

**HUBUNGAN *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN *DERMATITIS*
DI PONDOK PESANTREN MAWARIDUSSALAM**



Oleh:

Zuhrina Aidha, S.Kep, M.Kes

Yuni Damayanti, SKM

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
SUMARTA UTARA
MEDAN
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

- 1 Judul Penelitian : Hubungan *Personal Hygiene* Dengan Kejadian *Dermatitis* Di Pondok Pesantren Mawaridussalam
- 2 Peneliti : Zuhrina Aidha, S.Kep, M.Kes (Ketua)
Yuni Damayanti, SKM (Anggota)
- 3 Unit Kerja : Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara
- 4 Waktu Penelitian : 6 Bulan
- 5 Lokasi Penelitian : Pondok Pesantren Mawaridussalam Kecamatan Batang Kuis, Kabupaten Deli Serdang
- 6 Sumber Dana Penelitian : Mandiri

Medan, 18 Oktober 2021

Disahkan oleh,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
UIN Sumatera Utara



Prof. Dr. Swafaruddin, M.Pd
NIP. 19620716 199003 1 004

Peneliti
(Ketua)



Zuhrina Aidha, S.Kep, M.Kes
NIB 1100000084

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbil alamin, puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, nikmat dan karuniaNya segala kegiatan tahapan didalam penelitian sejak mulai menyusun proposal, melakukan penelitian, survey awal, analisis data hingga menyusun laporan dapat diselesaikan dengan baik. Penelitian ini melibatkan banyak pihak, untuk itu dalam kesempatan ini ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan, Prof. Dr. Syahrin Harahap, M.A ; memberikan kesempatan dan dukungan yang besar terhadap dosen untuk mengembangkan ilmu melalui kegiatan penelitian.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Bapak Prof. Dr. Syafaruddin, M.Pd, atas ijin dan dukungannya untuk melaksanakan penelitian ini.
3. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Ibu Susilawati, SKM, M.Kes yang memberikan ijin dan dukungan penuh kepada dosen di lingkungan Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat.
4. Pimpinan Pondok Pesantren Mawaridussalam Kecamatan Batang Kuis yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
5. Keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan semangat dan dorongan sehingga peneliti mampu melaksanakan penelitian dengan baik.
6. Responden dan informan yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih atas sikap kooperatif dan umpan balik yang diberikan.
7. Seluruh rekan dosen dan staf di Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN SU Medan.

Akhir kalam, semoga laporan penelitian ini memberikan manfaat kepada banyak pihak khususnya penulis, pembaca, responden penelitian dan pihak lainnya. Penulisan laporan penelitian ini masih banyak kesalahan dan jauh dari kesempurnaan, untuk itu koreksi dan masukan diperlukan untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Medan, Oktober 2021
Tim Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit kulit banyak dijumpai di Indonesia, hal ini disebabkan karena Indonesia beriklim *tropis*. Iklim tersebut yang mempermudah perkembangan bakteri, parasit, maupun jamur. Penyakit yang sering muncul karena kurangnya kebersihan diri adalah berbagai penyakit kulit. Kulit merupakan pembungkus yang elastis yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Kulit merupakan organ tubuh yang terletak paling luar dan membatasinya dari lingkungan hidup manusia. Penyakit kulit dapat disebabkan oleh jamur, virus, kuman, parasit hewani dan lain-lain. Dermatitis adalah peradangan kulit pada *lapisan epidermis* dan *dermis* sebagai respon terhadap pengaruh *faktor eksogen* atau *faktor endogen*, dengan kelainan klinis berupa *efloresensi polimorfik* seperti *eritema*, *endema*, *papul*, *vesikel*, *skuama*, *likenifikasi*, dan keluhan gatal. Tanda *polimorfik* tidak selalu timbul bersamaan, mungkin hanya beberapa atau *oligoorfik*. Dermatitis cenderung *residif* dan menjadi *kronis* (Djuanda, 2010).

Data profil kesehatan kota Medan tahun 2016 menyatakan bahwa angka penyakit dermatitis pada tahun 2012 sebesar 5,5%, tahun 2013 sebesar 5,1%, tahun 2014 sebesar 4,5%, tahun 2015 sebesar 3,60% dan meningkat kembali pada tahun 2016 sebesar 4,41%.

Pendidikan Pondok Pesantren merupakan model pendidikan Islam yang banyak dipakai dan berlaku di beberapa negara Islam. Bahkan telah dipakai juga di negara-negara non Muslim. Pesantren Mawaridussalam adalah pesantren yang

diwakafkan untuk seluruh umat Islam yang terletak di desa Tumpatan Nibung kecamatan Batang Kuis kabupaten Deli Serdang. Pondok Pesantren adalah lembaga pendidikan Islam dengan sistem *boarding school* (pendidikan bersama), sehingga membentuk komunitas tersendiri yang anggotanya terdiri dari para santri, para guru/ ustadz dan keluarga pengasuh pesantren. Mengingat banyaknya santri, tentu tidak mustahil sebagian mereka ada yang kurang menyadari pentingnya kesehatan. Karena itu tidak mengherankan bila suatu penyakit akan cepat menular kepada para anggota masyarakat pesantren. Oleh karena itu setiap anggota komunitas pesantren perlu mengetahui dan memahami masalah kesehatan, baik untuk memelihara kesehatan dirinya secara individual maupun kesehatan bersama.

Seluruh santri di Pondok Pesantren Mawaridussalam berjumlah 1.737 orang yang terdiri dari 995 laki-laki dan 742 perempuan. Hasil data sekunder tahun 2018 yang didapat dari pondok putri ada 10 penyakit terbesar yang terjadi di Pesantren Mawaridussalam yaitu *Gastritis* sebanyak 362 orang, *Fibris* sebanyak 323 orang, *Dermatitis* sebanyak 375 orang, *GE* sebanyak 381 orang, *ISPA* sebanyak 301 orang, *Sakit Gigi* sebanyak 225 orang, *Amandel* sebanyak 172 orang, *Vertigo* sebanyak 125 orang, *Sakit Mata* sebanyak 122 orang, dan *Sakit Telinga* sebanyak 150 orang. *Dermatitis* merupakan penyakit kulit yang menjadi urutan kedua dari 10 penyakit terbesar di ponpes Mawaridussalam pada tahun 2018. Berdasarkan hasil dari wawancara kepada pihak bidan di klinik putri, dari 375 orang yang pernah menderita penyakit *dermatitis* tidak semuanya berobat di klinik pesantren. Banyak santri yang berobat di luar pesantren seperti berobat di daerah tempat tinggalnya, karena rata-rata dari orang tua mereka langsung

tanggap membawa pulang apabila anaknya terkena penyakit yang cukup serius. Hasil data sekunder yang di dapat dari klinik hanya sebanyak 78 orang yang berobat di klinik pesantren putri.

Observasi studi pendahuluan yang dilakukan di asrama putri Pondok Pesantren Mawaridussalam, *sanitasi* pada lingkungan asrama belum dikatakan memenuhi syarat sehat. Di setiap sudut bangunan terdapat toilet, akan tetapi toilet kurang bersih hingga menimbulkan bau tak sedap. Kepadatan hunian di ruang tidur tidak sesuai dengan ukuran kamar, dalam satu kamar terdiri dari 19 sampai 22 orang, ventilasi kamar kurang baik, barang-barang yang terletak dalam kamar terlalu padat sehingga sirkulasi udara dalam ruangan tidak sesuai standart kesehatan dan bangunan pada pesantren belum tertata dengan baik karena masih dalam proses pembangunan.

Hasil penelitian Nanda (2016) di Pondok Pesantren Al-Mukhlisin Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang diketahui bahwa ada pengaruh *personal hygiene* (kebersihan handuk dan tempat tidur) dan karakteristik (lama tinggal) terhadap kejadian penyakit dermatitis pada anak santri di pesantren Al Mukhlisin Tanjung Morawa. Dari hasil penelitian variabel ditemukan bahwa responden yang mengalami dermatitis sebanyak 51 orang (41,1%).

Perilaku penghuni asrama mengenai *personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. *Personal hygiene* yang rendah ditunjukkan dari aktivitas saling pinjam meminjam pakaian, perlengkapan mandi, dan alas tidur oleh sesama penghuni asrama. Pada lingkungan asrama, *personal hygiene* yang

rendah dan kelengkapan fasilitas sanitasi dasar yang kurang sangat berarti dalam mencetuskan terjadinya gangguan kesehatan (Rangkuti, 2012).

Masalah kesehatan sangat kompleks dan saling berkaitan dengan masalah-masalah di luar kesehatan itu sendiri. Demikian pula untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat tidak hanya dilihat dari segi kesehatan itu sendiri tapi harus dari seluruh segi yang ada pengaruhnya terhadap kesehatan tersebut.

Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat, untuk hal ini Hendri L. Blum menggambarkan secara ringkas. Keempat faktor tersebut (keturunan, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan) disamping berpengaruh langsung kepada kesehatan, juga saling berpengaruh satu sama lainnya (Sumantri, 2017).

Kesehatan pada umumnya dan kebersihan pribadi pada khususnya merupakan hal yang sangat penting diperhatikan terutama pada masa perkembangan. Pribadi yang utuh adalah pribadi yang didasari kesehatan yang baik. Menanamkan kebiasaan sehat dimasa muda memberikan dampak positif dihari tua, dimana kesehatan dihari tua merupakan hasil dari pemeliharaan kesehatan dimasa muda.

Anak bisa beradaptasi secara teknik saat berada di rumah dengan keluarganya, sehingga *personal hygiene* anak cukup baik. Ketika mereka datang menjadi santri di Pondok Pesantren Mawaridussalam, ia dituntut untuk mandiri dan dapat beradaptasi dengan teknik dan pendekatan *hygiene* perorangan yang dilakukan bersama dengan santri lainnya di lingkungan Pesantren Mawaridussalam dengan kondisi yang sudah sangat berbeda jika dibandingkan dengan rumah, sudah pasti *personal hygiene* juga kurang baik. Berbagai macam

watak, karakteristik, kondisi, keadaan, dan kebutuhan dapat melatar belakangi sekaligus memberi warna tersendiri bagi pondok pesantren untuk dapat mewujudkan perilaku *personal hygiene* di Ponpes Mawaridussalam. Karena praktik *hygiene* sama dengan peningkatan kesehatan (Yuni, 2015).

Hasil dari observasi dan data sekunder yang didapat, serta melihat banyaknya penyakit kulit yang selalu terjadi di kalangan Pesantren, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan *personal hygiene* dan kondisi fisik ruangan dengan kejadian dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam. Sasaran dalam penelitian ini adalah santriwati, peneliti hanya meneliti pada lingkungan asrama putri karena beberapa alasan yaitu dokumen data sekunder pada asrama putra tidak ada dan pihak pesantren tidak mengizinkan peneliti untuk masuk ke lingkungan kamar asrama putra.

1.2. Rumusan Masalah

Angka kejadian Dermatitis merupakan urutan kedua dari penyakit terbesar di Pondok Pesantren Mawaridussalam desa Tumpatan Nibung kecamatan Batang Kuis. Rumusan masalah yang dapat diambil dari latar belakang masalah di atas yaitu apakah ada hubungan *personal hygiene* santriwati dengan kejadian dermatitis?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan *personal hygiene* dan kondisi fisik ruangan dengan kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui apakah ada hubungan kebersihan kulit Santriwati dengan kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam.
2. Untuk mengetahui apakah ada hubungan kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam.
3. Untuk mengetahui apakah ada hubungan kebersihan pakaian Santriwati dengan kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam.
4. Untuk mengetahui apakah ada hubungan kebersihan handuk Santriwati dengan kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam.
5. Untuk mengetahui apakah ada hubungan kebersihan tempat tidur dan seprei Santriwati dengan kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Santriwati

Dapat menjadi masukan bagi para santri untuk memperbaiki kebiasaan hidup yang merugikan bagi kesehatan sehingga santri dapat menjaga kesehatan diri khususnya yang berkaitan dengan Dermatitis.

1.4.2 Bagi Peneliti Lain

Dapat digunakan sebagai masukan yang berkaitan dengan penyakit kulit infeksi untuk penelitian lebih lanjut.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Kulit

2.1.1. Defenisi Kulit

Kulit merupakan selimut yang menutupi permukaan tubuh sebagai pelindung dari berbagai macam gangguan serta rangsangan dari luar. Fungsi pelindung ini terjadi melalui sejumlah mekanisme biologis, seperti pembentukan lapisan tanduk secara terus-menerus (karatinisasi dan pelepasan sel-sel yang sudah mati), respirasi dan pengaturan suhu tubuh, serta pembentukan pigmen untuk melindungi kulit dari bahaya sinar ultraviolet matahari. Selain itu kulit juga berfungsi sebagai peraba, perasa serta pertahanan terhadap tekanan dan infeksi dari luar (Azgara, 2011).

Kulit sangat kompleks, elastis, dan sensitif, bervariasi pada keadaan iklim, umur, seks, ras, dan juga bergantung pada lokasi tubuh. Warna kulit juga berbeda-beda, dari kulit yang berwarna terang (fair skin), pirang, hitam, warna merah muda pada telapak tangan dan kaki bayi, serta warna hitam kecoklatan pada genitalia orang dewasa (Azgara, 2011).

2.1.2. Anatomi Kulit

Kulit merupakan pembungkus yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Kulit juga merupakan alat tubuh yang terberat dan terluas ukurannya, yaitu 15 persen dari berat tubuh dan luasnya 1,50-1,75 m^2 . Rata-rata

tebal kulit 1-2 mm. Paling tebal (6 mm) terdapat di telapak tangan dan kaki dan paling tipis (0,5 mm) terdapat di penis (Harahap, 2018).

Kulit terbagi atas tiga lapisan pokok, yaitu epidermis, dermis atau korium, dan jaringan subkutan atau subkutis (Harahap, 2018).

1. Epidermis

Epidermis terbagi atas empat lapisan:

- a. Lapisan basal atau stratum germinativum.
- b. Lapisan malpighi atau stratum spinosum.
- c. Lapisan granular atau stratum granulosum.
- d. Lapisan tanduk atau stratum korneum.

Pada telapak tangan dan kaki terdapat lapisan tambahan di atas lapisan granular yaitu stratum lusidum atau lapisan sel-sel jernih. Lapisan basal terdiri dari satu lapis sel-sel yang kuboid yang tegak lurus terhadap dermis. Di dalam sel terdapat sitoplasma yang basofilik dengan inti yang besar, lonjong, dan berwarna hitam. Sel-sel basal ini tersusun sebagai tiang pagar (palisade). Lapisan basal merupakan lapisan paling bawah dari epidermis dan berbatas dengan dermis. Dalam lapisan basal terdapat juga melanosit. Melanosit adalah sel dendriti yang membentuk melanin. Melanosit berasal dari bagian neural embrio. Melanin berfungsi melindungi kulit terhadap sinar matahari. Semua ras mempunyai jumlah melanosit yang sama. Perbedaan warna kulit bergantung pada kegiatan melanosit.

Lapisan malpighi merupakan lapisan epidermsi yang paling tebal dan kuat. Terdiri dari sel-sel poligonal yang di lapisan atas menjadi lebih gepeng. Sel-sel mempunyai protoplasma yang menonjol yang terlihat seperti duri-duri.

