. Tinea korporis

Psoriasis, pitiriasis rosea, Morbus Hansen tipe PB/MB, eritema anulare centrifugum, tinea imbricata dan dermatitis numularis.

4. Tinea kruris

Eritrasma, kandidosis, dermatitis intertriginosa, dermatitis seboroik, dermatitis kontak, psoriasis dan lichen simpleks kronis.

5. Tinea unguium

Kandidosis kuku, onikomikosis dengan penyebab lain, onikolisis, *20-nail dystrophy (trachyonychia)*, *brittle nail*, dermatitis kronis, psoriasis, lichen Planus.

6. Tinea imbricata

Tinea korporis (33).

2.4.12 Tatalaksana dermatofitosis

Non- Farmakologi:

Pada pasien dermatofitosis penatalaksanaan umum adalah memberikan edukasi pada pasien tentang penyakitnya, menghindari dan memusnahkan agen penyebab mencegah penularan termasuk dari penyakitnya seperti, menggunakan pakaian yang longgar, tidak berbagi handuk, pakaian, terutama kaus kaki, topi dan lain-lain, pakaian harus dicuci menggunakan air panas, pasien seperti obesitas atau keringat yang berlebih harus sering berganti pakaian (39). .

Farmakologi:

Terdapat beberapa obat yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut:

1. Tinea kapitis:

a. Topikal: tidak disarankan bila hanya terapi topikal saja.

Rambut dicuci dengan sampo antimikotik: selenium sulfida 1% dan 2,5% 2-4 kali/minggu atau sampo ketokonazol 2% 2 hari sekali selama 2-4 Minggu.

b. Sistemik

1) Spesies *Microsporum*



- a) Obat pilihan: griseofulvin *fine particle/microsize* 20-25 mg/kgBB/hari dan *ultramicrosize* 10-15 mg/kgBB/hari selama 8 minggu.
  - b) Alternatif:
    - Itrakonazol 50-100 mg/hari atau 5 mg/kgBB/hari selama 6 minggu.
    - Terbinafin 62,5 mg/hari untuk BB 10-20 kg, 125 mg untuk BB 20-40 kg dan 250 mg/hari untuk BB >40 kg selama 4 minggu.
- 2) Spesies *Trichophyton*
- Obat pilihan: terbinafin 62.5 mg/hari untuk BB 10-20 kg, 125 mg untuk BB 20-40 kg dan 250 mg/hari untuk BB >40 kg selama 2-4 minggu.
- Alternatif:
- a) Griseofulvin 8 minggu
  - b) Itrakonazol 2 minggu
  - c) Flukonazol 6 mg/kgBB/hari selama 3-4 minggu.
2. Tinea korporis dan kruris
- a. Topikal:
    - 1) Obat pilihan: golongan alilamin (krim terbinafin, butenafin) sekali sehari selama 1-2 minggu.
    - 2) Alternatif  
Golongan azol: Krim mikonazol, ketokonazol dan klotrimazol 2 kali sehari selama 4-6 minggu.
  - b. Sistemik:

Diberikan bila lesi kronik, luas atau sesuai indikasi

    - 1) Obat pilihan: terbinafin oral 1x250 mg/hari (hingga klinis membaik dan hasil pemeriksaan laboratorium negatif) selama 2 minggu.
    - 2) Alternatif:
      - a) Itrakonazol 2x100 mg/hari selama 2 minggu

- b) Griseofulvin oral 500 mg/hari atau 10-25 mg/kgBB/hari selama 2-4 minggu
- c) Ketokonazol 200 mg/hari

Catatan:

- Lama pemberian disesuaikan dengan diagnosis
- Hati-hati efek samping obat sistemik, khususnya ketokonazol
- Griseofulvin dan terbinafin hanya untuk anak usia di atas 4 tahun.

3. Tinea imbricata

- a. Terbinafin 62,5-250 mg/hari (tergantung berat badan) selama 4-6 minggu.
- b. Griseofulvin *microsize* 10-20 mg/kgBB/hari selama 6-8 minggu.

4. Tinea pedis

a. Topikal:

- 1) Obat pilihan: golongan alilamin (krim terbinafin, butenafin) sekali sehari selama 1-2 minggu.
- 2) Alternatif:
  - a) Golongan azol: krim mikonazol, ketokonazol dan klotrimazol 2 kali sehari selama 4-6 minggu.
  - b) Siklopiroksolamin (ciclopirox gel 0,77% atau krim 1%) 2 kali sehari selama 4 minggu untuk tinea pedis dan tinea interdigitalis.

b. Sistemik:

- 1) Obat pilihan: terbinafin 250 mg/hari selama 2 minggu. Anak-anak 5 mg/kgBB/hari selama 2 minggu.
- 2) Alternatif: itrakonazol 2x100 mg/hari selama 3 minggu atau 100 mg/hari selama 4 minggu.

5. Tinea unguium

- a. Obat pilihan: terbinafin 1x250 mg/hari selama 6 minggu untuk kuku tangan dan 12-16 minggu untuk kuku kaki.

- b. Alternatif: itrakonazol dosis denyut (2x200 mg/hari selama 1 minggu, istirahat 3 minggu) sebanyak 2 denyut untuk kuku tangan dan 3-4 denyut untuk kuku kaki atau 200 mg/hari selama 2 bulan untuk kuku tangan dan minimal 3 bulan untuk kuku kaki (33).

#### 2.4.13 Edukasi dermatofitosis

Berikan edukasi kepada pasien, sebagai berikut:

1. Menjaga kebersihan diri.
2. Mematuhi pengobatan yang diberikan untuk mencegah resistensi obat.
3. Menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat.
4. Pastikan kulit dalam keadaan kering sebelum menutup area yang rentan terinfeksi jamur.
5. Gunakan sandal atau sepatu yang lebar dan keringkan jari kaki setelah mandi.
6. Hindari penggunaan handuk atau pakaian bergantian dengan orang lain dan cuci handuk yang kemungkinan terkontaminasi.
7. Skrining keluarga untuk menilai apakah terinfeksi atau tidak
8. Tatalaksana linen infeksius: pakaian, seprai, handuk dan linen lainnya direndam dengan sodium hipoklorit 2% untuk membunuh jamur atau menggunakan disinfektan lain (33).

#### 2.4.14 Prognosis dermatofitosis

Baik bila diobati dengan benar, penyakit akan sembuh dan tidak akan kambuh, kecuali bila terpajan/ terinfeksi ulang oleh jamur penyebab. Pada tinea pedis menjadi kronik dan rekuren bila sumber penularannya terus menerus ada (33).

#### 2.4.15 Dermatofitosis pada santri di pesantren

Dermatofitosis adalah infeksi jamur pada kulit yang dapat menyebar melalui kontak langsung dengan kulit yang terinfeksi atau melalui kontak dengan barang-barang yang terkontaminasi seperti handuk, pakaian atau alas kaki. Di pesantren, banyak orang yang hidup dalam lingkungan yang padat dan berinteraksi satu sama lain, sehingga risiko penyebaran infeksi jamur dapat lebih tinggi. Selain itu, beberapa aktivitas di pesantren seperti berbagi handuk atau

pakaian dan mandi bersama-sama, dapat memudahkan penyebaran infeksi dari satu orang ke orang lainnya. Selain itu, kondisi lembab dan kurangnya sirkulasi udara di lingkungan pesantren juga dapat mempromosikan pertumbuhan jamur yang menyebabkan dermatofitosis (40).

## **2.5 Faktor Penyebab Infeksi Kulit**

Faktor yang dapat mempengaruhi penyakit kulit tersebut antara lain faktor genetik, jenis kelamin tersering pada anak laki laki, lingkungan misalnya kelembapan kulit, lingkungan yang lembab dan kumuh, populasi yang padat pada suatu tempat dan rendahnya PHBS (14).

## **2.6 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

### **2.6.1 Pengertian perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)**

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat (15).

PHBS merupakan program dari Kementerian Kesehatan, kegiatan ini menjadikan seseorang dan kelompok masyarakat mampu menolong dirinya dari berbagai jenis penyakit yang akan menyerang tubuhnya, serta meningkatkan kualitas atau mutu kesehatan masing-masing orang. Perilaku PHBS dapat dibentuk sejak dini, terutama pada anak usia sekolah. Karakter ingin tau yang sangat besar dapat digunakan untuk berbuat hal positif seperti mengedukasi mengenai pola PHBS. Namun, kegiatan edukasi tidak berhenti pada usia sekolah dan harus berlanjut pada usia menuju dewasa. Agar PHBS tetap tertanam dalam diri masing-masing orang, diperlukan edukasi dalam setiap institusi pendidikan (14).

Sampai saat ini perilaku hidup sehat menjadi satu perhatian khusus terutama bagi pemerintah. Hal ini karena PHBS dijadikan sebagai tolak ukur dalam pencapaian untuk meningkatkan cakupan kesehatan pada program *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2015-2030. PHBS dalam SDGs merupakan salah satu bentuk upaya pencegahan yang menimbulkan dampak

jangka pendek didalam peningkatan kesehatan pada tiga tempat antara lain, pada lingkup anggota keluarga, masyarakat umum serta sekolah (41).

Berdasarkan Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di institusi pendidikan, seperti kampus, sekolah, pesantren dan lain- lain indikator perilaku yang dapat menciptakan institusi pendidikan PHBS, antara lain yaitu: mencuci tangan menggunakan sabun, tersedianya air bersih, mengkonsumsi makanan dan minuman sehat, menggunakan jamban sehat, membuang sampah pada tempatnya, tidak merokok, tidak mengkonsumsi NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya), tidak meludah sembarang tempat, memberantas jentik nyamuk dan sarang binatang yang dapat menimbulkan penyakit, tersedia ruangan kesehatan (UKS) dan fasilitas kantin bersih (14).

#### 2.6.2 Tujuan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Tujuan utama dari gerakan PHBS adalah meningkatkan kualitas kesehatan melalui proses penyadartahuan yang menjadi awal dari kontribusi individu-individu dalam menjalani perilaku kehidupan sehari-hari yang bersih dan sehat (42).

#### 2.6.3 Manfaat perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Manfaat PHBS secara umum adalah membangun minat maupun kesadaran masyarakat agar menerapkan pola hidup bersih dan sehat. Hal tersebut agar membantu masyarakat mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan. Selain itu, dengan menerapkan PHBS masyarakat mampu menciptakan lingkungan yang sehat dan meningkatkan kualitas hidup.

##### 1. Manfaat PHBS di sekolah

Manfaat PHBS di Sekolah agar mampu membangun lingkungan yang bersih dan sehat, meningkatkan proses belajar mengajar bagi para siswa, guru hingga masyarakat lingkungan sekolah menjadi sehat (42).

##### 2. Manfaat PHBS di Rumah Tangga

Manfaat PHBS di rumah tangga agar setiap keluarga mampu meningkatkan kesejahteraan dan tidak mudah terkena penyakit, rumah tangga sehat mampu meningkatkan produktivitas anggota rumah tangga

dan keluarga terbiasa untuk menerapkan pola hidup sehat dan anak dapat tumbuh sehat dan tercukupi gizi (42).

### 3. Manfaat PHBS di Tempat Kerja

Manfaat PHBS di Tempat kerja agar para pekerja mampu meningkatkan kesehatannya dan meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan citra tempat kerja yang positif (42).

### 4. Manfaat PHBS di Masyarakat

Manfaat PHBS di masyarakat agar masyarakat mampu menciptakan lingkungan yang sehat, mencegah penyebaran penyakit, masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mampu mengembangkan kesehatan yang bersumber dari masyarakat (42).

## 2.6.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku hidup bersih dan sehat

### 1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor-faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang dilakukan. Misalnya perilaku ibu untuk memeriksakan kehamilannya akan dipermudah apabila ibu tersebut tahu apa manfaat dari pemeriksaan kehamilan, tahu siapa dan di mana pemeriksaan kehamilan tersebut dilakukan (43).

### 2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) adalah fasilitas, sarana atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Misalnya, untuk terjadinya perilaku ibu memeriksa kehamilannya, maka diperlukan bidan atau dokter, fasilitasnya seperti puskesmas, rumah sakit, klinik, posyandu dan sebagainya. Kemudian agar seseorang atau masyarakat buang air besar di jamban, maka harus tersedia jamban atau mempunyai uang untuk membangun jamban sendiri. Pengetahuan dan sikap saja belum menjamin terjadinya perilaku, maka masih diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku tersebut. Dari segi kesehatan

masyarakat, agar masyarakat mempunyai perilaku sehat yang terakses (terjangkau) sarana dan prasarana (43).

### 3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Pengetahuan, sikap dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sering terjadi, bahwa masyarakat sudah tahu manfaat keluarga berencana (KB) dan juga telah tersedia di lingkungannya fasilitas pelayanan KB, tetapi mereka belum ikut KB karena alasan yang sederhana, yakni bahwa Toma (tokoh masyarakat) yang dihormatinya belum mengikuti KB. Dari contoh diatas telah terlihat jelas bahwa Toma merupakan faktor penguat (*Reinforcing factors*) bagi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat (43).