Lapisan granular terdiri dari satu sampai empat baris sel-sel berbentuk intan, berisi butir-butir (granular) keratohialin yang basofilik. Lapisan sel-sel jernih atau stratum lusidum terdiri dari satu lapis sel-sel tanpa inti. Lapisan tanduk terdiri dari 20-25 lapis sel-sel tanduk tanpa inti, gepeng, tipis, dan mati. Pada permukaan lapisan ini sel-sel mati terus menerus mengelupas tanpa terlihat.

Histologi selaput lendir adalah sama dengan kulit tetapi tidak mengandung lapisan granular dan lapisan tanduk, kecuali di dorsum lidah dan palatum. Epidermis mengandung juga: (1) kelenjar ekrin, (2) kelenjar apokrin, (3) kelenjar sebaceous, (4) rambut, dan (5) kuku. Kelenjar keringat ada dua jenis, ekrin dan apokrin. Fungsinya mengatur suhu, menyebabkan panas dilepaskan dengan cara penguapan. Kelenjar ekrin terdapat di semua daerah di kulit, tetapi tidak terdapat di selaput lendir.

2. Dermis

Dermis atau karium merupakan lapisan di bawah epidermis dan di atas jaringan subkutan. Dermis terdiri dari jaringan ikat yang di lapisan atas terjalin rapat (pars papilaris), sedangkan dibagian bawah terjalin lebih longgar (pars reticularis). Lapisan pars reticularis mengandung pembuluh darah, saraf, rambut, kelenjar keringat, dan kelenjar sebaceous.

3. Jaringan Subkutan (Subkutis atau Hipodermis)

Jaringan subkutan merupakan lapisan yang langsung di bawah dermis. Batas antara jaringan subkutan dan dermis tidak tegas. Sel-sel yang terbanyak adalah liposit yang menghasilkan banyak lemak. Jaringan subkutan mengandung saraf, pembuluh darah, dan limfe, kantung rambut, dan di lapisan atas jaringan

subkutan terdapat kelenjar keringat. Fungsi jaringan subkutan adalah penyekat panas, bantalan terhadap trauma, dan tempat penumpukan energi.

2.1.3. Fungsi Kulit

Kulit mempunyai fungsi bermacam-macam untuk menyesuaikan tubuh dengan lingkungan (Harahap, 2018). Fungsi kulit adalah sebagai:

1. Pelindung

Jaringan tanduk sel-sel epidermis paling luar membatasi masuknya benda-benda dari luar dan keluarnya cairan berlebihan dari tubuh. Melanin yang memberi warna pada kulit melindungi kulit dari akibat buruk sinar ultra violet.

2. Pengatur Suhu

Di waktu suhu dingin, peredaran darah di kulit berkurang guna mempertahankan suhu badan. Pada waktu suhu panas, peredaran darah di kulit meningkat dan terjadi penguapan keringat dari kelenjar keringat, sehingga suhu tubuh dapat dijaga tidak terlalu panas.

3. Penyerap

Kulit dapat menyerap bahan-bahan tertentu seperti gas dan zat yang terlarut dalam lemak, tetapi air dan elektrolit sukar masuk melalui kulit. Zat-zat yang larut dalam lemak lebih mudah masuk ke dalam kulit dan masuk peredaran darah, karena dapat bercampur dengan lemak yang menutupi permukaan kulit. Masuknya zat-zat tersebut melalui folikel rambut dan hanya sedikit sekali yang melalui muara kelenjar keringat.

4. Indera Perasa

Indera perasa di kulit terjadi karena rangsangan terhadap saraf sensoris dalam kulit. Fungsi indera perasa yang pokok yaitu merasakan nyeri, perabaan, panas dan dingin.

5. Faal Pergetahan (faal Sekretoris)

Kulit diliputi oleh dua jenis pergetahan, yaitu sebum dan keringat. Getah sebum dihasilkan oleh kelenjar keringat. Sebum adalah sejenis zat lemak yang membuat kulit menjadi lentur.

2.1.4. Penyakit Kulit

Salah satu bagian tubuh yang cukup sensitif terhadap berbagai macam penyakit adalah kulit. Kulit merupakan pembungkus yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Lingkungan yang sehat dan bersih akan membawa efek yang baik bagi kulit. Demikian pula sebaliknya, lingkungan yang kotor akan menjadi sumber munculnya berbagai macam penyakit antara lain penyakit kulit (Harahap, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya prevalensi penyakit kulit adalah iklim yang panas dan lembab yang memungkinkan bertambah suburanya jamur, kebersihan perorangan yang kurang baik dan faktor ekonomi yang kurang memadai (Harahap, 2018).

2.2. Dermatitis

2.2.1. Defenisi Dermatitis

Ekzema mempunyai banyak bentuk gambaran klinis, sehingga sulit dibuat definisi untuk kata “*ekzema*”. Disarankan istilah tersebut tidak dipakai lagi dan digantikan dengan istilah dermatitis. Dermatitis adalah suatu reaksi peradangan kulit yang karakteristik terhadap berbagai rangsangan endogen ataupun eksogen. Penyakit ini sangat sering dijumpai (Harahap, 2018).

Dermatitis adalah peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai respon terhadap pengaruh faktor eksogen dan faktor endogen, menimbulkan kelainan klinis berupa *efloresensi polimorfik* (eritema, edema, papul, vesikel, skuama, likenifikasi), dan gatal. Tanda *polimorfik* tidak selalu timbul bersamaan, bahkan mungkin hanya beberapa (*oligomorfik*). Dermatitis cenderung residif dan menjadi kronis.

Dermatitis merupakan epidermi-dermatis dengan gejala subyektif pruritus. Obyektif tampak inflamasi eritema, vesikulasi, eksudasi, dan pembentukan sisik. Tanda-tanda polimorfik tersebut tidak selalu timbul pada saat yang sama. Penyakit bertendensi residif dan menjadi kronis.

2.2.2. Jenis-Jenis Dermatitis

1. Dermatitis Atopik

Dermatitis atopik (DA) adalah dermatitis yang terjadi pada orang yang mempunyai riwayat atopi. Atopi ini diperkenalkan pertama sekali oleh *Coca* dan *Cooke* tahun 1923. Atopi berasal dari bahasa Yunani, yang berarti penyakit aneh ataupun hipersensitivitas abnormal untuk melawan faktor-faktor lingkungan,

dijumpai pada penderita atupun keluarganya, tanpa sensitisasi yang jelas sebelumnya. Diatesis atopik ditandai dengan adanya reaksi yang berlebihan terhadap rangsangan dari lingkungan sekitarnya, seperti bahan iritan, alergen, dan kecenderungan untuk memproduksi IgE. IgE serum lebih tinggi pada penderita DA dibandingkan penderita keadaan atopik lainnya dan paling tinggi pada penderita DA serta penyakit pernapasan yang alergik. Karakteristik dermatitis atopik adalah ada rasa gatal, eritem, dan ada perubahan histologik dengan sel radang yang bulat, dan ada edema epidermal spongiotik. Dermatitis atopik dapat dipindahkan melalui transplantasi sumsum tulang. Hal ini menegaskan bahwa sel darah merupakan vektor untuk manifestasi kelainan kulit. Penyebab dermatitis dapat berupa faktor turunan yang diduga dermatitis atopik diturunkan secara dominan autosomal, resesif autosomal, dan multifaktorial. Dapat juga berupa karena faktor imunologi yaitu gangguan imunologi yang menonjol pada DA adalah adanya peningkatan produksi IgE karena aktifitas limfosit T yang meningkat (Harahap, 2018).

2. Dermatitis Seboroik

Dermatitis seboroik adalah peradangan kulit yang sering terdapat pada daerah tubuh berambut, terutama pada kulit kepala, alis mata, dan muka, kronik dan superfisial. Penyebabnya belum pasti. Hanya didapati aktivitas kelenjar sebacea berlebihan. Dermatitis seboroik dijumpai pada bayi dan pada usia setelah pubertas. Kemungkinan ada pengaruh hormon. Pada bayi dijumpai hormon transpalesenta meninggi beberapa bulan setelah lahir dan penyakitnya akan membaik bila kadar hormon ini menurun. Banyak faktor yang disangka sebagai penyebab penyakit ini, seperti faktor iklim, genetik, lingkungan, hormon, dan

neurologik. Dermatitis seboroik ini mempunyai predileksi pada daerah yang berambut, karena banyak kelenjar sebacea yaitu kulit kepala, retroaurikula, alis mata, bulu mata, sulkus nasolabialis, telinga, leher, dada, daerah lipatan, aksila, inguinal, glutea, di bawah buah dada. Distribusinya biasanya bilateral dan simetris berupa bercak ataupun plakat dengan batas yang tidak jelas, eritem ringan dan sedang, skuama berminyak dan kekuningan. Dermatitis seboroik jarang menyebabkan kerontokan rambut. Terjadi perubahan komposisi produk kelenjar sebacea, sehingga bakteri komensal yang ada dipermukaan kulit dapat berkembang biak, seperti *pityrosporon ovale* dan spesies piokok (Harahap, 2018).

3. Liken Simpleks Kronik

Liken simpleks kronik adalah suatu dermatitis dengan penebalan kulit dari jaringan tanduk (likenifikasi) karena garukan atau gosokan yang berulang-ulang. Kebanyakan lesi hanya di satu tempat, namun dapat juga dijumpai atau beberapa tempat. Penyebabnya tidak diketahui dengan pasti. Ada yang menghubungkannya dengan ketegangan jiwa (Harahap, 2018). Ada beberapa jenis liken yaitu:

- a. Liken simpleks nukhe: di belakang leher, sering pada wanita bila setres dan digaruk.
- b. Likenifikasi raksasa (Pautrier): sering pada orang tua. Garukan akan merangsang pembentukan satu atau lebih benjolan besar yang disertai gatal. Lokalisasinya adalah bokong, paha, ketiak. Tidak ditemui di badan. Sering dijumpai pada wanita dan tidak dijumpai pada anak-anak. Gatal tidak terus-menerus, melainkan hanya bila ada setres emosional.

4. Dermatitis Statis

Dermatitis statis adalah dermatitis yang terjadi akibat adanya gangguan aliran darah vena di tungkai bawah. Hal ini terjadi karena adanya gangguan kutub vena, sehingga tekanan kapiler meningkat dan terjadi kerusakan kapiler yang menyebabkan edema dan timbul ekstrasvasasi sel darah merah karena kapiler rusak. Penyakit ini kronis, gatal, di ekstremitas bawah, menimbulkan edem. Dermatitis statis sering dijumpai pada wanita dan pria usia dewasa, dari kalangan menengah ke atas. Vena varikose tampak bertonjol-tonjol dan disertai edema di ekstremitas bawah. Pada taraf awal dijumpai selulitis ringan, kulit di atasnya berwarna coklat hiperpigmentasi, merah gelap, petekchie, kulit menebal, skuama dengan/ tanpa berair. Lesi sering ditemukan di sebelah atas medial meoleolus (Harahap, 2018).

5. Dermatitis Nonspesifik

Dermatitis Nonspesifik adalah suatu erupsi epidermal yang dapat berlangsung akut, kronik, terlokalisir atau generalis. Dermatitis nonspesifik didiagnosis bila tidak dijumpai penyebab dari bahan alergen ataupun bahan iritan. Rasa gatal merupakan gejala yang sangat dikeluhkan penderita, sehingga dapat mengganggu kegiatan sehari-hari maupun tidur. Gatalnya dapat konstan ataupun episodik. Dermatitis nonspesifik biasanya mengenai penderita yang selalu mengeluh bahwa kulitnya sensitif, seperti selalu tidak cocok dengan kosmetik, pelembab, sabun, dan detergen (Harahap, 2018).

6. Dermatitis Otosensitisasi

Dermatitis otosensitisasi merupakan perluasan yang cepat dari reaksi ekzematus atau vesikuler. Proses otosensitisasi diketahui juga sebagai reaksi id.

Lesi primer mengeluarkan suatu bahan yang dapat berdifusi melalui epidermis atau melalui peredaran darah yang dapat menurunkan tingkat ambang kulit terhadap bahan iritan. Hipersensitivitas tipe lambat juga ada pengaruhnya pada keadaan hiperiritabilitas ini. Bagaimana mekanisme terjadinya masih belum jelas. Kemungkinan terjadi karena adanya penyebaran bahan kimia atau sel, atau mungkin karena adanya pengaruh mekanisme neurologik (Harahap, 2018).

7. Dermatitis Numuler

Dermatitis numuler merupakan dermatitis yang bentuk lesinya yang bulat seperti uang logam. Penyebab tidak diketahui dengan jelas. Faktor berperan untuk terjadinya dermatitis ini. Kolonisasi lesi oleh stafilokokus dapat memperberat penyakit meskipun tanpa tanda-tanda infeksi. Meskipun demikian, sensitifitas alergi terhadap stafilokokus atau mikrokokus dapat menyebabkan perluasan lesi. Kelainan kulit mula-mula berupa papulovesikula di atas dasar eritem yang timbulnya mendadak pada kulit yang tampaknya normal. kemudian pecah, sehingga terjadi eksudasi dan krusta. Erupsi dimulai tunggal atau beberapa buah. Timbul bercak eritematous yang berbentuk uang logam. Lesi dapat berair sehingga timbul krusta.

Bila penyakit berkelanjutan, vesikula akan berkurang banyak, terbentuk skuama dan sering disertai penyembuhan di bagian sentral dan pelebaran di bagian perifer. Pada fase akut, dijumpai lesi berwarna merah, basah, berkrusta dan sangat gatal. Pada fase kronik dijumpai lesi yang kering, berskuama, dan likenifikasi. Ada rasa gatal, kadang-kadang rasa panas. Distribusinya adalah bagian ekstensor ekstremitas atas, terutama bagian dorsal tangan, dan badan. Pada laki-laki, sering timbul di daerah ekstremitas bagian bawah. Lesinya dapat dimulai

satu atau beberapa, kemudian dapat menyebar dalam beberapa hari atau bulan (Harahap, 2018).

8. Dermatitis Xerotik

Dermatitis xerotik merupakan dermatitis yang terjadi pada musim dingin dan sering dijumpai pada orang tua dan mempunyai predisposisi. Dapat dijumpai pada laki-laki maupun perempuan. Dijumpai skuama yang kering dan halus. Kulit kelihatan pecah-pecah. Kulit kelihatan seperti susunan ganteng (*crazy paving*). Fisura-fisura tersebut dapat menjadi merah dan meradang. Lokalisasi yang sering adalah daerah tulang kering, yang dapat meluas ke paha, tubuh, dan lengan. Muka dan bagian lipatan yang lembab jarang terkena (Harahap, 2018).

9. Pomfoliks

Pomfoliks adalah suatu ekzema endogen yang ditandai dengan erupsi vesikula menonjol di telapak tangan atau telapak kaki. Karena lokalisasinya di tempat yang banyak berkeringat (hiperhidrosis), diduga keringat sebagai penyebabnya (dishidrotik). Secara histologik dijumpai vesikula yang penuh berisi cairan, di epidermis. Pada stadium akut dijumpai banyak vesikula, yang berisi cairan. Munculnya tiba-tiba Vesikula tersebut kadang-kadang dapat berkelompok dan kemudian membentuk bula yang besar (Harahap, 2018).