#### 2.6.5 Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada santri di pesantren

PHBS di Pondok Pesantren adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan masyarakat pesantren secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesadaran, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat (17).

Perilaku hidup bersih dan sehat di pondok pesantren pada umumnya tergolong buruk dan kurang mendapatkan perhatian khusus dari santri dan pengurus pondok pesantren, ditambah lagi dengan pengetahuan yang kurang baik mengenai kesehatan dan perilaku yang tidak sehat. Kurangnya perhatian dari santri dikarenakan banyak kemungkinan seperti kurangnya kesadaran akan kebersihan diri dan lingkungan, kurangnya pengetahuan atau informasi tentang bagaimana berperilaku hidup yang sehat dan juga waktu yang padat akan kegiatan sehingga membuat kebiasaan malas untuk melakukan kebersihan diri dan lingkungan. (17).

Adapun Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di pesantren yaitu: mencuci tangan menggunakan sabun, tersedianya air bersih, mengonsumsi makanan dan minuman sehat, menggunakan jamban sehat, membuang sampah pada tempatnya, tidak merokok, tidak mengonsumsi NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya), tidak meludah sembarang tempat,

memberantas jentik nyamuk dan sarang binatang yang dapat menimbulkan penyakit, tersedia ruangan kesehatan (UKS) dan fasilitas kantin bersih (14).

Dalam konteks pesantren, PHBS menjadi sangat penting karena kehidupan berkelompok dengan suasana lingkungan yang lembab, berpenghuni padat dan tidak terjaga kebersihannya, faktanya sebagian pondok pesantren masih berada dalam lingkungan yang kumuh, lembab, tempat mandi dan jamban yang kotor serta sanitasi yang buruk (14). Peningkatan PHBS secara mandiri sangat diperlukan sekali dalam lingkungan pondok pesantren agar mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan yang sehat (17).

#### 2.6.6 Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di pesantren dengan kejadian skabies di pesantren.

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau (kutu kecil) yaitu *Sarcoptes scabiei varietas hominis*, yang dapat menyebar melalui kontak langsung kulit ke kulit, adapun salah satu faktor penyebab penyakit tersebut adalah kurangnya PHBS terutama di pondok pesantren. Skabies umumnya menyebar melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi (44).

Di pesantren, kontak langsung dapat terjadi melalui kegiatan-kegiatan sosial seperti saling berpelukan atau berjabat tangan. Kondisi ruangan yang padat juga mempengaruhi tingkat kualitas kebersihan seseorang. Banyak dijumpai barang yang tertumpuk menjadi satu karena padatnya manusia yang ada dalam ruangan. Kebiasaan buruk di pondok pesantren juga sangat bervariasi, seperti tidak mandi 2 kali sehari, tidak rajin mencuci tangan menggunakan sabun hingga bersih, tidak menjaga kebersihan kuku, saling pinjam-meminjam pakaian, handuk, sarung bantal, selimut, jarang membersihkan ruangnya seperti di sapu atau di pel, memakai alat makan dan alat mandi teman, meminjam alat sholat, dan lain-lainnya (44).

Kebiasaan tersebut dapat menyebabkan penyebaran yang terjadi secara tidak langsung yaitu penyebaran terjadi melalui barang santri. Tidak menerapkan PHBS dengan baik pada santri, kurangnya pengetahuan santri dan kesadaran



mengenai PHBS, serta kurangnya upaya dalam menerapkan PHBS di pesantren, dapat meningkatkan risiko penyebaran skabies (14).

#### 2.6.7 Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di pesantren dengan kejadian pitiriasis versikolor di pesantren.

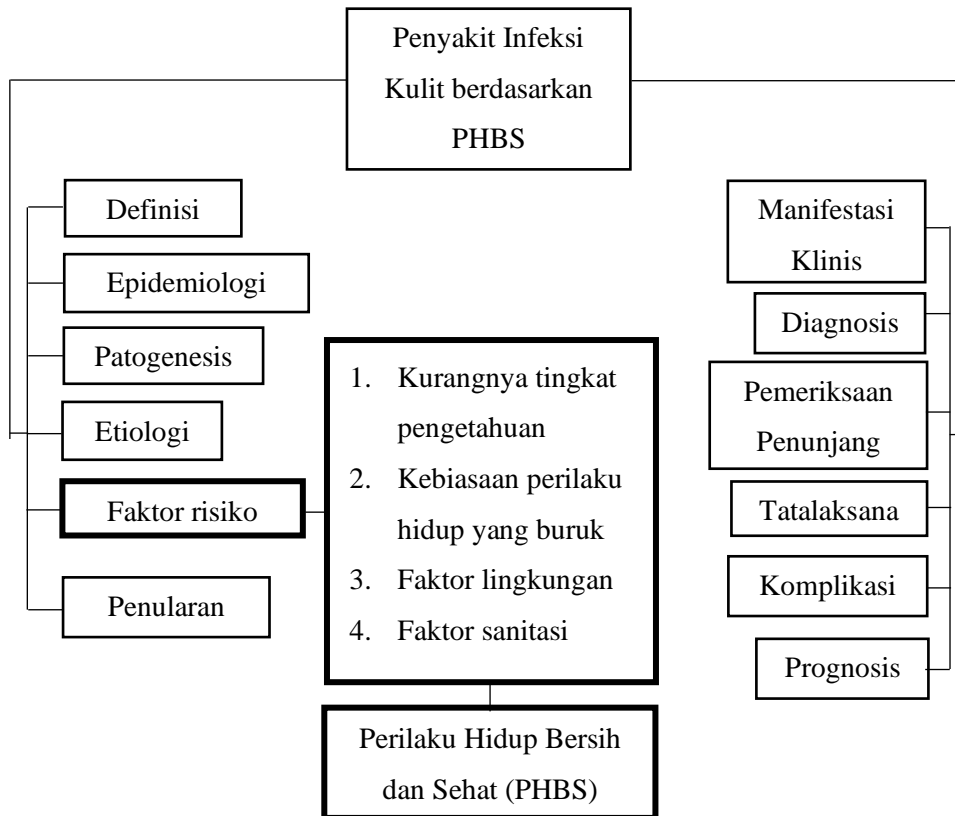
Pitiriasis versikolor merupakan suatu infeksi jamur pada kulit yang disebabkan oleh *malassezia* yang merupakan jamur normal yang terdapat pada kulit manusia, namun dapat berkembang biak secara berlebihan jika terdapat faktor-faktor tertentu seperti kurangnya kebersihan diri (14).

Oleh karena itu, prevalensi penyakit jamur pada kulit yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti pada pondok pesantren. Kehidupan berkelompok dengan suasana lingkungan yang lembab yang akan membuat para santriwan/santriwati di asrama pondok pesantren mengalami berbagai macam karakteristik kecenderungan tertular penyakit kulit salah satunya yaitu pitiriasis versikolor karena kurangnya kebersihan diri sangat tinggi. Kelembaban rumah yang tinggi dapat mempengaruhi penurunan daya tahan tubuh seseorang dan merupakan sarana yang baik untuk pertumbuhan mikroorganisme sehingga tubuh rentan terhadap penyakit tersebut (45).

#### 2.6.8 Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di pesantren dengan kejadian dermatofitosis di pesantren.

Dermatofitosis adalah infeksi jamur pada kulit yang dapat menyebar melalui kontak langsung dengan kulit yang terinfeksi atau melalui kontak dengan barang-barang yang terkontaminasi dan zoofilik serta geofilik. Di pesantren, banyak orang yang hidup dalam lingkungan yang padat dan berinteraksi satu sama lain, sehingga risiko penyebaran infeksi jamur dapat lebih tinggi. Selain itu, beberapa aktivitas di pesantren seperti berbagi handuk atau pakaian, dan mandi bersama-sama, dapat memudahkan penyebaran infeksi dari satu orang ke orang lainnya. Selain itu, kondisi lembab dan kurangnya sirkulasi udara di lingkungan pesantren juga dapat mempromosikan pertumbuhan jamur yang menyebabkan dermatofitosis (40).

**2.7 Kerangka Teori**

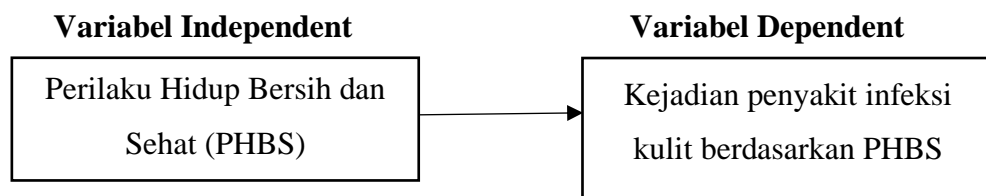


**Gambar 2. 23 Kerangka Teori**

Keterangan:

- = Yang diteliti
- = Yang tidak diteliti

**2.8 Kerangka Konsep**



**Gambar 2. 24 Kerangka Konsep**

## **2.9 Hipotesis Penelitian**

1. Hipotesis null ( $H_0$ ): Tidak terdapat hubungan antara PHBS dengan kejadian penyakit infeksi kulit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis pada santri di wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.
2. Hipotesis alternative ( $H_a$ ): Terdapat hubungan antara PHBS dengan kejadian penyakit infeksi skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis pada santri di wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif analitik, dengan desain penelitian menggunakan pendekatan *case control* atau kasus kontrol adalah suatu penelitian (*survei*) analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective* menggunakan rekam medik untuk melihat perjalanan penyakit.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Lokasi penelitian**

Penelitian dilakukan di seluruh pesantren yang ada di wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga, Kabupaten Bener Meriah yang berjumlah 2 pesantren, yaitu Dayah Hidayatussalikin Al musthafawiyah dan Dayah Nurul Fajri.

##### **3.2.2 Waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan September 2023 – Oktober 2023.

#### **3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel**

##### **3.3.1 Populasi penelitian**

Populasi merupakan seluruh objek atau subjek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Untuk populasi dibagi menjadi dua, yaitu :

###### **a. Populasi Kasus**

Santri yang menderita penyakit infeksi kulit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis di pesantren yang tercatat dan sedang melakukan pengobatan di puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah berjumlah 60 penderita.

###### **b. Populasi Kontrol**

Santri di pesantren yang tidak menderita skabies, pitiriasis versikolor, dan dermatofitosis, sejumlah 60 santriwati/ santriwan.

##### **3.3.2 Sampel penelitian**

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh santri penderita infeksi kulit berdasarkan PHBS yang terdata di Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener

Meriah, berjumlah 60 santri. Adapun santri di Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah berjumlah 122 santri. Dengan jumlah santri berdasarkan kelas:

1. Kelas 1 SMP: 47 santri
2. Kelas 2 SMP: 39 santri
3. Kelas 3 SMP: 36 santri

Dayah Nurul Fajri berjumlah 160 santri, dengan jumlah santri berdasarkan kelas:

1. Kelas 1 SMP: 30 santri
2. Kelas 2 SMP: 25 santri
3. Kelas 3 SMP: 25 santri

Terdapat 80 santri yang tidak tinggal di pesantren. Pada penelitian ini jumlah santri yang terpapar penyakit kulit berdasarkan PHBS yaitu:

**Tabel 3.1 Sampel Penelitian**

Kelas	Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah	Dayah Nurul Fajri	Skabies	Pitiriasis versikolor	Dermatofitosis
1 SMP	47 santri	30 santri	4	2	3
2 SMP	39 santri	25 santri	16	4	4
3 SMP	36 santri	25 santri	18	4	5

Dengan jumlah keseluruhan kelompok kasus adalah 60 penderita penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS dan kontrolnya berjumlah 60 santri yang tidak sedang menderita penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

a. Untuk Kasus:

- 1) Santri yang bersedia menjadi responden.
- 2) Siswa SMP.
- 3) Santri yang tinggal di pondok pesantren.
- 4) Santri yang menderita penyakit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis.

- b. Untuk Kontrol:
  - 1) Tidak ada atau belum menderita penyakit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis.
  - 2) Siswa SMP.
  - 3) Santri yang tinggal di pondok pesantren.
  - 4) Santri yang bersedia menjadi responden.

## 2. Kriteria Eksklusi

- a. Untuk Kasus:
  - 1) Santri yang mengalami penyakit kulit selain skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis.
- b. Untuk Kontrol:
  - 1) Santri yang menderita penyakit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis.

### 3.3.3 Besar sampel

Total populasi adalah 38 santri penderita skabies, 10 santri penderita pitiriasis versikolor dan 12 santri penderita dermatofitosis dengan total keseluruhan yaitu 60 penderita. Dikarenakan adanya kelompok kontrol, yaitu berjumlah 60 orang dengan perbandingan 1:1, maka jumlah sampel keseluruhan adalah 120 orang.