10. Dermatitis Medikamentosa

Walaupun reaksi obat sering dijumpai, tapi jarang secara histologi reaksinya menyerupai ekzema. Reaksi ekzematosa akibat reaksi obat lebih sering setelah pengobatan dengan emas atau bleomisin. Erupsi karena emas dapat berupa ekzema diskoid, dengan gambaran likenoid. Erupsi ini dapat meluas jadi eritroderma. Obat-obat lain seperti penisilin, kuinin, beta bloker, metildopa,

klonidin, pirazon, dan kloramfenikol dapat juga menyebabkan ekzema. Reaksi ekzema juga dapat terjadi sebagai akibat reaksi kontak (Harahap, 2018).

11. Dermatitis Kontak

Dermatitis kontak adalah suatu dermatitis (peradangan kulit) yang disertai dengan adanya spongiosis/ edema interseuler pada epidermis karena kulit berinteraksi dengan bahan-bahan kimia yang berkontak atau terpajan pada kulit. Bahan-bahan tersebut dapat bersifat toksik ataupun alergik (Harahap, 2018). Berdasarkan penyebabnya, dermatitis dibagi atas:

a. Dermatitis Kontak Iritan

Dermatitis kontak iritan terjadi karena kulit berkontak dengan bahan iritan. Bahan iritan adalah bahan yang pada kebanyakan orang dapat mengakibatkan kerusakan sel bila dioleskan pada kulit pada waktu tertentu dan untuk jangka waktu tertentu. Bahan iritan ini dapat merusak kulit dengan cara menghabiskan lapisan tanduk secara bertahap melalui denaturasi keratin sehingga mengubah kemampuan kulit untuk menahan air. Klasifikasi bahan iritan:

- 1) Iritan kuat.
- 2) Rangsangan mekanik: serbuk kaca/ serat (fiberglass, wol).
- 3) Bahan kimia: air, sabun.
- 4) Bahan biologik: dermatitis popok.

Dermatitis kontak iritan dapat terjadi pada semua umur pada laki-laki maupun perempuan. Lepasnya ureum karena kerja enzim bakteri di fases dapat menyebabkan DK iritan di glutea, paha atas, perut bagian bawah, yang disebut *dermatitis popok (nappy rash)*.

Pada orang dewasa, DK iritan sering terjadi pada telapak tangan dan punggung tangan, karena DK iritan sering berkaitan pekerjaan. Muka dapat terkena oleh bahan yang menguap (amonia).

1) Dermatitis Iritan Akut

Dermatitis iritan kuat terjadi setelah satu atau beberapa kali olesan bahan-bahan iritan kuat, sehingga terjadi kerusakan epidermis yang berakibat peradangan. Biasanya dermatitis iritan kuat terjadi karena kecelakaan kerja. Bahan-bahan iritan ini dapat merusak kulit karena terkurasnya lapisan tanduk, denaturasi keratin, dan pembekakan sel.

Tipe reaksinya tergantung pada bahan apa yang berkontak, konsentrasi bahan kontak, dan lamanya berkontak. Reaksinya dapat berupa kulit menjadi merah atau coklat. Kadang-kadang terjadi edema dan rasa panas, atau ada papula, vesikula, pustula, kadang-kadang terbentuk bula yang purulen dengan kulit disekitarnya normal.

2) Dermatitis Iritan Kronik (kumulatif)

Dermatitis ini terjadi karena kulit berkontak dengan bahan-bahan iritan yang tidak terlalu kuat, seperti sabun, deterjen, dan larutan antiseptik.

Stadium I: kulit kering dan pecah-pecah. Stadium ini dapat sembuh dengan sendirinya.

Stadium II: ada kerusakan epidermis dan reaksi dermal. Kulit menjadi memerah dan bengkak, terasa panas, dan mudah terangsang. Kadang-kadang timbul papula, vesikula, krusta. Bila kronik timbul likenifikasi. Keadaan ini menyebabkan retensi keringat dan perubahan flora bakteri.

3) Dermatitis tangan

Dermatitis ini sering terjadi pada ibu rumah tangga. Sering terjadi pada punggung tangan dan sela-sela jari tangan. Dermatitis ini bersifat kronik dan biasanya bersifat ringan. Kulit kelihatan kering, pecah-pecah dan eritem. Kadang-kadang dapat bersifat akut dengan gejala eritema, basah, bula, sehingga menyerupai lesi luka bakar.

b. Dermatitis Kontak Alergik

Dermatitis kontak alergi (DKA) dapat terjadi karena kulit terpajan/berkontak dengan bahan-bahan yang bersifat sensitizer (alergen). Manifestasi klinik:

1. Fase akut: merah, edema, papula, vesikula, berair, krusta, gatal.
2. Fase kronik: kulit tebal/ likenifikasi, kulit pecah-pecah, skuama, kulit kering dan hiperpigmentasi.

c. Dermatitis Fotokontak

Dermatitis ini dapat berbentuk dermatitis toksik ataupun alergi, tergantung pada jenis bahan yang berkontak. Setelah berkontak dengan bahan tersebut dan di sinar dengan sinar ultraviolet (UVA), kulit mengalami peradangan dengan manifestasi ekzema.

Dermatitis fototoksik menyerupai kulit yang terbakar sinar ultra violet. Timbul eritema, edema, dan terbentuk bula. Lokalisasinya sesuai dengan tempat kontak benda. Bentuknya difus bila terpajan pada bahan yang dapat menguap, melalui udara.

Dermatitis berluque disebabkan oleh parfum yang mengandung psoralen, biasanya minyak bergamot. Bentuk ini jarang dijumpai pada fase akut, biasanya di leher. Dermatitis fototoksik sering meninggalkan ruam.

Dermatitis fotoalergik juga menyerupai kulit yang terbakar matahari. Biasanya ada papula dan vesikula. Lokalisasinya pada daerah yang terpajan sinar matahari, seperti muka, telinga, batas pinggir kerah baju, bagian ekstensor lengan, bagian dorsum tangan. Pada keadaan kronis dapat dijumpai skuama dan likenifikasi.

12. Dermatitis Infektif

Dermatitis infektif adalah suatu ekzema yang disebabkan oleh suatu mikroorganisme ataupun produknya, dan menyembuh bila organismenya sudah diobati. Jadi bentuk dermatitis ini harus dibedakan dengan dermatitis yang mengalami infeksi sekunder oleh bakteri ataupun virus karena kulit terluka. Kadang-kadang dalam praktek kedua penyakit ini susah dibedakan.

Di klinik, dermatitis infektif ini sering dijumpai sekunder beberapa sentimeter di sekitar lesi primer *moluskum contagiosum*. Eksema ini akan sembuh. Hal yang sama juga berlaku untuk dermatitis infektif yang timbul disekitar luka. Dermatitis akan menyembuh bila lukanya diobati dengan antibiotika saja.

Beberapa ahli memasukkan dermatitis seboroik di dalam dermatitis infektif, karena adanya pertumbuhan jamur *pityrosporum* yang meningkat, dan dermatitis seboroik ini akan menyembuh bila diobati dengan antijamur.

Secara klinis, dermatitis infektif sulit dibedakan dengan dermatitis yang terinfeksi. Pada dermatitis yang terinfeksi, ada eritema, eksudasi dan krusta.

Eksudasi ini akan membasahi krusta sehingga dijumpai skuama yang berminyak. Jaringan di bawahnya kasar dan meah. Batas jelas. Lapisan tanduk selalu terbelah membentuk kolaret yang bulat. Kadang-kadang dijumpai papula dan menetap. Dermatis ini sering dijumpai disekitar luka atau ulkus atau lesi kulit yang basah (Harahap, 2018).

13. Dermatoftid

Reaksi ekzema dapat terjadi sebagai reaksi alergi terhadap infeksi dermatofit. Harus ada kriteria dibawah ini untuk menegaskan diagnosis.

1. Ada fokus infeksi dermatofites.
2. Hasil tes kulit terhadap grup antigen trikofitin.
3. Tidak dijumpai jamur pada lesi dermatofitid.
4. Dermatoftid sembuh setelah jamurnya diobati

Dermatoftid terjadi setelah sekunder, jauh dari lesi infeksi, analog dengan tuberkulid kulit pada tuberkulosis. Keadaan ini jarang dijumpai. Bentuknya dapat bervariasi. Sering dijumpai vesikel yang ekzematus pada tangan dan kaki. Pada tangan, lesi dapat simetris pada sisi jari-jari, biasanya sebagai reaksi terhadap tinea pedis dikaki. Dermatoftid yang ekzematus ini dapat menyerupai Pityriasis Rosea (Harahap, 2018).

14. Dermatitis Eksfoliativa Generalisata

Dermatitis eksfoliativa generalisata adalah suatu kelainan peradangan yang ditandai dengan eritema dan skuama yang hampir mengenai seluruh tubuh. Prosesnya dapat primer ataupun idiopatik, tanpa didahului penyakit kulit ataupun sistemik sebelumnya. Dampaknya, mula-mula timbul bercak eritem yang dapat meluas ke seluruh tubuh dalam waktu 12-48 jam. Deskuamasi yang difus dimulai

dari daerah lipatan, kemudian menyeluruh. Dapat juga mengenai membran mukosa, terutama yang disebabkan oleh obat. Bila kulit kepala sudah terkena, dapat terjadi alopesia, perubahan kuku, dan kuku dapat lepas. Dapat terjadi limfadenopati dan hepatemogali (Harahap, 2018).

2.3. *Personal Hygiene*

2.3.1. Definisi *Personal Hygiene*

Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (Yuni, 2015).

Tindakan memelihara kebersihan diri yang di maksud adalah tindakan untuk menjaga kesehatan baik secara fisik (tubuh tidak mengalami sakit) dan psikis (jiwa dan fikiran tidak sedang terganggu). Apabila seseorang baik secara fisik dan psikisnya sedang sakit, berarti orang tersebut tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya.

2.3.2. Tujuan Perawatan *Personal Higiene*

Tujuan perawatan personal hygiene (Isro'in, Andarmoyo, 2012) yaitu:

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
2. Memelihara kebersihan diri seseorang.
3. Memperbaiki personal hygiene yang kurang.
4. Pencegahan penyakit.
5. Meningkatkan percaya diri seseorang.
6. Menciptakan keindahan.

2.3.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

1. Praktik Sosial

Manusia merupakan makhluk sosial dan karenanya berada dalam kelompok sosial. Kondisi ini akan memungkinkan seseorang untuk berhubungan, berinteraksi dan bersosialisasi satu dengan yang lainnya. *Personal hygiene* atau kebersihan diri seseorang sangat mempengaruhi praktik sosial seseorang. Selama masa anak-anak, kebiasaan keluarga mempengaruhi praktik *hygiene*, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis *hygiene* mulut. Pada masa remaja, *hygiene* pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman sebaya. Remaja wanita misalnya, mulai tertarik dengan penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Sedangkan pada lansia akan terjadi beberapa perubahan dalam praktiknya *hygiene* karena perubahan dalam kondisi fisiknya (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

2. Pilihan Pribadi

Setiap klien memiliki keinginan dan pilihan tersendiri dalam praktik personal *hygienenya*, (misal: kapan dia harus mandi, bercukur, melakukan perawatan rambut, dan sebagainya), termasuk memilih produk yang digunakan dalam praktik *hygienenya* (misal: sabun, sampo, deodoran, dan pasta gigi) menurut pilihan dan kebutuhan pribadinya. Pilihan-pilihan tersebut setidaknya harus membantu perawat dalam mengembangkan rencana keperawatan yang lebih kepada individu. Perawatan tidak mencoba untuk mengubah pilihan klien kecuali hal itu akan mempengaruhi kesehatan klien (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

3. Citra Tubuh

Citra tubuh adalah cara pandang seseorang terhadap bentuk tubuhnya, citra tubuh sangat mempengaruhi dalam praktik *hygiene* seseorang. Ketika seorang perawat dihadapkan pada klien yang tampak berantakan, tidak rapi, atau tidak peduli dengan *hygiene* dirinya, maka dibutuhkan edukasi tentang pentingnya *hygiene* untuk kesehatan, selain itu juga dibutuhkan kepekaan perawat untuk melihat kenapa hal ini bisa terjadi, apakah memang kurang/ ketidaktahuan klien akan *hygiene* perorangan atau ketidakmauan dan ketidakmampuan klien dalam menjalankan praktik *hygiene* dirinya, hal ini bisa dilihat dari partisipasi klien dalam *hygiene* harian (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

4. Status Sosial Ekonomi

Status ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik *hygiene* perorangan. Sosial ekonomi yang rendah memungkinkan *hygiene* perorangan yang rendah pula. Perawat dalam hal ini harus bisa menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting dalam praktik *hygiene* seperti sabun, sampo, sikat gigi, pasta gigi, dan sebagainya (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

5. Pengetahuan dan Motivasi

Pengetahuan tentang *hygiene* mempengaruhi praktik *hygiene* seseorang. Namun, hal ini saja tidak cukup, karena motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan *hygiene* tersebut. Permasalahan yang sering terjadi adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Sebagai seorang perawat yang bisa dilakukan dalam hal ini adalah mendiskusikannya dengan kliene, memeriksa kebutuhan praktik *hygiene* klien dan memberikan informasi yang tepat dan adekuat kepada klien, tetapi, bagaimanapun juga kembalinya adalah

klien, bahwa klienlah yang berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

6. Variabel Budaya

Kepercayaan budaya dan nilai pribadi klien akan mempengaruhi perawatan *hygiene* seseorang. Berbagai budaya memiliki praktik *hygiene* yang berbeda. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan sehingga mandi bisa dilakukan 2-3 kali dalam sehari, sedangkan di Eropa memungkinkan juga menganggap bahwa kesehatan dan kebersihan tidaklah penting. Dalam hal ini sebagai seorang perawat jangan menyatakan ketidaksetujuan jika klien memiliki praktik *hygiene* yang berbeda dari nilai-nilai perawat, tetapi diskusikan nilai-nilai standart kebersihan yang bisa dijalankan oleh klien (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

7. Kondisi Fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan *hygiene*. Contohnya pada pasien yang terpasang traksi atau gips, atau terpasang infus intravena. Penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak. Klien di bawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri. Penyakit kronis (jantg, kanker, neurologis, psikiatrik) sering melelahkan klien. Genggaman yang melemah akibat artritis, stroke, atau kelainan otot menghambat klien dalam pelaksanaan *hygiene* seperti menggunakan sikat gigi, memakai handuk, menyisir dan sebagainya. Kondisi yang lebih serius akan menjadikan klien tidak mampu dan akan memerlukan kehadiran perawat untuk melakukan perawatan *hygienis* total (Isro'in, Andarmoyo, 2012).

2.3.4. Dampak yang Sering Timbul pada Masalah Personal Hygiene

Dampak yang akan timbul jika *personal hygiene* kurang adalah:

1. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah: gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

2. Gangguan Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam interaksi sosial.

2.3.5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala individu dengan kurang perawatan diri menurut Departemen Kesehatan RI 2000 (Anonim, 2009) adalah:

1. Fisik

- a. Badan bau dan pakaian kotor.
- b. Rambut dan kulit kotor.
- c. Kuku panjang dan kotor.
- d. Gigi kotor di sertai mulut bau.
- e. Penampilan tidak rapi.