### 3.3.4 Teknik pengambilan sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian.

## 3.4 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

### 3.4.1 Variabel penelitian

#### 1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah Perilaku hidup bersih dan sehat.

## 2. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian infeksi kulit pada santri.

### 3.4.2 Definisi operasional

**Tabel 3. 2 Definisi Operasional**

	No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
<b>Infeksi Kulit</b>	1.	Skabies	Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi oleh tungau <i>sarcoptes scabiei var. hominis</i>	Observasi	Rekam medik	1. Skabies 2. Tidak Skabies	Nominal
<b>Infeksi Kulit</b>	2.	Pitiriasis Versikolor	Infeksi jamur superfisial pada lapisan tanduk kulit yang disebabkan oleh <i>Malassezia furfur</i> ditandai dengan bercak putih sampai coklat	Observasi	Rekam medik	1. Pitiriasis Versikolor 2. Tidak Pitiriasis Versikolor	Nominal
<b>Infeksi Kulit</b>	3.	Dermatofitosis	penyakit pada jaringan yang mengandung zat tanduk, misalnya stratum korneum pada epidermis,	Observasi	Rekam medik	1. Dermatofitosis 2. Tidak Dermatofitosis	Nominal

---

		rambut, dan kuku, yang disebabkan golongan jamur <i>dermatofita</i>				
4.	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan	<i>Check- list</i>	Kuesioner	a. baik, jika 76% - 100% b. Cukup, jika 34 - 66,6% c. Kurang, jika 0- 33,3%	Ordinal

---

### 3.5 Bahan Penelitian

- a. Formulir *informed consent* /persetujuan setelah penjelasan  
Formulir yang berisi kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dan mengisi kuesioner yang disediakan.
- b. Kuesioner tentang PHBS  
Kuesioner yang berisi beberapa pertanyaan yang dijawab oleh responden.

### 3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang dibuat dan disusun sesuai prosedur yang ada untuk pengembangan instrumen berdasarkan teori serta



kebutuhan penelitian untuk mengumpulkan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. *Informed consent*

*Informed consent* atau lembar persetujuan akan diberikan sebelum responden mengisi kuesioner. Hal ini bertujuan untuk meminta persetujuan pasien sebagai responden penelitian. Pada *informed consent* terdapat nama subjek beserta inisial, alamat subjek, tanda tangan subjek dan pernyataan dari peneliti terkait nama peneliti, judul penelitian serta pernyataan persetujuan dari subjek untuk menjadi responden, peneliti juga menambahkan kode responden untuk memudahkan peneliti dalam menghitung jumlah responden. Saat membagikan lembar *informed consent* pada calon responden, sebelumnya peneliti menjelaskan terlebih dahulu terkait maksud dan tujuan dari penelitian, menjelaskan manfaat penelitian, jika ada peneliti harus menjelaskan mengenai risiko-risiko yang dapat ditimbulkan dikemudian hari setelah mengisi kuesioner.

b. Rekam medik

Rekam medik merupakan catatan yang berisi dokumen, identitas serta pengobatan pasien. Dari rekam medik ini akan diambil data yang diperlukan dalam penelitian untuk dilakukan analisis. Adapun data rekam medik yang ditemukan didiagnosis langsung oleh dokter di puskesmas tersebut dan untuk pemilihan kelompok kontrol diskriminasi langsung oleh dokter umumnya.

c. Kuesioner

Penelitian ini menggunakan instrumen yang digunakan untuk mengetahui perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS yaitu menggunakan kuesioner yang berisi perilaku yang dapat menyebabkan munculnya kejadian infeksi kulit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis. Kuesioner ini merupakan kuesioner modifikasi dari berbagai sumber.

Kuesioner tersebut akan dilakukan penelitian terlebih dahulu sebelum diberikan kepada responden. Pengujian dilakukan untuk menilai validitas dan reliabilitas kuesioner. Instrumen penelitian ini dikatakan valid apabila dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Instrumen penelitian dapat dikatakan

reliabel bila dapat digunakan untuk mengukur objek yang sama dalam beberapa kali pengukuran dan akan menghasilkan hasil yang konsisten.

Adapun kuesioner yang digunakan adalah kuesioner PHBS yang dapat menyebabkan munculnya kejadian infeksi kulit, yaitu terdiri dari 25 pertanyaan. Jika responden memilih option ya nilainya 2, option jarang nilainya 1 dan apabila responden memilih option tidak nilainya 0, dengan total nilai 50 untuk 25 pertanyaan.

Hasil data dikelompokkan dalam 3 kategori yaitu :

1. Kategori baik : 67 - 100% (Jumlah skor 34-50)
2. Kategori cukup : 34 – 66,6% (Jumlah skor 17-33)
3. Kategori kurang : 0-33,3% (Jumlah skor 0-16)

### **3.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data**

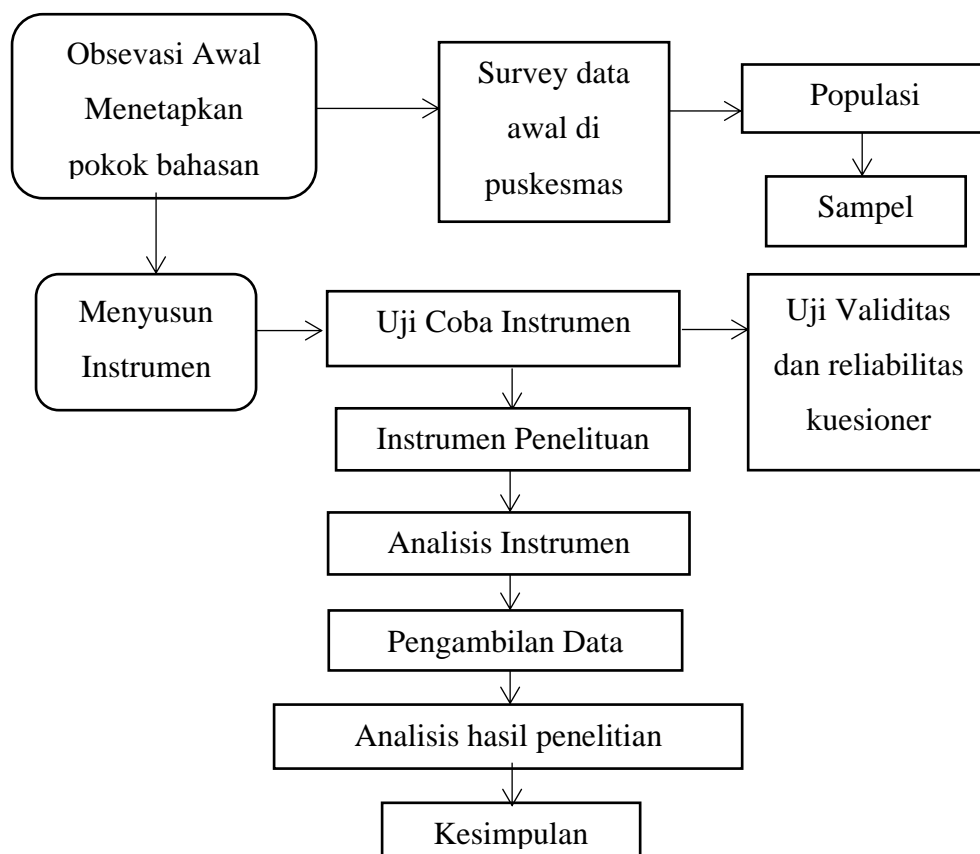
Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh langsung dari sumber data, yaitu dengan pengisian kuesioner. Tahap-tahap yang dilakukan untuk pengambilan data atau pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan surat pengambilan data pada bagian Program Studi Kedokteran Universitas Malikussaleh.
2. Peneliti melakukan survei data awal untuk mencari jumlah penderita penyakit kulit skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis pada santri di pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.
3. Peneliti mengajukan dan mengurus *Ethical Clearance* (EC).
4. Peneliti menentukan subjek penelitian dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
5. Peneliti melakukan uji validitas dan reabilitas kuesioner di pesantren dengan karakteristik yang sama dengan tempat penelitian sebenarnya.
6. Peneliti melakukan pengambilan sampel penelitian dari data rekam medis Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.
7. Peneliti datang ke dua pesantren yang ada disana untuk mengunjungi responden.

8. Peneliti memberikan *Informed Consent* kepada responden dan memberitahu tujuan penelitian dan menanyakan kesediaan responden.
9. Peneliti memberikan penjelasan tentang cara mengisi kuesioner.
10. Peneliti meminta responden mengisi kuesioner yang sudah disediakan.
11. Peneliti memeriksa kembali kelengkapan jawaban dari responden dan mengumpulkan data penelitian dari kuesioner yang telah diisi responden.
12. Selanjutnya data yang terkumpul dilakukan pengolahan data, analisa data serta penyajian data.

### 3.8 Alur Penelitian

**Tabel 3. 3 Alur Penelitian**



### 3.9 Cara Pengolahan dan Analisis Data

#### 3.9.1 Pengolahan data

Data yang sudah dikumpulkan kemudian dianalisa dan melalui beberapa teknik pengolahan sebagai berikut :

1. *Editing*

*Editing* atau mengedit data, dimasukkan untuk mengevaluasi kelengkapan, konsistensi dan kesesuaian kriteria data yang diperlukan untuk menguji hipotesis atau menjawab tujuan penelitian.

2. *Coding*

Dilakukan dengan pemberian tanda pada masing-masing jawaban dengan kode maupun angka, sehingga memudahkan proses pemasukan data di komputer.

3. *Entry Data*

Merupakan proses memasukkan data yaitu jawaban dari masing masing responden dalam bentuk kode (angka atau huruf) dari masing-masing item.

4. *Cleaning*

Memeriksa kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan ketika memasukkan data dan kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi

5. *Saving*

Penyimpanan data untuk siap dianalisis.

### 3.9.2 Analisis data

Analisis data digunakan melalui dua tahap :

1. Analisis data univariat

Analisis data dilakukan secara univariat untuk mendeskripsikan gambaran kejadian penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS dan gambaran PHBS pada santri yang mengalami penyakit infeksi kulit di pesantren yang ada di wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.

2. Analisis data bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menghubungkan antara PHBS dengan kejadian infeksi kulit berdasarkan PHBS pada santri di pesantren yang ada di wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah. Adapun jenis uji yang digunakan untuk melihat hubungan ini adalah dengan uji *chi-square*. Penyajian hasil data disajikan dalam bentuk tabel dan grafik agar mudah dalam pembacaan hasil berupa distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel.

### 3. Analisis *Odds Ratio*

*Odds ratio* adalah suatu rasio perbandingan pajanan diantara kelompok kasus terhadap pajanan pada kelompok kontrol. Nilai *odds ratio* digunakan untuk mengevaluasi hubungan antara dua kejadian atau faktor dalam suatu bagian populasi pada kategori tertentu terhadap bagian populasi pada kategori lainnya dalam variabel independen yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Besar kecilnya nilai *odds ratio* untuk menetapkan besarnya risiko terjadinya efek kasus, maka digunakan *odds ratio* dengan bantuan tabel kongesti,

**Tabel 3. 4 *Odds Ratio***

	<b>Bukan Infeksi Kulit</b>	<b>Infeksi Kulit</b>	<b>Total</b>
PHBS Baik	A	B	A+B
PHBS Cukup&Kurang	C	D	C+D

Berdasarkan table 2x2, rumus nilai *Odds Ratio* (OR) adalah :

$$OR = \frac{AD}{BC}$$

Keterangan:

Penelitian ini menggunakan metode gabungan kategori, di mana kategori cukup digabung dengan kategori kurang, karena kedua kategori tersebut sama-sama meningkatkan risiko infeksi kulit berdasarkan PHBS.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil uji validitas dan reliabilitas**

Uji validitas menunjukkan kemampuan alat ukur atau ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Validitas kuesioner dalam penelitian ini diuji dengan menggunakan *software* IBM SPSS versi 26 dengan kode *software* 4-22C56. Responden yang terlibat dalam uji validitas kuesioner penelitian ini adalah santriwan dan santriwati SMP yang menderita penyakit kulit berdasarkan PHBS (skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis) di pesantren Ulumuddin yang berjumlah 15 santri laki-laki dan 15 santri perempuan. Responden penelitian ini adalah responden yang memiliki karakteristik sama dengan responden penelitian. Kuesioner ini terdiri dari 25 pertanyaan mengenai penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS.

Uji validitas kuesioner dilakukan dengan cara uji korelasi tiap pertanyaan dengan total nilai kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian. Pertanyaan kuesioner dikatakan valid apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel pada kuesioner penelitian ini adalah sebesar 0,361 dengan signifikansi 5%. Setelah dilakukan uji validitas kuesioner pada santriwan dan santriwati SMP yang menderita penyakit kulit berdasarkan PHBS di pesantren Ulumuddin didapatkan nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel yang dapat dilihat pada lampiran 11, maka kuesioner ini dinyatakan valid dan dapat digunakan sebagai instrumen dalam penelitian (46).

Uji reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran 2 kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas dapat dilihat pada nilai *Cronbach's Alpha* bila *Cronbach's Alpha*  $>$   $r$  table, maka pertanyaan tersebut reliabel. Dari hasil uji di atas diperoleh nilai  $r$  *alpha* lebih besar dibandingkan nilai  $r$  table (0,6), maka kuesioner penelitian ini dinyatakan reliabel (46).

#### **4.2 Data penelitian**

Penelitian ini bersumber dari data primer yang dikumpulkan langsung oleh peneliti menggunakan rekam medik dan instrumen berupa kuesioner dari santri

penderita penyakit kulit berdasarkan PHBS di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023.

#### 4.2.1 Deskripsi lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023 yang berjumlah 2 pesantren, yaitu Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah dan Dayah Nurul Fajri. Penelitian ini dilaksanakan pada hari Sabtu, Minggu, Senin (30 September, 1 dan 2 Oktober 2023). Populasi penelitian ini dibagi menjadi dua bagian, yaitu semua kasus dan kontrol yang dipilih dengan perbandingan 1:1.

Kasus adalah santri yang menderita penyakit kulit berdasarkan PHBS yang tercatat dan sedang melakukan pengobatan di Puskesmas Ronga-Ronga kabupaten Bener Meriah pada bulan September tahun 2023, sedangkan kontrol adalah santri yang tidak menderita penyakit kulit berdasarkan PHBS. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 120 santri, yang terdiri dari 60 responden penyakit kulit berdasarkan PHBS dan 60 responden tidak menderita penyakit kulit berdasarkan PHBS.

### 4.3 Hasil penelitian

#### 4.3.1 Gambaran Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian ini telah didapatkan data mengenai gambaran karakteristik meliputi jenis kelamin dan usia. Data tersebut akan diperlihatkan secara lebih spesifik pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 1 Gambaran Karakteristik Responden di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Karakteristik	Frekuensi (n=120)	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	84	70%
Perempuan	36	30%
<b>Usia</b>		
12 tahun	18	15%
13 tahun	48	40%
14 tahun	54	45%

Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pada penelitian ini mayoritas adalah laki-laki sebanyak 84 santri (70%). Distribusi usia responden terbanyak adalah 14 tahun dengan jumlah 54 santri (45%) dan minoritas paling sedikit adalah usia 12 tahun dengan jumlah 18 santri (15%).

#### 4.3.2 Gambaran Infeksi Kulit

Berdasarkan hasil penelitian ini telah didapatkan data mengenai gambaran infeksi kulit pada responden. Data tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4.2 Gambaran Infeksi Kulit Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Infeksi kulit	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Skabies	38	63%
Pitiriasis versikolor	10	17%
Dermatofitosis	12	20%
Total	60	100%

Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.2 distribusi frekuensi penyakit infeksi kulit di pesantren mayoritas santri terbanyak mengalami infeksi skabies dengan jumlah 38 santri (63%). Diikuti dermatofitosis sebanyak 12 santri (20%) dan pitiriasis versikolor sebanyak 10 santri (17%).

#### 4.3.3 Gambaran Kelompok Kasus Santri di Pesantren

**Tabel 4.3 Gambaran Kelompok Kasus Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Jenis kelamin	Kelompok kasus	
	n	%
Laki-laki	42	70
Perempuan	18	30
Total	60	100

Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan Tabel 4.3 diatas menunjukkan jumlah kelompok kasus terbanyak adalah laki- laki sebanyak 42 santri (70%).



#### 4.3.4 Gambaran Kelompok Kontrol Santri di Pesantren

**Tabel 4. 4 Gambaran Kelompok Kontrol Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Jenis kelamin	Kelompok kontrol	
	n	%
Laki-laki	42	70
Perempuan	18	30
Total	60	100

Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan Tabel 4.4 diatas menunjukkan jumlah kelompok kontrol terbanyak adalah laki- laki sebanyak 42 santri (70%).

#### 4.3.5 Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian ini telah didapatkan data mengenai kejadian infeksi kulit berdasarkan jenis kelamin. Data tersebut akan diperlihatkan secara lebih spesifik pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.5 Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan Jenis Kelamin Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Jenis kelamin	Infeksi kulit		
	Skabies	Pitiriasis versikolor	Dermatofitosis
Laki-laki	23 (60,5%)	10 (100%)	9 (75%)
Perempuan	15 (39,5%)	0 (0%)	3 (25%)
Total	38 (100%)	10 (100%)	12 (100%)

Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukan mayoritas kejadian infeksi kulit berdasarkan PHBS lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki yaitu skabies sebanyak 23 santri (60,5%).

#### 4.3.6 Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian ini telah didapatkan data mengenai kejadian infeksi kulit berdasarkan usia. Data tersebut akan diperlihatkan secara lebih spesifik pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.6 Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan Usia Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Usia	Infeksi kulit					
	Skabies		Pitiriasis versikolor		Dermatofitosis	
	n	%	n	%	n	%
12 tahun	4	10,5	2	20	3	25
13 tahun	16	42,1	4	40	4	33,3
14 tahun	18	47,4	4	40	5	41,7
Total	38	100	10	100	12	100

Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan mayoritas kejadian infeksi kulit berdasarkan PHBS lebih banyak terjadi pada usia 14 tahun yaitu skabies sebanyak 18 santri (47,4%).

#### 4.3.7 Gambaran PHBS Santri di Pesantren

Berdasarkan hasil penelitian ini telah didapatkan data mengenai gambaran tingkatan PHBS pada responden meliputi baik, cukup dan kurang. Data tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.7 Gambaran PHBS Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Gambaran PHBS Santri	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	49	40,8
Cukup	37	30,8
Kurang	34	28,3
Total	120	100

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan PHBS pada santri di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023 umumnya baik, yaitu sebanyak 49 santri (40,8%), sedangkan jumlah santri dengan kategori cukup sebanyak 37 orang (30,8%) dan santri yang memiliki PHBS kategori kurang berjumlah 34 orang (28,3%).

#### 4.3.8 Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi Kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023

Berdasarkan hasil penelitian ini telah didapatkan data mengenai perbandingan risiko terjadinya infeksi kulit berdasarkan PHBS. Data tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

##### 4.3.8.1 Hasil Uji Penyakit Skabies

**Tabel 4.8 Uji *Chi-Square* Penyakit Skabies Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Infeksi kulit	PHBS				<i>P-value</i>	OR
	Cukup & kurang		Baik			
	n	%	n	%		
Skabies	33	46,5	5	10,2	0,001*	8,0
Bukan skabies	38	53,5	44	89,8		
Total	71	100,0	49	100,0		

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan tabel 4.8 hasil analisis Uji *chi-Square* didapatkan nilai *p-value* sebesar  $<0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian infeksi kulit skabies dengan PHBS.

Adapun nilai *odd ratio* pada penelitian ini adalah 8,0 menunjukkan bahwa PHBS dengan tingkat “cukup dan kurang” memiliki risiko 8,0 kali mengalami skabies dibandingkan dengan PHBS yang baik.

## 4.3.8.2 Hasil Uji Penyakit Pitiriasis Versikolor

**Tabel 4.9 Uji *Chi-Square* Penyakit Pitiriasis Versikolor Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Infeksi kulit	PHBS				<i>P-value</i>	OR
	Cukup & kurang		Baik			
	n	%	n	%		
Pitiriasis versikolor	9	12,7	1	2,0	0,046*	7,0
Bukan Pitiriasis versikolor	62	87,3	48	98,0		
Total	71	100,0	49	100,0		

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan tabel 4.9 Hasil analisis uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar  $<0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian infeksi kulit pitiriasis versikolor dengan PHBS.

Adapun nilai *odd ratio* pada penelitian ini adalah 7,0 menunjukkan bahwa PHBS dengan tingkat “cukup dan kurang” memiliki risiko 7,0 kali mengalami pitiriasis versikolor dibandingkan dengan PHBS yang baik.

## 4.3.8.3 Hasil Uji Penyakit Dermatofitosis

**Tabel 4 10 Uji *Chi-Square* Penyakit Dermatofitosis Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**

Infeksi kulit	PHBS				<i>P-value</i>	OR
	Cukup & kurang		Baik			
	n	%	n	%		
Dermatofitosis	10	14,1	2	4,1	0,119	4,0
Bukan Dermatofitosis	61	85,9	47	95,9		
Total	71	100,0	49	100,0		

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan tabel 4.10 Hasil uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar  $>0,05$ . Artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian infeksi kulit dermatofitosis dengan PHBS.

Adapun nilai *odd ratio* pada penelitian ini adalah 4,0 menunjukkan bahwa PHBS dengan tingkat “cukup dan kurang” memiliki risiko 4,0 kali mengalami dermatofitosis dibandingkan dengan PHBS yang baik.

#### **4.4 Pembahasan**

##### **4.4.1 Gambaran Karakteristik Responden**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden rata-rata berusia 14 tahun dengan persentase 45% sebanyak 54 responden dari total sampel. Menurut Handoko dalam penelitian Mauliza (2023), usia responden merupakan karakteristik pembeda dalam hal tingkat kedewasaan. Usia seseorang berpengaruh besar dalam pengetahuan, sikap dan perilaku. Seseorang yang memiliki usia lebih tinggi cenderung berpotensi lebih baik dalam mengetahui cara pencegahan serta penularan penyakit (47).

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan mayoritas kejadian infeksi kulit berdasarkan PHBS lebih banyak terjadi pada usia 14 tahun yaitu penyakit skabies sebanyak 18 santri (47,4%), berdasarkan data tersebut dapat dikatakan bahwa usia responden tergolong usia remaja awal yang dimana remaja usia awal ini belum bisa maksimal memperhatikan dan mempraktikkan PHBS secara benar. Remaja awal masih dalam masa peralihan dan masih belum mampu dalam menjaga PHBS, kategori PHBS pada remaja awal biasanya sedang yang artinya belum maksimal untuk melakukan PHBS dengan baik (18).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2021), menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan penularan penyakit kulit berdasarkan *personal hygiene*(48). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suci dkk, terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan penularan penyakit skabies. Usia dapat mempengaruhi tingkat kesehatan seseorang karena pada umumnya orang yang lebih dewasa akan memiliki tingkat kesadaran PHBS diatas anak-anak (49).

Hasil distribusi jenis kelamin pada penelitian ini, mayoritas responden yang ada dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 84 orang atau 70% dari total sampel. Jenis kelamin dapat menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang atau jenis kelamin dapat menjadi faktor *predisposing*, menurut beberapa penelitian terdahulu jenis kelamin laki-laki pada umumnya lebih malas menjaga kebersihan dibanding dengan perempuan (50).

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan mayoritas kejadian infeksi kulit berdasarkan PHBS lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki yaitu skabies sebanyak 23 santri (60,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juliansyah dkk, yaitu terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian penyakit skabies, dimana jenis kelamin laki-laki lebih berisiko 0,51 kali terkena skabies dibandingkan dengan perempuan (51).

#### **4.4.2 Gambaran Kejadian Infeksi Kulit Berdasarkan PHBS di Pesantren**

Berdasarkan hasil pengujian yang dilakukan dapat diketahui bahwa penyakit infeksi kulit di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023 pada santri didominasi oleh tiga jenis utama, yaitu skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis dengan mayoritas santri lebih banyak mengalami infeksi skabies sebanyak 38 santri (63%), diikuti dengan dermatofitosis sebanyak 12 santri (20%) dan pitiriasis versikolor sebanyak 10 santri (17%).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rico dkk (2019) di pesantren Bahrul Maghfirah Kota Malang, disebutkan angka kejadian timbulnya penyakit skabies sebanyak 55% (18). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Armansyah (2020) pada pesantren Mathlaul Anwar dan pesantren Walisongo ditemukan gambaran penyakit kulit paling banyak ditemui pada pesantren Walisongo adalah pitiriasis versikolor sebanyak 61,1% (13). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Irvan pada tahun 2019 di pondok pesantren Khazanah Kebajikan Palembang menunjukkan angka kejadian dermatofitosis sebesar 13,6% (20).

Ketiga jenis penyakit kulit tersebut memiliki risiko penularan yang sama-sama tinggi, terutama jika praktik PHBS tidak diikuti dengan ketat. Namun,

skabies memiliki risiko penularan yang lebih tinggi karena infeksi ini dapat menyebar melalui kontak langsung dengan kulit. Kejadian skabies sering ditemukan di pondok pesantren karena pada umumnya santri gemar sekali bertukar baju, pinjam meminjam pakaian, handuk, sarung bahkan bantal dan guling serta kasurnya kepada teman sesamanya, selain itu kepadatan penghuni dan perilaku kebersihan juga dapat menjadi faktor terjadinya skabies. Kondisi ini sangat memungkinkan terjadinya penularan skabies kepada orang lain apabila para santri tidak sadar akan pentingnya PHBS (52).

Pitiriasis versikolor ini umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti pada pondok pesantren. Kehidupan berkelompok dengan suasana lingkungan yang lembab akan membuat para santri/santriwati di asrama pondok pesantren mengalami berbagai macam karakteristik kecenderungan tertular penyakit kulit karena kurangnya kebersihan diri sangat tinggi (45).

Dermatofitosis ini adalah infeksi jamur pada kulit yang dapat menyebar melalui kontak langsung dengan kulit yang terinfeksi atau melalui kontak dengan barang-barang yang terkontaminasi seperti handuk, pakaian, atau alas kaki dan antropofilik, zoofilik serta geofilik. Di pesantren, banyak orang yang hidup dalam lingkungan yang padat dan berinteraksi satu sama lain, sehingga risiko penyebaran infeksi jamur dapat lebih tinggi. Selain itu, beberapa aktivitas di pesantren seperti berbagi handuk atau pakaian, dan mandi bersama-sama, dapat memudahkan penyebaran infeksi kulit dari satu orang ke orang lainnya (40).