2. Psikologis

- a. Malas dan tidak ada inisiatif.
- b. Menarik diri atau isolasi diri.

c. Merasa tak berdaya, rendah diri, dan merasa hina.

3. Sosial

a. Interaksi kurang .

b. Kegiatan kurang.

c. Tidak mampu berperilaku sesuai norma.

d. Cara makan tidak teratur.

e. Buang air besar dan buang air kecil disembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

2.3.6. Pemeliharaan dalam *Personal Hygiene*

Pemeliharaan personal hygiene diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan dan kesehatan (Yuni, 2015). *Personal hygiene* meliputi:

1. Kebersihan Kulit

Kebersihan kulit merupakan cerminan kesehatan yang paling pertama memberikan kesan, oleh karena itu perlu memelihara kulit sebaik-baiknya. Pemeliharaan kulit tidak dapat terlepas dari kebersihan lingkungan, makanan yang dimakan serta kebiasaan hidup sehari-hari.

Dalam memelihara kebersihan kulit kebiasaan-kebiasaan yang sehat harus selalu diperhatikan adalah menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian, makan yang bergizi terutama banyak sayur dan buah, dan menjaga kebersihan lingkungan.

2. Kebersihan Rambut

Rambut yang terpelihara dengan baik akan membuat bersih dan indah sehingga akan menimbulkan kesan bersih dan tidak berbau. Dengan selalu memelihara kebersihan rambut dan kulit kepala, maka perlu memperhatikan kebersihan rambut dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai sampo/ bahan pencuci rambut lainnya, dan sebaiknya menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri.

3. Kebersihan Gigi

Menggosok gigi dengan teratur dan baik akan menguatkan dan membersihkan gigi sehingga terlihat bersih. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga kesehatan gigi adalah menggosok gigi secara benar dan teratur dianjurkan setiap sehabis makan, memakai sikat gigi sendiri, menghindari makanan-makanan yang merusak gigi, membiasakan makan buah-buahan yang menyehatkan gigi dan memeriksa gigi secara teratur.

4. Kebersihan Telinga

Hal yang diperhatikan dalam kebersihan telinga adalah memeriksa telinga secara teratur dan tidak mengorek ngorek telinga dengan benda tajam.

5. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Seperti halnya kulit, tangan kaki dan kuku harus dipelihara dan ini tidak terlepas dari kebersihan lingkungan sekitar dan kebiasaan hidup sehari-hari. Tangan, kaki dan kuku yang bersih menghindarkan kita dari berbagai penyakit. Kuku dan tangan yang kotor dapat menyebabkan bahaya kontaminasi dan menimbulkan penyakit-penyakit tertentu. Untuk menghindari bahaya kontaminasi maka harus membersihkan tangan sebelum makan, memotong kuku secara teratur, membersihkan lingkungan dan mencuci kaki sebelum tidur.

6. Kebersihan Pakaian

Pakaian yang kotor akan menghalangi seseorang untuk sehat dan segar walaupun seluruh tubuh sudah bersih. Pakaian banyak menyerap keringat, lemak dan kotoran yang dikeluarkan oleh badan. Dalam sehari saja, pakaian berkeringat dan berlemak ini akan berbau dan mengganggu. Untuk itu perlu mengganti pakaian setiap hari. Saat tidur hendaknya memakai pakaian yang khusus untuk tidur dan tidak memakai pakaian yang sudah kotor.

7. Kebersihan Handuk

Handuk merupakan kain yang digunakan untuk mengeringkan tubuh setelah mandi. Handuk yang bersih harus dicuci dengan deterjen, dikeringkan, disetrika, dan disimpan di tempat yang bersih. Apabila digunakan, setiap hari harus dijemur dibawah sinar matahari. Handuk harus dilakukan sekali seminggu dan tidak boleh dipakai oleh orang lain atau digunakan bergantian.

8. Kebersihan Tempat Tidur

Tempat tidur merupakan tempat yang digunakan sebagai tempat tidur atau beristirahat. Menjaga kebersihan tempat tidur selain memberi kenyamanan juga menghindarkan dari adanya tungau *Sarcoptes Scabiei* yang dapat hidup pada kasur dan bantal yang tidak dijemur. Tempat tidur sebaiknya dijaga dalam keadaan bersih juga kebersihan kamar tidur lebih diperhatikan dan dibersihkan setiap hari agar kuman tidak dapat berkembangbiak. Kasur sebaiknya dijemur secara teratur setiap minggu sekali. Mengganti seprei, sarung bantal dan selimut serta dicuci setiap minggu sekali.

2.3.7. Hal-Hal yang Mencakup *Personal Hygiene*

Kegiatan-kegiatan yang mencakup personal hygiene adalah:

1. Mandi

Mandi merupakan bagian yang terpenting dalam menjaga kebersihan diri. Mandi dapat menghilangkan bau, menghilangkan kotoran, merangsang peredaran darah, memberikan kesegaran pada tubuh. Sebaiknya mandi dua kali sehari, alasan utama adalah agar tubuh sehat dan segarbugar. Mandi membuat tubuh kita segar dengan membersihkan seluruh tubuh kita.

Urutan mandi yang benar adalah seluruh tubuh dicuci dengan sabun mandi. Oleh buih sabun, semua kotoran dan kuman yang melekat mengotori kulit lepas dari permukaan kulit, kemudian tubuh disiram sampai bersih, seluruh tubuh digosok hingga keluar semua kotoran atau daki. Keluarkan daki dari wajah, kaki dan lipatan-lipatan. Gosok terus dengan tangan, kemudian seluruh tubuh disiram sampai bersih sampai kaki.

2. Perawatan Mulut dan Gigi

Mulut yang bersih sangat penting secara fisik dan mental seseorang. Perawatan pada mulut juga disebut *oral hygiene*. Melalui perawatan pada rongga mulut, sisa-sisa makanan yang terdapat di mulut dapat dibersihkan. Selain itu, sirkulasi pada gusi juga dapat distimulasi dan dapat mencegah halitosis. Maka penting untuk menggosok gigi sekurang-kurangnya dua kali sehari dan sangat dianjurkan untuk berkumur-kumur atau menggosok gigi setiap hari selepas kita makan.

Kesehatan gigi dan rongga mulut bukan sekedar menyangkut kesehatan di rongga mulut saja, tetapi mencerminkan kesehatan seluruh tubuh. Orang yang

giginya tidak sehat, pasti kesehatan dirinya berkurang. Sebaliknya apabila gigi sehat dan terawat baik, seluruh tubuhnya sehat dan segar bugar. Menggosok gigi sebaiknya di lakukan setiap selesai makan. Sikat gigi jangan di tekan keras-keras pada gigi kemudian di gosokkan cepat-cepat. Tujuan menggosok gigi ialah membershkan gigi dan seluruh rongga mulut. Di bersihkan dari sisa-sisa makanan, agar tidak ada sesuatu yang membusuk dan menjadi sarang bakteri (Irianto, 2013).

3. Cuci Tangan

Tangan adalah anggota tubuh yang paling banyak berhubungan dengan apa saja. Kita menggunakan tangan untuk menjamah makanan setiap hari. Selain itu habis memegang sesuatu yang kotor atau mengandung kuman penyakit, selalu tangan langsung menyentuh mata, hidung, mulut, makanan serta minuman. Hal ini dapat menyebabkan pemindahan sesuatu yang dapat berupa penyebab terganggunya kesehatan karena tangan merupakan perantara penularan kuman (Irianto, 2013).

Penelitian WHO dalam *National Campaign for Handwashing With Soap* (2007) telah menunjukkan mencuci tangan pakai sabun dengan benar pada 5 waktu penting yaitu sebelum makan, sesudah buang air besar, sebelum memegang bayi, sesudah menceboki anak, dan sebelum menyiapkan makanan dapat megurangi angka kejadian diare sampai 40% . Cuci tangan pakai sabun dengan benar juga dapat mencegah penyakit menular lainnya seperti tifus dan flu burung.

Langkah yang tepat mencuci tangan pakai sabun adalah seperti berikut:

- a. Basuh tangan dengan air mengalir dan gosokkan kedua permukaan tangan dengan sabun secara merata dan jangan lupa sela-sela jari.
 - b. Bilas kedua tangan sampai bersih dengan air yang mengalir.
 - c. Keringkan tangan dengan menggunakan kain lap yang bersih dan kering.
4. Membersihkan Pakaian

Pakaian yang kotor akan menghalangi seseorang untuk terlihat sehat dan segar walaupun seluruh tubuh sudah bersih. Pakaian banyak menyerap keringat, lemak dan kotoran yang dikeluarkan badan. Dalam sehari saja, pakaian berkeringat dan berlemak ini akan berbau busuk dan mengganggu. Untuk itu perlu mengganti pakaian dengan yang bersih setiap hari. Saat tidur hendaknya kita mengenakan pakaian yang khusus untuk tidur dan bukannya pakaian yang sudah dikenakan sehari-hari yang sudah kotor. Untuk kaos kaki, kaos yang telah dipakai dua kali harus dibersihkan. Selimut, sepre, dan sarung bantal juga harus diusahakan supaya selalu dalam keadaan bersih sedangkan sarung dan bantal harus sering dijemur (Irianto, 2013).

2.4. Konsep Pondok Pesantren

2.4.1. Defenisi Pondok Pesantren

Pesantren menurut kamus umum Bahasa Indonesia berasal dari kata *santri* yang mempunyai pengertian salah satunya yakni orang yang mendalami pengajiannya dalam agama Islam dengan berguru ketempat yang jauh seperti pesantren dan lain sebagainya. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia, pesantren diartikan sebagai asrama tempat santri atau tempat murid-murid belajar mengaji. Sedangkan secara istilah pesantren adalah lembaga pendidikan Islam para santri biasa tinggal di pondok (asrama) dengan materi pengajaran kitab-kitab klasik dan

kitab-kitab umum bertujuan untuk menguasai ilmu agama Islam secara detail serta mengamalkan sebagai pedoman hidup keseharian dengan menekankan penting moral dalam kehidupan bermasyarakat.

Pondok Pesantren adalah lembaga pendidikan Islam tertua yang merupakan produk budaya Indonesia. Keberadaan Pesantren di Indonesia dimulai sejak Islam masuk negeri ini dengan mengadopsi sistem pendidikan keagamaan yang sebenarnya telah lama berkembang sebelum kedatangan Islam. Pondok Pesantren adalah sekolah Islam berasrama (*Islamic boarding school*) dan pendidikan umum yang persentase ajarannya lebih banyak ilmu-ilmu pendidikan agama Islam daripada ilmu umum. Para pelajar pesantren disebut sebagai santri belajar pada sekolah ini, sekaligus tinggal pada asrama yang disediakan oleh pesantren (Haedari, 2010).

Pesantren, selain dikenal sebagai wahana tempat belajar santri dan santriwati dalam mendalami ilmu agama Islam, juga dikenal bermasalah dari segi aspek sanitasi. Berbagai penyakit berbasis lingkungan yang umum sering menjadi masalah di Pesantren seperti kudis, diare, ISPA, disebabkan oleh lingkungan yang kurang sehat di Pondok Pesantren (Ponpes). Bahkan ada gurauan dikalangan santri dan kyai bahwa belum sah jika seorang santri yang mondok di Ponpes jika belum terserang penyakit kudis karena sanitasi lingkungan yang buruk merupakan faktor dominan yang berperan dalam penularan dan tingginya angka prevalensi penyakit scabies. Hunian yang padat serta tinggal satu kamar merupakan faktor yang mempengaruhi penularan scabies (Badri, 2008).

2.5. Kajian Integrasi Keislaman

2.5.1. Konsep Personal Hygiene menurut Al-Qur'an dan Hadist

Dalam hukum Islam, bersuci termasuk bagian ilmu dan amalan yang penting, terutama karena di dalam syarat-syarat salat telah ditetapkan bahwa seseorang yang akan mengerjakan salat diwajibkan suci dari hadas dan suci pula badan, pakaian, dan tempatnya dari najis.

Firman Allah Swt:

ان الله يحب التوابين ويحب المتطهرين

“Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang tobat dan menyukai orang-orang yang menyucikan diri.” (Al-Baqarah: 222)

Bersuci ada dua bagian:

1. Bersuci dari hadas. Bagian ini khusus untuk badan, seperti mandi, berwudu, dan tayamum.
2. Bersuci dari najis. Bagian ini berlaku pada badan, pakaian, dan tempat.

Allah juga berfirman dalam surah Al-Maidah, ayat 6:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قُمْتُمْ إِلَى الصَّلَاةِ فَاغْسِلُوا وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى الْمَرَافِقِ وَامْسَحُوا بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى الْكَعْبَيْنِ ۚ وَإِنْ كُنْتُمْ جُنُبًا فَاطَّهَّرُوا ۚ وَإِنْ كُنْتُمْ مَرْضَىٰ أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوْ جَاءَ أَحَدٌ مِنْكُمْ مِنَ الْغَائِطِ أَوْ لَامَسْتُمُ النِّسَاءَ فَلَمْ تَجِدُوا مَاءً فَتَيَمَّمُوا صَعِيدًا طَيِّبًا فَامْسَحُوا بِوُجُوهِكُمْ وَأَيْدِيكُمْ مِنْهُ ۚ مَا يُرِيدُ اللَّهُ لِيَجْعَلَ عَلَيْكُمْ مِنْ حَرَجٍ وَلَكِنْ يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمْ وَلِيُتِمَّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ

“Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu hendak mengerjakan shalat, maka basuhlah mukamu dan tanganmu sampai dengan siku dan sapulah kepalamu dan (basuh) kakimu sampai dengan kedua mata kaki dan jika kamu junub maka mandilah dan jika kamu sakit atau dalam perjalanan atau kembali dari tempat buang air (kakus) atau menyentuh perempuan, lalu kamu tidak memperoleh air, maka bertayamumlah dengan tanah yang baik (bersih), sapulah mukamu dan tanganmu dengan tanah itu. Allah tidak akan menyulitkan kamu, tetapi Dia hendak membersihkan kamu dan menyempurnakan nikmat-Nya bagimu, supaya kamu bersyukur” (QS. Almaidah: 6).

Pernyataan dari ayat di atas menjelaskan bahwasannya Allah menyukai hal-hal yang suci dan Allah menyuruh hambanya untuk memelihara kebersihan diri. Selain karena hal kebersihan sebagian dari iman, kebersihan juga sebagian dari pecegahan suatu penyakit untuk masuk dalam tubuh kita baik menular maupun tidak menular. Hadist yang diriwayatkan oleh Tirmizi juga menguatkan pernyataan ayat di atas, bahwasannya Allah menyukai hal-hal yang suci.