#### **4.4.3 Gambaran PHBS pada santri**

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa gambaran PHBS santri di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023 umumnya baik yaitu sebanyak 49 responden (40,8%), diikuti dengan kategori cukup sebanyak 37 responden (30,8%) dan kategori kurang sebanyak 34 responden (28,3%).

PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan. Tingkat kebersihan diri seseorang sangat berpengaruh

terhadap terjadinya penyakit kulit seperti skabies, pitiriasis versikolor, dan dermatofitosis. kondisi kebersihan seseorang dapat menjadi faktor risiko terjadinya penyakit kulit. Seseorang dengan kebersihan pribadi yang kurang kemungkinan akan lebih rentan mengalami penyakit kulit dibandingkan seseorang yang mempunyai PHBS yang baik (53). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Timur dkk (2021) seseorang yang memiliki *personal hygiene* yang kurang maka akan lebih mudah terkena penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS (54).

Gambaran PHBS pada santri di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga, Kabupaten Bener Meriah, menunjukkan pola yang menonjol dalam infeksi kulit berdasarkan jenis kelamin. Dari hasil pengujian, terlihat bahwa mayoritas kasus infeksi, seperti skabies, pitiriasis versikolor, dan dermatofitosis, cenderung lebih sering terjadi pada santri laki-laki daripada perempuan. Jenis kelamin dapat menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang atau jenis kelamin dapat menjadi faktor *predisposing*, menurut beberapa penelitian terdahulu jenis kelamin laki-laki pada umumnya lebih malas menjaga kebersihan dibanding dengan perempuan (50).

Berdasarkan hasil kuesioner PHBS menyatakan bahwa pertanyaan yang paling banyak benar dijawab oleh responden adalah pertanyaan nomor 3 yaitu apakah anda mandi setelah melakukan kegiatan seperti olahraga sebanyak 100 santri (83,3%) menjawab ya, sedangkan pertanyaan yang paling banyak santri menjawab jarang yaitu nomor 1 dalam sehari berapa kali anda mandi, sebanyak 72 santri (60%) menjawab satu kali artinya dalam sehari kebanyakan santri di pesantren tersebut hanya mandi 1 kali dalam sehari, sedangkan pertanyaan yang banyak santri menjawab tidak adalah nomor 25 yaitu apakah anda menjemur kasur anda sekali seminggu, sebanyak 68 santri (56,7%) menjawab tidak menjemur kasur sekali dalam satu minggu. Perilaku santri yang seperti inilah yang dapat menyebabkan PHBS santri rendah sehingga dapat memicu timbulnya penyakit kulit berdasarkan PHBS pada santri.



#### 4.4.4 Perbandingan risiko terjadinya infeksi kulit berdasarkan PHBS

##### 4.4.4.1 Skabies

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa terdapat hubungan PHBS dengan kejadian skabies di Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah dan Dayah Nurul Fajri dengan *p-value* <0,05. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurlaily dkk (2020) di Pondok Pesantren Ngangkruk Desa Bendungsari Ngaringan Kabupaten Grobogan menyatakan bahwa terdapat hubungan PHBS dengan kejadian skabies ( $p=0,005$ ) (44).

Nilai *odd ratio* pada penelitian ini adalah 8,0 menunjukkan bahwa PHBS dengan tingkat “cukup dan kurang” memiliki risiko 8,0 kali mengalami skabies dibandingkan dengan PHBS yang baik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada Pesantren wilayah kerja Puskesmas Peudada oleh Mauliza (2023) disebutkan bahwa nilai OR pada penelitiannya 2,000 artinya santri yang tidak skabies memiliki tingkatan PHBS dua kali lebih baik dibandingkan dengan santri yang terkena skabies (47).

Pada responden dengan PHBS yang baik juga dapat tertular skabies, karena skabies merupakan penyakit kulit yang mudah menular, sehingga responden dengan PHBS yang baik tetap akan tertular skabies jika lingkungan yang ditempati sudah terinfeksi skabies. Jika PHBS dengan tingkatan baik masih dapat tertular skabies, maka responden yang memiliki PHBS yang cukup dan kurang akan lebih rentan terinfeksi skabies dibanding responden yang memiliki tingkat PHBS baik (47).

Berdasarkan hasil observasi peneliti mengenai asrama santri laki-laki terlihat lebih kotor dibandingkan santri perempuan. Ditemukan kapasitas kamar yang *overload* dan masih ditemukan kebiasaan santri seperti pinjam- meminjam pakaian, bantal, kasur dan lain-lain. Kemudian pada kamar santri masih beralaskan semen sehingga harus menggunakan alas kaki dan untuk jamban khususnya pada santri laki-laki tidak memiliki jamban yang layak, hal ini masih menjadi faktor yang harus dievaluasi dalam mewujudkan PHBS yang baik.

#### 4.4.4.2 Pitiriasis Versikolor

Hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara PHBS dengan kejadian pitiriasis versikolor di Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah dan Dayah Nurul Fajri dengan  $p\text{-value} < 0,05$ . Hasil penelitian yang mendukung dari Timur dkk yang dilakukan di Pondok Pesantren Roudlotul Mubtadiin Balekambang Jepara tahun 2023 terdapat hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* terhadap kejadian pitiriasis versikolor dengan nilai  $p\text{ value}$  (0,000) (54). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardana dkk (2020) di Pondok Pesantren Darussa'adah Mojo Agung Lampung Tengah ditemukan bahwa terdapat hubungan antara *personal higiene* dengan kejadian pitiriasis versikolor dengan nilai  $p=0,013$ (55).

Nilai *odd ratio* pada penelitian ini adalah 7,0 menunjukkan bahwa PHBS dengan tingkat “cukup dan kurang” memiliki risiko 7,0 kali mengalami pitiriasis versikolor dibandingkan dengan PHBS yang baik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudniadnyani (2016) diperoleh nilai OR sebesar 55,7 yang artinya orang dengan kebersihan diri buruk memiliki kemungkinan 55,7 kali untuk mengalami pitiriasis versikolor (56).

Hubungan antara pitiriasis versikolor dengan PHBS dapat dilihat dari beberapa aspek seperti kebersihan diri, pitiriasis versikolor merupakan jamur normal yang terdapat pada kulit manusia, namun dapat berkembang biak secara berlebihan jika terdapat faktor-faktor tertentu seperti kurangnya kebersihan diri. Oleh karena itu, prevalensi penyakit jamur pada kulit yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti pondok pesantren (14).

Hal tersebut sesuai dengan hasil observasi oleh peneliti pada kedua pesantren khususnya mengenai kamar santri laki-laki dengan keadaan kamar yang *overload* di mana antara jumlah penghuni kamar dan luas kamar yang sudah tidak proporsional, dengan keadaan kamar yang lembab dan kebiasaan para santri di pesantren yang tidak menjemur handuk di bawah terik sinar matahari sehingga mempermudah kelangsungan hidup jamur kulit tersebut.

#### 4.4.4.3 Dermatofitosis

Hasil penelitian menyatakan tidak terdapat hubungan PHBS dengan kejadian infeksi kulit dermatofitosis di Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah dan Dayah Nurul Fajri dengan  $p\text{-value} > 0,05$ . Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sundawa dkk (2021) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit dermatofitosis di Pondok Pesantren IT Bangkinang dengan  $p\text{-value} (0,103) \geq 0,05$  (57).

Nilai *odd ratio* pada penelitian adalah 4,0 menunjukkan bahwa PHBS dengan tingkat “cukup dan kurang” memiliki risiko 4,0 kali mengalami dermatofitosis dibandingkan dengan PHBS yang baik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putra dkk yang dilakukan pada Pondok Pesantren Khazanah Kebajikan Palembang pada tahun 2020 menyatakan bahwa individu dengan *personal hygiene* yang tidak baik memiliki 8,902 kali risiko menderita dermatofitosis dari pada individu yang memiliki *personal hygiene* yang baik (20).

Berdasarkan penelitian diatas, responden yang memiliki PHBS yang buruk maupun baik, juga berisiko terkena penyakit dermatofitosis. Secara teori PHBS yang kurang baik akan membuat responden kurang protektif atau mengabaikan faktor-faktor yang menyebabkan penyakit dermatofitosis (57). Akan tetapi pada penelitian tersebut responden yang memiliki PHBS yang baik juga berisiko terkena penyakit dermatofitosis karena dermatofitosis merupakan infeksi jamur pada kulit yang juga dapat menyebar melalui antropofilik, zoofilik serta geofilik (40).

Hal ini membuktikan bahwa PHBS tidak bisa dijadikan penentu mutlak untuk seseorang tidak terpapar penyakit dermatofitosis tetapi ada faktor penentu lain yang menyebabkan penyakit dermatofitosis. Karena dermatofitosis disebabkan oleh jamur yang berhubungan erat dengan kondisi lingkungan tempat tinggal dan kelembapan suhu yang tinggi (57).

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah mengenai perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS tahun 2023 di mana hasilnya dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Gambaran kejadian penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Hidayatussalikin Almusthafawiyah dan Pesantren Nurul Fajri mayoritas santri mengalami infeksi skabies sebanyak 38 santri (63%).
2. Gambaran PHBS pada santri di kedua pesantren umumnya baik yaitu sebanyak 49 santri (40,8%).
3. Perbandingan *odd ratio* dari ketiga penyakit tersebut berdasarkan urutan tertinggi hingga terendah adalah skabies dengan kategori PHBS cukup dan kurang memiliki risiko 8,0 kali, pitiriasis versikolor memiliki risiko 7,0 kali dan dermatofitosis memiliki risiko 4,0 kali dibandingkan PHBS dengan kategori baik.

#### **5.2 Saran**

1. Disarankan bagi santriwan/santriwati Dayah Nurul Fajri dan Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah diharapkan dapat melakukan PHBS dengan baik dan benar seperti tidak menjemur pakaian basah di dalam kamar, tidak menumpukkan sampah di kamar dan tidak meminjam maupun menggabungkan pakaian sesama teman agar dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS seperti skabies, pitiriasis versikolor dan dermatofitosis.
2. Bagi pihak puskesmas diharapkan dapat secara rutin melakukan promosi kesehatan tentang penyakit kulit berdasarkan PHBS di Dayah Hidayatussalikin Almusthafawiyah dan Dayah Nurul Fajri serta melakukan edukasi terkait pentingnya nilai PHBS yang harus diterapkan oleh santri agar mencegah terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS khususnya di pesantren.

3. Bagi pihak pesantren, diharapkan dapat meningkatkan fasilitas asrama dan menyediakan jamban yang layak khususnya bagi santri laki-laki.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Djuanda A, Hamzah M, Aisah S. Ilmu penyakit kulit dan kelamin edisi kelima. Jakarta: Balai penerbit FKUI. 2016. 3–4 p.
2. Ruminem, Tandirogang N, Bakhtiar R, Rahayu AP, Kadir A. Modul Penyakit Tropis [Internet]. 2020. 4–8 p. Available from: <https://bit.ly/3n>
3. Urban K, Chu S, Scheufele C, Giese RL, Mehrmal S, Uppal P, et al. The global, regional, and national burden of fungal skin diseases in 195 countries and territories: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *JAAD Int* [Internet]. 2021;2:22–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8362308/>
4. PERDOSKI. Infeksi Parasit [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.sehatq.com/penyakit/infeksi-parasit>
5. Boediardja SA dan Handoko RP. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FK UI; 2016.
6. Siregar Sp.KK(K) PDRS. Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit. 3rd ed. Egc. 2015. 326 p.
7. Shishira R, Jartarkar D. Patogenesis, Imunologi dan Penatalaksanaan Dermatofitosis. PMC. 2021;
8. Gilson RL CJ. Scabies [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL); 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544306/>
9. WHO. Skabies. World Health Organization (WHO) [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/skabies>
10. Dinas Kesehatan Provinsi Aceh. Profil Kesehatan Aceh tahun 2021. Aceh, Dinas Kesehat [Internet]. 2021;1–193. Available from: <https://bit.ly/3VD>
11. Karray M dan McKinney WP. Tinea Versicolor. StatPearls Treasure Isl [Internet]. 2020; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>
12. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id>
13. Armansyah DS. Gambaran personal hygiene dan kejadian penyakit kulit di pesantren mathla’ul anwar dan pesantren walisongo. *Kesehat Masy* [Internet]. 2020;10–87. Available from: <https://bit.ly/3M5324f>
14. Kartikasari D. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat PHBS pada lingkungan Pondok Pesantren. Malang: Penerbit CV. Literasi Nusantara Abadi; 2021. 1–102 p.
15. Kemenkes RI. Gerakan PHBS Sebagai Langkah awal menuju peningkatan kualitas Kesehatan masyarakat [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://promkes.kemkes.go.id/agenda/phbs>
16. KKDPK dan P. Gerakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Data Riset Kesehatan Dasar [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://promkes.kemkes.go.id/gerakan-perilaku-hidup-bersih-dan-sehat-dalam-data-riset-kesehatan-dasar>
17. Kemenkes RI. Pelaksanaan PHBS di Pesantren [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://promkes.kemkes.go.id/pelaksanaan-phbs-di-pesantren>

18. Saputra R, Rahayu W, Putri RM. Hubungan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dengan Timbulnya Penyakit Scabies Pada Santri. *Nurs News (Meriden)* [Internet]. 2019;4(1):41–53. Available from: <https://bit.ly/1>
19. Fahlevi M. Hubungan Perilaku Personal Hygiene Dan Kepadatan Hunian Terhadap Penyakit Pitiriasis Versikolor Pada Santri Di Pondok Pesantren Qodratullah Langkan Kabupaten Banyuasin. 2019
20. Putra IW, Prameswarie T, Oktariza RT. Hubungan Kejadian Dermatofitosis Superfisialis Dengan Personal Hygiene Pada Santri Di Pondok Pesantren Khazanah Kebajikan Palembang. 2020; Available from: <https://bit.ly/3HP8>
21. MaryAnn De Pietro. Skin Infection: Types, Causes, and Treatment [Internet]. *J. Healthline*. 2022. Available from: <https://bit.ly/2GLBCzc>
22. Sungkar Saleha. Skabies Etiologi, Patogenesis, Pengobatan, Pemberantasan, dan Pencegahan. Badan Penerbit FKUI Jakarta; 2016.
23. Yuniaswan AP at. al. Infestasi Parasit dalam Dermatologi [Internet]. UB Press. UB Press; 2020. 32–34 p. Available from: <https://bit.ly/3NNLyKV>
24. Harlim A. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. FK UKI; 2019.
25. Marsha, Ling F. Diagnosis dan Terapi Skabies. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2020;47(2):104.
26. Tan S, Partiw Y. Buku Edukasi Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 2021;15–8.
27. Nikmah N HN. Analisis Personal hygiene Dengan Kejadian Skabies Pada Santri Di Pondok Pesantren. 2021;1–6. Available from: <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/article/view/466>
28. McKinney MK dan WP. Tinea Versicolor [Internet]. Vol. 124, *StatPearls*. 2022. Available from: <https://bit.ly/3pkx9MI>
29. Yuniaswan AP at. al. Intisari Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. Intisari Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. UB Press; 2018. 181–183 p.
30. Saputri, N. A., Wahyuni, C. U., & Mardiyanto B (Eds. ). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FKUI*. Badan Penerbit FKUI; 2019.
31. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ MMA. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9 editor. United States: The Mc Graw-Hill Companies; 2019.
32. Harlim A. Penyakit Jamur Kulit. 2nd ed. *Kulit Journal*. Jakarta: Buku Kedokteran ECG; 2017. 20–28 p.
33. widaty SD. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Persatuan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI); 2017.
34. Charisma AM. *Buku Ajar Mikologi*. Surabaya: Airlangga University Press; 2019. 83 p.
35. Budimulja SW dan U. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 7 th. Jakarta: Balai penerbit FKUI; 2016.
36. Rosita C, Kurniati. Etiopatogenesis Dermatofitosis. *Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2018;20(318):247–50.
37. Craddock LN SS. Superficial Fungal Infection. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, Mc Michael AJ. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2925–2951 p.

38. Pramod K. Nigam; Dahlia Saleh. Tinea Pedis [Internet]. StatPearls. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470421/>
39. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, Grabbe S, et al. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *J Fungi* [Internet]. 2022;8(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
40. Redjeki S TS, Putra D. Pengaruh Higiene Sanitasi Dengan Kejadian Tineakruris Pada Santri Laki-Laki Di Pesantren Rhoudlotul Quran Kauman Semarang. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 2014;3(1)
41. Kementerian PPN. Pedoman Teknis Penyusunan Rencana Aksi Edisi II Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Sustainable Development Goals (TPB/SDGs). Kementerian PPN; 2020.
42. promkes Kemenekes RI. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat [Internet]. 2016. Available from: <https://promkes.kemkes.go.id/phbs>
43. Adventus MRL D. Buku Ajar Promosi Kesehatan. Universita Kristen Indonesia. Jakarta; 2019.
44. Nurlaily N, Priyantingsih D. Hubungan PHBS Dengan Kejadian Scabies Di Pondok Pesantren Ngangkruk Desa Bandungsari Ngaringan Kabupaten Grobogan. *Indones J Kebidanan*. 2020;4(1):1.
45. Nazaria R. Hubungan Pengetahuan mengenai Pityriasis Versicolor dan PHBS dan Kejadian Pityriasis Versicolor pada Santri Madrasah Tsanawiyah di Pondok Pesantren. *Cerebellum*. 2017;3(4):922–31.
46. M. Sopiyyudin Dahlan. Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Deskriptif, Bivariat dan Multivariat. Salemba Medika; 2020. 312 p.
47. Mauliza CT, Sawitri H, Topik MM. Analisis Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan Kejadian Skabies pada Santri di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Peudada Tahun 2022. *Galenical Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*. 2023;2(4):26.
48. Hidayah AN. Hubungan personal hygiene dengan keluhan penyakit kulit pada santri di pesantren tahfiz qurán nurul azmi martubung. Universitas Islam Negeri Sumatera Utara. 2021;
49. Ihtiarintyas S, Mulyaningsih B, Umniyati SR. Faktor Risiko Penularan Penyakit Skabies pada Santri di Pondok Pesantren An Nawawi Berjan Kecamatan Gebang Kabupaten Purworejo Jawa Tengah. *Balaba J Litbang Pengendali Penyakit Bersumber Binatang Banjarnegara*. 2019;83–90.
50. Patandung VP, Sepang MYL, Wowor MD. Tingkat Pengetahuan Masyarakat tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Desa Rumengkor Kabupaten Minahasa. *An Idea Heal J*. 2022;2(01):41–8.
51. Juliansyah E, Minartami LA. Jenis Kelamin, Personal Hygiene, Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Penyakit Scabies Pada Santri Di Pondok Pesantren Darul Ma'Arif Kabupaten Sintang. *Jurnal Mahasiswa Dan Penelitian Kesehatan*. 2017;(March):1–11.
52. Alfian R. Gambaran Faktor Resiko Kejadin Skabies di Pondok Pesantren Nur Huda II Sambi Boyolali. *Univ Muhammadiyah Surakarta*. 2017;1–14.
53. Mayrona CT, Subchan P, Widodo A, Lingkungan S. Pengaruh Sanitasi Lingkungan Terhadap Prevalensi Terjadinya Penyakit Scabies Di Pondok Pesantren Matholiul Huda Al Kautsar Kabupaten Pati. *Jurnal Kedokteran*



- Diponegoro [Internet]. 2018;7(1):100–12. Available from: [ejournal3.undip](http://ejournal3.undip).
54. Willi Wahyu Timur, Fitriani Sholichah, Arifin Santoso. Hubungan Personal Hygiene Terhadap Kejadian Skabies Dan Pityriasis Versicolor Pada Santriwati Di Pondok Pesantren Roudlotul Muhtadiin Balekambang Jepara Periode 2021. *J Kefarmasian Akfarindo*. 2023;8(1):18–23.
  55. Wardana SS, Saftarina F, Soleha TU. Hubungan Higiene Personal Terhadap Kejadian Tinea Versicolor Pada Santri Pria Di Pondok Pesantren Darussa'adah Mojo Agung Lampung Tengah. 2020;10(April):129–33.
  56. Sudiadnyani NP. Hubungan Kelembaban Ruangan Kamar Tidur Dan Kebersihan Diri Terhadap Penyakit Pityriasis Versicolor Di Pesantren Al Hijrotul Munawwaroh Bandar Lampung. *Jurnal Medika Malahayati*. 2016;3(2):88–94.
  57. Sundawa RB, Syafriani S, Lestari RR. Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Penyakit Kadas Di Pondok Pesantren It Bangkinang. *J Kesehat Tambusai*. 2021;2(4):129–33.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Jadwal Kegiatan dan Biaya Penelitian

#### Jadwal Kegiatan dan Rincian Biaya Penelitian

Kegiatan	Feb 2023	Mar 2023	Apr 2023	Mei 2023	Juni 2023	Jul 2023	Ags 2023	Sep 2023	Okt 2023	Nov 2023	Des 2023
Judul											
Bab 1-3											
Seminar Proposal											
Revisi											
Penelitian											
Bab 4-5											
Seminar Skripsi											

No	Nama	Jumlah
1	Transportasi	Rp. 500.000
2	Kertas	Rp. 350.000
3	Souvenir Responden	Rp. 1.500.00
4	Foto Copy	Rp. 200.000
<b>Total</b>		<b>Rp. 2.550.000</b>

**Lampiran 2 Biodata Peneliti****BIODATA PENELITI**

Nama : Dinda Humaira  
Tempat, Tanggal Lahir : Takengon, 31 Juli 2002  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status : Belum Menikah  
Alamat : Jl Cot Sabong, Cunda, Kecamatan Muara Dua,  
Kota Lhokseumawe, Provinsi Aceh  
Telepon : 085254162486  
E-Mail : [dinda.200610062@mhs.unimal.ac.id](mailto:dinda.200610062@mhs.unimal.ac.id)  
Riwayat Pendidikan : SD Negri 1 Ronga-Ronga  
MTsN Yapena Arun  
MAS Yapena Arun  
Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh  
Tahun Masuk Universitas : 2020  
Nomor Induk Mahasiswa : 200610062  
Program Studi : Kedokteran  
Nama Orang Tua :  
1. Ayah : Sabaruddin  
2. Ibu : Fatimah  
Anak Ke- : 2 dari 3 bersaudara  
Nama Saudara Kandung : 1. Debby Dinny Anggraini  
2. Naufal Habibie

### Lampiran 3 Informed Consent

#### Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Usia :

Jenis Kelamin :

Dengan ini saya nyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian Dinda Humaira yang berjudul **“Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah”**. Saya akan berusaha menjawab pernyataan yang Saudari berikan dengan sebenar-benarnya. Saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan akan dirahasiakan oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan seperlunya. Atas perhatiannya, Saya ucapkan terima kasih.

Lhokseumawe, 2023

Responden

## LEMBAR PENJELASAN MENGENAI PENELITIAN

Kepada Yth.  
Saudara/i Calon Responden  
di tempat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dinda Humaira  
NIM : 200610062  
Alamat : Jalan Serule Kayu, Bukit, Kabupaten Bener Meriah  
No. Hp : 085254162486  
Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh

Saya akan melakukan penelitian yang akan diajukan sebagai syarat penulisan skripsi demi mencapai gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked) dengan judul **“Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah”**.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilayah kerja puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023.

Peneliti meminta kesediaan secara sukarela untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Responden diharapkan untuk mengisi *informed consent* terlebih dahulu. *Informed consent* berisi identitas diri peneliti, penjelasan tujuan pengisian kuesioner yang mana *informed consent* ini akan diberikan secara langsung melalui kuesioner. Setelah responden membaca penjelasan mengenai *informed consent* yang terdapat pada kuesioner tersebut, maka selanjutnya responden bisa memilih untuk bersedia atau tidak bersedia menjadi sampel penelitian untuk menjawab kuesioner penelitian ini. Responden hanya perlu mengisi kuesioner tersebut selama 15 menit. Responden mengetahui bahwa informasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat sangat besar manfaatnya di masa yang akan datang. Responden tidak perlu takut karena penelitian ini tidak memiliki bahaya potensial karena proses pengumpulan data hanya melalui pengisian kuesioner

serta identitas reponden, data dan hasil penelitian bersifat rahasia dan hanya diketahui oleh responden dan peneliti.

Berdasarkan uraian tersebut, besar harapan peneliti agar Saudara/i dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Demikianlah penjelasan ini disampaikan, saya sebagai peneliti mengucapkan terimakasih atas perhatian dan kerjasama Saudara/i.