“Diriwayatkan dari Sa’ad bin Al-Musayyib dari Rasulullah saw. Beliau bersabda: sesungguhnya Allah swt. Itu suci yang menyukai hal-hal yang suci, Dia maha bersih yang menyukai kebersihan, Dia mahamulia yang menyukai kemuliaan, Dia maha indah yang menyukai keindahan, karena itu bersihkanlah tempat-tempatmu. Dan jangan meniru orang-orang Yahudi” (HR. Tirmizi)

Islam menetapkan tujuan pokok kehadirannya untuk memelihara agama, jiwa, akal, jasmani, harta, dan keturunan. Tidak heran jika ditemukan bahwa Islam amat kaya dengan tuntunan kesehatan.

Firman Allah SWT:

وَتِيَابِكَ فَطَهِّرْ (4) وَالرُّجْزَ فَاهْجُرْ (5)

“Dan pakaianmu bersihkanlah, dan perbuatan dosa tinggalkanlah” (QS. Al-Muddatsir: 4-5).

Dalam tafsir al-Azhar dijelaskan bahwa sesudah hati dibulatkan kepada Tuhan, hendaklah tilik diri sendiri, sudahkah bersih. Sebab itu, syarat yang wajib dilengkapkan sesudah membesarkan dan mengagungkan Tuhan ialah seperti yang terdapat dalam surah Al- Muddatsir ayat 4, yang artinya: “Dan pakaian engkau, hendaklah engkau bersihkan”. Banyak penafsiran ahli tafsir tentang maksud pembersihan pakaian ini, salah satunya sabda Rasulullah saw. yaitu:

النظافة من الإيمان
 “Kebersihan adalah sebagian dari iman” (HR. Imam Ahmad dan Tirmidzi).

Rasulullah saw. akan berhadapan dengan orang banyak, dengan pemuka-pemuka dari kaumnya atau dengan siapa saja. Kebersihan adalah salah satu pokok yang penting bagi menarik perhatian orang. Kebersihan pakaian besar pengaruhnya kepada sikap hidup sendiri. Kebersihan menimbulkan sikap hidup sendiri. Kebersihan menimbulkan harga diri, yaitu hal yang amat penting dijaga oleh orang-orang yang hendak tegak menyampaikan dakwah ke tengah-tengah masyarakat.

Pakaian yang kotor menyebabkan jiwa sendiri pun turut kusut. Tiap-tiap manusia yang budiman akan merasakan sendiri betapa besar pengaruh pakaian yang bersih itu kepada hati sendiri dan kepada manusia yang di keliling kita. Kemudian datanglah perintah Allah dalam surah Al-Muddatsir ayat 5, yang artinya: “Dan perbuatan dosa hendaklah engkau jauhi”.

Islam adalah satu-satunya agama yang datang laksana undang-undang dasar atau protokol-protokol yang mengatur kedokteran, pengobatan, dan kesehatan masyarakat. Dialah yang pada saat ini disebut dengan “*at-Tibbul Wiqa’i*”.

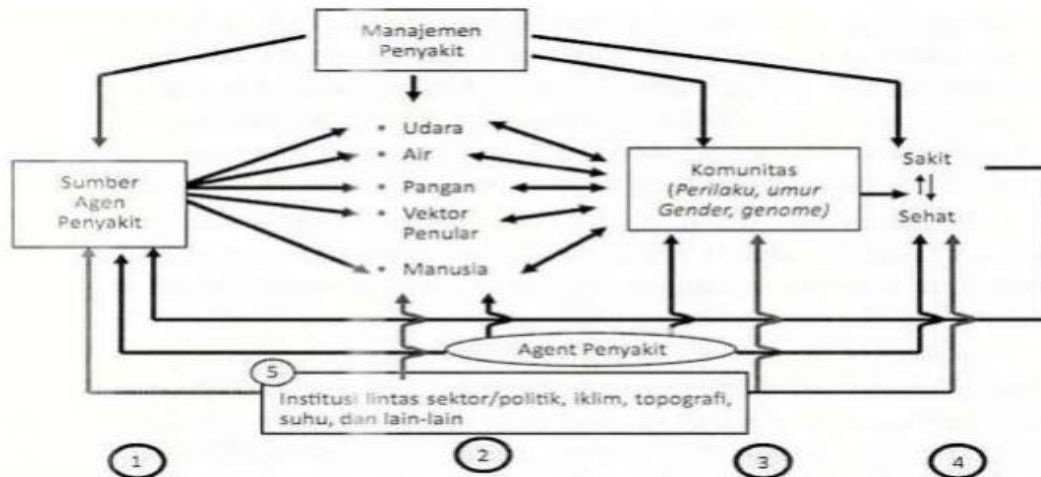
2.6. Kerangka Teori

Patogenesis penyakit berbasis lingkungan dapat digambarkan kedalam suatu model atau paradigma. Paradigma tersebut menggambarkan hubungan interaksi antara komponen lingkungan yang memiliki potensi bahaya penyakit dengan manusia. Hubungan interaktif tersebut sebagaimana digambarkan oleh Achmad (2014) pada hakikatnya adalah paradigma kesehatan lingkungan.

Mempelajari patogenesis penyakit, kita dapat menentukan pada titik mana atau simpul mana kita bisa melakukan pencegahan. Tanpa memahami patogenesis atau proses kejadian penyakit berbasis lingkungan, sulit melakukan pencegahan.

Kejadian penyakit merupakan hasil hubungan interaktif antara manusia dan perilakunya serta komponen lingkungan yang memiliki potensi penyakit. Perilaku penduduk dikenal berakar pada budaya. Perilaku penduduk yang merupakan salah satu representasi budaya merupakan salah satu variabel kependudukan. Variabel kependudukan lain seperti kepadatan, umur, gender, pendidikan, genetik, dan lain sebagainya. Dengan demikian, kejadian penyakit pada hakikatnya hanya dipengaruhi oleh variabel-variabel lingkungan. Dengan kata lain pula, gangguan kesehatan merupakan *resultant* dari hubungan interaktif antara lingkungan dan variabel kependudukan (Achmadi, 2014).

Patogenesis penyakit dalam perspektif lingkungan dan kependudukan dapat digambarkan dalam teori simpul (Achmadi, 2011).



Gambar 2.1.Paradigma Kesehatan Lingkungan (Teori Simpul)

Mengacu kepada gambar skematik tersebut di atas, maka patogenesis atau proses kejadian penyakit berbasis lingkungan dapat diuraikan ke dalam 5 simpul, yakni simpul 1, kita sebut sebagai sumber penyakit; simpul 2, komponen lingkungan yang merupakan media transmisi penyakit; simpul 3, penduduk dengan berbagai variabel kependudukan seperti pendidikan, perilaku, kepadatan, gender; simpul 4, penduduk yang dalam keadaan sehat atau sakit setelah mengalami interaksi atau *exposure* dengan komponen lingkungan yang mengandung *agen* penyakit. Sedangkan simpul ke-5 adalah semua variabel yang memiliki pengaruh terhadap keempat simpul tersebut. Sebagai contoh adalah iklim, kebijakan, topografi, dan suhu lingkungan. Titik-titik simpul tersebut pada dasarnya menuntun kita sebagai simpul pencegahan atau simpul manajemen. Untuk mencegah penyakit tertentu, tidak perlu menunggu hingga simpul 4 terjadi. Dengan mengendalikan sumber penyakit, kita dapat mencegah sebuah proses kejadian hingga simpul 3,4, atau 5. Berikut uraian masing-masing simpul.

1. Simpul 1: Sumber Penyakit

Sumber penyakit adalah titik mengeluarkan agent penyakit. Agent penyakit adalah komponen lingkungan yang dapat menimbulkan gangguan penyakit melalui kontak secara langsung atau melalui media perantara (yang juga komponen lingkungan). Umumnya sumber dari penyakit dermatitis yaitu orang yang menderita penyakit tersebut. Tapi ada juga yang berawal dari alergi pada kulit, infeksi karena luka dan karena bakteri seperti bakteri *Staphylococcus Aureus*.

2. Simpul 2: Media Transmisi

Media transmisi penyakit adalah komponen lingkungan yang dapat memindahkan agent penyakit pada hakikatnya hanya ada 5 komponen lingkungan sebagai media transmisi penyakit yaitu udara, air, tanah, binatang/ serangga, dan manusia. Media transmisi tidak akan memiliki potensi mengeluarkan atau mengemisikan agent penyakit. Dalam kejadian penyakit dermatitis ini, udara, dan manusia menjadi media transmisinya.

3. Simpul 3: Perilaku Pemajanan (Behavioural Exposure)

Perilaku Pemajanan adalah hubungan interaktif antara komponen lingkungan dengan penduduknya berikut perilakunya. Perilaku pemajanan adalah jumlah kontak antara manusia dengan komponen lingkungan yang mengandung potensi bahaya penyakit (agent penyakit). Kebiasaan atau tindakan nyata yang dilakukan oleh santriwati berpotensi terhadap terjadinya keluhan penyakit dermatitis seperti *personal hygiene* yang masih kurang dan kondisi fisik ruangan

yang belum sesuai standart kesehatan, serta kebersihan terhadap lingkungan pondok pesantren yang masih kurang baik.

4. Simpul 4: Kejadian Penyakit

Kejadian penyakit merupakan outcome hubungan interaktif antara penduduk dengan lingkungan yang memiliki potensi bahaya gangguan kesehatan. Manifestasi dampak akibat hubungan antara penduduk dengan lingkungan menghasilkan penyakit pada penduduk. Ada tiga gradasi penderita penyakit yakni akut, subklinik, dan penderita penyakit kategori samar atau *subtle*.

Kejadian penyakit dermatitis pada Santriwati di ponpes Mawaridussalam, bukti nyata yang dapat diidentifikasi melalui observasi yaitu *personal hygiene* dan kondisi fisik ruangan yang masih kurang baik sehingga menyebabkan keluhan sakit dermatitis pada santriwati.

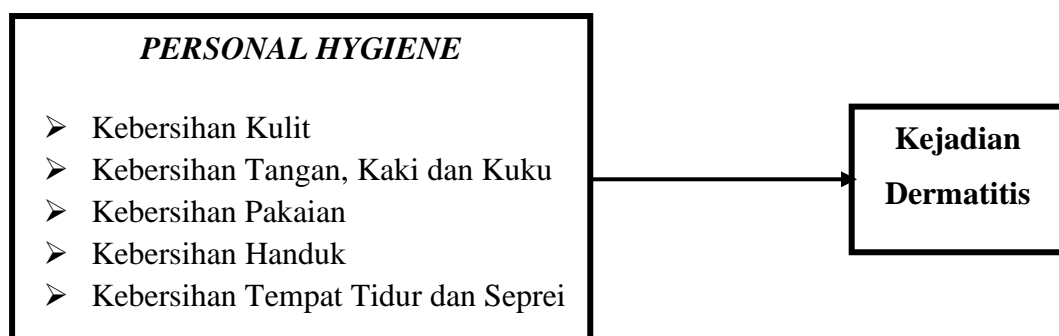
5. Simpul 5: Variabel Supra Sistem

Kejadian penyakit ini sendiri dipengaruhi oleh kelompok variabel simpul 5, yakni variabel iklim, topografi, temporal, dan *suprasystem* misalnya keputusan politik seperti kebijakan makro yang bisa mempengaruhi semua simpul. Variabel ini dengan kata lain juga harus diperhitungkan dalam setiap upaya analisis kejadian penyakit.

Seperti telah diuraikan, iklim berperan dalam proses kejadian penyakit. Iklim termasuk komponen variabel dalam simpul 5. Iklim harus diperhitungkan dalam setiap analisis, baik prediktor antisipatif maupun retrospektif dalam setiap kejadian penyakit. Merujuk kepada teori simpul secara makro, iklim memengaruhi semua simpul tersebut di atas, baik simpul 1 yakni sumber penyakit, simpul 2 media transmisi, simpul 3 perilaku, ataupun simpul 4 kejadian penyakit.

Suhu lingkungan dengan kondisi cuaca dingin dan kering dapat memicu timbulnya alergi pada kulit sehingga terjadilah kejadian penyakit dermatitis. Suatu suhu ruangan yang lembab juga dapat menjadi tempat perkembangbiakan suatu bakteri sehingga memicu terjadinya suatu penyakit, terkhusus penyakit dermatitis pada Santriwati di ponpes Mawaridussalam.

2.7. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

2.8. Hipotesis Penelitian

1. Terdapat hubungan antara kebersihan kulit dengan kejadian dermatitis.
2. Terdapat hubungan antara kebersihan kuku, tangan, dan kaki dengan kejadian dermatitis.
3. Terdapat hubungan antara kebersihan pakaian dengan kejadian dermatitis.

4. Terdapat hubungan antara kebersihan handuk dengan kejadian dermatitis.
5. Terdapat hubungan antara kebersihan tempat tidur dan seprei dengan kejadian dermatitis.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasi analitik, dengan desain *case control*. *Case control* adalah suatu penelitian (*survei*) *analitik* yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retropective*. Dengan kata lain, efek (penyakit atau status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor resiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmojo, 2017). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *personal hygiene* santriwati dengan kejadian dermatitis pada santriwati di pesantren Mawaridussalam desa Tumpatan Nibung kecamatan Batang Kuis.

3.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Pesantren Mawaridussalam Desa Tumpatan Nibung Kecamatan Batang Kuis.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian di lakukan sejak bulan April – Oktober Tahun 2021.

3.3. Populasi Dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmojo, 2017). Responden dalam penelitian ini adalah santriwati Pondok Pesantren Mawaridussalam yang berjumlah 742 orang. Hasil survei awal, santriwati yang pernah terkena penyakit Dermatitis sebanyak 78 orang. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil jumlah populasi sebanyak 78 orang berdasarkan jumlah kasus pada data sekunder klinik Pesantren Mawaridussalam.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2017).

Pemilihan sampel pada kelompok kasus digunakan *total sampling* yang berarti keseluruhan populasi menjadi sampel penelitian. Jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan perbandingan kelompok kasus dengan kelompok kontrol yaitu 1 : 1. Pemilihan perbandingan 1 : 1 dikarenakan alasan teknis penelitian ini, yaitu masalah untuk memudahkan peneliti dalam proses pengambilan data penelitian.

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 78 orang. Jadi, perbandingan jumlah sampel antara kelompok kasus dengan kelompok kontrol yaitu 78 : 78 orang. Kegunaan sampel pada kelompok kontrol yaitu untuk mengetahui *personal hygiene* pada kelompok yang belum terpajan (yang belum pernah terkena

dermatitis), apakah tingkat kebersihan diri kelompok kontrol sama dengan kelompok kasus.

Sampel diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu dengan memilih sampel berdasarkan kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti.

3.4. Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmojo, 2017).

3.4.1. Kriteria Kasus

1. Kriteria Inklusi

Responden merupakan penderita dermatitis yang tercatat di klinik pesantren Mawaridussalam.

2. Kriteria Eksklusi

Data responden kurang lengkap sehingga responden tidak dapat ditemukan dan responden sudah tidak menjadi santri lagi di pesantren Mawaridussalam.

3.4.2. Kriteria Kontrol

1. Kriteria Inklusi

- a. Responden tidak memiliki gejala klinis Dermatitis.
- b. Responden satu kamar tidur dengan penderita Dermatitis.

2. Kriteria Eksklusi

Responden sudah tidak menjadi santri lagi di pesantren Mawaridsussalam.

3.5. Variabel Penelitian

3.5.1. Variabel Bebas (Independen)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *personal hygiene* dan kondisi fisik Ruangan.

3.5.2. Variabel Terikat (Dependen)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian dermatitis.

3.6. Defenisi Operasional

Tabel 3.1. Defenisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependent				
Dermatitis pada santriwati	Santriwati yang pernah mengalami gatal-gatal pada kulit.	Rekam Medik	1= santriwati tidak pernah mengalami riwayat penyakit dermatitis 2= santriwati pernah mengalami riwayat penyakit dermatitis	Ordinal

Independent
Personal Hygiene

Kebersihan Kulit	Tindakan memelihara kebersihan pada kulit seperti mandi setiap harinya.	kuesioner	10-15= Bersih 5-9= Tidak Bersih	Ordinal
Kebersihan Tangan, Kaki, dan Kuku	Tindakan merawat dan memelihara kebersihan tangan, kaki, dan kuku seperti mencuci tangan dan kaki serta memotong kuku.	kuesioner	10-15= Bersih 5-9= Tidak Bersih	Ordinal
Kebersihan Pakaian	Tindakan menjaga kebersihan pakaian seperti mengganti pakaian setiap harinya.	kuesioner	6-9= Bersih 3-5= Tidak Bersih	Ordinal
Kebersihan Handuk	Tindakan menjaga kebersihan pada handuk seperti mengganti/mencuci handuk setiap minggunya.	kuesioner	8-12= Bersih 4-7= Tidak Bersih	Ordinal
Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei	Menjaga kebersihan tempat tidur dan seprei dengan menghindari dari adanya tungau yang dapat hidup pada kasur dan bantal seperti melakukan tindakan menjemur kasur dan mencuci seprei setiap minggunya.	kuesioner	8-12= Bersih 4-7= Tidak Bersih	Ordinal

3.7. Aspek Pengukuran

Dalam penelitian ini, peneliti memakai skala pengukuran Ordinal yaitu variabel yang dapat membedakan nilai datanya dan juga sudah diketahui tingkatan

lebih tinggi atau lebih rendah, tapi belum diketahui besar beda antar nilai datanya (Hastono, 2016). Skala pengukuran dalam penelitian ini menyatakan bahwa:

1. Variabel Personal Hygiene

Questioner dalam variabel ini, terdapat tiga pilihan jawaban untuk setiap pertanyaan yaitu:

Selalu= nilainya 3

Jarang= nilainya 2

Tidak pernah= nilainya 1

a. Kebersihan Kulit

Kuesioner dalam setiap variabel terdapat 5 pertanyaan. Jadi, apabila dalam 5 pertanyaan menjawab *selalu* maka skor yang didapat 15 ($5 \times 3 = 15$), apabila dalam 5 pertanyaan menjawab *jarang* maka skor yang didapat 10 ($5 \times 2 = 10$), apabila dalam 5 pertanyaan menjawab tidak pernah maka skor yang didapat 5 ($5 \times 1 = 5$). Hasil ukur yang di dapat 5-9 dikatakan *tidak bersih*, sedangkan 10-15 dikatakan *bersih*.

b. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Kuesioner dalam setiap variabel terdapat 5 pertanyaan. Jadi, apabila dalam 5 pertanyaan menjawab *selalu* maka skor yang didapat 15 ($5 \times 3 = 15$), apabila dalam 5 pertanyaan menjawab *jarang* maka skor yang didapat 10 ($5 \times 2 = 10$), apabila dalam 5 pertanyaan menjawab tidak pernah maka skor yang didapat 5 ($5 \times 1 = 5$). Hasil ukur yang di dapat 5-9 dikatakan *tidak bersih*, sedangkan 10-15 dikatakan *bersih*.

c. Kebersihan Pakaian

Kuesioner dalam setiap variabel terdapat 3 pertanyaan. Jadi, apabila dalam 3 pertanyaan menjawab *selalu* maka skor yang didapat 9 ($3 \times 3 = 9$), apabila dalam 3 pertanyaan menjawab *jarang* maka skor yang didapat 6 ($3 \times 2 = 6$), apabila dalam 3 pertanyaan menjawab tidak pernah maka skor yang didapat 3 ($3 \times 1 = 3$). Hasil ukur yang di dapat 3-5 dikatakan *tidak bersih*, sedangkan 6-9 dikatakan *bersih*.

d. Kebersihan Handuk

Kuesioner dalam setiap variabel terdapat 4 pertanyaan. Jadi, apabila dalam 4 pertanyaan menjawab *selalu* maka skor yang didapat 12 ($4 \times 3 = 12$), apabila dalam 4 pertanyaan menjawab *jarang* maka skor yang didapat 8 ($4 \times 2 = 8$), apabila dalam 4 pertanyaan menjawab tidak pernah maka skor yang didapat 4 ($4 \times 1 = 4$). Hasil ukur yang di dapat 4-7 dikatakan *tidak bersih*, sedangkan 8-12 dikatakan *bersih*.

e. Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei

Kuesioner dalam setiap variabel terdapat 4 pertanyaan. Jadi, apabila dalam 4 pertanyaan menjawab *selalu* maka skor yang didapat 12 ($4 \times 3 = 12$), apabila dalam 4 pertanyaan menjawab *jarang* maka skor yang didapat 8 ($4 \times 2 = 8$), apabila dalam 4 pertanyaan menjawab tidak pernah maka skor yang didapat 4 ($4 \times 1 = 4$). Hasil ukur yang di dapat 4-7 dikatakan *tidak bersih*, sedangkan 8-12 dikatakan *bersih*.

3.8. Uji Validitas Dan Reliabilitas

3.8.1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Suatu alat ukur yang validitasnya tinggi akan mempunyai tingkat kesalahan kecil, sehingga data yang terkumpul merupakan data yang memadai. Validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur itu mengukur apa yang ingin diukur. Demikian pula kuesioner sebagai alat ukur harus mengukur apa yang ingin diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara *skors* (nilai), tiap-tiap *item* (pertanyaan) dengan *skors* total kuesioner tersebut. Bila semua pertanyaan itu mempunyai korelasi (hubungan) yang bermakna (construct validity). Apabila kuesioner tersebut telah memiliki validitas konstruk, berarti semua item (pertanyaan) yang ada di dalam kuesioner itu mengukur konsep apa yang kita ukur (Notoatmojo, 2017). Jika ada item yang tidak memenuhi syarat, maka item tersebut tidak akan diteliti lebih lanjut.

Untuk mengetahui validitas kuesioner dilakukan dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung.

1. Menentukan nilai r tabel

Nilai r tabel dilihat dengan r (pada lampiran) dengan menggunakan $df = 30 - 2 = 28$. Pada tingkat kemaknaan 5% didapat angka r tabel = 0,361.

2. Menentukan nilai r hasil perhitungan

Nilai r hasil dapat dilihat pada kolom "*Corrected item-Total Correlation*".

3. Keputusan

Masing-masing pertanyaan/ variabel dibandingkan nilai r hasil dengan nilai r tabel, ketentuan: bila r hasil $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut valid.

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas

No	Pertanyaan	r Hasil	r Tabel	Keterangan
1.	Pertanyaan 1	0,412	0,361	Valid
2.	Pertanyaan 2	0,732	0,361	Valid
3.	Pertanyaan 3	0,404	0,361	Valid
4.	Pertanyaan 4	0,740	0,361	Valid
5.	Pertanyaan 5	0,731	0,361	Valid
6.	Pertanyaan 6	0,572	0,361	Valid
7.	Pertanyaan 7	0,480	0,361	Valid
8.	Pertanyaan 8	0,610	0,361	Valid
9.	Pertanyaan 9	0,677	0,361	Valid
10.	Pertanyaan 10	0,760	0,361	Valid
11.	Pertanyaan 11	0,562	0,361	Valid
12.	Pertanyaan 12	0,111	0,361	Tidak Valid
13.	Pertanyaan 13	0,769	0,361	Valid
14.	Pertanyaan 14	-0,372	0,361	Tidak Valid
15.	Pertanyaan 15	0,663	0,361	Valid
16.	Pertanyaan 16	0,000	0,361	Tidak Valid
17.	Pertanyaan 17	0,781	0,361	Valid
18.	Pertanyaan 18	0,443	0,361	Valid
19.	Pertanyaan 19	0,684	0,361	Valid
20.	Pertanyaan 20	0,465	0,361	Valid
21.	Pertanyaan 21	-0,018	0,361	Tidak Valid
22.	Pertanyaan 22	0,455	0,361	Valid
23.	Pertanyaan 23	0,717	0,361	Valid
24.	Pertanyaan 24	0,653	0,361	Valid
25.	Pertanyaan 25	0,760	0,361	Valid

Kesimpulan:

Terlihat dari 25 pertanyaan, ada 4 pertanyaan yaitu P12, P14, P16, P21 yang nilainya lebih rendah dari r tabel (0,361), sehingga pertanyaan P12, P14, P16, P21

tidak valid, sedangkan untuk pertanyaan P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P13, P15, P17, P18, P19, P20, P22, P23, P24, P25 dinyatakan valid.

3.8.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (ajeg) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmojo, 2017).

Melihat reliabilitas masing-masing instrumen yang digunakan, penulis menggunakan koefisien *cronbach alpha* (α) dengan menggunakan fasilitas *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) versi 20 pada komputer.

Setelah semua pertanyaan valid, semua analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas. Untuk mengetahui reliabilitas caranya adalah: membandingkan nilai Cronbach Alpha dengan nilai standar yaitu 0,6. Ketentuannya: bila Cronbach Alpha $\geq 0,6$, maka pertanyaan tersebut reliabel.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.742	26

Dari hasil uji di atas, ternyata nilai r Alpha (0,742) lebih besar dibandingkan dengan nilai 0,6, maka pertanyaan dinyatakan reliabel.

3.9. Teknik Pengumpulan Data

3.9.1. Jenis Data

Pada penelitian ini akan dilakukan pengumpulan data melalui dua cara, yaitu melalui data sekunder dan data primer.

1. Pengumpulan Data Sekunder

Pada pengumpulan data sekunder penderita Dermatitis diambil melalui data Rekam Medis Klinik Pesantren Mawaridussalam desa Tumpatan Nibung kecamatan Batang Kuis.

2. Pengumpulan Data Primer

Data primer dikumpulkan langsung dari responden melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner dengan para santriwati. Data yang diambil meliputi *personal hygiene* dan riwayat penyakit santri.

3.9.2. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah proses pemilihan atau pengembangan metode dan alat ukur yang tepat dalam rangka pembuktian kebenaran hipotesis (Pratiknya, 2016). Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan wawancara. Kuesioner berupa sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh data tentang *personal hygiene* dan riwayat penyakit responden. Sebelum kuesioner digunakan untuk pengambilan data penelitian, kuesioner harus diuji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu.

3.9.3. Prosedur Pengumpulan Data

1. Pengambilan Data

Teknik pengambilan data adalah cara yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data penelitiannya (Arikunto, 2013). Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara sebagai berikut:

a. Wawancara

Dilakukan secara langsung di lapangan antara peneliti dengan responden. Wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Wawancara dilakukan untuk memperoleh data tentang *personal hygiene*, kondisi fisik ruangan dan riwayat penyakit santriwati.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah metode pengambilan data dengan menggunakan berbagai sumber tulisan yang berkenaan dengan objek penelitian. Metode dokumentasi dalam penelitian ini untuk mendapatkan data karakteristik umum subjek dan lokasi penelitian, serta data awal penelitian.

2. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan merupakan data mentah yang harus diorganisasi sedemikian rupa agar dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik hingga mudah dianalisis dan ditarik kesimpulan. Pengolahan data merupakan proses yang sangat penting dalam penelitian. Oleh karena itu harus dilakukan dengan baik dan benar. Langkah-langka pengolahan data yang harus dilakukan (Budiarto, Anggraeni, 2014), yaitu:

1. *Editing*, yaitu memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku register. Data yang telah diperoleh dari data sekunder dan data primer dikumpulkan untuk diperiksa lebih lanjut.
2. *Coding*, yaitu untuk mempermudah pengolahan semua variabel diberi kode. Data yang telah diperiksa kemudian diberi kode untuk mempermudah dalam pengolahannya.
3. *Tabulating*, yaitu penyusunan data agar dapat dengan mudah dijumlahkan, dan ditata untuk disajikan dan dianalisis. Data yang telah diberi kode kemudian disusun supaya lebih mudah untuk dijumlahkan dan ditata untuk disajikan dan dianalisis lebih lanjut.

3.10. Analisis Data

Analisis data merupakan bagian penting dari suatu penelitian agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Analisis data dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

3.10.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmojo, 2010). Dari hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi, untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat bertujuan untuk melihat apakah data sudah layak untuk dilakukan analisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan untuk dianalisis lebih lanjut.

3.10.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berkorelasi atau berhubungan (Notoatmojo, 2010). Dimana metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik statistik inferensial, menggunakan uji statistik *chi-square*, dengan bantuan komputer program spss window. Pada penelitian ini analisis terdiri dari dua tahapan. Tahap pertama yaitu mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Tahapan kedua yaitu mengetahui besar resiko variabel bebas terhadap variabel terikat.

Pengukuran besar resiko pada penelitian ini dilakukan dengan menghitung *odds ratio*, karena jenis penelitian ini adalah *case control*. *Odds Ratio (OR)* adalah ukuran asosiasi paparan (faktor resiko) dengan kejadian penyakit. Kriteria OR adalah:

- a. $OR < 1$, yaitu faktor beresiko mencegah sakit.
- b. $OR = 1$, yaitu resiko kelompok terpajan sama dengan kelompok tidak terpajan.
- c. $OR > 1$, yaitu faktor resiko menyebabkan sakit. Oleh karena itu H_a pada penelitian ini diterima dan H_o ditolak bila $OR > 1$.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pondok pesantren Mawaridussalam merupakan pondok pesantren yang terletak di Jalan Peringgian Dusun III Desa Tumpatan Nibung Kecamatan Batang Kuis Kabupaten Deli Serdang yang jaraknya 8,8 km dari Bandara Kualanamu Internasional Airport, dengan luas tanah 10 Ha. Salah satu faktor yang menjamin keabadian Pondok Pesantren adalah status wakaf murni untuk kebaikan umat. Pondok Pesantren Mawaridussalam didirikan atas kesadaran mendalam masih minimnya Pondok Pesantren “wakaf murni” untuk umat di SUMUT dengan manajemen kenazhiran yang terbuka sesuai dengan fiqih wakaf. Pondok Pesantren Mawaridussalam dipimpin oleh Ust. Drs. K.H. Syahid Marqum, MM dan Ust. Drs. K.H. Junaidi, MM. Pondok Pesantren Mawaridussalam selalu berusaha menanamkan dan mengajarkan persaudaraan dalam satu ukhuwwah diniyyah, untuk membebaskan Pondok Pesantren Mawaridussalam dari kepentingan-kepentingan sempit oleh golongan dan kelompok tertentu, dengan mengibarkan motto “Pondok Pesantren Mawaridussalam berdiri di atas dan untuk semua golongan”.