Lhokseumawe, 2023  
Hormat Saya,

Dinda Humaira

## Lampiran 4 Kuesioner Pertanyaan

### KUISIONER PENELITIAN PERBANDINGAN RISIKO TERJADINYA PENYAKIT INFEKSI KULIT BERDASARKAN PHBS DI PESANTREN WILAYAH KERJA PUSKESMAS RONGA-RONGA KABUPATEN BENER MERIAH TAHUN 2023

#### Data Responden

Nama :  
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*) *coret yang tidak perlu*  
 Tempat tanggal lahir :  
 Umur : ..... tahun  
 Alamat :  
 Pendidikan :  
 Kelas :

#### Petunjuk pengisian kuesioner

1. Isilah identitas responden terlebih dahulu sebelum melangkah ke pertanyaan (identitas asli).
  2. Bacalah pernyataan dibawah ini dengan cermat dan teliti dalam angket/kuesioner sebelum menjawab.
  3. Jawablah pernyataan dengan jujur sesuai keadaan yang sebenarnya.
  4. Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda  
Semua
  5. Pernyataan wajib di jawab dan hanya diperkenankan memberi satu jawaban. Pilihlah satu diantara jawaban yang menurut anda paling benar. Usahakan semua pertanyaan terjawab. Isilah dengan tanda silang (X).
1. Dalam sehari berapa kali anda mandi?
    - a. 2 kali
    - b. 1 kali
    - c. Jarang

2. Apakah pada saat mandi anda menggunakan sabun?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Jarang
3. Apakah anda mandi setelah melakukan kegiatan seperti olahraga ?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
4. Apakah anda menggunakan air bersih (misalnya ketika mandi dan berwudhu)?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
5. Apakah air bersih yang anda gunakan memenuhi syarat fisik (tidak berbau, tidak berasa dan tidak berwarna)?
  - a. Ya
  - b. Cukup
  - c. Tidak
6. Apakah jamban di pesantren berbau dan kotor?
  - a. Selalu
  - b. Kadang-kadang
  - c. Jarang
7. Apakah saat keluar anda menggunakan alas kaki atau sepatu?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
8. Apakah anda mencuci rambut menggunakan sabun pencuci rambut atau shampo (2x seminggu)?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak



9. Apakah anda mengganti pakaian 2 kali dalam sehari?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
10. Apakah pakaian atau alat solat anda pernah dipinjam oleh teman?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
11. Apakah anda sering mengganti kaus kaki?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
12. Apakah anda sering mengganti pakaian dalam anda dalam sehari?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
13. Apakah anda menyetrika baju anda?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
14. Apakah pakaian kotor anda, diletakkan didalam satu tempat bersama dengan pakaian teman anda?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
15. Apakah anda merendam pakaian disatukan dengan teman yang lain?
  - a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
16. Apakah anda menjemur pakaian atau pakaian dalam didalam kamar?
  - a. Ya

- b. Jarang
  - c. Tidak
17. Apakah anda memotong/membersihkan kuku minimal 2 kali dalam seminggu?
- A. Ya
  - B. Jarang
  - C. Tidak
18. Apakah anda mencuci tangan menggunakan sabun setelah BAB/BAK?
- a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
19. Apakah anda mandi menggunakan handuk sendiri?
- a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
20. Apakah anda menjemur handuk anda setelah digunakan mandi?
- a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
21. Apakah anda menggunakan handuk bergantian dengan teman anda?
- a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
22. Apakah ventilasi udara di ruang tidur anda cukup?
- a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak
23. Apakah anda mengganti seprei tempat tidur anda sekali seminggu?
- a. Ya
  - b. Jarang
  - c. Tidak

24. Apakah anda pernah tidur bersama pada satu tempat tidur bersama teman?
- Ya
  - Jarang
  - Tidak
25. Apakah anda menjemur kasur anda sekali seminggu?
- Ya
  - Jarang
  - Tidak

#### INTERPRETASI HASIL :

Jika memilih option ya nilainya 2, option jarang nilainya 1 dan apabila memilih option tidak nilainya 0.

Kategori baik : 67 - 100% (Jumlah skor 34-50)

Kategori cukup : 34 – 66,6% (Jumlah skor 17-33)

Kategori kurang : 0-33,3% (Jumlah skor 0-16)

## Lampiran 5 Permohonan Izin Pengambilan Data



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
FAKULTASKEDOKTERAN  
Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe  
Email : [fk@unimal.ac.id](mailto:fk@unimal.ac.id), [dekan\\_fk@unimal.ac.id](mailto:dekan_fk@unimal.ac.id) Laman : <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 685/UN45.1.6/KM.01.00/2023  
Hal : Permohonan Izin Pengambilan Data


27 Maret 2023

Yth,  
Bapak / Ibu  
Kepala Puskesmas Ronga-Ronga  
Kabupaten Bener Meriah  
di  
Tempat

Sehubungan dengan telah terpenuhinya persyaratan pengajuan Proposal Penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh untuk Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon diberikan izin kepada;

Nama : Dinda Humaira  
Nim : 200610062  
Judul : Perbandingan Risiko terjadinya penyakit infeksi (Scabies, Pityriasisversicolor dan Dermatofitosis) dengan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah.

untuk melakukan Pengambilan Data Awal / Pendukung proposal penelitian dimaksud, sesuai aturan yang berlaku.  
Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Dekan, 

dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)  
NIP.19800317 200912 1 002

Tembusan:  
1. Ketua Jurusan Kedokteran;  
2. Mahasiswa ybs.

## Lampiran 6 Surat Izin Uji Validitas dan Reabilitas



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe  
Email : [fk@unimal.ac.id](mailto:fk@unimal.ac.id), [dekan.fk@unimal.ac.id](mailto:dekan.fk@unimal.ac.id) Laman : <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 2031/UN45.1.6/KM.01.00/2023

25 Agustus 2023

Hal : Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas  
Kuesioner Penelitian

Yth,  
Bapak/Ibu  
Pimpinan Dayah Ulumuddin  
Kota Lhokseumawe  
di-

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakan Penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh untuk Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon diberikan izin kepada;

Nama : Dinda Humaira  
Nim : 200610062  
Judul : Perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi Kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah tahun 2023.

untuk melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner, sesuai aturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Dekan,

dr. Muhammad Sayuti, Sp. B. Subsp. BD (K)  
NIP.19800317 200912 1 002

Tembusan:

1. Ketua Jurusan Kedokteran;
2. Mahasiswa ybs.

## Lampiran 7 Surat Selesai Melakukan Uji Validitas dan Reabilitas



### SURAT KETERANGAN

Nomor: MTs.01.22.4/PP.005/045/2023

Berdasarkan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Nomor : 2031/UN45.1.1.6/KM.01.00/2023. Tentang Permohonan uji Validasi dan Reabilitas Kuesioner Penelitian, dalam rangka menyelesaikan skripsi yang berjudul : **Perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi Kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilyah kerja Puskesmas Ronga-Ronga kabupaten Bener Meriah tahun 2023**. Maka Kepala MTs Swasta Ulumuddin Uteunkot Cunda Lhokseumawe dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan, yang tersebut namanya di bawah ini :

Nama	: Dinda Humaira
NIM	: 200610062
Judul	: Perbandingan risiko terjadinya penyakit infeksi Kulit berdasarkan PHBS di Pesantren wilyah kerja Puskesmas Ronga-Ronga kabupaten Bener Meriah tahun 2023.

Adalah benar-benar telah melaksanakan penelitian ( Pengumpulan Data) di MTs Swasta Ulumuddin tahun pelajaran 2023/2024.



Demikianlah Surat Keterangan ini kami perbuat dengan sebenarnya, untuk dipergunakan seperlunya.

Lhokseumawe, 31 Agustus 2023

Kepala MTs Swasta Ulumuddin



## Lampiran 8 Surat Izin Penelitian

	<p><b>KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI</b> <b>UNIVERSITAS MALIKUSSALEH</b> <b>FAKULTAS KEDOKTERAN</b></p> <p>Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe Email : <a href="mailto:fk@unimal.ac.id">fk@unimal.ac.id</a>, <a href="mailto:dekan.fk@unimal.ac.id">dekan.fk@unimal.ac.id</a> Laman : <a href="http://www.unimal.ac.id">http://www.unimal.ac.id</a></p>						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <p>Nomor : 3130/UN45.1.6/KM.01.00/2023 Hal : Permohonan Izin Penelitian</p> </td> <td style="width: 40%; text-align: right;"> <p>6 September 2023</p> </td> </tr> </table>		<p>Nomor : 3130/UN45.1.6/KM.01.00/2023 Hal : Permohonan Izin Penelitian</p>	<p>6 September 2023</p>				
<p>Nomor : 3130/UN45.1.6/KM.01.00/2023 Hal : Permohonan Izin Penelitian</p>	<p>6 September 2023</p>						
<p>Yth, Bapak/Ibu Pimpinan Dayah Hidayatussalikin Al Musthafawiyah Ronga-Ronga di- Tempat</p>							
<p>Sehubungan dengan telah terpenuhinya persyaratan Penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh untuk Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon diberikan izin kepada;</p>							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Nama</td> <td>: Dinda Humaira</td> </tr> <tr> <td>Nim</td> <td>: 200610062</td> </tr> <tr> <td>Judul Penelitian</td> <td>: Perbandingan Risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.</td> </tr> </table>		Nama	: Dinda Humaira	Nim	: 200610062	Judul Penelitian	: Perbandingan Risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.
Nama	: Dinda Humaira						
Nim	: 200610062						
Judul Penelitian	: Perbandingan Risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.						
<p>untuk melakukan penelitian di Dayah Hidayatussalikin Al Musthafawiyah , sesuai aturan yang berlaku.</p>							
<p>Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.</p>							
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="text-align: left;"> <p>Dekan, <i>l</i></p> <p><u>dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)</u> NIP.19800317 200912 1 002</p> </div> </div>							
<p>Tembusan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketua Jurusan Kedokteran;</li> <li>2. Mahasiswa ybs.</li> </ol>							



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe  
Email : [fk@unimal.ac.id](mailto:fk@unimal.ac.id), [dekan.fk@unimal.ac.id](mailto:dekan.fk@unimal.ac.id) Laman : <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 3130/UN45.1.6/KM.01.00/2023  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

6 September 2023


Yth;  
Bapak/Ibu  
Pimpinan Dayah Nurul Fajri  
di-  
Tempat

Sehubungan dengan telah terpenuhinya persyaratan Penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh untuk Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon diberikan izin kepada;

Nama : Dinda Humaira  
Nim : 200610062  
Judul Penelitian : Perbandingan Risiko terjadinya penyakit infeksi kulit berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.

untuk melakukan penelitian di Dayah Nurul Fajri, sesuai aturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Dekan, 

dr. Muhammad Sayuti, Sp./B, Subsp. BD (K)  
NIP.19800317 200912 1 002

Tembusan:

1. Ketua Jurusan Kedokteran;
2. Mahasiswa ybs.



## Lampiran 9 Surat Selesai Melakukan Penelitian



**YAYASAN PONDOK PESANTREN  
HIDAYATUSSALIKIN ALMUSTHAFAWIYAH  
KAMPUNG UMAH BESI KECAMATAN GAJAH PUTIH**  
Jln. Takengon-Bireuen, Umah Besi, Gajah Putih, Bener Meriah, Aceh, Email:  
[hidayatussalikin878@gmail.com](mailto:hidayatussalikin878@gmail.com), Kode Pos 24553

### SURAT KETERANGAN

Nomor: *B07 / ypi - HSA / XII / 2023*

Berdasarkan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Nomor: 3130/UN45.1.6/KM.01.00/2023. Tentang permohonan untuk melakukan penelitian, dalam rangka menyelesaikan Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi) yang berjudul: **Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi Kulit Berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**. Maka pimpinan Pondok Pesantren Hidayatussalikin AlMusthafawiyah Kampung Umah Besi Kabupaten Bener Meriah dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan, yang tersebut namanya di bawah ini:

Nama : Dinda Humaira  
NIM : 200610062  
Judul : Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi Kulit Berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.

Adalah benar-benar telah melakukan penelitian di Pondok Pesantren Hidayatussalikin AlMusthafawiyah tahun pelajaran 2023/2024.

Demikian surat keterangan ini kami perbuat dengan sebenarnya, untuk dipergunakan seperlunya.

Bener Meriah, 02 Oktober 2023  
Pimpinan,



Abu Tgk. Sayuti



**YAYASAN PONDOK PESANTREN NURUL FAJRI**  
**KAMPUNG TIMANG GAJAH KECAMATAN GAJAH PUTIH**  
**KABUPATEN BENER MERIAH**  
*Jln. Takengon-Bireuen, Kampung Timang Gajah, Kec. Gajah Putih, Kab*  
*Bener Meriah, Telp. 085277955447, Kode Pos: 24553*

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 107 / 491 - PF / 8 / 2022

Berdasarkan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Nomor: 3130/UN45.1.6/KM.01.00/2023. Tentang permohonan untuk melakukan penelitian, dalam rangka menyelesaikan Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi) yang berjudul: **Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi Kulit Berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023**. Maka pimpinan Dayah Nurul Fajri Timang Gajah Kabupaten Bener Meriah dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan, yang tersebut namanya di bawah ini:

Nama : Dinda Humaira  
 NIM : 200610062  
 Judul : Perbandingan Risiko Terjadinya Penyakit Infeksi Kulit Berdasarkan PHBS di Pesantren Wilayah Kerja Puskesmas Ronga-Ronga Kabupaten Bener Meriah Tahun 2023.

Adalah benar- benar telah melakukan penelitian di Dayah Nurul Fajri tahun pelajaran 2023/2024.

Demikian surat keterangan ini kami perbuat dengan sebenarnya, untuk dipergunakan seperlunya.