Pondok Pesantren Mawaridussalam terdapat 2 program pendidikan yaitu:

1. Kulliyatul Mu'allimin al-Islamiyah (KMI)

Program KMI menggunakan kurikulum Pondok Modern Gontor dengan beberapa pengembangan dan penyesuaian yang terdiri dari dua program:

- a. Kelas reguler selama 6 tahun (untuk tamatan SD/MI)
 - b. Kelas Intensif selama 4 tahun (untuk tamatan SMP/MTs)
2. Madrasah Tsanawiyah dan Aliyah (MTs dan MA)

Program ini menggunakan kurikulum Kementerian Agama. Untuk jenjang Madrasah Aliyah membuka dua jurusan : IPA dan IPS.

Tenaga pendidikan Pondok Pesantren Mawaridussalam adalah lulusan dari berbagai perguruan tinggi dalam negeri dan luar negeri, terutama dari KMI dan ISID Gontor, KMI Mawaridussalam, IAIN SUMUT, USU, UNIMED, UISU, LP3I dan Universitas al-Azhar Kairo.

Kegiatan santri di Pondok Pesantren Mawaridussalam yaitu Keorganisasian, Pidato 3 Bahasa, Olahraga, Kesenian, Bela Diri, Komputer, Jurnalistik, Praktek Mengajar, Kursus Bahasa, Kajian Kitab Kuning, Tilawah Qur'an, Tahfidz Qur'an, Kepramukaan, Pertanian dan Perkebunan, Pengolahan R3.

Adapun visi dan misi Pondok Pesantren Mawaridussalam, visi Pondok Pesantren Mawaridussalam adalah menjaga kemurnian akidah dan mengharap rida Allah SWT dengan segala aspek kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara serta berkemampuan memelihara dan menyuburkan khazanah wakaf berlandaskan al-Qur'an, Hadis dan ajaran syari'at Islam.

Sedangkan misi Pondok Pesantren Mawaridussalam yaitu:

1. Membina sumber daya insani muslim yang beristiqomah guna mencapai derajat muttaqin.
2. Menjadikan Pondok Pesantren Mawaridussalam sebagai tempat beramal jariyah dengan meningkatkan gerakan infak, zakat, wakaf, dan sedekah,

sebagai modal melaksanakan upaya meningkatkan khazanah wakaf serta sumber daya insan muslim tersebut.

3. Menjadikan Pondok Pesantren Mawaridussalam sebagai sumber pengetahuan agama Islam, Bahasa al-Qur'an/ Arab, ilmu pengetahuan umum yang tetap berjiwa Pondok Pesantren.
4. Menjadikan Pondok Pesantren Mawaridussalam sebagai lembaga pendidikan yang berkhidmah kepada masyarakat, membentuk karakter umat guna kesejahteraan lahir batin, dunia dan akhirat.

Penelitian ini dilakukan langsung pada santriwati pondok pesantren Mawaridussalam dengan jumlah santriwati sebanyak 742 orang.

4.1.2. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Hubungan *Personal Hygiene* dan Kondisi Fisik Ruangan dengan Kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam diperoleh data mengenai karakteristik responden sebagai berikut:

b. Umur

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur

No	Umur Responden	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	11 Tahun	0	1	1	1,1
2	12 Tahun	2	13	15	17,2
3	13 Tahun	9	5	14	16,1
4	14 Tahun	8	9	17	19,5
5	15 Tahun	6	7	13	14,9
6	16 Tahun	8	5	13	14,9
7	17 Tahun	9	3	12	13,8

8	18 Tahun	1	0	1	1,1
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel 4.1 di atas, dapat diketahui bahwa responden yang berumur 11 tahun sebanyak 1 orang (1,1%), responden yang berumur 12 tahun sebanyak 15 orang (17,2%), responden yang berumur 13 tahun sebanyak 14 orang (16,1%), responden yang berumur 14 tahun sebanyak 17 orang (19,5%), responden yang berumur 15 tahun sebanyak 13 orang (14,9%), responden yang berumur 16 tahun sebanyak 13 orang (14,9%), responden yang berumur 17 tahun sebanyak 12 orang (13,8%), responden yang berumur 18 tahun sebanyak 1 orang (1,1%).

c. Kelas

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kelas

No	Kelas	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	N	%
1	1	0	15	15	17,2
2	2	10	2	12	13,8
3	3	13	13	26	29,9
4	4	5	5	10	11,5
5	5	6	8	14	16,1
6	6	9	0	9	10,3
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel 4.2 di atas, dapat diketahui bahwa dari 86 responden terdapat 15 responden (17,2%) pada kelas 1, terdapat 12 responden (13,8%) pada kelas 2, terdapat 26 responden (29,9%) pada kelas 3, terdapat 10 responden (11,5%) pada kelas 4, terdapat 14 responden (16,1%) pada kelas 5 dan terdapat 9 responden (10,3%) pada kelas 6.

c. Asrama

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Asrama

No	Rayon Asrama	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	Santin Iketan	10	6	16	18,4
2	Zaituna	3	0	3	3,4
3	Masdar	18	12	30	34,5
4	YBM	11	10	21	24,1
5	Gedung Baru	1	15	16	18,4
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel 4.3 di atas, dapat diketahui bahwa terdapat 16 responden (18,4%) yang berada di rayon Santin Iketan, terdapat 3 responden (3,4%) yang berada di rayon Zaituna, terdapat 30 responden (34,5%) yang berada di rayon Masdar, terdapat 21 responden (24,1%) yang berada di rayon YBM, dan terdapat 16 responden (18,4%) yang berada di rayon Gedung Baru.

4.1.3. Analisis Univariat

a. Kebersihan Kulit

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kebersihan Kulit Santriwati Tentang Personal Hygiene di Pondok Pesantren Mawaridussalam

No	Kebersihan Kulit	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	Bersih	21	35	56	64,4
2	Tidak Bersih	22	8	30	34,5
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat 56 responden (64,4%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 30 responden (34,5%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

b. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Santriwati Tentang Personal Hygiene di Pondok Pesantren Mawaridussalam

No	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	Bersih	36	38	74	85,1
2	Tidak Bersih	7	5	12	13,8
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat 74 responden (85,1%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 12 responden (13,8%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

c. Kebersihan Pakaian

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Kebersihan Pakaian Santriwati Tentang Personal Hygiene di Pondok Pesantren Mawaridussalam

No	Kebersihan Pakaian	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	Bersih	37	38	75	86,2
2	Tidak Bersih	6	5	11	12,6
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat 75 responden (86,2%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 11 responden (12,6%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

d. Kebersihan Handuk

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Kebersihan Handuk Santriwati Tentang Personal Hygiene di Pondok Pesantren Mawaridussalam

No	Kebersihan Handuk	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	Bersih	27	37	64	73,6
2	Tidak Bersih	16	6	22	25,3
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat 64 responden (73,6%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 22 responden (25,3%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

e. Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei Santriwati Tentang Personal Hygiene di Pondok Pesantren Mawaridussalam

No	Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei	Jumlah		Total	
		Kasus	Kontrol	n	%
1	Bersih	3	16	19	21,8
2	Tidak Bersih	40	27	67	77,0
	Total	43	43	86	100,0

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat 19 responden (21,8%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 67 responden (77,0%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

4.1.4. Analisis Bivariat

a. Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam

Tabel 4.13 Hubungan Personal Hygiene dengan Kejadian Dermatitis pada Santriwati Pondok Pesantren Mawaridussalam

No	Variabel <i>Personal Hygiene</i>	Dermatitis				Jumlah		<i>P Value</i>	<i>OR</i>
		Kasus		Kontrol		f	%		
		n	%	n	%				
1.	Kebersihan Kulit								
	Bersih	21	37,5	35	62,5	56	100,0	0,003	0,218
	Tidak Bersih	22	73,3	8	26,7	30	100,0		
2.	Kebersihan Tangan, Kaki, dan Kuku								
	Bersih	36	48,6	38	51,4	74	100,0	0,756	0,677
	Tidak Bersih	7	58,3	5	41,7	12	100,0		
3.	Kebersihan Pakaian								
	Bersih	37	49,3	38	50,7	75	100,0	1,000	0,811
	Tidak Bersih	6	54,5	5	45,5	11	100,0		
4.	Kebersihan Handuk								
	Bersih	27	42,2	37	57,8	64	100,0	0,026	0,274
	Tidak Bersih	16	72,7	6	27,3	22	100,0		

5. Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei								
Bersih	3	15,8	16	84,2	19	100,0	0,002	0,127
Tidak Bersih	40	59,7	27	40,3	67	100,0		

Berdasarkan tabel 4.13 didapatkan hasil bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah sebanyak 21 orang (37,5%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah sebanyak 22 orang (73,3%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah sebanyak 35 orang (62,5%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah 8 orang (26,7%). Hasil uji statistik yang diperoleh nilai *p value* = 0,003 lebih kecil dari 0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan kulit dengan kejadian dermatitis. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 0,218, itu artinya faktor beresiko mencegah kejadian dermatitis karena $OR < 1$.

Didapatkan hasil bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah sebanyak 36 orang (48,6%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah sebanyak 7 orang (58,3%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah sebanyak 38 orang (51,4%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah 5 orang (41,7%). Hasil uji statistik yang diperoleh

nilai p value = 0,756 lebih besar dari 0,05, artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian dermatitis. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 0,677, itu artinya faktor beresiko mencegah kejadian dermatitis karena $OR < 1$.

Didapatkan hasil bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan Pakaian adalah sebanyak 37 orang (49,3%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan pakaian adalah sebanyak 6 orang (54,5%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan pakaian adalah sebanyak 38 orang (50,7%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan pakaian adalah 5 orang (45,5%). Hasil uji statistik yang diperoleh nilai p value = 1,000 lebih besar dari 0,05, artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan pakaian dengan kejadian dermatitis. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 0,811, itu artinya faktor beresiko mencegah kejadian dermatitis karena $OR < 1$.

Didapatkan hasil bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan Handuk adalah sebanyak 27 orang (42,2%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan handuk adalah sebanyak 16 orang (72,7%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan handuk adalah sebanyak 37 orang (57,8%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan handuk adalah 6 orang (27,3%). Hasil uji statistik yang diperoleh nilai p value = 0,026 lebih kecil dari 0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan Handuk dengan kejadian dermatitis. Dari hasil

analisis diperoleh pula nilai $OR = 0,274$, itu artinya faktor beresiko mencegah kejadian dermatitis karena $OR < 1$.

Didapatkan hasil bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah sebanyak 3 orang (15,8%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah sebanyak 40 orang (59,7%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah sebanyak 16 orang (84,2%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah 27 orang (40,3%). Hasil uji statistik yang diperoleh nilai $p\ value = 0,002$ lebih kecil dari 0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan tempat tidur dan seprei dengan kejadian dermatitis. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0,127$, itu artinya faktor beresiko mencegah kejadian dermatitis karena $OR < 1$.

4.2. Pembahasan

4.2.1. *Personal Hygiene*

a. Kebersihan Kulit

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa dari 86 responden, terdapat 56 responden (64,4%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 30 responden (34,5%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

Hasil dari penelitian ini sejajar dengan penelitian yang dilakukan oleh Yeni Faridawati (2013) tentang hubungan antara *personal hygiene*, karakteristik individu dengan keluhan gangguan kulit pada pemulung (laskar mandiri) di Kelurahan Sumur Batu Kecamatan Bantar Gebang diperoleh bahwa ada sebanyak

16 dari 26 (55,2%) pemulung yang memiliki kebersihan kulit baik dan tidak mengalami keluhan gangguan kulit, sedangkan diantara pemulung yang memiliki kebersihan kulit tidak baik ada sebanyak 27 dari 40 (73%) yang mengalami keluhan gangguan kulit.

Kebersihan diri termasuk kebersihan kulit sangat penting dalam usaha pemeliharaan kesehatan seperti mandi 2x sehari menggunakan sabun dan air bersih. Salah satu bagian tubuh yang sangat sensitif terhadap berbagai macam penyakit adalah kulit. Kulit merupakan pembungkus yang elastis yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Lingkungan yang sehat dan bersih akan membawa efek yang baik bagi kulit. Demikian pula sebaliknya, lingkungan yang kotor akan menjadi sumber munculnya berbagai macam penyakit antara lain penyakit kulit (Harahap, 2015).

b. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa dari 86 responden, terdapat 74 responden (85,1%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 12 responden (13,8%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

Hasil dari penelitian ini tidak sejajar dengan penelitian yang dilakukan oleh Abd. Gafur dk. (2018) tentang determinan kejadian dermatitis di Puskesmas Rappokalling Kota Makassar diperoleh bahwa terdapat perilaku hidup bersih yang baik pada 14 responden (21,9%) case dan 36 responden (56,3%) control, sedangkan pada perilaku hidup bersih yang cukup terdapat 50 responden (78,1%) case dan 28 responden (43,8%) control.

Hasil penelitian ini juga tidak sejajar dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti Nor Fazlina (2017) tentang hubungan tingkat pengetahuan

orang tua tentang *personal hygiene* dengan kejadian dermatitis atopik pada anak di SD Yayasan Pendidikan Syafiyatul Amaliyah Medan bahwa proporsi pengetahuan responden tentang kebersihan tangan dan kuku yang baik dan tidak menderita dermatitis atopik sebanyak 65,8% %, kebersihan tangan dan kuku yang baik dan menderita dermatitis atopik sebanyak 44,7%, sedangkan pengetahuan tentang kebersihan tangan dan kuku yang buruk dan menderita dermatitis atopik sebanyak 55,4%, kebersihan tangan dan kuku yang buruk dan tidak menderita dermatitis atopik sebesar 34,2%.

c. Kebersihan Pakaian

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat bahwa terdapat 75 responden (86,2%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 11 responden (12,6%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

Hasil dari penelitian ini sejajar dengan penelitian yang dilakukan oleh Abd. Gafur dk (2018) tentang determinan kejadian dermatitis di Puskesmas Rappokalling Kota Makassar diperoleh bahwa terdapat perilaku hidup bersih yang baik pada 38 responden (59,4%) case dan 38 responden (59,4%) control, sedangkan pada perilaku hidup bersih yang cukup terdapat 26 responden (40,6%) case dan 26 responden (40,6%) control.

d. Kebersihan Handuk

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat bahwa terdapat 64 responden (73,6%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 22 responden (25,3%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

Hasil dari penelitian ini sejajar dengan penelitian yang dilakukan oleh Abd. Gafur dk (2018) tentang determinan kejadian dermatitis di Puskesmas

Rappokalling Kota Makassar diperoleh bahwa terdapat perilaku hidup bersih yang baik pada 28 responden (43,8%) case dan 41 responden (64,1%) control, sedangkan pada perilaku hidup bersih yang cukup terdapat 36 responden (56,3%) case dan 23 responden (35,9%) control.

Hasil penelitian ini juga sejajar dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti Nor Fazlina (2017) tentang hubungan tingkat pengetahuan orang tua tentang personal hygiene dengan kejadian dermatitis atopik pada anak di SD Yayasan Pendidikan Syafiyatul Amaliyah Medan bahwa proporsi pengetahuan responden tentang kebersihan handuk yang baik dan tidak menderita dermatitis atopik sebanyak 73,7%, kebersihan handuk yang baik dan menderita dermatitis atopik sebanyak 44,7%, sedangkan pengetahuan tentang kebersihan handuk yang buruk dan menderita dermatitis atopik sebanyak 55,3%, kebersihan handuk yang buruk dan tidak menderita dermatitis atopik sebesar 26,3%.

e. Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei

Berdasarkan tabel 4.8 dapat dilihat bahwa terdapat 19 responden (21,8%) yang memiliki perilaku hidup bersih dan 67 responden (77,0%) yang tidak memiliki perilaku hidup bersih.

Hasil penelitian ini sejajar dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti Nor Fazlina (2017) tentang hubungan tingkat pengetahuan orang tua tentang personal hygiene dengan kejadian dermatitis atopik pada anak di SD Yayasan Pendidikan Syafiyatul Amaliyah Medan bahwa proporsi pengetahuan responden tentang kebersihan tempat tidur dan seprei yang baik dan tidak menderita dermatitis atopik sebanyak 68,4%, kebersihan tempat tidur dan seprei yang baik dan menderita dermatitis atopik sebanyak 40,4%, sedangkan

pengetahuan tentang kebersihan tempat tidur dan seprei yang buruk dan menderita dermatitis atopik sebanyak 59,6%, kebersihan tempat tidur dan seprei yang buruk dan tidak menderita dermatitis atopik sebesar 31,6%.

4.2.4. Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam

a. Kebersihan Kulit

Berdasarkan hasil analisis tabel 4.13 diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,003 <$ (lebih kecil) dari 0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan kulit dengan kejadian dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam. Terdapat hubungan antara variabel tersebut dengan tercatat bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah sebanyak 21 orang (37,5%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah sebanyak 22 orang (73,3%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah sebanyak 35 orang (62,5%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan kulitnya adalah 8 orang (26,7%). Melihat dari hasil penelitian, dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa santriwati belum menjaga kebersihan kulitnya dengan baik karena masih berpengaruh dalam terjadinya dermatitis pada santriwati di Pondok Pesantren Mawaridussalam.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ririn Maulina dkk. (2012) dengan judul hubungan perilaku kebersihan diri dengan kejadian dermatitis di Puskesmas Cibiru Kota Bandung. Hal ini didasarkan pada hasil yang menggunakan uji *chi square* dengan diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,000 <$

0,05 yang diartikan bahwa terdapat hubungan antara perilaku kebersihan diri tentang kebersihan kulit dengan kejadian dermatitis.

Kulit merupakan salah satu aspek vital yang perlu diperhatikan dalam *hygiene* perorangan. Menjaga kebersihan kulit dan perawatan kulit bertujuan untuk menjaga kulit tetap terawat dan terjaga sehingga bisa meminimalkan setiap ancaman dan gangguan yang akan masuk melewati kulit (Isroin, 2012).

b. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Berdasarkan hasil tabel 4.13 diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,756 >$ (lebih besar) dari 0,05, artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian dermatitis. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel tersebut dengan tercatat bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah sebanyak 36 orang (48,6%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah sebanyak 7 orang (58,3%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah sebanyak 38 orang (51,4%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tangan, kaki dan kuku adalah 5 orang (41,7%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yeni Faridawati (2013) dengan judul hubungan antara *personal hygiene* dan karakteristik individu dengan keluhan gangguan kulit pada pemulung (laskar mandiri) di Kelurahan Sumur Batu Kecamatan Bantar Gebang. Hal ini didasarkan pada hasil yang menggunakan uji *chi square* dengan diperoleh nilai $p\text{ value} = 1,000 > 0,05$ yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kebersihan

tangan, kaki dan kuku dengan keluhan gangguan kulit pada pemulung (laskar mandiri) di Kelurahan Sumur Batu Kecamatan Bantar Gebang.

Kaki, tangan dan kuku membutuhkan perhatian khusus dalam praktik hygiene seseorang, karena semuanya rentan terhadap berbagai macam infeksi. Perawatan kaki, tangan, dan kuku secara wajar penting artinya bagi manusia dalam usia berapapun dan kapanpun, akan tetapi dengan semakin bertambahnya usia dan terutama pada saat sakit, perawatan kaki, tangan dan kuku akan semakin penting Isro'in (2012).

c. Kebersihan Kulit

Berdasarkan hasil tabel 4.13 diperoleh nilai *p value* = 1,000 lebih besar dari 0,05, artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan kulit dengan kejadian dermatitis. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel tersebut dengan tercatat bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan Pakaian adalah sebanyak 37 orang (49,3%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan pakaian adalah sebanyak 6 orang (54,5%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan pakaian adalah sebanyak 38 orang (50,7%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan pakaian adalah 5 orang (45,5%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abd. Gafur dk. (2018) dengan judul determinan kejadian dermatitis di Puskesmas Rappokaling Kota Makassar. Hal ini didasarkan pada hasil yang menggunakan uji *chi square* dengan diperoleh nilai $p\text{ value} = 1,000 > 0,05$ yang artinya tidak ada

hubungan yang signifikan antara kebersihan pakaian dengan kejadian dermatitis di wilayah kerja Puskesmas Rappokaling.

Pakaian yang kotor akan menghalangi seseorang untuk sehat dan segar walaupun seluruh tubuh sudah bersih. Pakaian banyak menyerap keringat, lemak dan kotoran yang dikeluarkan oleh badan. Dalam sehari saja, pakaian berkeringat dan berlemak ini akan berbau dan mengganggu. Untuk itu perlu mengganti pakaian setiap hari. Dalam hal ini santriwati Mawaridussalam sudah melakukan kebersihan pakaian dengan baik.

d. Kebersihan Handuk

Berdasarkan hasil tabel 4.13 diperoleh nilai $p\ value = 0,026 <$ (lebih kecil) dari 0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan Handuk dengan kejadian dermatitis. Terdapat hubungan yang signifikan antara variabel tersebut dengan tercatat bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan Handuk adalah sebanyak 27 orang (42,2%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan handuk adalah sebanyak 16 orang (72,7%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan handuk adalah sebanyak 37 orang (57,8%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan handuk adalah 6 orang (27,3%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abd. Gafur dk. (2018) dengan judul determinan kejadian dermatitis di Puskesmas Rappokaling Kota Makassar. Hal ini didasarkan pada hasil yang menggunakan uji *chi square* dengan diperoleh nilai $p\ value = 0,016 > 0,05$ yang artinya ada

hubungan yang signifikan antara kebersihan handuk dengan kejadian dermatitis di wilayah kerja Puskesmas Rappokaling.

Handuk merupakan kain yang digunakan untuk mengeringkan tubuh setelah mandi. Handuk yang bersih harus dicuci dengan deterjen, dikeringkan, disetrika, dan disimpan di tempat yang bersih. Apabila digunakan, setiap hari harus dijemur dibawah sinar matahari. Handuk harus dicuci sekali seminggu dan tidak boleh dipakai oleh orang lain atau digunakan bergantian. Dalam hal ini masih banyak santriwati yang belum melakukan kebersihan handuk dengan baik.

e. Kebersihan Tempat Tidur dan Seprei

Berdasarkan hasil tabel 4.13 diperoleh nilai *p value* = 0,002 lebih kecil dari 0,05, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan tempat tidur dan seprei dengan kejadian dermatitis. Terdapat hubungan yang signifikan antara variabel tersebut dengan tercatat bahwa pada responden *case* (kasus), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah sebanyak 3 orang (15,8%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah sebanyak 40 orang (59,7%). Sedangkan pada responden *control* (kontrol), santriwati yang memiliki perilaku bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah sebanyak 16 orang (84,2%), dan santriwati yang memiliki perilaku tidak bersih terhadap kebersihan tempat tidur dan seprei adalah 27 orang (40,3%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Meutia Nanda (2016) dengan judul faktor yang memengaruhi kejadian dermatitis pada santri di Pesantren Modern Al-Mukhlisin Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang. Hal ini didasarkan pada hasil yang menggunakan uji *chi square* dengan

diperoleh nilai $p\ value = 0,0001 < 0,05$ yang artinya ada hubungan yang signifikan antara kebersihan tempat tidur dengan kejadian dermatitis.

Tempat tidur merupakan salah satu tempat yang paling nyaman untuk kita beristirahat dari rasa kelelahan karena aktivitas yang padat. Tempat tidur juga tempat yang paling senang kuman hidup dan berkembang biak. Agar kasur tetap bersih dan terhindar dari kuman penyakit maka perlu menjemur kasur dan mencuci seprei dalam sekali seminggu. Dalam hal ini, masih banyak santriwati yang belum melakukan kebersihan tempat tidur dan seprei dengan baik.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan yaitu penelitian tentang kejadian dermatitis di Pondok Pesantren Mawaridussalam terdiri dari 86 responden yaitu 43 responden case dan 43 responden control.

1. Terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan kulit dengan kejadian dermatitis, hasil *p value*= 0,003 lebih kecil dari 0,05.
2. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian dermatitis, hasil *p value*= 0,756 lebih besar dari 0,05.
3. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan pakaian dengan kejadian dermatitis, hasil *p value*= 1,000 lebih besar dari 0,05.
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan handuk dengan kejadian dermatitis, hasil *p value*= 0,026 lebih kecil dari 0,05.
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan tempat tidur dan seprei dengan kejadian dermatitis, hasil *p value*= 0,002 lebih kecil dari 0,05.
6. Berdasarkan hasil analisis bivariat yang dilakukan, dari 2 variabel yang dihubungkan, pada variabel *personal hygiene* terdapat 3 sub variabel yang valid yaitu kebersihan kulit, kebersihan handuk, kebersihan tempat tidur dan seprei.

5.2. Saran

1. Bagi santriwati hendaknya lebih menjaga kebersihan dirinya dan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat seperti mandi secara teratur,

mengganti pakaian setiap harinya minimal 3 kali sehari, mencuci handuk seminggu sekali, mengganti seprei seminggu sekali, menjemur tempat tidur seminggu sekali, menjemur pakaian di bawah terik matahari, menyusun barang-barang yang ada di kamar asrama dengan rapi, membersihkan kamar asrama setiap harinya, dan melakukan kebersihan diri lainnya dengan lebih baik lagi.

2. Bagi pihak pesantren hendaknya lebih mengkondisikan antara banyaknya santri dengan luasnya ukuran kamar asrama dan lebih memperhatikan lagi kondisi sanitasi lingkungan pesantren.
3. Bagi penulis selanjutnya agar melit dari faktor yang lain seperti kondisi sanitasi air, pembuangan dan pengolahan limbah cair dan padat, dan sanitasi makanan yang dapat diteliti oleh peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd. Gafur dk. (2018). *Determinan Kejadian Dermatitis di Puskesmas Rappokaling Kota Makassar*. Jurnal. Window of Health: Vol. 1, No. 1. [html](#).
- Ahmad Watik Pratiknya. (2016). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Al-Qur'an. Surah Al-Maidah. Ayat 6.
- Al-Qur'an. Surah Al-Muddatsir. Ayat 4-5.
- Amin Haedari. (2010). *Pendidikan Agama di Indonesia*. Puslitbang Pendidikan Agama dan Keagamaan.
- Arif Sumantri. (2017). *Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Katalog Dalam Terbitan (KDT).
- Azhara.(2011). *Waspada Bahaya Kosmetik*. Yogyakarta:Flashbooks.
- Chandra, Budiman. (2007). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Depkes, RI. (1999). Kepmenkes RI No. 829/Menkes/SK/VII/1999. *Persyaratan Kesehatan Perumahan*. Jakarta: dalam buku Kasjono tahun 2011.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: dalam buku Anonim tahun 2009.
- Eko Budiarto, Dewi Anggraeni. (2014). *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Teks Indonesia.
- Heru Subaris Kasjono. (2011). *Penyehatan Pemukiman*. Yogyakarta:Gosyen Publising.
- <https://www.kompasiana.com/adinhar/ayatAl-qur'andanHaditsKesehatan>.
- Irianto.(2013). *Menguak Dunia Mikroorganisme*. Bandung: CV. Yrama Widya.
- KALAM (Kabar Mawaridussalam). vol. 8, Mei 2018, ISSN. 2252 8210. Batang Kuis: Ponpes Mawaridussalam
- Laily Isro'in, Sulistyo Andarmoyo. (2012). *Personal Hygiene*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Marwali Harahap. (2018). *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta:Hipokrates.

- Marwali Harahap. (2015). *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta:Hipokrates.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1077/MENKES/PER/V/2011, tentang Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruang Rumah.
- Meutia Nanda. (2016). *Jurnal Jumanantik vol.1 no.1 tentang Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Dermatitis pada Santri di Pesantren Modern Al-Mukhlisin Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang Tahun 2014*.
- Natalia Erlina Yuni. (2015). *Buku Saku Personal Hygiene*. Jakarta: Nuha Medika.
- Nilam Nur Sofiana. (2017). *Hubungan Personal Hygiene dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Skabies pada Santri di Pondok Pesantren Yayasan Islam Daud Kholifah Semen Magetan*. Skripsi. Stikes Bhakti Husada Madiun. [html](#).
- Notoadmojo, S. (2010). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurhayati Namira. (2014). *Hubungan kamarisasi dengan Kejadian Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kapita Kabupaten Jeneponta*. Skripsi. UIN Alauddin Makassar. [html](#).
- Rangkuti. (2012). *Gambaran Perilaku Penghuni tentang Personal Hygiene, Sanitasi Dasar, Perumahan Sehat serta Keluhan Kesehatan Kulit di Asrama Putra USU, Skripsi Meda: Fakultas Kesehatan Masyarakat USU*.
- Riska Ferdian. (2012). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Dermatitis Kontak pada Pekerja Pembuat Tahu di Wilayah Kecamatan Ciputat dan Ciputat Timur*. Skripsi. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. [html](#).
- Ririn Maulina dkk. (2012). *Hubungan Perilaku Kebersihan Diri dengan Kejadian Dermatitis di Puskesmas Cibiru Kota Bandung*. Jurnal. Bhakti Kencana Medika: Vol. 2, No. 4. [Html](#).
- Siti Nor Fazlina Binti Noorisam. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Orang Tua Tentang Personal Hygiene dengan Kejadian Dermatitis Atopik pada Anak di SD Yayasan Pendidikan Syafiyatul Amaliyyah Medan*. Skripsi. USU. [Html](#).
- Soekidjo Notoatmojo. (2017). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: KTD.
- Sofia Septiani. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Pada Pekerja Cleaning Service di kampus UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*. Skripsi. [html](#).

- Suharsimi Arikunto. (2013). *Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Sutanto Priyo Hastono. (2016). *Analisis Data*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Suyono dan Budiman. (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan Lingkungan*, Jakarta: EGC.
- Umar Fahmi Achmadi. (2011, 2014). *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: KDT.
- Yatim, Badri. (2008). *Sejarah Peradaban Islam*. Jakarta: Rajawali Press.
- Yeni Feridawati. (2013). *Hubungan Antara Personal Higiene dan Karakteristik Individu dengan Keluhan Gangguan Kulit pada Pemulung (Laskar Mandiri) di Kelurahan Sumur Batu Kecamatan Bantar Gebang*. Skripsi. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. [html](#).