Bener Meriah, 02 Oktober 2023

Pimpinan,



Tgk. Safaruddin AR

## Lampiran 10 Ethical Clearance



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara dua Kota Lhokseumawe  
e-mail : [fk@unimal.ac.id](mailto:fk@unimal.ac.id), [dekan.fk@unimal.ac.id](mailto:dekan.fk@unimal.ac.id) Laman : <http://fk.unimal.ac.id>



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
MALIKUSSALEH UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL  
ETHICAL APPROVAL  
No : 106/KEPK/FKUNIMAL-RSUCM/2023

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
*the Research Protocol Proposed by*

Peneliti Utama : DINDA HUMAIRA  
*Principal in Investigator*

Nama Institusi : FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
*Name of the Institution*

Dengan Judul :  
*Title*

**PERBANDINGAN RISIKO TERJADINYA PENYAKIT INFEKSI KULIT BERDASARKAN PHBS DI PESANTREN WILAYAH KERJA PUSKESMAS RONGA-RONGA KABUPATEN BENER MERIAH TAHUN 2023**

**COMPARISON OF THE RISK OF SKIN INFECTIONS BASED ON PHBS IN ISLAMIC BOARDING SCHOOLS IN THE RONGA-RONGA HEALTH CENTER WORK AREA BENER MERIAH REGENCY IN 2023**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1.) Nilai Sosial 2.) Nilai Ilmiah 3.) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4.) Risiko, 5.) Bujukan / eksploitasi, 6.) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7.) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator pada setiap standar.

*It is declared ethically feasible according to 7 (seven) WHO 2011 Standards, namely 1.) Social Values 2.) Scientific Values 3.) Equal distribution of burdens and benefits, 4.) Risks, 5.) Persuade/exploitation, 6.) Confidentiality and Privacy, and 7.) Approval Before Explanation, which refers to the 2016 CIOMS Guidelines. This is indicated by the fulfillment of indicators in each standard.*

Pernyataan laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 9 Agustus 2023 sampai dengan September 2024

*This ethical statement is valid for the period from August 9<sup>th</sup>, 2023 to September 9<sup>th</sup>, 2024*

Lhokseumawe, 9 Agustus 2023  
Komite Etik Penelitian Kesehatan

*Ketua*  
  
dr. Mawaddah Fitria, Sp. PD  
NIP: 197709152003122005

### Lampiran 11 Uji validitas dan reabilitas

Uji validitas:

Item pertanyaan	Nilai r hitung	Nilai r tabel	Keterangan
1	0.529	0.361	Valid
2	0.971	0.361	Valid
3	0.714	0.361	Valid
4	0.971	0.361	Valid
5	0.687	0.361	Valid
6	0.971	0.361	Valid
7	0.494	0.361	Valid
8	0.971	0.361	Valid
9	0.971	0.361	Valid
10	0.460	0.361	Valid
11	0.971	0.361	Valid
12	0.971	0.361	Valid
13	0.971	0.361	Valid
14	0.971	0.361	Valid
15	0.529	0.361	Valid
16	0.529	0.361	Valid
17	0.971	0.361	Valid
18	0.971	0.361	Valid
19	0.971	0.361	Valid
20	0.741	0.361	Valid
21	0.971	0.361	Valid
22	0.971	0.361	Valid
23	0.971	0.361	Valid
24	0.529	0.361	Valid
25	0.971	0.361	Valid

Uji reliabilitas :

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.958	25

## Lampiran 12 Master Data Penelitian

**MASTER DATA**

<b>Responden</b>	<b>Kelas</b>	<b>Jenis kelamin</b>	<b>infeksi kulit</b>	<b>PHBS</b>
1	12 Tahun	LK	Skabies	Cukup
2	12 Tahun	PR	Skabies	Kurang
3	12 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Cukup
4	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
5	13 Tahun	PR	Skabies	Cukup
6	13 Tahun	LK	Skabies	Kurang
7	13 Tahun	LK	Skabies	Kurang
8	13 Tahun	LK	Skabies	Cukup
9	13 Tahun	LK	Skabies	Kurang
10	13 Tahun	LK	Skabies	Kurang
11	13 Tahun	LK	Skabies	Cukup
12	13 Tahun	LK	Skabies	Kurang
13	13 Tahun	PR	Skabies	Cukup
14	13 Tahun	PR	Skabies	Baik
15	13 Tahun	PR	Skabies	Baik
16	13 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
17	13 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Cukup
18	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
19	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
20	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
21	13 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
22	13 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
23	13 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
24	13 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
25	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
26	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
27	14 Tahun	LK	Skabies	Cukup
28	14 Tahun	PR	Skabies	Cukup
29	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
30	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
31	14 Tahun	LK	Skabies	Baik
32	14 Tahun	LK	Skabies	Cukup
33	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
34	14 Tahun	PR	Skabies	Cukup
35	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
36	14 Tahun	PR	Skabies	Cukup
37	14 Tahun	LK	Skabies	Cukup
38	14 Tahun	LK	Skabies	Cukup
39	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
40	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik

41	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
42	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
43	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
44	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
45	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
46	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
47	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
48	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
49	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Cukup
50	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
51	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
52	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
53	12 Tahun	PR	Skabies	Cukup
54	12 Tahun	PR	Skabies	Kurang
55	12 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
56	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
57	13 Tahun	PR	Skabies	Cukup
58	13 Tahun	PR	Skabies	Kurang
59	13 Tahun	LK	Skabies	Kurang
60	13 Tahun	LK	Skabies	Cukup
61	13 Tahun	LK	Skabies	Baik
62	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
63	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Kurang
64	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
65	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Kurang
66	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
67	14 Tahun	PR	Skabies	Baik
68	14 Tahun	PR	Skabies	Kurang
69	14 Tahun	PR	Skabies	Cukup
70	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
71	14 Tahun	LK	Skabies	Kurang
72	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
73	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
74	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
75	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
76	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
77	12 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Baik
78	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
79	13 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Kurang
80	13 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Cukup

81	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
82	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
83	14 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Kurang
84	14 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Cukup
85	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
86	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Kurang
87	12 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Kurang
88	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
89	13 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Kurang
90	13 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Cukup
91	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
92	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
93	14 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Kurang
94	14 Tahun	LK	Pitiriasis versikolor	Cukup
95	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
96	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
97	12 Tahun	LK	Dermatofitosis	Baik
98	12 Tahun	PR	Dermatofitosis	Kurang
99	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
100	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
101	13 Tahun	LK	Dermatofitosis	Baik
102	13 Tahun	LK	Dermatofitosis	Cukup
103	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
104	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik
105	14 Tahun	LK	Dermatofitosis	Cukup
106	14 Tahun	LK	Dermatofitosis	Kurang
107	14 Tahun	PR	Dermatofitosis	Kurang
108	14 Tahun	PR	Kelompok kontrol	Baik
109	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
110	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
111	12 Tahun	LK	Dermatofitosis	Kurang
112	12 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
113	13 Tahun	LK	Dermatofitosis	Kurang
114	13 Tahun	PR	Dermatofitosis	Kurang
115	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
116	13 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Cukup
117	14 Tahun	LK	Dermatofitosis	Kurang
118	14 Tahun	LK	Dermatofitosis	Kurang
119	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Kurang
120	14 Tahun	LK	Kelompok kontrol	Baik



## Lampiran 13 Uji Statistik

### A. Univariat

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	18	15.0	15.0	15.0
	13	48	40.0	40.0	55.0
	14	54	45.0	45.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LK	84	70.0	70.0	70.0
	PR	36	30.0	30.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

		Infeksi kulit			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Skabies	38	31.7	31.7	31.7
	Pitiriasis versikolor	10	8.3	8.3	40.0
	Dermatofitosis	12	10.0	10.0	50.0
	Tidak sakit	60	50.0	50.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

		PHBS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	49	40.8	40.8	40.8
	Cukup	37	30.8	30.8	71.7
	Kurang	34	28.3	28.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

**Crostab****Jenis kelamin \* Infeksi kulit Crosstabulation**

			Infeksi kulit				Total
			Skabies	Pitiriasis versikolor	Dermatofitosis	Tidak sakit	
Jenis kelamin	Laki-laki	Count	23	10	9	30	72
		% within Infeksi kulit	60.5%	100.0%	75.0%	50.0%	60.0%
	Perempua n	Count	15	0	3	30	48
		% within Infeksi kulit	39.5%	0.0%	25.0%	50.0%	40.0%
Total		Count	38	10	12	60	120
		% within Infeksi kulit	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Usia \* Infeksi kulit Crosstabulation**

			Infeksi kulit				Total
			Skabies	Pitiriasis versikolor	Dermatofitosis	Tidak sakit	
Usia	12	Count	4	2	3	9	18
		% within Infeksi kulit	10.5%	20.0%	25.0%	15.0%	15.0%
	13	Count	16	4	4	24	48
		% within Infeksi kulit	42.1%	40.0%	33.3%	40.0%	40.0%
	14	Count	18	4	5	27	54
		% within Infeksi kulit	47.4%	40.0%	41.7%	45.0%	45.0%
Total		Count	38	10	12	60	120
		% within Infeksi kulit	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**B. Bivariat****Kejadian skabies \* PHBS****Crosstab**

		PHBS			
		Cukup & kurang	Baik	Total	
Kejadian skabies	Skabies	Count	33	5	38
		% within PHBS	46.5%	10.2%	31.7%
	Bukan skabies	Count	38	44	82
		% within PHBS	53.5%	89.8%	68.3%
Total	Count	71	49	120	
	% within PHBS	100.0%	100.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	17.630 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	15.993	1	.000		
Likelihood Ratio	19.470	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.483	1	.000		
N of Valid Cases	120				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.52.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kejadian skabies (Skabies / Bukan skabies)	7.642	2.712	21.533
For cohort PHBS = Cukup & kurang	1.874	1.440	2.440
For cohort PHBS = Baik	.245	.106	.569
N of Valid Cases	120		

**Kejadian pitiriasis versikolor \* PHBS**  
**Crosstab**

		PHBS		Total	
		Cukup & kurang	Baik		
Kejadian pitiriasis versikolor	Pitiriasis versikolor	Count	9	1	10
		% within PHBS	12.7%	2.0%	8.3%
	Bukan pitiriasis versikolor	Count	62	48	110
		% within PHBS	87.3%	98.0%	91.7%
Total	Count	71	49	120	
	% within PHBS	100.0%	100.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.293 <sup>a</sup>	1	.038		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.013	1	.083		
Likelihood Ratio	5.092	1	.024		
Fisher's Exact Test				.046	.035
Linear-by-Linear Association	4.257	1	.039		
N of Valid Cases	120				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.08.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kejadian pitiriasis versikolor (Pitiriasis versikolor / Bukan pitiriasis versikolor)	6.968	.853	56.904
For cohort PHBS = Cukup & kurang	1.597	1.226	2.079
For cohort PHBS = Baik	.229	.035	1.489
N of Valid Cases	120		

## Kejadian dermatofitosis \* PHBS

### Crosstab

		PHBS		Total	
		Cukup & kurang	Baik		
Kejadian dermatitis	Dermatofitosis	Count	10	2	12
		% within PHBS	14.1%	4.1%	10.0%
	Bukan dermatofitosis	Count	61	47	108
		% within PHBS	85.9%	95.9%	90.0%
Total	Count	71	49	120	
	% within PHBS	100.0%	100.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.223 <sup>a</sup>	1	.073		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.208	1	.137		
Likelihood Ratio	3.586	1	.058		
Fisher's Exact Test				.119	.065
Linear-by-Linear Association	3.196	1	.074		
N of Valid Cases	120				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.90.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kejadian dermatitis (Dermatofitosis / Bukan dermatofitosis)	3.852	.805	18.427
For cohort PHBS = Cukup & kurang	1.475	1.090	1.996
For cohort PHBS = Baik	.383	.106	1.382

**Tabel jawaban responden:**

Pertanyaan	“Ya”		“Jarang”		“Tidak”	
	n	%	n	%	n	%
1	48	40.0%	72	60.0%	0	0.0%
2	60	50.0%	10	8.3%	50	41.7%
3	100	83.3%	19	15.8%	1	0.8%
4	50	41.7%	16	13.3%	54	45.0%
5	49	40.8%	46	38.3%	25	20.8%
6	61	50.8%	32	26.7%	27	22.5%
7	84	70.0%	35	29.2%	1	0.8%
8	81	67.5%	39	32.5%	0	0.0%
9	77	64.2%	41	34.2%	2	1.7%
10	66	55.0%	17	14.2%	37	30.8%
11	50	41.7%	37	30.8%	33	27.5%
12	97	80.8%	23	19.2%	0	0.0%
13	55	45.8%	24	20.0%	41	34.2%
14	50	41.7%	22	18.3%	48	40.0%
15	49	40.8%	17	14.2%	54	45.0%
16	65	54.2%	6	5.0%	49	40.8%
17	44	36.7%	25	20.8%	51	42.5%
18	73	60.8%	46	38.3%	1	0.8%
19	76	63.3%	44	36.7%	0	0.0%
20	54	45.0%	17	14.2%	49	40.8%
21	46	38.3%	28	23.3%	46	38.3%
22	68	56.7%	52	43.3%	0	0.0%
23	45	37.5%	24	20.0%	51	42.5%
24	90	75.0%	30	25.0%	0	0.0%
25	43	35.8%	9	7.5%	68	56.7%

**Lampiran 14 Dokumentasi Penelitian**

